

82
2ej.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDON,
DE MUJERES DEDICADAS A LA PROSTITUCION,
EN DOS DELEGACIONES POLITICAS DEL
DISTRITO FEDERAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
DIAZ SANTOYO MARBELLA
MARTINEZ HERNANDEZ OFELIA**

**DIRECTORA DE TESIS: LIC. OFELIA REYES NICOLAT
ASESOR ESTADISTICO: LIC. RICARDO DIAZ GUTIERREZ**

MEXICO, D.F.

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

JURADO

Maestra Olga Bustos Romero

Lic. Asunción Valenzuela Cota

Lic. Ofelia Reyes Nicolat

Maestro Fernando Vázquez Pineda

Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez

LA MUJER DE LOT

Mujer estatua / tu historia
azul verde malva roja
quedo blanca de congoja
extenuada y sin memoria

mujer estatua / por suerte
fuiste hueso / carne fuiste
y sin embargo que triste
es tenerte y no tenerte

mujer con lluvia y pasado
avara de tus mercedes
ojalá escampe y te quedes
para siempre de este lado

mujer de sal y rocío
tu corazón sigue en celo
y tu voz esta de duelo
como la tierra y el río

no olvides que no se olvida
hacia atrás o hacia adelante
ya el castigo fue bastante
reincorpórate a la vida

con audacia / sin alertas
con razón o sin motivo
mujer de Lot / te prohibo
que en estatua te conviertas
mujer otra / diferente
si no fuera juez y parte
jugaría a desnudarte
lentamente / lentamente.

(MARIO BENEDETTI)

- "El amor, las mujeres y la vida" -

Con gratitud especial a:

Lic. Ofelia Reyes Nicolat

Maestro Fernando Vázquez Pineda

Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez

Por su valiosa asesoría en el desarrollo de esta tesis

Gracias a Dios por haberme dado la oportunidad
de existir y descubrir la fe en él.

A la memoria de mi Madre,
porque a través de ella conocí el código del amor,
del valor, de la fuerza y la maravillosa virtud de ser MUJER.

A mi compañero:
Ricardo Guevara R., por creer en mí
y compartirme la sublime experiencia de tus años,
pero sobre todo, por situarme una vez más en el camino del amor.
te amo

A mi hijo Aldo:
Por representar el estímulo
más grande de amor, lucha y superación
te adoro mi pequeño

A mi familia por ser motivo de orgullo,
y especialmente a mi hermana Hilda por tu calidez humana, por tu apoyo
en los momentos más difíciles, y por estar siempre a mi lado.
te quiero mucho

A la familia Román Vázquez,
especialmente a ti Gloria porque
eres un ejemplo de amor verdadero.

A mi maestro y amigo: Fernando Vázquez Pineda, por su sencillez, por su valiosa contribución y su profesionalismo en el asesoramiento.

gracias Fer.

A mis amigos

**Manolo V., Claudia G., Martha B., Laura V.,
Hector Castañeda, Jaime E., Elena I., Moises I., Omar F., Irma T., Dulce P.,
Victor B., Edgar A., Pedro R., Miroslava, Paty D., Martin M., Jorge V., Carmen M.,
Benjamin P., Elvira C.**

A la memoria de mis amigos ausentes:

**Santiago Ch., Arturo P., Mike, Luis Mi., Guillermo, Edgar.
Porque constituyeron mi supremo ejemplo de amor a la vida**

Al Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)

Mi eterno agradecimiento a quienes contribuyeron de una u otra forma para la realización de este proyecto.

**A mi padre:
por su apoyo, comprensión
y amor a través del tiempo.**

**A mi madre:
por su ejemplo y amor.**

**A mis hermanos y
sobrinos, a
manera de estímulo.**

**A
Angel Ruiz, Eddie Antonio, Cristina Lara, Elizabeth González,
Hugo Pérez, Guadalupe Licega, Hector Castañeda, Jesús Godínez,
Juan Pérez, Leonardo Cerecedo, Ma de Jesús M., Miguel Licega,
Moisés Cabañas, Nicolás Licega, Rocio Martínez, Victor F. Estrada.
Por su ayuda incondicional**

**A Esperanza Basso K.
por su apoyo incondicional.**

**Con agradecimiento especial a:
José E. por su apoyo y comprensión.**

**A:
Alejandra S., Ana Ma. Z., Antonio P., Benjamin P., Bertha C.,
Claudia C., Cresencia A., Eduardo I., Fernando E., Florentino R.,
Guillermo M., Guillermo T., Ivonne M., Martha J., Ma. Teresa B.,
Ma. Teresa M., Rafael M., Silvia B.
por su apoyo incondicional**

ÍNDICE

Resumen	Pág.
Introducción	1
I Prostitución	6
1.1 Antecedentes de la prostitución	
II Actitudes y Creencias	13
2.1 Postulados básicos sobre formación y cambio de actitudes	
2.2 Salud Sexual y Reproductiva	
III Enfermedades de Transmisión Sexual	24
3.1 Origen e historia de las E. T. S.	
3.2 Prevalencia de la Infección por VIH en TSC de México	
3.3 Incidencia de Enfermedades Transmitidas Sexualmente	
IV VIH/SIDA	39
4.1 ¿Qué es el VIH ?	
4.2 ¿Qué es el SIDA?	
4.3 Origen del SIDA	
4.4 Mecanismos de transmisión	
4.5 Síntomas característicos del SIDA	
V El condón como medida de Prevención	47
5.1 Medidas de Prevención en TSC	
5.2 Historia del condón	
5.3 Condón masculino	
5.3.1 Frecuencia de uso	
5.3.2 Eficacia del condón	
5.4 Condón femenino	
5.4.1 Eficacia del condón	
5.4.2 Aceptabilidad del condón	

5.4.3 Disponibilidad, ventajas y desventajas	Pág.
5.5 Sexo Seguro	
5.6 Otros estudios sobre el uso del condón en TSC	

VI MÉTODO..... 71

6.1 Pregunta de investigación
6.2 Justificación
6.3 Objetivo
6.4 Hipótesis
6.5 Variables de Investigación
6.6 Tipo de Estudio
6.7 Población
6.8 Muestra
6.9 Escenario
6.10 Instrumento
6.11 Procedimiento

VII RESULTADOS 77

Análisis de Datos
Conclusiones

VIII Sugerencias, Limitaciones y Comentarios 88

Bibliografía

Anexo 1: Escala de Actitud

Glosario

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue conocer la actitud hacia el uso del condón, de mujeres dedicadas a la prostitución, en dos delegaciones políticas del Distrito Federal. Para llevar a cabo este objetivo, se eligió una muestra total de 202 mujeres Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) divididas en 50% de la muestra para la zona de la Merced y 50% para Sullivan.

El primer aspecto por investigar consistió en descubrir si presentan alguna diferencia de actitud, dependiendo de la zona en la cual desarrollaban su trabajo.

El segundo se refirió a conocer si factores como el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias, las necesidades económicas, el conocimiento sobre el uso correcto de los condones, problemas con los clientes y problemas con la pareja, pudieran ser razones que determinan una actitud favorable o desfavorable hacia el uso de los condones.

Por último, consideramos necesario saber si variables como la escolaridad y el tiempo dedicado a la prostitución tienen de igual manera algún efecto en la actitud de estas mujeres hacia la adopción de medidas de prevención que les ayuden a evitar alguna de las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el SIDA.

Los resultados encontrados arrojaron diferencias importantes en la actitud, ya que las TSC de Sullivan obtuvieron puntajes mas elevados en su valoración positiva hacia el método, contrario al grupo de las TSC de la Merced, esto nos permite aceptar la hipótesis de que si existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en la actitud hacia el uso del condón en mujeres dedicadas a la prostitución, obteniendo una probabilidad del 0.06.

INTRODUCCIÓN

La prostitución como tema de investigación da pie a una gran variedad de controvertidas interpretaciones, de esta diversidad trataremos de situarla como una de las actividades que más definen el comportamiento humano; desde la perspectiva de la sexualidad y su censurada expresión en la sociedad, además de catalogarla invariablemente como el "trabajo más antiguo del mundo" Esta actividad presupone hablar de temas prohibidos, de debate, de polémica, pero sobre todo de temas de salud.

De las dimensiones sociales más importantes de la salud de la mujer está la conformada por la desigualdad de las relaciones entre los géneros y se expresa de manera importante en la reproducción humana, a la que la mujer ha sido encasillada como la única responsable y a la que le han asignado valores que le impiden separar, esa obligatoriedad del propio derecho a la expresión de su sexualidad o al ejercicio obligado de esta. (González, S. 1995)

Ivonne Szasz menciona sobre la condición social de la mujer, que "la salud de la mujer es específica en todas las etapas de su vida, no solamente en torno a la reproducción, y está estrechamente relacionada con la construcción de lo cultural de lo femenino y las condiciones sociales de la vida". De tal forma que las dimensiones más negativas para la salud en el género femenino, no se originan en el plano biomédico sino en la esfera social.

Por ello hemos intentado dar un enfoque Psicosocial a este trabajo, tomando en cuenta factores que condicionan a las personas a ejercer la prostitución, y las repercusiones que esta tiene sobre la salud, haciendo de lado cualquier punto de vista moral o religioso.

Desde la óptica de la antropología y en un sentido estrictamente simbólico y metafórico, la prostitución se define como una "esquizofrenia social"; este punto de vista pone de relieve la complejidad que tiene como fenómeno social, en tanto que refleja la "descomposición" de valores hegemónicos basado en la separación simbólica y jerárquica de los individuos, de lo masculino y lo femenino. Así el comercio sexual detenta el producto de una serie de determinaciones colectivas e históricas como el surgimiento de la sociedad industrial y la consecuente liberación femenina

Áreas de trabajo como la sociología proponen cambios en la forma de abordar y de señalar a estos individuos, por ejemplo, el sociólogo investigador Francisco Gómezjara propone que "la prostitución debe ser considerada como un sexo servicio", esta nueva designación ha sido bien aceptada por los protagonistas en los diferentes foros en los que se habla con mucha frecuencia de esta actividad.

Ahora bien, la terminología con la cual se señala a quienes practican la prostitución es, en principio la primera arma para lesionar su deteriorada reputación moral, y debido precisamente a la estigmatización socio-cultural que el término frecuentemente utilizado (prostituta) representa para estos individuos, además de tomar en cuenta estudios anteriores, nos referiremos a las mujeres que ejercen esta actividad como: "trabajadoras del sexo comercial" (TSC).

En un artículo del Instituto de Salud Pública del estado de Cuernavaca Morelos (1995) describe, que el trabajo sexocomercial es una forma particular de alienación social parcial, puesto que es producto de la alternativa de sobrevivencia y de adaptación a una actividad que designa a la mujer como un objeto comercial.

Es notorio que en los últimos tiempos, la sociedad, específicamente la mexicana, ha ostentado un incremento importante en sus índices de comercio sexual; no hay duda que este fenómeno está fuertemente asociado a la crisis estructural del país, y al incremento en los niveles de pobreza y marginación

Estas condiciones socioeconómicas y políticas afectan doblemente a las mujeres, quienes por su condición genérica se encuentran más vulnerables a ejercer esta actividad interpersonal, en la cual la repercusión de una de las partes sobre la otra es fundamental, y se constituye en una fuente de ingreso necesario para la supervivencia

Este aumento en el ejercicio de la prostitución trae consigo también un incremento lógico en la incidencia de casos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS.), además de exponerlas al contagio de la infección por VIH, virus causante del SIDA, lo cual nos obliga a desarrollar un análisis sobre las diferentes actitudes respecto al conocimiento que tienen acerca de estas enfermedades y sobre el uso del condón

En el primer capítulo se hace una revisión histórica de la prostitución con el fin de describir el desarrollo que la actividad ha presentado desde que se tiene conocimiento de ella. Se revisó el impacto social que tuvo en diferentes comunidades del mundo, de igual forma se consideraron los aspectos jurídico-legales como un tibio intento por regular el comercio sexual, sobre todo la aparente conveniencia de evitar abusos por parte de quienes se encargan de vigilar que los reglamentos se cumplan.

El capítulo II inicia con una breve revisión histórica sobre el estudio de las actitudes y su importancia, para el entendimiento de algunos fenómenos sociales como el que nos ocupa, siendo las actitudes disposiciones para valorar, favorable o desfavorablemente los objetos.

Se describe cómo las actitudes se dirigen a objetos que suelen ser "abstractos" o "concretos", mientras que las creencias son aceptaciones de la existencia de algún objeto y las creencias respecto a, son relaciones aceptadas entre dos objetos.

El capítulo III inicia con el origen e historia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, su prevalencia, los mecanismos empleados para prevenirlas y combatirlas, en función de una capacitación generadora de una "conciencia" de riesgo, que ayude a disminuir en la medida de lo posible la elevada notificación de casos, y los riesgos que estas ETS representan para el contagio del VIH/SIDA

En el capítulo IV se proporciona información básica sobre el SIDA describiendo algunos aspectos médicos que definen a esta nueva enfermedad como la "amenaza del siglo".

Para el capítulo V de prevención se incluyeron sugerencias para las mujeres Trabajadoras del Sexo Comercial sobre el conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual y sus consecuencias, e información sobre historia de los condonos y el uso correcto de los mismos, su disponibilidad y eficacia, así como sugerencias de sexo seguro y protegido, tomando en cuenta que el conocimiento respecto a estas medidas se verán reflejadas en su salud siempre y cuando se pongan en práctica durante el contacto sexual con sus clientes; además de que fueron áreas de su conocimiento e interés que se exploraron en el cuestionario.

También se cita un estudio estrechamente relacionado con la presente investigación, con la finalidad de establecer comparaciones en ambas investigaciones.

El capítulo VI detalla la metodología desde su planteamiento como problema y la pregunta de investigación, hasta el procedimiento que se siguió para su desarrollo. En el capítulo VII se encuentran los resultados de la investigación, presentando finalmente las conclusiones y el capítulo VIII con sugerencias, limitaciones, comentarios y reflexiones sobre el estudio.

PROSTITUCIÓN

1.1 Antecedentes de la prostitución

El ejercicio de la prostitución se constituye como un fenómeno social cuya existencia se ubica desde etapas muy remotas, la concepción que de esta se tiene ha sufrido una serie de cambios que resultan explicables dado el desarrollo alcanzado por los diversos países, tomando en cuenta la cultura y educación de cada uno de ellos.

La revisión de los textos que abordan estos temas datan de cientos de años atrás, con un altísimo e interesante sentido histórico, caracterizado por valores sagrados y morales, un ejemplo de ello es que en el año 395 a. C. la prostitución se consideraba un requisito preliminar a la unión matrimonial, de esta forma toda mujer próxima a casarse debía efectuar su entrega personal a varios hombres dentro del templo. "Según Herodoto, las "babilonias" (así se llamaban a estas mujeres) estaban obligadas a ir por lo menos una vez al templo de Venus, para entregarse en él a un extranjero y éste a cambio les daba dinero. En Corintio, la prostitución del templo de Afrodita entregaba sus ganancias a los sacerdotes, razón por la cual se les llegó a considerar benefactores sociales, de acuerdo con la moral de la época.

Encontramos también que en el periodo prehispánico (1325 a 1527) la estructura social estaba compuesta de una clase religiosa, nobles, guerreros y la comunidad en general. la poligamia masculina se aceptaba únicamente entre los nobles, mientras que los guerreros tenían acceso a grupos de mujeres que vivían aisladas de la sociedad quienes proveían los servicios sexuales". (Burnet, S. 1963)

"Para la Época Colonial, la estrecha vinculación de la iglesia con el Estado generó una actitud ambivalente hacia la prostitución femenina, ya que, dentro de la moral católica como fornicación, es un pecado, pero al mismo tiempo fue tolerada, por considerarla un mal necesario para la sociedad. Los reyes españoles crearon reglamentos y a la vez promovieron la creación de centros de recogimiento y redención para las mujeres prostitutas" (Ríos, G. 1992)

Otra forma de evolución social del fenómeno se cita con "la presencia de los invasores franceses (1862) quienes impusieron a México un sistema político introduciendo reglamentos para la prostitución traídos por el Mariscal Bazaine quien copiándolos literalmente los implantó en 1865 y logró que los promulgara el emperador Maximiliano en 1867. Teniendo un corto periodo de vigencia legal, pues Maximiliano fue fusilado ese mismo año y las normas de su imperio habían quedado abregadas al triunfo de la República". (De la Rosa, I. 1978)

Y congruentemente con asuntos políticos y legales encontramos que se implementa un sistema en el año 1867 denominado **Reglamentarista** como el conjunto de disposiciones jurídicas que ayudarían a regular el ejercicio de la prostitución. Su aplicación se debió a la incapacidad del Estado por impedir que ésta se ejerciera, entonces se toleraría pero estaría sujeta a reglamentos. De ésta manera, la acción del registro estigmatizó a las mujeres dedicadas a la prostitución y fueron objeto de acoso policiaco. El Estado autorizó a las mujeres para que ejercieran su trabajo, pero éstas, además de pagar por tal licencia requerían de la autorización del consejo superior de salubridad para su retiro de oficio.

De 1910 a 1917 los grupos revolucionarios trataban de transformar el sistema económico social y jurídico de México, los gobiernos sucesores del Porfiriato elaboraron dos reglamentos para controlar el ejercicio de la prostitución en el D.F. uno en 1913 y otro en 1914; pero ninguno de ellos fué reconocido al triunfo de los constitucionalistas ni durante los gobiernos posteriores inmediatos

En 1926, los legisladores federales hicieron nuevos planteamientos acerca de la prostitución, extendieron la jurisdicción de las normas para su control en toda la República y se avisó a los delegados sanitarios que la regulación sanitaria del ejercicio de la prostitución adquiría carácter de legislación federal, de acuerdo con las disposiciones del Código Sanitario, y que debían remitir al Departamento de Salubridad sus observaciones al Reglamento, para mejor protección de la salud.

El sistema reglamentario en México tuvo como límite de existencia la década de los treinta. Su abolición la originaron, entre otros factores: las ideas médicas y su aplicación defectuosa, pues los empleados encargados de la vigilancia de la prostitución se volvieron corruptos y violentos, así el conjunto de instituciones que daba vigencia a la reglamentación se volvió inoperante y por tanto quedó condenado a la desaparición.

En 1932, el Departamento de Salubridad Pública, considera que dentro de la actual organización social de la República, el problema de la prostitución es solamente de su incumbencia. Se toman otras medidas al quedar abolidos los reglamentos y da inicio una campaña de propaganda higiénica, profiláctica y educativa que emprendió el departamento de salubridad.

Las intervenciones de algunos políticos y las protestas de quienes lucraban con ese ejercicio fueron numerosas e insistentes cuando, en 1935, el Presidente Lázaro Cárdenas decretó la abolición definitiva del Reglamento del Ejercicio de la Prostitución y lo sustituyó por el Reglamento de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas, dando así importancia primordial a la salud de la población.

Con el régimen **Abolicionista** nace la necesidad de reprimir la explotación por parte de terceros, de las personas dedicadas a la prostitución, no persigue la prohibición de la prostitución, sino que pugna por la libertad para ejercerla bajo ciertos lineamientos y por la igualdad de sexos. Su principal postulado gira en torno a la protección de menores y mujeres adultas.

En la actualidad, según los informes de la "Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud 13 estados del país reglamentan la prostitución: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa y Zacatecas; y de acuerdo con las conclusiones del Dr. Ricardo Franco Guzmán en su trabajo "El régimen jurídico de la prostitución en México", sólo mantienen el abolicionismo el Distrito Federal y los Estados de México, Puebla y Guanajuato.

En la Ciudad de México no existen "zonas de tolerancia" ni tarjetas de control sanitario periódico de las personas dedicadas a la prostitución. Si bien el lenocinio y la prostitución de menores son ilegales, la prostitución en sí no lo es, pues sólo existen "infracciones cívicas" (antes conocidas como sanciones administrativas) establecidas en el reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal.

Lo anterior significa que la sanción establecida no es penal; al infractor se le sanciona con una multa económica que va de 21 a 30 días de salario mínimo o con arresto de 25 a 36 horas, y el encargado de observar su cumplimiento es el Departamento del Distrito Federal (art. 8º, frac. III y art. 5º del Reglamento Gubernativo de justicia cívica para el Distrito Federal, julio 1993)

Estas sanciones son las mismas que se aplican a aquellas personas que ingieren bebidas alcohólicas en lugares públicos no autorizados, dañan árboles, impiden o estorban el uso de vía pública, maltratan o ensucian las fachadas de inmuebles, a los revendedores, etc." (Uribe, P. 1995)

Con esto concluimos que en la actualidad continúa aplicándose el mismo reglamento desde 1935 y únicamente se ha considerado una breve modificación al artículo 199 bis en el que se consideran ahora a las Enfermedades de Transmisión Sexual incurables elevando por ello la sanción económica y la pena de privación de la libertad, en este se contempla particularmente la última de las ETS de la que se tiene conocimiento, la infección del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Como podemos observar son diversas las áreas de investigación que se han involucrado en el estudio de este fenómeno, la Sociología, Antropología, Medicina y Psicología.

Sin embargo, no existen hasta el momento estudios encaminados a explicar de manera muy particular el perfil psicológico de las personas que ejercen la prostitución ni de quienes son las más susceptibles a ejercerla de acuerdo con ciertas características de personalidad, se cuenta actualmente con estudios que tienen como fin principal conocer algunos factores que interfieren en estas personas para usar o dejar de usar medidas profilácticas con alto contenido médico.

Ante esto, consideramos que los aspectos psicológicos son igualmente importantes; como lo son el estudio de las actitudes de quienes ejercen esta actividad.

Contar con un conocimiento mayor en este aspecto nos brinda la posibilidad de entender parte de las características psicológicas que favorecen un cambio en la manera en que llevan a cabo su trabajo, como primer punto y en segundo lugar que este cambio se traduzca en el uso consistente de medidas de prevención para las enfermedades de Transmisión Sexual.

Aunque no es propiamente el objetivo de esta investigación descubrir dicho perfil, es importante mencionar algunas diferencias sociodemográficas que marcan el trabajo de estas personas dependiendo del lugar en donde ejercen.

Por ejemplo se hizo un registro anecdótico de las zonas de interés para llevar a cabo la comparación de la actitud de estas mujeres, encontrándose que la ubicación de trabajo de las TSC de Sullivan está conformado por oficinas, centros comerciales, y casas habitación de un nivel socioeconómico medio.

El atuendo y maquillaje es en apariencia de mejor calidad, su edad oscilaba entre los 18 y 35 años, el nivel de escolaridad incluye al menos la secundaria terminada en su mayoría y algunas de ellas con bachillerato o carreras técnicas, el tiempo de iniciación en el trabajo abarcaba desde los seis meses hasta 10 años.

En lo que respecta a la clientela generalmente son hombres con ropa de buena calidad y las abordan desde los automóviles muchos de ellos de lujo, y las tarifas oscilan desde los \$300 pesos hasta por arriba de los \$2000 pesos (mayo, 1996), proporcionan el servicio en hoteles de mediana calidad o en departamentos dispuestos para dar el servicio exclusivamente por las noches.

Vale la pena mencionar que algunas de ellas aproximadamente un 10% trabajan sólo los fines de semana con el fin de complementar sus ingresos desarrollando otra actividad socialmente "bien vista" como lo es el caso de algunas secretarias o mujeres que estudian.

A diferencia de estas, las TSC de la Merced trabajan en condiciones notablemente distintas, empezando porque estas laboran en horarios diurnos y nocturnos, su área de trabajo está caracterizada por llevarse a cabo en los alrededores del mercado de más tradición en México, "la Merced", tiendas de abarrotes, cantinas, locales comerciales, bodegas

Su atuendo es modesto y el maquillaje menos espectacular, su nivel de escolaridad va desde analfabetas a un máximo de secundaria, la edad en promedio es de 16 años, su iniciación en el trabajo es de 6 meses a 4 años, la clientela suelen ser comerciantes, cargadores, hombres que habitan las vecindades de la zona, quienes las abordan a pie para negociar el costo que oscila entre los \$40 y \$150 pesos (mayo, 1996) aproximadamente, proporcionando el servicio en los locales y hoteles que circundan el área generalmente en pésimas condiciones de higiene.

Sin duda, las circunstancias deplorables en las que se desarrolla la actividad han reflejado las ideas que han dominado las diversas épocas de la vida social de México y que persisten en la actualidad marcadas por el estigma y la pobreza.

ACTITUDES Y CREENCIAS

Pese a la discrepancia entre los psicólogos para definir claramente y establecer el significado del término actitud, existe un principio de concordancia en casi todas las definiciones contemporáneas. se refiere a que las actitudes son disposiciones para valorar, favorable o desfavorablemente los objetos. Es decir, las actitudes se dirigen a objetos que suelen ser "abstractos" o "concretos".

Para el tema que nos ocupa, el estudio de las actitudes posibilita un mayor conocimiento sobre las tendencias valorativas que tienen hacia el uso de medidas preventivas las mujeres que ejercen la prostitución. Este conocimiento permite promover actitudes facilitadoras para la prevención, mediante campañas integrales y dirigidas a grupos específicos con el fin de inducir cambios en el comportamiento sexual para preservar la salud y el bienestar en general.

Creencias

A partir del estudio sobre las creencias, particularmente sobre las creencias y los mitos en torno a la sexualidad, Fishbein y Raven (citado en Javiedes, R. 1993), aseguran que las creencias son aceptaciones de la existencia de algún objeto y las creencias respecto a, son relaciones aceptadas entre dos objetos.

Estos conceptos teóricos involucran una serie de ideas sobre la manera en que las mujeres perciben y experimentan sus procesos de salud. Remover esos patrones de comportamiento preestablecidos, sin duda, invita a modificar estructuras actitudinales desarrolladas con la influencia de hábitos y costumbres moldeadas de acuerdo con su entorno social.

Conocer los factores y variables contextuales que llevaron a la conformación de determinadas actitudes, diferenciar aquellas que se mantienen estables de las que se expresan temporalmente.

El presente trabajo es el inicio de una investigación que nos puede ayudar a intentar dar respuestas a estas interrogantes y, evidentemente a conocer mejor las actitudes y creencias con la aplicación práctica que este conocimiento puede eventualmente, dar lugar a programas de intervención, replanteando esquemas de comportamiento

Continuando con los aspectos teóricos que estudiaron Fishbein y Raven (citado en Javiedes, 1993) sobre las actitudes y las creencias mencionan que "debido a que tanto las disposiciones valorativas como las creencias respecto a, se relacionan con los objetos, las actitudes se podrían definir de tal manera que involucran tanto las disposiciones de creencia (cognitivas) como las (valorativas), (afectivas) en relación con cierto objeto. Es obvio que existe cierto tipo de relación entre afecto y cognición, sin embargo, estos son sólo una parte del conjunto así que agregaremos un tercer elemento, el comportamiento o conación. Esto significa que emplear el término actitud involucra las disposiciones cognitivas afectivas y conativas; respecto a cierto objeto". (Javiedes, op cit.)

Chester y John (en Javiedes, 1993) mencionan que las diferencias entre afecto (actitud) cognición (creencia) y conación (comportamiento) se establecieron en la antigüedad, elementos donde se encontraron una parte diferente de la anatomía: el afecto ó emoción en el abdomen, la cognición o pensamiento, en la cabeza; la conación o voluntad en el pecho.

Según la teoría de Rosenberg (en Javiedes, 1993), la especificación del afecto en pro o en contra de un objeto solamente recorre una parte del camino que conduce a comprender la naturaleza de las actitudes.

En su teoría sobre la consistencia afectiva cognoscitiva, aplica los principios de Heider a problemas de estructura y cambio de actitudes.

Por ejemplo, afirma que un sujeto aparte de sentir de una manera respecto a un objeto, cuenta con ciertas creencias relativas a la misma es por ello que argumenta que es preferible pensar que las actitudes tienen componentes cognoscitivos (creencias) como afectivos (sentimientos).

Así tenemos que para Rosenberg en los términos de Heider las cogniciones que tienen un especial interés para él son las relaciones instrumentales (causales) percibidas o creídas, tales como las de interferencia, perjuicio, daño, redacción, facilidad, etc.

Por tanto Rosenberg (en Javiedes, 1993) concibe a las actitudes como el afecto hacia los objetos que se cree están instrumentalmente vinculados con otros objetos de importancia afectiva. Estos conceptos derivan como lo mencionó anteriormente Heider, quien concibe las cogniciones instrumentales como un tipo particular de relación de unidad dividiéndolas en positivas y negativas.

Regresando a los conceptos que desarrolló Rosenberg (en Javiedes 1993), establece que las actitudes tienen estructuras. Una estructura es un conjunto de relaciones funcionales entre componentes tales que un cambio en un componente acarreará una modificación en otro componente.

"Por ello, una alternativa en el componente cognitivo de una actitud puede ocasionar un cambio en el componente afectivo y viceversa, es decir, la estructura de la actitud es concebida, como un sistema homeostático en el que se trata de mantener la consistencia entre los componentes relacionados. Un cambio en uno de los componentes producirá una inconsistencia mayor que el límite de tolerancia del individuo, entonces aparecerá una actividad reorganizadora y esta pueda adoptar una de 4 formas:

Primera, el individuo rechaza la comunicación causante de la inconsistencia original.
Segunda, toda la estructura de la actitud puede argumentarse.

Tercera, el cambio cognoscitivo inducido en la estructura de actitud podría producir un cambio afectivo. Cuarta, el cambio afectivo causado en la estructura de actitud podría a su vez, producir un cambio cognoscitivo". (Javiedes op. cit)

"Carlson (en Javiedes, 1993), por ejemplo, intento demostrar que el sentimiento, afectivo negativo respecto a la integración racial podría cambiarse convenciendo a los sujetos de los beneficios de permitir que hombres negros se cambiaran a barrios blancos. Los resultados indican que tal como se esperaba, el procedimiento de cambio produjo un efecto tanto al valorar las integraciones como al aceptar los lazos instrumentales

De esta manera la actitud hacia la integración se hizo mas positiva hubo mayor aceptación, esto facilitaría el logro de 4 valores, el prestigio de los E.U. en otros países la protección de los valores sobre la propiedad, la igualdad de oportunidades para el desarrollo personal y el ser experimentador de amplio criterio" (Javiedes, op. cit)

"En este mismo aspecto Rosenberg también informa de una investigación (1960) en la que obtuvo resultados congruentes con el acertado de que el cambio afectivo condujo al cambio cognoscitivo". (Javiedes, op. cit.)

G. W Allport (Javiedes op. cit) sugiere que una de las razones de la popularidad del concepto de actitud en la psicología social, es que se libra de la antigua controversia acerca de la influencia relativa de la herencia y del medio ambiente.

En un artículo escrito por él mismo en 1935 expresa que el concepto de la actitud probablemente es el concepto más distintivo e indispensable en la psicología social "contemporánea norteamericana". Pero el primer uso importante del concepto como característica central de los problemas sociológicos la hicieron Thomas y Znaniecki en 1918.

La definición que nos hereda Allport (Javiedes op. cit.) sobre actitud, dice: la actitud es un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado. Connota "un estado neuropsíquico de disposición para emprender una actividad mental y física"; es decir, la presencia de una actividad prepara a un individuo para cierta reacción.

Newcomb (Javiedes op. cit.), en forma semejante, habla de la actitud como un estado de disposición para despertar motivos, una actitud del individuo hacia algo es predisposición para realizar, percibir, pensar y sentir en relación con ello.

Las opiniones de acuerdo con este mismo autor, se encuentran estrechamente relacionadas con las actitudes, puesto que lo que creemos que es cierto respecto a un objeto o a un grupo, manifiestamente desempeñará su parte en la determinación de nuestra disposición para reaccionar de cierta manera en lugar de hacerlo de una manera distinta.

En este sentido sería conveniente reservar la palabra actitud para indicar lo que estamos preparados a hacer y la palabra opinión para representar lo que creemos o lo que consideramos que es cierto.

Los psicoanalistas han indicado que ciertas actitudes pueden ser el reflejo directo o indirecto de las relaciones familiares.

Algunos investigadores como Newcomb, Hartley y Hartley (1953,1961) consideran que las actitudes tienen diversos atributos o dimensiones.

a) Dirección - pronunciarse en favor o en contra de determinado objeto.

b) Grado.- creer que un objeto es mejor que su oponente o mucho mejor.

c) Intensidad.- la fuerza con la que manifestamos el agrado o desagrado hacia el objeto. El grado y la intensidad de las actitudes indudablemente se encuentran relacionadas entre sí y es posible tener sentimientos muy intensos de determinada situación con que nuestra actitud diste mucho de ser extrema.

d) Consistencia - es el estado de entender una misma disposición hacia un objeto como a otro

e) Prominencia - a la facilidad o prontitud con la que exponemos nuestras discrepancias.

La revisión de estos conceptos nos permitieron contar con un marco de referencia acerca de como las actitudes pueden aplicarse a la comprensión de fenómenos como el Trabajo Sexo Comercial.

Por ejemplo, evidenciar la percepción de la susceptibilidad o vulnerabilidad, percepción de la gravedad de las consecuencias, percepción de la efectividad de acción protectora, percepción de las barreras y el costo de la acción protectora, motivadores o facilitadores para la acción tales como el consejo médico o la presencia de síntomas, factores demográficos, estructurales, sociales y psicológicos que facilitan la modificación de conductas riesgosas.

2.1 POSTULADOS BÁSICOS SOBRE FORMACIÓN Y CAMBIO DE ACTITUDES

Mc Guire (Javiedes, op, cit) distingue tres periodos diferentes: el primero hasta la década de 1930, esta época se caracterizó por la conceptualización y preocupación de la medición de las actitudes. Entonces se crearon las técnicas de escalamiento urgentes aún, esto permitió medir la actitud hacia cualquier objeto social.

Conceptualmente se operacionalizaba la actitud como graduando favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto psicológico, es decir se implementaba la dimensión evaluativa-afectiva respecto a los otros componentes ya establecidos, el cognitivo y el connotivo. El problema se planteaba en términos de actitud y conducta.

Posteriormente después de la segunda Guerra Mundial se onmarca el periodo "clásico" en el cual los psicólogos trabajaron a nivel teórico y empírico, determinando las variables involucradas en el cambio de actitud y en la resistencia al cambio.

Los postulados básicos y teorización se establecieron en los siguientes 20 años hasta finalizar los sesentas.

A partir de 1970 el interés decae en dirección ahora de la cognición social, sobre todo de la atribución social.

El tercer florecimiento se centra ahora en la estructura de las actitudes, los sistemas actitudinales y la relación entre ellos y lo más importante lo esencialmente distintivo en la construcción del conocimiento sobre las actitudes es su gran vinculación a problemas sociales.

Los fundamentos básicos que se establecieron en la época "Clásica" se refieren a la consistencia entre afecto y creencias, la función de las actitudes. La actitud como determinante de nuestros juicios y el resultado de uno de los grandes programas de investigación actitudinal el emprendido por Carl Hovland y Yale (Javiedes op. cit) clasificado como una gran empresa científica de la investigación social.

La finalidad del estudio en este tema sería el mostrar el valor teórico de la actitud, como concepto mediador y sintetizador de la relación individuo-sociedad, forma de apropiación, representación y acción del individuo con la realidad.

Las fuentes de la inconsistencia son varias "pueden surgir de creencias no relacionadas, entre elementos de conocimiento, entre evaluaciones hacia objetos actitudinales y entre las propias evaluaciones. También entre el afecto hacia el objeto y las creencias específicas al respecto. Entre el conocimiento que una persona tiene de su propio comportamiento hacia el objeto y el conocimiento de sus creencias y sentimientos hacia el mismo.

La inconsistencia es displacentera y la tensión psicológica que genera este estado conduce a intentar reducir la inconsistencia y una de las formas para recuperar la consistencia perdida es el cambio de actitud precisamente.

La formación de Heider creada respecto al balance cognoscitivo impulsó a los grandes investigadores a tomar estos supuestos como postulados para las teorías de Newcomb entre 1953 y 1961; Osgood y TannenBaun en 1955

Con orientación Gestalista Heider (1967) establece que si se desea entender la forma como operan las actitudes y su impacto en el comportamiento, es necesario conocer la representación cognitiva que el individuo tiene de su ambiente, de su espacio vital; ya que estos eventos están relacionados en un sistema cognitivo dinámico". (Javiedes op. cit.)

El estrecho vínculo entre actitud, creencia y comportamiento, en este estudio en particular se observa como un conocimiento favorable que no necesariamente produce que se presenten comportamientos de autocuidado en las TSC, pero si representan indicadores que permiten pronosticar cambios en la conducta futura, es decir, la presencia misma de los evaluadores despierta en algunas mujeres el interés por empezar a tomar en cuenta medidas de protección y en otras que ya cuentan con el conocimiento, refuerzan la idea de que, protegerse a la larga es benéfico para su salud.

2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para empezar a hablar de salud sexual y reproductiva se hace indispensable hablar también de lo que es un derecho natural o social

¿Es el derecho a la salud sexual y reproductiva un derecho natural o social?, ¿podemos considerar este derecho tan importante como el derecho natural a la libertad?

Por supuesto que así debiera ser, sin embargo, existen otras dimensiones que tendrían que ser analizadas en torno a este derecho, por ejemplo

¿los hombres y las mujeres gozamos de los mismos derechos a la salud?, desde luego que planteamientos sobre la desigualdad entre géneros como este comienzan a ser complicados en su entendimiento, debido a que entonces nos tendríamos que cuestionar el porqué las mujeres tienen la obligación de velar por la salud de otros y no de la propia, porqué es más difícil para la mujer reconocer su derecho a la salud, y no solamente vivir para proporcionar bienestar y cuidado a "los demás", La respuesta es sencilla en apariencia, ya que lo podemos reducir a que así se les ha **educado**.

Las diferencias de la educación en la mujer con respecto a la del hombre es tan notoria que basta decir que a la mujer prácticamente se le ha condicionado como un ser que "debe" dar y servir desde su más tierna edad, situación que no ocurre con el hombre, a quien se le han marcado otros modelos de comportamiento a desarrollar, como "hombre que es"

Partiendo de estas marcadas diferencias en el género, serán las mujeres quienes adopten el compromiso de comenzar a poner de manifiesto ese mismo derecho a un ejercicio de la salud como un derecho natural y social también de la mujer, pero no sólo a manifestarlo, es necesario ponerlo en práctica

La labor no es sencilla, es necesario generar cambios en la ancestral estructura educativa femenina, desde los primeros años del desarrollo, dentro del mismo seno familiar con el fin de que estos cambios se reflejen en la vida adulta de la mujer.

Para ello es necesario primero conocer dónde surgen estos condicionantes sociales que colocan a la mujer en una clara desventaja en relación con los hombres y aunque ya contamos con información al respecto falta mucho camino por recorrer y corresponde dedicar estos esfuerzos a los estudios de género.

Ahora es necesario intervenir paulatinamente en un cambio de estructura mental que le permita a la mujer considerarse digna de atención y desarrolle para empezar una conciencia de derechos equivalentes a los del hombre, que debieran empezar en su derecho a ejercer su sexualidad con la misma libertad que lo hace el hombre para reconocer posteriormente otros derechos tan importantes como su derecho a la salud.

Después de todo, las consecuencias de un acto sexual dado aun en las circunstancias mercantilistas que observamos, repercutirá en la salud de ambos, entonces, ¿porqué no participar en la promoción de la salud de la mujer si a la larga el beneficio será mutuo?

Para el estudio de la salud sexual, Langer, A. 1996 menciona que el término salud aplicado a la sexualidad, adopta patrones médicos y supone una categoría opuesta de la enfermedad sexual, que legitima la discriminación y el repudio hacia aquellos que manifiestan comportamientos y estilos sexuales distintos a los que la sociedad en general acepta.

La expresión salud sexual, sin embargo, puede constituir un concepto útil en su dimensión más positiva, ya que contribuye a definir los objetos últimos de la educación sexual y de los servicios de salud.

A este respecto, la Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que definitivamente enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene el derecho a recibir información y a considerar la aceptación de las relaciones sexuales, tanto con fines placenteros como procreativos."

En ese sentido, el concepto alude a un ámbito biopsicosocial en el que la comunicación y el amor son los ejes esenciales, que aunque rebasan el ámbito de la reproducción, también lo abarcan.

Es claro que el tema sobre salud sexual y reproductiva es tan amplio que requiere de un apartado especial indispensable en otras áreas de investigación sobre la salud de la mujer; pero consideramos necesario vincularlo a esta investigación debido a que es el factor más importante a ser considerado, ya que el estudio que nos ocupa involucra en forma determinante la salud sexual de la mujer con la finalidad básica de preservar su salud y por las razones de suprema desventaja social en las que se expresa.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3.1 Origen e historia de las ETS

"Bajo el signo de Venus"

El origen del término venéreo se debe a Venus, ya que era considerada la diosa de la belleza y del amor; su significado hace alusión a que se transmite por la relación sexual, pero la definición de la frase enfermedad venérea aun lleva el estigma del pecado. las enfermedades venéreas son todavía las enfermedades secretas de los escritores del pasado

Así tenemos que, por ejemplo la leyenda se une a la historia en el periodo de la Preconquista (1325 - 1521) cuando México estaba habitado por más de ochenta grupos etnográficos diferentes, desconectados entre sí y con culturas menos desarrolladas que aquellas de los aztecas y mayas. El dolor urinario se trataba en hombres y mujeres con pocimas preparadas de una variedad de hierbas y raíces y la inflamación genital con cataplasmas en el área afectada.

En el hospital de San Juan de Dios de la ciudad de México en 1534 se trataban las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) mediante la caridad, obviamente la atención médica era inadecuada desde todos los puntos de vista fundamentalmente, debido a la falta del conocimiento más elemental sobre estas patologías.

Aunque el padre Clavijero se negó a aceptar que la sífilis fuera, junto con el cacao, el tomate y el maíz un aporte más de América al mundo, todo sugiere que la enfermedad surgió en nuestro continente y se extendió por Europa después de los viajes de Cristóbal Colón. En 1539 Ruiz de Islas publicó en Sevilla su "Tratado contra el mal serpentino".

De los archivos del Dr. Ruiz de Islas se ha podido rescatar el nombre de una de las primeras víctimas de la sífilis: uno de los hermanos Pinzón. Con su saña característica Voltaire describió en el "Cándido" cómo se extendió la sífilis de un marinero de Colón a un Jesuita, de este a un paje, del paje a una marquesa, y de allí a toda Europa, pasando por un capitán de caballería, una anciana condesa y un franciscano.

Es hasta 1567 cuando Pedro Benavides publicó el primer libro escrito en la ciudad de México sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Los reportes de este, describen los problemas venereos en la Nueva España y muestran que eran similares a aquellos que existían en Europa durante este período. En 1776 se proclamó un bando en la ciudad de México (el primero del que se tiene noticia) acerca del funcionamiento de las "casas públicas" y la vigilancia de las mujeres que trabajaban en ellas, aunque no se mencionan las actividades específicas.

Casi un siglo después, durante la invasión francesa de 1860, el Mariscal Bazaine implementa y logra que el emperador Maximiliano promulgara un reglamento sobre la prostitución, fue entonces que se dió la primera regulación sanitaria formal en esta área. El gobierno del Emperador Maximiliano intentó que esta medida protegiera la salud de los soldados franceses, austriacos y belgas que participaron en la invasión a México.

En cuanto a la existencia de enfermedades en las prostitutas, los documentos hallados indican que por ejemplo, para el año 1872, de 3669 reconocimientos médicos practicados a mujeres en el segundo semestre, sólo en 95 mujeres se detectaron enfermedades.

El Dr. Lara y Pardo, en el mismo año, señala la existencia de sífilis y blenorragia en mujeres que no tenían trato alguno con la prostitución, quedan además los clientes, ya que como el reglamento no contemplaba control alguno sobre ellos, los infectados esparcían la enfermedad en otros sectores de la sociedad.

La información coleccionada en este registro muestra que había 563 trabajadoras del sexo comercial en la ciudad de México, 60 % de las cuales se encontraban entre los 14 y 20 años de edad. Una tercera parte de las mujeres se aislaban durante algún tiempo debido a infecciones urogenitales no especificadas.

La comisión de inspección sanitaria presentó un reporte sobre el control de la prostitución en diciembre 31 de 1881. El inspector principal discutió las deficiencias observadas y las sugerencias de como mejorar los servicios. "El sistema que se ha seguido ha convertido a la inspección sanitaria en un oficina donde se pagan multas y cuotas por casas establecidas y por trabajadores lo cual es inapropiado ya que la ley requiere que sea una oficina de salud.

Por lo tanto, proponemos lo siguiente: 1. Mejorar las condiciones de la oficina utilizada por la inspección sanitaria; 2. Proveer a la oficina con 3 espejos vaginales y suministros de oficina; 3. Proveer a todos los agentes con suministros completos, aún si esto hace necesario reducir su número; 4. Llevar una lista separada de las personas que se escapan y buscar su aprehensión eficiente y 5. Organizar el trabajo de los agentes de inspección de tal manera que estén siempre activos, y hacer obligatoria la realización de reportes sobre su actitud y diligencia".

La literatura producida en México a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX tenía que ver principalmente con los asuntos morales y legales acerca de las "casas públicas" y del tratamiento y diagnóstico disponible en este tiempo para la venerología clásica.

La prueba serológica para la sífilis de Wasserman comenzó a utilizarse en el Instituto de Patología Nacional en 1910. Más tarde, en julio 31 de 1918, una comisión nombrada por el consejo mayor de salud produjo una declaración que promovió la prevención de la sífilis por el Departamento de Salud Pública. La prevención era un aspecto fundamental de la lucha contra las enfermedades venéreas durante el período de la Revolución Mexicana. En 1921 el primer dispensario antivenéreo se estableció en la ciudad de México

Sus actividades estaban casi exclusivamente limitadas a las inspecciones semanales de prostitutas, realización de exámenes físicos, bacterioscopia y serología. Adicionalmente se abrieron más tarde dispensarios antivenéreos en la ciudad de México y en los estados que la rodean, y esto trajo a las enfermedades venéreas bajo la influencia de normas sanitarias que se aplicaron a todas las enfermedades contagiosas. Más aun las pruebas de laboratorio estuvieron disponibles y aparecieron las primeras estadísticas regulares.

En 1926 un número importante de avances tuvo lugar, incluyendo los siguientes aspectos:

1. Los certificados promatrimoniales (después de una prueba de sífilis), se volvieron obligatorios
2. El gobierno mexicano abolió la regulación de la prostitución, de acuerdo a los deseos de la liga de naciones. Las multas serían pagadas solamente por los dueños de los establecimientos.
3. Se establecieron nuevas regulaciones acerca de la prostitución, y estas pueden considerarse como un prólogo del "abolicionismo" (que haría el contagio venéreo ilegal).
4. Se llevaron a cabo intensas actividades antivenéreas.

En 1936, los esfuerzos de prevención organizada se iniciaron bajo la dirección de la Oficina General de Epidemiología y Prevención de Enfermedades Contagiosas de la Secretaría de Salud. En 1940, la regulación de la práctica de la prostitución en la ciudad de México, a partir de la intervención francesa, fué modificada.

Durante el segundo sexenio, de 1941 a 1946, la acción sanitaria por el gobierno federal, los gobiernos de los estados y las municipalidades se mantuvo. El control de la prostitución por la policía sanitaria se abandonó y se estableció la coordinación de la campaña nacional antivenérea.

En 1943, el uso y distribución de la penicilina se regularon mediante la ley y se creó el Centro Eliseo Ramírez.

Este funcionó como un centro de docencia, un dispensario antivenéreo y un laboratorio de referencia. Constituido en una institución de primera clase, desafortunadamente cerró durante la década de los setentas.

En 1948 la campaña antivenérea comenzó a desarrollar planes independientes y recibió su propio presupuesto.

En 1952 la campaña se volvió parte de la Dirección General de Epidemiología y Campañas Sanitarias, con un establecimiento técnico estandarizado y acciones ejecutivas.

Durante 1950 y 1960 los problemas de enfermedades venéreas del país se conocieron mejor, se entrenó al personal y se distribuyó información antivenérea a la población general y a los profesionistas médicos. Adicionalmente, durante estas dos décadas los esfuerzos de una variedad de instituciones de salud y los esfuerzos sociales se coordinaron más eficazmente, impulsando la búsqueda de contactos y la evaluación de laboratorios.

El antígeno V.D.R.L. así denominado por construir una sigla del Veneral Disease Research Laboratory, entidad del Servicio de Salud Pública de Norteamérica (Lovine, E. 1991) mismo que se usaba principalmente en los laboratorios oficiales se produjo y se realizaron encuestas serológicas en grupos poblacionales.

En la actualidad cada estado de la República Mexicana tiene programas contra las enfermedades venéreas e información acerca de su prevalencia, disponible en forma de estadística y encuestas específicas.

"Sin embargo, la mayoría de los programas (excepto sífilis y SIDA) se basan en el diagnóstico clínico y falta apoyo del laboratorio adecuado" (García, M. 1993)

En la actualidad nos vemos obligados a evaluar la utilidad del término enfermedad venérea, cargado de valores morales:

"De manera pertinente, la Asociación Médica Americana ha acuñado la frase: Enfermedades de Transmisión Sexual, en sustitución del término Enfermedades Venéreas". (Golwald, W 1983)

Este término muestra una mayor utilidad, pues no sólo se limita a enfermedades que se transmiten durante la relación sexual, sino que además incluye infecciones que pueden transmitirse por todo tipo de contacto sexual. Sin embargo, en la descripción de los antecedentes históricos de estas enfermedades emplearemos aún el término Enfermedades Venéreas sólo como respeto a su origen e historia.

Es difícil hacer una recopilación del transcurso histórico de cada una de las enfermedades anteriormente denominadas venéreas, aún así, se resumen algunas de ellas, especialmente las que causaron un gran impacto por la cantidad de muertes en Europa en combinación con la temida "peste negra".

En algún momento se pretendió despojar a estas enfermedades de un concepto de "enfermedades secretas" por el alto índice de mortalidad registrado en algunos países europeos, sobre todo en el siglo XV y XVI.

Una de las enfermedades que más preocupaba en aquel entonces, era la **Sífilis**; considerada como un mal social "nacida por la conjunción de insalubridad, viajes largos de ejércitos conquistadores y comerciantes voraces, desnutrición y desconocimiento médico: a menudo se le atribuía a un castigo divino por el ejercicio desenfrenado de la sexualidad extramarital" (Golwald, op cit)

"En algún momento de la historia de las "enfermedades venéreas" (1943) se pensó que la sífilis por ejemplo, tenía su origen en América y se la conoció en Europa (después del descubrimiento de América), causando grandes epidemias en España, Italia y Francia. A esta enfermedad se le ha denominado de varias maneras: mal español, mal napolitano, mal gálico, causando verdaderos estragos entre la población de esa época y habiéndose intentado todo tipo de tratamientos.

El médico renacentista italiano Fracastoro acostumbraba escribir poemas pastorales en su tiempo libre. Pastoreando sus rebaños en una lejana isla que debe representar el primer descubrimiento de Colón, Haití, Sífilis desafió a los Dioses y fue castigado desde lo alto con pústulas y llagas ulcerosas que luego le causaron la muerte.

No es por accidente que en forma intuitiva relacionamos la sífilis y la gonorrea como enfermedades conexas. Después de todo, ambas se transmiten en forma sexual, Aun más, durante muchos años se les consideró manifestaciones de la misma enfermedad. El gran cirujano inglés del siglo XVIII John Hunter llegó justo a esta conclusión errónea en su "Treatise on the Venereal Disease", que se publicó por primera vez en Londres en 1786.

En esta obra describía un experimento en el cual, él se inoculó con gonorrea. En un acto que parece de valor sublime o absolutamente temerario, se punccionó el pene en dos sitios con una lanceta sumergida en substancia infecciosa de un paciente con gonorrea. En consecuencia, Hunter mostró los síntomas de gonorrea y sífilis, y se convenció que había demostrado que ambas enfermedades se deben a la misma causa. No se dio cuenta que el paciente del cual tomó el inóculo sufría a la vez gonorrea y sífilis" (Cora, 1988)

La historia de la **Gonorrea** al igual que la de la sífilis es muy antigua. "El famoso médico griego Galeno creó el nombre de gonorrea en el siglo segundo. Debido a que el flujo de la gonorrea en la uretra del hombre parecía semen, Galeno supuso que la enfermedad producía una liberación anormal de líquido seminal, por lo tanto unió las palabras gonos ("semilla") y rhoia ("flujo") para describir esta enfermedad genital, pero claro está, la gonorrea existía mucho antes que Galeno le diera este nombre, probablemente la conocían los antiguos egipcios, asirios, chinos y japoneses. Pero no fué sino hasta 1879 que Albert Neisser (bacteriólogo) la descubre en pacientes y en su honor, a los gérmenes de ese género se les llama Neisserias". (Golwald, W. 1983)

"Probablemente la gonorrea existía ya en China en el año 2500 a.C. ya que en escritos de la época se describe una Uretritis contagiosa. En la Biblia hay numerosas alusiones a lo que pudieran ser epidemias de gonorrea, conocidas en la antigüedad, y en el Levítico se dan normas acerca de cómo se puede detener la extensión de esta plaga cuya contagiosidad es bien conocida.

En los Números se habla de una epidemia de uretritis en tiempos de guerra y Moisés prohibió las relaciones sexuales de los individuos que tuvieran escozor uretral". (Golwald, op. cit.)

"En el antiguo Egipto, se debía conocer la gonorrea, pues ya se habla de algo parecido en el papiro de Eber y se recomiendan, para su tratamiento, instalaciones de aceite de sándalo. Hipócrates hizo las primeras descripciones clínicas precisas de supuraciones uretrales en el varón

En la Edad Media se conocían también epidemias de gonorrea, en relación, sobre todo, con la presencia de ejércitos en las poblaciones y se les llamaba en aquel entonces "gato militar".

En el siglo XII, en Londres, se prohibía a los dueños de burdeles que tuvieran pupilos con (quemazón genital) y John Ardenne, cirujano de Enrique IV de Inglaterra, describió con toda exactitud la clínica de Urethritis" (Botella, L. 1988)

"Se sospechaba que algunos grupos sociales eran los focos de infección, se consideraban como un castigo del pecado y, puesto que no se conocían las causas ni el tratamiento, se hacían las proposiciones más extrañas. Hasta, Erasmo, tolerante en otros aspectos, quería que todas las personas fueran quemadas, castradas o provistas de un cinturón de castidad". (Bartra, A. 1993)

"Durante este tiempo (1800) surgen en el mundo otras enfermedades transmitidas por la misma vía como, "la gonorrea o gonococcia, candidiásis, herpes genital, tricomoniasis, chancro blando, el linfogranuloma venéreo, condilomas acuminados, y muy recientemente, casi dos siglos después (1979) el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)". (Botella, op. cit.)

3.2 PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN TSC DE MEXICO

En relación con la infección por VIH/SIDA, existe evidencia de que las mujeres dedicadas a la prostitución se han infectado por drogadicción intravenosa y por transmisión sexual a partir de sus clientes o parejas sexuales; ya que la mujer es biológicamente más vulnerable a la infección que el hombre.

"En México existen diversos reportes de seroprevalencia de VIH entre mujeres dedicadas a la prostitución: de 1986 a 1987 en Guadalajara fué del 0.4% y en 1987 y 1988 la Dirección General de Epidemiología notificó en 6 ciudades del país una seroprevalencia del 0.9 al 5.2%. (Uribe, P. 1995). En 1990 se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH en 3612 TSC de 20 ciudades, resultando positivos al VIH solamente el 0.4%.

En relación con la seroprevalencia del VIH de TSC que acuden al CONASIDA, se mantienen cifras desde 1989, cuando se registró la más alta prevalencia de VIH en esta población: 2.6% (9 de 342), probablemente debido a que fué el primer año en que se ofreció la prueba a TSC que acudieron voluntariamente para la detección del VIH. En 1990 se observó una seroprevalencia del 0.2% (11 de 4299); en 1991 del 0.4 (26 de 5887), en 1992 del 0.05% (3 de 5947), en 1993 del 0.04 (3 de 6425); y en 1994 del 0.19 (13 de 6304)". (Uribe, P. 1995)

3.3 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

A continuación se hace una breve descripción del cuadro clínico de las ETS más frecuentes en nuestro país con el nombre de virus o bacteria que la causa.

El Chancroide (*Haemophilus ducrei*). En mujeres presenta los siguientes síntomas: úlceras de forma irregular, dolorosa, a la entrada de la vagina y alrededor del ano. Puede causar dolor al orinar o defecar, sangrado rectal, dolor en la relación sexual y flujo vaginal, puede ser asintomático.

En el hombre las úlceras se presentan de forma irregular en el pene, dolorosas, con inflamación en los ganglios en la región perineal.

El Periodo de Incubación usualmente es de 3 a 7 días, hasta más de 10 días y las úlceras desaparecen en ocasiones sin tratamiento usualmente al mes, pero pueden durar hasta 12 semanas. Causan nódulos inguinales (nódulos linfáticos inflamados en el área perineal) en más de la mitad de casos. Se transmite a las personas infectadas mientras tengan úlceras. Existe transmisión de la madre al feto o durante el nacimiento.

Uretritis Inespecifica (*Chlamydia Trachomatis*). Se presenta en mujeres con flujo vaginal, dolor al orinar, con escaso sangrado en gotas, después de las relaciones sexuales, y dolor en abdomen bajo. En hombres se presenta con descarga uretral, dolor al orinar.

Frecuentemente hombres y mujeres pueden ser sintomáticos, su periodo de incubación es de 7 a 21 días. En mujeres puede causar EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica), salpingitis, endometritis, cervicitis, uretritis y bartolinitis.

En mujeres embarazadas puede causar ruptura prematura de membranas o parto pretérmino y en hombres puede causar uretritis y epididimitis. Es la causa del 35% al 50% de las uretritis no gonocócicas en hombres heterosexuales.

El contagio de Madre a hijo ocurre del 60% al 70% de los recién nacidos expuestos al nacer desarrollaron infección respiratoria, neumonía e infección oftálmica.

Gonorrea (Neisseria Gonorrhoeae) Presenta la siguiente sintomatología en mujeres, con flujo vaginal, dolor al orinar, sangrado en forma de gota después de la relación sexual, dolor en abdomen bajo, puede ser asintomática. En Hombres se presenta, descarga uretral de pus, dolor al orinar. El Período de Incubación es de 1 a 14 días, la mayoría de los síntomas se desarrollan entre el segundo y quinto día.

En mujeres puede ocasionar salpingitis en 10 a 20% de los casos. También endometritis, cervicitis, uretritis y bartolinitis. En hombres la uretritis, y la epididimitis sin antibióticos la desarrollan hasta el 20 % de los hombres. La transmisibilidad se encuentra entre el 50 y el 90% de las parejas sexuales femeninas que se contagian en una primera relación sexual con un hombre infectado. 20% de los hombres se infectan después de una exposición, el contagio madre a hijo es del 2% a 50% de niños expuestos al nacer desarrollan infecciones en los ojos.

Herpes (Virus Herpes Simplex (VHS) tipo 1 y 2) En mujeres presenta la siguiente sintomatología: ampulas dolorosas en y alrededor de la vagina, ano o cara anterior del muslo, dolor al orinar, dolor de cabeza, espalda y músculos. El 70% puede ser asintomático.

En hombres se presentan lesiones dolorosas en el pene y síntomas similares a los de la mujer. Son frecuentes los episodios de recurrencia con síntomas y lesiones menores, dolor, hormigueo en los glúteos, piernas, o caderas tanto en hombros y caderas.

Su período de Incubación es de 1 a 26 días, en promedio de 6 a 7 días. En hombres y mujeres, puede presentar infección primaria que afecta al sistema nervioso central, causando dolor de cabeza, rigidez de nuca, hipersensibilidad a la luz. Puede desarrollar cervicitis en la mujer y proctitis en ambos sexos. Se puede transmitir aun estando asintomático y de madre a hijo si la madre ha tenido un primer episodio, del 20 a 50% de los niños se infectan al nacer. En un segundo episodio la infectividad disminuye hasta un 5%. Es más transmisible cuando la madre está asintomática.

Lymphogranuloma Venereum (Chlamydia Trachomatis). En la mujer es asintomática, o con dolor en el abdomen bajo, en la espalda, de un 20 a 30% puede tener bubas en la región inguinal. En el hombre la bubosidad inguinal, puede ser precedido por lesiones genitales. En sexo anal puede desarrollar infección rectal. El Período de Incubación es de 3 a 12 días para lesiones genitales, 10 a 30 días para bubas inguinales. Dos tercios de bubosidades se retraen formando masas fibroides. Un tercio se rompen y cicatrizan. Un 20% de los nódulos linfáticos inguinales se separan de los nódulos linfáticos femorales formando masa inguinal. Formación de fistulas, inflamación crónica de nódulos linfáticos, cervicitis, Uretritis y alargamiento de los genitales. La Transmisibilidad no se conoce pero probablemente es menos transmisible que la gonorrea.

Sífilis (*Treponema Pallidum*). La sintomatología presenta lesiones indoloras en vulva, cérvix, pene, nariz, boca y/o ano. En la mujer presenta lesiones internas no visibles y comezón como primer síntoma similar a sífilis secundaria. Su periodo de incubación es de 10 a 90 días con media de 21 días. En la 2a. etapa se presenta erupción en el cuerpo, dolor muscular, hepatitis, artritis, pérdida del pelo. En la 3a. etapa se presenta daño a arterias, corazón, médula espinal, cerebro y huesos.

Neurosífilis y sífilis cardiovascular, comenzando entre uno y 20 años después. Sin tratamiento la Neurosífilis es fatal en 5 años. Su Transmisibilidad es de 30 a 60% de las parejas sexuales. Se pueden infectar después de una exposición. De madre a hijo puede atravesar placenta desde la novena semana de embarazo en dos tercios o más de las mujeres embarazadas, causando aborto espontáneo, muerte intrauterina y muerte neonatal en 40 % de los casos.

Trichomoniasis (*Trichomonas Vaginalis*). Presenta en mujeres flujo vaginal abundante verde o amarillo, mal olor, comezón, dolor al orinar y en la relación sexual. En hombres usualmente asintomáticos puede incluir descarga uretral, dolor y comezón.

El periodo de incubación es de 3 a 28 días. En la mujer sin tratamiento los síntomas pueden persistir por años, pero los síntomas empeoran durante y después de la menstruación sin secuelas en la mayoría de los casos. En hombres la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente, las secuelas pueden incluir Uretritis, prostatitis e infertilidad. En el 85% de las parejas infectadas desarrollan la enfermedad. Del 30 al 40% de las parejas de mujeres infectadas desarrollan la infección y de madre a hijo el 5% de las niñas nacidas de mujeres infectadas se contagian al nacer. (Ver cuadro 1)

CUADRO 1
Incidencia por Enfermedades Transmitidas Sexualmente, México, 1990—1996
Hasta el 1° de Enero de 1997

Pacientes	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996†	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Candidiasis Urogenital	72718	84,72	85655	92,77	91850	105,85	96725	109,24	116478	131,36	95192	105,62	127623	136,40
Chancro Duro	766	0,89	562	0,54	658	0,74	618	0,70	648	0,72	680	0,74	640	0,68
Herpes Genital	2927	3,41	3113	3,61	3064	3,46	3087	3,49	3177	3,52	2142	2,33	2862	3,06
Linfogranuloma Venéreo	242	0,28	158	0,13	243	0,28	364	0,41	270	0,30	208	0,23	267	0,29
Tricomoniasis Urogenital	94226	109,84	96017	110,03	103504	119,05	102855	116,27	102297	113,46	80397	87,52	101824	108,83
Sífilis Adquirida	3655	4,30	2672	3,02	2553	2,94	1947	2,20	1940	2,15	1208	1,31	1414	1,51
Infección Gonococcica	19870	23,16	16983	19,43	19609	22,60	20691	23,39	18381	21,05	8041	8,75	12697	13,57

Hasta la semana 51

*Tasa por 100.000 habitantes

FUENTE: Dirección General de Epidemiología, SSA.

VIH/SIDA

4.1 ¿Qué es el VIH?

La Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) menciona que el agente causante del SIDA es el VIH, su nombre significa Virus de Inmunodeficiencia Humana, este virus fue descubierto en el año de 1983 por el Dr. Luc Montagnier en Francia. La descripción y clasificación del virus se llevó a cabo por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta en los Estados Unidos.

4.2 ¿Qué es el SIDA?

El SIDA es una enfermedad infecciosa nueva, contagiosa y prevenible, en la actualidad incurable y mortal. Esta afecta las defensas del organismo, favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres raros, constituyéndose a la fecha como un grave problema de salud pública, surgió primero como una epidemia para después alcanzar magnitudes de pandemia. Vale la pena aclarar que el SIDA no es un tipo de cáncer, no es un mito y mucho menos una campaña de intimidación para establecer un control sobre el libre derecho del ejercicio de la sexualidad en los individuos, como lo afirman algunos incrédulos que niegan la propia posibilidad de riesgo de infección por VIH o algunas otras ETS.

Es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por un conjunto de fenómenos que se producen en una o varias partes del cuerpo, por la acción de un agente biológico, extraño al mismo, así como las reacciones que el organismo presenta contra este.

Primero se consideró una epidemia y después una pandemia debido al aumento en la frecuencia del número de casos de esta enfermedad. En un principio se presentó sólo en algunos países, posteriormente se registraron casos en casi todo el mundo y en un tiempo relativamente breve, se excedió la ocurrencia esperada, dando como resultado que en la actualidad todos los países del mundo han notificado casos de SIDA.

Las siglas del SIDA significan:

- S = Síndrome
- I = Inmuno
- D = Deficiencia
- A = Adquirida

Se le denominó de esta manera debido a que estos conceptos representan aspectos básicos involucrados en la enfermedad: así, la palabra **síndrome** hace referencia a un conjunto o serie de signos y síntomas que caracterizan un padecimiento. Un **signo** es la manifestación objetiva de una enfermedad y puede ser observada por un examinador (en este caso un médico) a través de una exploración física y un interrogatorio con el fin de encontrar prácticas de riesgo para el contagio del SIDA.

Un **síntoma** es la manifestación subjetiva de una alteración orgánica o funcional que solo la persona examinada puede "observar" "percibir" o "sentir" y que sólo el profesional puede conocer mediante un interrogatorio.

4.3 Origen del SIDA

Las investigaciones atribuyen el origen de este virus a la parte central del continente africano, específicamente Zaire, país en el que en los 80's se analizaron algunos sueros congelados preservados desde la segunda guerra mundial y en los cuales se encontraron anticuerpos contra el VIH.

Se cree que en la década de los cincuenta se pudieron presentar los primeros casos de infección por el VIH, sin embargo, no fue sino hasta finales de los 70's que empezaron a enfermar las primeras víctimas del padecimiento; y así da comienzo la batalla que libra la comunidad científica por encontrar ya no sólo los orígenes, sino sus formas de transmisión y sobre todo la manera de combatirlo, controlarlo y erradicarlo del ser humano, situación que lamentablemente está aún muy lejos de ocurrir.

Los primeros motivos de preocupación de la comunidad médica en 1978, fueron los 5 casos de varones homosexuales jóvenes en San Francisco, California, quienes presentaban cuadros poco comunes de una neumonía causada por una bacteria de nombre *Pneumocystis Carinii*, de igual manera se encontraron manifestaciones del desarrollo de una neoplasia poco frecuente denominada Sarcoma de Kaposi, además de un estado de desgaste físico generalizado, con una linfadenopatía que les hizo pensar que se encontraban ante un nuevo padecimiento relacionado con el sistema inmunológico y con hombres homosexuales.

Esto condujo a un relativo retraso en la definición de las poblaciones en riesgo, y a que no se formularan recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual

A principios de 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos (D.I.), sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad. En 1983 empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas de los pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existían otros grupos afectados de los que originalmente se creían, así como otros mecanismos de transmisión.

Finalmente, en 1983 se acuñó el término de SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, el cual es causado por dos tipos de virus VIH 1 y el VIH 2, de este último, se sabe que únicamente se han presentado casos en el África, aún así, el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) de la Secretaría de Salud en México y laboratorios privados realizan el estudio para diagnosticar la infección causada por este tipo particular de virus de SIDA empleando el reactivo específico en la búsqueda de anticuerpos para esta variante de virus causante del SIDA.

"La infección del VIH afecta principalmente el sistema natural de defensas de nuestro organismo, destruye específicamente las células T las cuales se encargan del mecanismo defensivo especializado contra infecciones, bacterias y el desarrollo de cánceres, es decir, las células más importantes que conforman nuestro complejo sistema inmunológico

El sistema inmunológico lo conforman un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos, hay dos tipos básicos de linfocitos: los linfocitos T y los Linfocitos B.

Los linfocitos T dirigen la defensa del organismo, éstos a su vez se subdividen en: linfocitos T cooperadores, los cuales se encargan de enviar señales para alertar y preparar a todas las células del sistema, así como para destruir al agente agresor.

Los linfocitos T supresores, son como el árbitro, estos deciden cuando termina la lucha.

Los linfocitos T exterminadores: son los que se encargan directamente de destruir las células envejecidas, cancerosas, o infectadas por algún agente infeccioso, y por último, los linfocitos B se encargan de fabricar las armas específicas para la defensa de nuestro organismo: los anticuerpos.

Los anticuerpos son proteínas producidas por los linfocitos B, como resultado de la introducción de un agente extraño al organismo y que tiene la función de bloquearlo o destruirlo. En el caso particular de la infección por VIH, la generación de los anticuerpos que se crean para atacarlo, permiten hacer la detección oportuna de que la infección ha ocurrido a través de una prueba de detección llamada ELISA para VIH.

Estos anticuerpos no pueden destruir al virus ya que este, después de ingresar al organismo se introduce al núcleo de las células y es prácticamente imposible detectarlo, hasta que el virus se replica y sale destruyendo la célula huésped.

La función del sistema inmune se lleva a cabo de dos formas: la respuesta inespecífica, que tiene como fin evitar la entrada de bacterias, virus, y cualquier agente extraño que pudiera causar daño o el desarrollo de enfermedades dentro de nuestro cuerpo, destruyéndolas de ser posible desde la entrada, para ello se auxilia de barreras naturales como la piel, las mucosas, etc.

También algunas sustancias naturales (ácidos grasos de la piel, saliva, ácidos gástricos, así como ciertos tipos de células o glóbulos blancos) ayudan desde ésta línea defensiva. La respuesta específica, es la segunda línea defensiva del sistema inmune, ésta no tiene una localización precisa, ya que se distribuye en todo el organismo y se concentra en los ganglios linfáticos, el bazo, el timo y la médula ósea". (Uribe P. 1995)

4.4 Mecanismos de transmisión

Actualmente se tienen perfectamente identificadas las vías de transmisión del VIH y los fluidos corporales que lo contienen. Por orden de importancia, los fluidos corporales que representan riesgo para el contagio del VIH, si ingresan a nuestro organismo, son:

- a) Sangre
- b) Semen
- c) Fluidos vaginales
- d) Leche materna

También el líquido cefalorraquídeo es considerado de riesgo, pero en vista de que este corre a través de las vértebras y su salida al exterior está condicionada a la voluntad médica o debido a algún evento traumático, diremos que sólo bajo estas circunstancias podría representar riesgo para quienes tuvieran contacto directo con este fluido sobre heridas.

Cabe mencionar que ningún otro líquido corporal como lo son:

Saliva, sudor, lágrimas, orina no representan peligro alguno para el contagio del VIH. Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que las formas de transmisión para el contagio del VIH son:

1. LA TRANSMISIÓN SEXUAL: esta forma de contagio se presenta durante el acto sexual (coito) ya sea por vía vaginal o anal, al quedar depositado el semen en la vagina o en el ano, o bien al contacto del pene con las secreciones vaginales a través de la mucosa del glande y la uretra. Es importante mencionar que la transmisión del VIH se facilitará en aquellos casos en los que los individuos padezcan enfermedades sexualmente transmisibles como la sífilis, el herpes, gonorrea, etc. o presenten heridas en los genitales o ano no visibles a simple vista.

2. LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA: Esta segunda forma de contagio se presenta cada vez con menos frecuencia debido al control sanitario que se tiene sobre la sangre y sus derivados, sin embargo, cabe la posibilidad de que si no se investiga adecuadamente si la sangre que se va a transfundir se encuentra infectada, se corre el riesgo de contagiar al receptor de esa unidad de sangre contaminada. Desde mayo de 1986, a raíz de la infección por VIH y al conocer que ésta se transmitía por vía sanguínea, se realizó una modificación al Art. 332 de la Ley General de Salud: para que a la sangre, órganos y derivados sanguíneos que se van a transfundir, se les aplique la prueba de ELISA para detectar si están contaminados por VIH. (Galván, F. 1988)

Dentro de esta modalidad de contagio también se incluye el riesgo de infección por el intercambio de agujas contaminadas como en los casos en los que se acostumbra compartir jeringas hipodérmicas con personas adictas a las drogas endovenosas.

3. TRANSMISIÓN VERTICAL: es la transmisión que ocurre de una mujer a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Una mujer puede saber si ha corrido el riesgo de contagiarse del VIH si se somete a un análisis autoevaluativo sobre las prácticas sexuales pasadas o presentes en las que no se haya tenido la precaución de usar protección (condones), así como de antecedentes sobre transfusiones sanguíneas o uso de jeringas no esterilizadas correctamente, con el fin de valorar el riesgo de contagio y en consecuencia tomar decisiones, en las cuales se incluye la prueba de anticuerpos del VIH.

4.5 SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL SIDA

Antes de hacer un listado de los síntomas que presentan las personas que viven con el VIH o con SIDA, debemos mencionar que en las enfermedades infecciosas se pueden distinguir dos fenómenos: la infección y la enfermedad. Esta última representa una de las posibles consecuencias de la infección. Los factores que hacen que se presente la enfermedad, cuando hay una infección, dependen en gran medida del huésped, aunque también contribuye el número de microorganismos, es decir, la dosis de agente infeccioso, y su virulencia, que es la capacidad que posee el agente de causar enfermedad.

"Los síntomas del SIDA no se presentan en forma exclusiva en alguien que ha sido contagiado por el virus VIH, éstos pueden manifestarse aún en personas que no tienen el virus en su organismo, la diferencia estriba en el tiempo de duración de los síntomas su respuesta a los tratamientos

Los síntomas ayudan al médico a presumir mediante una correcta valoración de riesgo que la persona pudiera estar contagiada de VIH. Si estos síntomas han estado presentes en la persona por más de tres semanas aún con tratamiento, y no ceden, entonces se debe considerar la necesidad de realizar pruebas (recordemos que el SIDA es una enfermedad con un periodo de incubación de hasta más de 15 años).

Sin embargo, vale la pena poner énfasis en que el diagnóstico sólo será determinado por la prueba de anticuerpos (ELISA para VIH) y un examen confirmatorio llamado (Western blot).

Los síntomas que se manifiestan con frecuencia en quienes han sido contagiados por el VIH y han cursado por un periodo de infección silenciosa, al menos de tres años son: fiebres y sudoraciones nocturnas, diarreas, pérdida de peso, tos seca y persistente.

Suelen presentarse infecciones por hongos especialmente en la boca (candidiasis oral).

Síndrome de desgaste físico y/o ataque al sistema nervioso central (manifestándose en cuadros demenciales asociados a la infección por VIH).

En infección muy avanzada, en la que además de manifestarse enfermedades oportunistas, suelen presentarse con cierta frecuencia síntomas graves que muestran el desarrollo hacia un estado de enfermedad mortal (SIDA), tales como: neumonías, tuberculosis, hepatitis, e incluso algunas formas de cáncer maligno como el Sarcoma de Kaposi o algunos linfomas". (Urbe, P.op. cit.)

EL CONDÓN COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

El siguiente capítulo versa sobre las formas de prevención del VIH y ha sido tomado textualmente de la (Norma Oficial Mexicana, 1995).

La prevención de la infección por VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y al personal de salud.

La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.

Las medidas fundamentales para la prevención de la infección en la comunidad, son las siguientes:

- a) **Informar** respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH;
- b) **Difundir** ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH;
- c) **Comunicar** a los portadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes que le den preferencia al uso de material desechable; cuando esto no sea posible, entonces esterilizar y desinfectar en forma adecuada los instrumentos punzocortantes utilizados.
- d) **Evitar** las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (condón masculino) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo; y a la población con prácticas de alto riesgo:

Hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual, hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual.

Evitar la donación de sangre, órganos, tejidos y células germinales.

practicarse periódicamente pruebas de detección de anticuerpos para VIH. Especialmente en aquellos en los que el ejercicio de la prostitución es una constante de riesgo en la transmisión del VIH.

5.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN TSC

Entre las recomendaciones hechas por la O.M.S. asociadas con la prostitución se destacan:

1. Promover intervenciones dirigidas a cambiar urgentemente las prácticas de alto riesgo entre todas las prostitutas y sus clientes.
2. Los gobiernos deben conocer la práctica de la prostitución en sus países e instrumentar programas de prevención y medios permanentes para combatir la infección por HIV.

Los gobiernos de todos los países donde se registran los más altos índices de casos de SIDA están obligados a:

Realizar estudios sobre los factores económicos que afectan el trabajo sexual en cada país, incluyendo:

- a) el costo de los condones,
- b) la disponibilidad de alternativas de trabajo y
- c) la importancia del trabajo sexual para la economía nacional.

Realizar las investigaciones para incrementar el uso y aceptabilidad de condones y otros métodos de barrera que ayuden en la prevención de las Ets

Ubicar la resistencia de la población masculina con respecto al uso del condón.

Estas son sólo algunas de las medidas que pueden contribuir a disminuir los riesgos de infección en esta población que tan frecuentemente se ve expuesta a padecer enfermedades de transmisión sexual entre las que se destaca preponderantemente el SIDA por ser una enfermedad mortal.

5.2 HISTORIA DE LOS CONDONES

Al término condón se le atribuyen varias explicaciones en cuanto a su origen, una de ellas hace referencia al médico de la corte de Carlos I de Inglaterra, de apellido Condom, éste hizo que el monarca incorporara el método como anticonceptivo en sus prácticas sexuales, con el fin de controlar su ya numerosa descendencia, sin embargo, también hay evidencia del uso del condón entre los egipcios hacia el año 1350 a.C.

En el libro titulado "morbo gálico" apareció por vez primera un tratado sobre el uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual, éste lo escribió el anatomista italiano Gabriel Fallopio y se publicó en 1564. En él Fallopio se refiere a la sífilis y recomienda utilizar un condón de lino como medida de protección contra ésta enfermedad.

"Con base en estos antecedentes, podemos afirmar, como lo hicieron Potts y Short, que el uso del condón nace como protección frente al contagio de las enfermedades de transmisión sexual y no como método anticonceptivo; utilidad que se le dio posteriormente

Como mencionamos anteriormente, el condón ha sido utilizado durante cientos de años para prevenir infecciones y/o embarazos, sin embargo, la moralidad puritana que ha caracterizado a la sociedad occidental, lo ha mantenido en la obscuridad y como un tema no mencionado abiertamente. Con la aparición del SIDA, a principios de la década de los ochentas, resurgió el tema del condón, convirtiéndose en la actualidad en uno de los principales métodos de que disponemos para prevenir la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras enfermedades". (Del Río, C. 1995)

5.3 CONDÓN MASCULINO

Desde su aparición, el condón masculino ha sido fabricado con diversos materiales: Desde tejidos animales, como el intestino ciego de cordero, hasta productos químicos, como el látex de diferente grosor. Es importante señalar que los condones elaborados con tejidos de animales no son recomendables para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el HIV/SIDA, los que son recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los elaborados con hule látex.

5.3.1 FRECUENCIA DE USO

Los datos sobre frecuencia de uso del condón son difíciles de obtener y comparar de un estudio a otro. Es considerado uno de los métodos anticonceptivos menos utilizados en planificación familiar a nivel mundial; en un estudio realizado en Tailandia, en 1987, menos del 2% de los que practicaban algún método anticonceptivo usaban condones. Sin embargo, a partir del surgimiento del SIDA, podemos observar que el uso de condones ha ido en aumento, aún reconociendo las dificultades señaladas.

"En un estudio realizado en 245 parejas heterosexuales donde uno de los dos estaba infectado con VIH y el otro no, no hubo ninguna infección con el VIH entre las 123 parejas que usaron un condón cada vez que tenían relaciones sexuales. En contraste con las 122 parejas que usaron condones algunas veces y no los usaron del todo, hubo 12 que si se infectaron.

Con los millones de personas actualmente infectadas por el VIH en el mundo y en vista de que la mayoría de las infecciones se transmiten sexualmente, la promoción del condón debe ser un elemento crucial en cualquier estrategia de salud pública". (SIDA/ETS, 1995)

La OMS estima que diariamente se llevan a cabo 100 millones de relaciones sexuales; de las cuales 910 mil terminan en embarazos, 356 mil en enfermedades de transmisión sexual y unas 6 mil en infecciones por HIV.

"Por otro lado se calcula que en 1990 se usaron en el mundo aproximadamente 6 mil millones de condones pero ésta cantidad dista mucho de los 13 mil millones que se estima hubieran sido necesarios para todas las relaciones sexuales en las que se corría riesgo de exponerse al HIV, otras enfermedades sexualmente transmisibles o evitar embarazos no deseados. Vale la pena mencionar el importante papel que ha jugado la Agencia para la Ayuda y el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID), la cual distribuyó en 1991 alrededor de 1 billón de condones a países en desarrollo; a nivel mundial es uno de los principales distribuidores de condones gratuitos en todos éstos países.

Por lo que toca a México se calcula que en 1990 se vendieron de 30 a 32 millones de condones. Si a éstos se suman los 15 millones que distribuyó el sector público de manera gratuita, podemos concluir que en México se usaron aproximadamente de 45 a 50 millones de condones en 1990, asumiendo que todos fueron utilizados en relaciones sexuales. Sin embargo, es evidente que ésa cantidad no es suficiente para evitar en forma significativa en nuestro país enfermedades sexualmente transmisibles e infecciones por HIV.

Si calculamos que existen de 35 a 40 millones de hombres en edad sexualmente activa en México, entonces ésos 50 millones de condones se traducirían en que cada individuo utilizó de 1 a 2 condones por año. Asimismo con los datos anteriores, se calcula que el condón se utiliza regularmente, en menos del 5% de las relaciones sexuales que ocurren en nuestro país cada año. También es evidente que no todos los hombres sexualmente activos tienen prácticas de riesgo para la adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles, y es evidente que no todos usan condón. Varios estudios basados en los modelos actuales de transmisión del HIV/SIDA sugieren que si tan solo el 15% de los hombres en poblaciones urbanas que tienen múltiples parejas sexuales usaran condones, consistentemente, la seroprevalencia del HIV en dicha población no aumentaría". (Del Río, op. cit.)

5.3.2 EFICACIA DEL CONDÓN

Se ha demostrado en el laboratorio que los condones de látex constituyen una barrera mecánica eficaz contra los agentes causales de gran número de ETS tales como: gonorrea, citomegalovirus, virus herpes, sífilis, hepatitis b, clamidia y HIV. Sin embargo, en la práctica es difícil demostrar la eficacia de los condones, debido a la falta de información sobre la exposición a virus, posibles errores humanos y en menor medida, fallas en la fabricación. Pese a ello, existen varios estudios epidemiológicos que han encontrado una fuerte asociación entre el uso correcto y sistemático del condón y una menor frecuencia de infección por HIV, ETS y embarazos no deseados.

"Los resultados de una encuesta telefónica a heterosexuales en 23 áreas urbanas con alta incidencia de SIDA revelaron que la desconfianza asociada en el uso del condón es más acentuada entre los varones, los afroamericanos y los que tienen un bajo nivel de educación. De los que respondieron la encuesta, el 54% creyó que los condones podrían fallar durante el acto sexual, el 41% se quejó de una reducción en la sensación sexual, el 35% se sintió incómodo al comprarlos y el 21% se sintió incómodo al ponérselos". (SIDA/ETS, op. cit.)

"El tener fácil acceso a los condones, promocionarlos en forma eficaz y usarlos todo el tiempo y correctamente, es fundamental en el área de la salud pública y concretamente para la prevención del SIDA.

En una encuesta nacional en jóvenes, entre las edades de 14 a 21 años, el 63% reportó haber tenido relaciones sexuales con condón, lo cual reduce el riesgo de contraer ETS incluyendo el VIH.

En un estudio con estudiantes de un colegio canadiense, los factores asociados a no querer usar el condón incluyeron: pena o vergüenza al comprar los condones, dificultad para discutir el uso del condón con la pareja el uso de anticonceptivos orales, la falta de conocimiento sobre el VIH y las ETS y la creencia de que los condones interfieren en el placer sexual.

La vergüenza se puede contrarrestar con la educación, las pláticas francas acerca de la sexualidad y un mejor mercadeo y distribución de condones* (SIDA/ETS, op. cit.)

En otro estudio reciente sobre la calidad y eficiencia de los condones realizado por la Coordinación General de Investigaciones de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), en beneficio del consumidor para que éste considere en primera instancia la calidad de estos artículos y el precio de los condones con mayor demanda en el mercado

El resultado de la investigación incluyó 26 marcas de condones tanto importados como de manufactura mexicana. Los cuales se clasificaron en varios grupos:

- Lisos con lubricante espermaticida
- Lisos lubricados
- Texturizados lubricados
- Lisos no lubricados
- Lisos con aroma y sabor
- Texturizados con espermaticida.

Las pruebas de verificación de calidad se basaron en la Norma Oficial Mexicana NOM016SSA11993, la cual establece las especificaciones sanitarias que deben cumplir los condones de hule látex.

Las pruebas incluyeron la verificación de: Información al consumidor, verificación del empaque, defectos visibles, verificación dimensional, solidez del color, orificios no visibles, volumen y presión de estallamiento, resistencia a la ruptura.

Esta investigación que incluyó tanto condones nacionales como extranjeros, demostró que en general todas las marcas existentes en el mercado mexicano, tienen una eficacia de más del 90% en promedio, siempre y cuando sean utilizados correctamente.

Para garantizar que se cumpla este porcentaje de seguridad se incluyen recomendaciones para la compra de los condones: Revise la fecha de caducidad, verifique que el empaque esté perfectamente sellado de no ser así, rechace el producto, seleccione el condón adecuado de acuerdo a las medidas impresas en el empaque.

Como la principal falla del condón se debe a su incorrecta e inconstante utilización, es claro que para mejorar su eficacia, hay que enseñar como deben usarse. Algunos de los errores más frecuentes son ruptura por utilizar lubricantes con base oleosa, utilizar anillos prominentes, dañar el condón con uñas y dientes al abrir el empaque. Otras fallas potenciales ocurren cuando los condones se almacenan inadecuadamente (exposición excesiva al calor o al frío), cuando se exponen a la luz directa o cuando el condón no se retira inmediatamente después de la eyaculación.

Asegúrese de que los condones estén debidamente lubricados con espermaticidas.

Y las siguientes recomendaciones para su uso

Evite usarlo si el empaque no está completamente sellado

Abra cuidadosamente el empaque evitando rasgarlo con uñas y dientes.

Evite lubricantes con vaselina, aceites o cremas faciales.

Retire el condón inmediatamente después del coito.

Usar doble condón no aumenta la eficacia en absoluto, y en cambio incrementa el riesgo de ruptura durante el frotamiento. **ver figura 1**

Figura 1

USO CORRECTO DEL CONDÓN MASCULINO

1. Revise la fecha de manufactura (MFD) o caducidad (EXPIRE) en la envoltura del condón, no lo use si ya caducó.

2. Verifique el buen estado del condón oprimiendo la envoltura que lo contiene. Úselo solo si cuenta con la bolsa de aire.

3. Abra la envoltura por una orilla, cuidando de no rasgar el condón con las uñas o los dientes.

4. Si no tiene la circuncisión, jale el prepucio (el pellejito) hasta descubrir totalmente la cabeza del pene (glande) antes de colocar el condón.



5. Sostenga el condón apretando la punta para sacarle el aire y colóquelo sobre el pene en erección (parado), desenrollándolo hasta la base del pene.



6. Al penetrar a su pareja verifique que el borde del condón siga en la base del pene.



7. Después de eyacular (venirse) y antes de perder la erección, saque el pene deteniendo el condón por el borde, para evitar que el semen se escurra o que el condón se quede adentro de su pareja.



8. Qútese el condón cuidando que no gotee el semen.



9. Hágale un nudo y tirelo a la basura, no lo reutilice, use uno por cada contacto sexual.



5.4 CONDÓN FEMENINO

En recientes investigaciones sobre métodos para evitar el contagio de ETS, VIH y embarazos no deseados entre la población femenina, se habla con mayor frecuencia de una bolsa vaginal que podrán utilizar las mujeres que quieran evitar éstos riesgos. En Europa se comercializa desde hace 3 años aproximadamente, y en los Estados Unidos se aprobó en el año de 1993, en México se tardó de uno a dos años en darse a conocer (1994 1995), y aunque en nuestro país ya se sabe de su existencia, son pocas las mujeres que han tenido un condón femenino en sus manos, debido a que su difusión y comercialización fué interferida básicamente por los altos costos del producto.

El condón femenino es una nueva adición a la serie de barreras anticonceptivas. Consiste en una funda suave y floja de poliuretano con un anillo flexible en cada extremo. El anillo exterior permanece fuera de la apertura vaginal y proporciona protección adicional contra la transmisión de enfermedades al cubrir los genitales exteriores y la base del pene.

5.4.1 EFICACIA DEL CONDÓN

“Las principales preguntas acerca de la eficacia del condón femenino como barrera física para la prevención de ETS/VIH, son su durabilidad durante el uso y, lo más importante, su aceptabilidad. una barrera mecánica por muy eficaz que ésta sea, pero que la población en riesgo no utilice de manera consistente, no logrará interrumpir la transmisión de éstas enfermedades. En cambio, una barrera menos eficaz pero que se utilice con mayor frecuencia será más importante para la prevención de Enfermedades Transmisibles Sexualmente.

Los estudios in vitro han demostrado que los condones de poliuretano intactos son una barrera eficaz contra el VIH. Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA y la Salud Reproductiva de las Mujeres. Existe un estudio in vivo en torno a la eficacia del condón femenino para la prevención de ETS. En un pequeño estudio transversal de 104 mujeres en clínicas ginecológicas urbanas en Estados Unidos se demostró que el uso del condón femenino evitaba la transmisión de trichomonas vaginalis" (Uribe, P. 1993)

Estudios clínicos sugieren que el condón femenino de poliuretano es más durable y está menos sujeto a rupturas que los condones masculinos de látex.

Algunas pruebas incluyeron problemas en el uso del condón femenino tales como: El deslizamiento del anillo exterior hacia la vagina, y casos en los cuales el condón se desprende. Investigaciones en Camerún con mujeres dedicadas al TSC declararon haber tenido al menos uno de estos problemas.

5.4.2 ACEPTABILIDAD DEL CONDON

El principal obstáculo de la efectividad general del condón femenino para evitar la transmisión del VIH sera su aceptabilidad.

Los estudios de aceptación realizados a la fecha producirán resultados muy diversos dependiendo del país en el que se llevo a cabo, las poblaciones que estudian y los medios de reclutamiento de los sujetos de estudio. En general, de los estudios realizados por el CONASIDA CON 3100 mujeres, más del 40% se sentían bien con el condón o no tenían opinión al respecto.

Las mujeres que encontraban inaceptable el condón y lo rechazaban era debido a la incomodidad física o a objeciones acerca de su apariencia o el ruido que hace. Del mismo modo, más del 40% de los compañeros sexuales de las mujeres en estudio, aprobaban el condón femenino o no tenían opinión al respecto.

La introducción del condón femenino entre las poblaciones de las Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) no necesariamente implicaba su poder de decisión para utilizarlo.

A pesar de tener la opción de utilizar los condones tanto masculinos como femeninos, las TSC en países como Tailandia, Camerún y México seguían reportando episodios de relaciones sexuales sin protección" (Uribe, P. 1995)

5.4.3 DISPONIBILIDAD, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

"El costo del condón femenino es otro de los problemas para su utilización, puesto que cuesta varias veces más que el condón masculino, en México, por ejemplo, se puso en venta al equivalente de 7 dls. por lo que duró en el mercado muy poco tiempo.

Para su distribución en los países en desarrollo, donde la necesidad es mayor, se requerirán donaciones o altos subsidios a los precios de éstos, así como estudios profundos sobre su posible reutilización para contribuir al abatimiento del elevado costo del condón femenino

En México, a principios de 1992 CONASIDA con financiamiento del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un estudio cualitativo durante 4 meses con TSC para detectar el nivel de conocimientos sobre SIDA y ETS, la percepción del riesgo, el poder de negociación sexual, y el impacto del uso del condón femenino en su capacidad para negociar una relación más segura, en el D.F. y el estado de Chiapas.

La reacción inicial entre las voluntarias fue de extrañeza, inseguridad y hasta de rechazo debido a su gran tamaño y a que "cuelga" de la vulva. Al concluir el estudio de las 3100 mujeres, sólo tres de ellas lo reprobaron, las demás dieron su aceptación ya que les facilitó en mucho la relación, sin quedar desprotegidas

La investigación señala que hubo algunos hombres que ni siquiera se dieron cuenta, ni lo sintieron; otros en cambio, expresaron: "qué bueno que ya no tenemos que usarlo nosotros". (Uribe, P. op. cit)

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

- La mujer se protege a si misma.
- Ofrece mayor seguridad que el masculino porque cubre mas áreas.
- Es más resistente
- Interfiere menos en la relación sexual ya que la mujer puede colocárselo previamente.
- Se adhiere a las paredes de la vagina y permite rescatar ese 5% de sensibilidad que los hombres pierden con el masculino.
- No lastima al traerlo ni al tener la relación sexual.
- No se reportan reacciones alérgicas, y si protege de cualquier infección.
- Desafortunadamente existen algunas inconveniencias para generalizar el uso del condón femenino, como ya se mencionó anteriormente, es más caro, no es estético y hace ruido al contacto sexual. **ver figura 2**

COMO USAR EL CONDÓN REALITY

1 Para abrir el paquete:

- Localice la flecha y un pequeño corte, en la esquina de arriba del condón. Abra el paquete por ahí
- Saque el condón y muérole con cuidado
- Frote la parte de afuera de la bolsa del condón para asegurar que el lubricante este distribuido en forma pareja de abajo hasta arriba.
- Para agregar más lubricante, simplemente apriete suavemente el envase del lubricante adicional. Trate diferentes cantidades de lubricante para saber que cantidad le hace sentir mejor a usted y a su pareja. Empezce con dos gotas



2. Para colocar el condón Reality

- Póngase en una posición cómoda. Puede estar para con un pie encima de una silla, sentada con las piernas separadas o acostada.
- Asegúrese que el anillo interno del condón con la funda cerrada, este hacia abajo.
- Si lo desea y para mayor comodidad, agregue una gota de lubricante a la funda cerrada o en la parte de afuera del anillo del condón. Esto le dara mas comodidad antes de ponerse el condón Reality



3. Sostenga el condón con el lado abierto colgando hacia abajo. Sosteniendo la parte de afuera de la funda, apriete el anillo interno del condón y con el dedo pulgar y el del medio

- Sostenga el dedo indice entre el dedo pulgar y el del medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón (vea la figura C)
- Sosteniendo el condón Reality con sus tres dedos, con la otra mano, separe los labios de la vagina y
- Coloque el condón Reality como lo muestra la figura D. Tómese su tiempo. Si el condón es resbaladizo para insertar, comience de nuevo



4. Ahora, con el dedo indice, empuje el anillo interno y la funda del condón dentro de la vagina. Revise con el dedo para asegurar que el anillo interno esta justo pasando el hueso pubico. Mire la figura E. Usted puede sentir el hueso pubico moviendo el dedo indice cuando está mas o menos dos pulgadas o cinco centímetros dentro de la vagina.

Debido a que el condón está lubricado, este paso puede ser un poco difícil cuando trata de ponerse el condón Reality por primera o segunda vez.

Tómese su tiempo. Empuje el condón Reality hacia arriba hasta cuando pueda sentir el hueso.



Asegúrese que el condón Reality esté derecho (no torcido) dentro de la vagina.

También es importante que el anillo de afuera del condón quede sobre los labios externos de la vagina, como muestra la figura F.

Unos 2.5 centímetros del condón quedarán por fuera de su cuerpo (Vea figura F.) Aun cuando esto hace extraño, esta parte del condón Reality, sirve para protegerlos a usted y a su pareja durante las relaciones sexuales. Una vez que el pene entra, la vagina se expande y la parte del condón que está por fuera se recoge.

5. Hasta cuando usted y su pareja se acostumbran a usar el condón Reality es mejor guiar el pene con su mano, cuando entre en la vagina. (Vea la figura G.)

Después de usar Reality dos o tres veces se familiarizará mejor con el condón y difícilmente notará el anillo y la parte del condón que está por fuera de la vagina, durante el acto sexual. Para más comodidad puede agregar lubricante por dentro o por fuera del condón. Algunas parejas prefieren poner el lubricante directamente en el pene.

6. Durante las relaciones sexuales. Usted puede notar que el condón Reality se mueve durante las relaciones sexuales (Vea la figura H)

(1) Los movimientos de un lado al otro del anillo externo del condón son normales.

(2) Puede ocurrir que el condón se deslice hacia arriba por la vagina o hacia abajo por el pene. Si usted siente que el condón se desliza agregue lubricante en el pene o en el interior de la funda.

(3) Por otro lado apenas comience a sentir que el anillo externo está siendo empujado hacia el interior de la vagina, DETÉNGASE (vea la figura I).

Si el pene comienza a deslizarse por debajo o el lado de la funda, DETÉNGASE (vea la figura J).

Saque de la vagina el condón que está usando y ponga un condón nuevo Reality. Agregue más lubricante en la abertura de la funda o en el pene. Asegúrese que la parte de afuera del condón está sobre el área de la vulva.

7. Después de las relaciones sexuales.

Para sacar el condón apriete y de vuelta al anillo externo del condón para mantener el semen en el interior de la funda. Saquelo con cuidado y arrojélo en la basura. No lo bote en el sanitario o excusado. No lo use de nuevo. (Vea la figura K).

Recuerde

Liga lo siguiente para bajar el riesgo de quedar embarazada y de propagar o contagiarse con las enfermedades que se pasan con el sexo:

- Use un condón nuevo Reality cada vez que tenga relaciones sexuales.
- Siga las instrucciones con cuidado.
- Asegúrese de no romper el condón con las uñas u otros objetos que entran.

Es importante que aprenda a colocarse el condón Reality, por esta razón practique ponerse el condón antes de tener sexo.



(Fig. H)



(Fig. I)



(Fig. J)



5.5 SEXO SEGURO

Las mujeres al igual que los hombres, necesitan estar informadas y conocer modos más seguros al tener relaciones sexuales, con mucha más razón las mujeres dedicadas al comercio sexual, sin embargo, es frecuente que la información sobre HIV/SIDA y ETS esté dirigida más hacia los hombres que hacia las mujeres. En muchos lugares, los folletos y los carteles jamás llegan al conocimiento de las mujeres de las áreas rurales como es el caso de una gran cantidad de las trabajadoras sexuales encuestadas

Generalmente los hombres son los que tienen la última palabra respecto a las relaciones sexuales, especialmente cuando se está ejerciendo el derecho de exigir por un servicio que tiene un costo económico, es por eso que las mujeres necesitan hacerse de un discurso propio que les permita negociar prácticas de sexo seguro con sus clientes.

El sexo seguro, es un conjunto de técnicas que tiene como fin evitar que mediante el contacto sexual puedan penetrar en el cuerpo de una persona semen infectado, fluidos vaginales infectados y/o sangre infectada (incluyendo sangre menstrual).

Se sabe que virus y bacterias pueden pasar a través de las membranas mucosas de la vagina o el pene, pero no penetran en la piel sana.

Con estas prácticas se evita que entren al organismo virus, bacterias o microorganismos que pueden infectarnos de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Algunas de las prácticas sexuales que si son seguras son: masajes, caricias eróticas, besos suaves, frotar cuerpo con cuerpo (con o sin ropa), masturbación mutua o individual, sexo visual, exhibicionismo, voyerismo, penetración anal o vaginal utilizando condón y lubricante soluble al agua (se aumenta la seguridad eyaculando fuera de la pareja).

El sexo oral (mamar) usando condón o "sexy-pack" (kleen pack), eyacular (venirse) sobre el cuerpo de la pareja, en piel sana, meter dedos (dedear) en la vagina o el ano, con condón, usar dildos o juguetes sexuales sin compartirlos

Algunas practicas sexuales que no son seguras: sexo oral, contacto boca-vagina, boca-pene, boca-ano, sin protección, penetración vaginal o anal sin condón con o sin eyaculación, compartir dildos o juguetes sexuales, meter dedos en el ano o la vagina sin protección, también los besos violentos (chupar o morder con fuerza la lengua o los labios de la pareja, chupetes que causen moretones, eyacular (venirse) sobre piel agrietada, lastimada, irritada, con costras o quemada por el sol, tragar semen, fluidos vaginales o menstruales, líquido preeyaculatorio masculino, o eyaculatorio femenino, así como sangre y orina, lamer piel lastimada, agrietada o irritada o quemada por el sol.

A continuación se presentan algunos apuntes sobre lo que se considera sexo más seguro para mujeres.

Abstinencia o fidelidad reciproca en la pareja, masajes en el cuerpo, abrazos, masturbación mutua, de igual forma besar sin dejar pasar ni recibir saliva, frotar el cuerpo con el compañero (a) mutuamente, fantasias sexuales.

Además de estas prácticas, se recomienda usar barreras adicionales, en el caso de relación heterosexual, aun cuando el hombre use el condón. Estas barreras sirven para proteger el cérvix del semen en caso de que el condón se rompa, las espumas anticonceptivas son otra barrera.

El condón femenino (si es que lo pueden adquirir en su comunidad)

Si se desean utilizar juguetes sexuales, es importante cubrirlos con condones, así mismo, se pueden usar dedales de látex para introducir dedos en vagina o ano, los guantes de látex pueden usarse para la masturbación de la pareja.

El plástico que se emplea para envolver frutas y carnes en los supermercados, (también llamado kleen pack), este se recomienda especialmente cuando se va a tener un contacto de la boca con el ano o los genitales, (sexo oral).

5.6 OTROS ESTUDIOS SOBRE EL USO DEL CONDÓN EN TSC

Desde 1987 el CONASIDA estableció contacto con mujeres y hombres dedicados al comercio sexual; a partir de entonces se han llevado a cabo varios estudios que han permitido obtener un mayor conocimiento de cómo y en que grado influyen los factores antes señalados en el trabajo sexual en México.

Así tenemos que por ejemplo, en 1990 con el apoyo de la American Foundation For AIDS Research (AmFAR), de Family Health International (FHI) y de la Rockefeller Foundation a través de AIDS and Reproductive Health NetWork (ARHN), así como del Centro de Investigaciones en Salud Pública del Instituto Nacional de salud Pública (CISPINSP), se inició un estudio para sistematizar y analizar los datos ya disponibles, recibir mayor información sobre TSC y determinar la seroprevalencia al VIH en esta población, la relación con otras ETS y los principales determinantes de riesgo, a fin de diseñar un programa para la prevención del VIH en esta población.

En 1993 para obtener una muestra más representativa y conocer la magnitud y características de las TSC que no asistieron a CONASIDA se realizó un censo y mapeo de las zonas relacionadas con el sexocomercial en las delegaciones de la Ciudad de México con mayor índice de prostitución y se seleccionó una muestra aleatoria de bares, estéticas y "puntos de calle". Se aplicaron encuestas y se realizaron estudios de seroprevalencia a TSC y población periférica masculina (meseros, garroteros, cantineros, músicos, etc.) en su lugar de trabajo.

Finalmente, en 1994 y con financiamiento del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó un estudio cualitativo con TSC para detectar el nivel de conocimientos sobre SIDA y ETS, la percepción del riesgo, el poder de negociación sexual, y el impacto del uso del condón femenino en su capacidad para negociar una relación más segura.

Se encontró que aun en aquellos casos en que la mujer percibe el riesgo y propone la utilización del condón, la negociación final se rige por el pago de los clientes o por el afecto hacia la pareja estable.

Este último es un factor que dificulta las intervenciones educativas en esta población, porque hasta las TSC que habitualmente proponen el uso del condón a sus clientes, en su vida privada la confianza y la búsqueda de afecto influyen, al igual que sucede con las mujeres no dedicadas a esta actividad, en el dicho de "no poner barreras" y, por lo tanto de no usar el condón.

Existen diversos factores que podrían favorecer la infección por HIV/SIDA entre los que se encuentran:

- La tasa de seroprevalencia de VIH en el área de procedencia y residencia de las trabajadoras del sexo comercial (TSC) y clientes
- La eficacia de transmisión del VIH en esa población
- Mayor número de parejas sexuales.
- Tipo de prácticas sexuales.
- Nivel socioeconómico bajo
- Mayor número de embarazos
- Uso de anticonceptivos hormonales.
- Bajo nivel de información sobre salud y enfermedad.
- Estigmatización y bajo acceso a los servicios de salud o educativos.
- Prácticas sexuales carentes de medidas preventivas.
- La asociación con el consumo de alcohol y drogas.
- Presencia de otras enfermedades de transmisión sexual

- Estado de salud o inmunidad previo.
- Las características propias del agente infeccioso.
- Asociación con prácticas de riesgo (transfusión, pareja estable infectada, drogadicción intravenosa, etc.)
- Poca habilidad para negociar con los clientes." (Uribe, P. op. cit.)

En investigaciones realizadas por el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) desde 1987 en los Centros de Información, se reporta una prevalencia de infección por VIH (0.04%0.2%). En estos estudios los factores relacionados con el mayor uso del condón fueron nivel de escolaridad, no tener hijos, mayor experiencia en el comercio sexual y menor de edad.

El 88% declaró usar el condón aunque existe información cualitativa y de prevalencia de otras ETS (enfermedades de transmisión sexual) que sugieren que su uso consistente es más bajo. La prueba de detección del VIH obligatoria entre las Trabajadoras Sexo Comerciales (TSC) no es una medida preventiva. De acuerdo con el marco jurídico existente es importante promover diversas estrategias de prevención, ya que ninguno de los sistemas actualmente utilizados ofrece las condiciones para promover la prevención del VIH/ SIDA.

En la población correspondiente al estudio arriba mencionado, los factores que se han encontrado asociados con el uso del condón son:

- Un nivel de escolaridad más elevado ($p < 0.001$).
- No tener hijos.
- Trabajar en calle vs bar.
- Tener mayor tiempo en el ejercicio de la prostitución.
- Ser menor de 44 años.

Esto último se explica porque la mujer joven tiene mayores posibilidades de encontrar a otros clientes en caso de rechazar a uno que se resiste a utilizar el condón. Lo mismo sucede con la mujer que trabaja en "puntos de calle", donde existe una mayor demanda de clientes que en un bar.

En este último, si rechaza a un cliente probablemente sea el único de la noche debido al tipo de relación que se establece en estos ámbitos de trabajo.

Las mujeres que no tienen hijos no tienen tantas presiones económicas y pueden rehusarse a dar servicio a un cliente si no quiere usar condón. No obstante, la experiencia de cómo convencer al cliente de usarlo fue otro factor determinante para lograr que la mujer propusiera y negociara el uso del condón.

Es importante destacar que, a pesar de que en las encuestas más del 88% de las mujeres reportó que usaba el condón con sus clientes, en las entrevistas profundas y en la observación participante se encontró que frecuentemente no lo utilizaban por miedo de perder al cliente y ofrecimiento de más dinero o irritación vaginal secundaria al nonoxynol9 y falta de lubricación.

Así mismo las prevalencias de otras Enfermedades de Transmisión Sexual encontradas en el mismo grupo de 3100 TSC de la Ciudad de México sugieren un menor uso del condón: sífilis 10.1%, antiHbc, 9%, Herpes simple tipo 2, 69.8%; gonorrea, 2.1%; Chlamydia trachomatis, 23.7%.

De enero de 1994 a marzo de 1995 en la Ciudad de México se llevó a cabo un proyecto financiado por la OMS, "Relaciones de Género, Negociación Sexual y Empoderamiento de la Mujer y el Condón Femenino en México", con entrevistas a grupos focales en estéticas con 367 TSC que asisten a CONASIDA.

La finalidad del estudio consistía en conocer los diferentes factores que influyen en la negociación sexual y la aceptación del condón femenino.

Se encontró que aun en aquellos casos en que la mujer percibe el riesgo y propone la utilización del condón, la negociación final se rige por el pago de los clientes o por el afecto hacia la pareja estable.

Este último es un factor que dificulta las intervenciones educativas en esta población, porque hasta las TSC que habitualmente proponen el uso del condón a sus clientes, en su vida privada la confianza y la búsqueda de afecto influyen, al igual que sucede con las mujeres no dedicadas a esta actividad, en el deseo de "no poner barreras" y, por lo tanto, de no usar el condón.

En este mismo estudio se encontró que el condón femenino resulta una buena alternativa para la prevención de la transmisión de ETS. En general, entre las TSC tuvo una buena aceptación especialmente porque algunas pudieron utilizarlo sin que el cliente lo notara y no requirió de negociación.

Cuando el condón femenino fue propuesto abiertamente, la primera reacción fue de rechazo debido al aspecto y, sobre todo, por el hecho de que el anillo es claramente visible sobre los genitales. Después de la primera impresión, la mayoría de los hombres refirieron sentirse más cómodos que con el condón masculino. De la misma forma la mayoría de las mujeres también refirieron mayor sensibilidad que cuando utilizan el condón masculino, después de probarlo varias veces y haber vencido el miedo a usarlo incorrectamente" (Uribe P. op. cit.)

Es por ello que actualmente CONASIDA está diseñando intervenciones cortas, en las que además de ofrecer diferentes alternativas se aumente la autoestima y la percepción de riesgo, ya que la trabajadora sexual cuenta con una serie de estrategias de convencimiento para el uso del condón que resultarían muy eficaces si se logra que en todos los casos el objetivo fundamental de la negociación sea su protección.

Patricia Uribe menciona que esta misma experiencia se ha observado recientemente en Calcuta, India, con un aumento posterior de la tasa de prevalencia de VIH en la población heterosexual; una situación similar ocurrió en Honduras, en donde se notificó una seroprevalencia de VIH en TSC del 25% en San Pedro Sula en 1990.

La reciente introducción en México de la infección por VIH en la población heterosexual masculina, la eficiencia en la transmisión sexual del serotipo del virus circulante, la baja asociación a drogadicción intravenosa, la percepción de riesgo que tiene una buena parte de las TSC y algunas intervenciones que se han realizado en mujeres dedicadas a la prostitución de áreas urbanas, podrían explicar en este momento las bajas prevalencias de VIH encontradas en nuestro país.

La población que acude a CONASIDA a realizarse la prueba de detección del VIH, es la que se encuentra más sensibilizada y con la cual se realizan acciones preventivas para evitar la diseminación del VIH, de tal manera que los datos obtenidos en este centro no necesariamente son representativos de lo que está pasando con todas las TSC.

Las pruebas obligatorias de detección del VIH han demostrado su ineficacia como medida de prevención, por lo que habría que plantear como principales estrategias la educación a todos los individuos que participan en el fenómeno de la prostitución, así como la realización de intervenciones que modifiquen los factores que impiden el cambio, como por ejemplo un mayor acceso a los servicios de salud, la no estigmatización, la accesibilidad a los condones, etc.

Es importante conocer los factores individuales (necesidades económicas, historia personal, contexto familiar, creencias, significados, procesos internos para la toma de decisiones, prácticas sexuales, habilidades, nivel de organización) y los determinantes contextuales que facilitan esos comportamientos, o que dificultan el cambio de los mismos (cultura sexual, normas socioculturales para las relaciones de género, grado de estigma asociado a la prostitución, políticas, marco jurídico, acceso a servicios), para establecer las intervenciones necesarias que lleven a evitar la diseminación de la infección por el VIH y otras ETS en las TSC en México.

MÉTODO

6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la actitud hacia el uso del condón de mujeres dedicadas a la prostitución, en dos muestras comparativas de la Delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc?

6.2 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la infección por VIH/SIDA representa un problema de salud pública, que de acuerdo con el Sector Salud, es la primera causa de muerte en hombres entre los 20 y 35 años (De la Fuente 1996) Ocupando el tercer lugar en casos de SIDA en América Latina, del mismo modo, las investigaciones en los reportes epidemiológicos tanto nacionales como mundiales describen el incremento de la infección por VIH/SIDA en mujeres heterosexuales, a través de las relaciones sexuales. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2000 existirán aproximadamente 13 millones de mujeres portadoras del VIH.

Este problema tiende a incrementarse aun más debido a la presencia de otras ETS, las cuales hacen más eficiente el contagio del VIH. Estos índices ponen de relieve las frecuentes prácticas sexuales de riesgo en la población sexualmente activa, a pesar de las campañas de prevención emprendidas por el Estado.

En este aspecto, las mujeres forman parte del grupo de individuos biológica y socialmente más vulnerables a contagiarse de enfermedades transmitidas sexualmente. Esta condición de vulnerabilidad, está especialmente manifiesta en las mujeres que mantienen frecuentes relaciones sexuales, como lo son las Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC).

La urgencia de intervenir en esta comunidad consiste en conocer cuáles son sus actitudes y conocimientos respecto a los riesgos que enfrenta su salud e inferir mediante estudios de campo cuál es el nivel de conciencia de riesgo que les permita asimilar la información obtenida de la capacitación para llevar a cabo la negociación de medidas preventivas con el cliente de manera exitosa.

6.3 OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es conocer si se presentan diferencias en la actitud hacia el uso del condón en mujeres que ejercen la prostitución callejera en dos delegaciones políticas del Distrito Federal

6.4 HIPÓTESIS

Considerando algunas características de la población de estudio se proponen las siguientes hipótesis:

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el uso del condón en mujeres dedicadas a la prostitución en la Delegación Cuauhtémoc y Venustiano Carranza

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el uso del condón en mujeres dedicadas a la prostitución en la Delegación Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

6.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Definición Operacional de variables:

Variable independiente:

Prostitución callejera: Mujeres que ejercen la prostitución en la merced pertenecientes a la Delegación Venustiano Carranza, igualmente mujeres de Sullivan pertenecientes a la Delegación Cuauhtémoc.

Variable Dependiente:

Puntuación obtenida en la escala de actitud tipo Likert elaborada específicamente para conocer la actitud hacia el uso del condón en mujeres dedicadas a la prostitución callejera en dos muestras seleccionadas de la Delegación Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

Actitud: puntuación obtenida a través de la escala de actitud

Escolaridad: analfabetas, primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura.

Tiempo: Ejercer la prostitución en un tiempo mínimo de 3 meses a 15 años.

Definición Conceptual de Variables:

Prostitución: mujeres que se ofrecen libremente a cambio de dinero al primero que llega sin elección, ni placer, en forma cotidiana cuando no poseen ningún otro medio de existencia.

Prostitución Callejera: es la práctica de la prostitución en la vía pública en donde la prostituta ofrece sus servicios al transeúnte por un bien económico.

Actitud: Katz (1967) define actitud como la predisposición del individuo para evaluar algún símbolo, objeto o aspecto de su mundo en forma favorable o desfavorable.

Escolaridad: periodo de tiempo durante el cual se asiste a un establecimiento docente para concluir los estudios

Tiempo: momento adecuado para hacer cierta actividad.

6.6 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se considera descriptivo de campo y comparativo ex post facto porque con él se pretende obtener información de las personas que ejercen la prostitución. Particularmente saber si existen diferencias en la actitud que prevalece en torno al uso del condón como un método que contribuye a reducir el riesgo de contraer E.T.S./SIDA.

6.7 POBLACIÓN

Mujeres que ofrezcan servicios sexuales en la vía pública, sin una cuota determinada y pertenecientes a la Delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc.

6.8 MUESTRA

101 mujeres trabajadoras sexuales de la Merced.

101 mujeres trabajadoras sexuales de Sullivan.

Por la dificultad para abordar a las mujeres en la vía pública, se hizo un muestreo no probabilístico por cuota para aplicar el cuestionario en el Centro San Simón Portales SIETS/CONASIDA.

6.9 ESCENARIO

Servicios Integrales de Atención y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro San Simón Portales, SIETS/CONASIDA.

6.10 INSTRUMENTO

Para medir la actitud hacia el uso del condón se elaboró una Escala de Actitud Tipo Likert, que pasó por las siguientes etapas:

Se elaboraron 60 afirmaciones con base en las siguientes dimensiones de la actitud:

- a) El conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias.
- b) Necesidades económicas
- c) Conocimiento sobre el uso del condón
- d) Dificultades con el cliente
- e) Problemas con la pareja fija

Dichas afirmaciones pasaron por una validez de jueces, escogiendo 10 personas expertas en el tema. En éste análisis por jueces se aceptaron sólo aquellas afirmaciones en las que el acuerdo entre los jueces determinara si medían o no la actitud hacia el uso del condón.

De las 60 afirmaciones 30 tuvieron un acuerdo del 90%. Estas 30 se sometieron a un análisis discriminativo, con el fin de conocer si eran capaces de diferenciar a las mujeres que tenían una actitud pobre hacia el uso del condón y las que tenían una actitud positiva.

Con esta información se elaboró un primer formato y se aplicó a 100 mujeres que ejercían la prostitución con fines de piloteo. Se calificaron cada una de las afirmaciones y se obtuvo el puntaje total de la escala.

Se ordenaron las aplicaciones desde la calificación total más baja hasta la calificación más alta; y se utilizaron para el análisis discriminativo de las afirmaciones el 25% de las calificaciones más bajas y el 25% de las más altas, las cuales sirvieron como grupo de baja actitud y grupo de actitud alta respectivamente.

Posteriormente, se aplicó la prueba T de Student a cada uno de los reactivos, para conocer si había diferencias estadísticamente significativas por lo menos a un nivel de significancia del $p = .05$

La escala final quedó con las 20 afirmaciones que aprobaron el análisis de ítems, de la cual se obtuvo la consistencia interna a través del método de paresones (Split-Half), encontrándose que la escala final de actitud hacia el uso del condón, tuvo una consistencia interna de .876. lo que indica que si contaba con un buen grado de confiabilidad.

6.11 PROCEDIMIENTO

Las aplicaciones se llevaron a cabo de manera individual a cada sujeto susceptible de incluirse en la muestra.

Se le proporciona el cuestionario, un lápiz y las siguientes instrucciones.

A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones, cada una de las cuales tiene 4 posibles respuestas, por favor marque con una (X) la opción que considere mas adecuada. En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas conteste de acuerdo a lo que usted piense

Toda la información que proporcione es absolutamente anónima y confidencial por lo que le pedimos sea lo mas honesta que pueda en sus respuestas.

Se siguió el mismo procedimiento con las trabajadoras sexuales de ambas zonas

La aplicación se llevó a cabo en el Centro de San Simón Portales SIETS/CONASIDA, sitio al que asisten las trabajadoras sexuales a su chequeo Médico-ginecológico, lugar en el que se les controla trimestralmente con resellos de credencial que les permiten ejercer su actividad laboral, evitando "conflictos" con autoridades y clientes.

Los cuestionarios se aplicaron los lunes, miércoles y viernes de 9.00 a la 12.00 hrs. tomando en cuenta que eran los días de mayor afluencia de mujeres que asisten a su revisión.

RESULTADOS

ANALISIS DE DATOS

Para conocer cuál fué la actitud hacia el uso del condón de las trabajadoras sexo comerciales (TSC) de la Merced y Sullivan, una vez aplicada la escala de actitud, se procedió a realizar los siguientes análisis

- A)** Se obtuvo un análisis de frecuencias de la actitud general hacia el uso del condón tanto del grupo de TSC de Sullivan como del grupo de TSC de la Merced. (Ver tabla 1)
- B)** Se comparó la actitud hacia el empleo del condón de ambos grupos. (Ver tabla 2)
- C)** Se comparó al grupo de Sullivan contra el Grupo de la Merced, en relación a las diferentes dimensiones que mide la escala hacia el uso del condón. (Ver tabla 3)
- D)** Se aplicó un Análisis de Varianza para saber si la antigüedad en el trabajo y la escolaridad influyen en la actitud de las TSC hacia el uso del condón. (Ver tabla 4)

A) ACTITUD GENERAL HACIA EL EMPLEO DEL CONDON DE LAS TSC DE SULLIVAN Y LA MERCED.

Para conocer la actitud de ambos grupos de TSC se realizó lo siguiente:

- a) Debido a que la Escala de Actitud empleada en el presente trabajo constó de 20 reactivos, cada uno se calificó de 1 a 4 puntos, de tal forma que la puntuación mínima fue de 20 puntos y la máxima de 80 puntos, se clasificó este rango de puntuaciones en tres categorías:

- 1) Actitud baja o negativa de (20 a 40 puntos).
- 2) Actitud indiferente o indecisa (de 41 a 60 puntos) y,
- 3) Actitud alta o positiva (de 61 a 80 puntos).

b.- Se obtuvo la frecuencia de ocurrencia de ambos grupos (Sullivan y la Merced) en cada una de estas categorías de actitud.

En la tabla 1 se presentan los resultados del análisis de frecuencias en la que podemos observar que de las TSC de Sullivan, catorce tuvieron una actitud de indiferencia hacia el empleo del condón y ochenta y tres manifestaron una actitud favorable, mientras que de las TSC de la Merced sólo una expresó tener una actitud negativa hacia el uso del condón, veintisiete mostraron una actitud indiferente y setenta y tres sostuvieron una actitud favorable o positiva.

Con base en estos datos se puede concluir que ambos grupos de TSC presentan una actitud favorable hacia el empleo del condón como un mecanismo para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual.

TABLA 1
ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

	Actitud baja o negativa	Actitud indiferente o indecisa	Actitud positiva o alta
Sullivan	0	14	83
Merced	1	27	73

B) COMPARACION EN LA ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN DE LAS TSC DE SULLIVAN Y LA MERCED.

La tabla 1 nos muestra que ambos grupos de TSC tuvieron una actitud favorable hacia el empleo del condón, no obstante, se puede observar también que un número mayor

de TSC del grupo de Sullivan manifestó una actitud más favorable hacia el uso del condón que las TSC de la Merced

Ahora bien, para saber si estas diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas o no, que es finalmente el objetivo principal de la presente investigación, se aplicó una prueba t de Student.

TABLA 2
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS

GRUPO	MEDIA	VALOR t	P
Sullivan	85.24	1.88	0.062
Merced	63.57		

Como se puede observar en la tabla 2, el grupo de Sullivan obtuvo una media de puntuaciones totales de 85.24 y el grupo de la Merced de 63.57, el valor t fue de 1.88 y la probabilidad fue de 0.06

En estudios con un nivel de significancia de 0.05 o menor, se acepta la hipótesis alterna y se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, sin embargo, debido a que la probabilidad obtenida en esta investigación es muy cercana al límite aceptable, es decir de $p=0.06$, es posible considerar las diferencias como estadísticamente significativas para el uso del condón, aunque cabe aclarar que estas diferencias son marginales.

C) COMPARACION ENTRE LAS TSC DE LA MERCED Y DE SULLIVAN EN LAS DIFERENTES DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ACTITUD.

Para conocer de manera mas detallada en que aspectos se presentan las diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de TSC, se procedió a aplicar una prueba t de Student en las 5 dimensiones que mide la escala de actitud hacia el uso del condón (ver el apartado de instrumento)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 3
COMPARACIÓN EN LAS 5 DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ACTITUD

DIMENSIÓN	GRUPO	MEDIA	t	P
Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias	La Merced	23.48	2.75	0.007
	Sullivan	22.52		
Necesidades económicas	La Merced	16.22	-2.34	0.020
	Sullivan	17.75		
Conocimiento sobre el uso del condón	La Merced	13.20	-2.30	0.006
	Sullivan	14.33		
Dificultades con el cliente	La Merced	11.32	-5.90	0.000
	Sullivan	13.06		
Problemas con la pareja	La Merced	5.32	4.27	0.000
	Sullivan	4.59		

En la Dimensión sobre el Conocimiento que tienen las TSC acerca de las enfermedades sexuales, se encontró que el grupo de la Merced tuvo una media de 23.48 mientras que el grupo de Sullivan obtuvo una media de 22.52, el valor t fue de 2.75 con una $P= 0.007$, lo cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual entre ambos grupos, es decir, las TSC de la Merced manifestaron tener un mayor conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias, que las TSC de Sullivan.

En la segunda Dimensión que se refiere a la evitación del uso del condón por necesidades económicas, el grupo de la Merced tuvo un puntaje medio de 16.22, mientras que el grupo de Sullivan presentó una media de 17.75, y el valor t de esta comparación fue de -2.34 y la $P=0.02$, lo cual indica que si existen diferencias estadísticamente significativas, esto es, las trabajadoras de la Merced manifestaron dejar de emplear el condón cuando el cliente les ofrece más dinero, con mayor frecuencia que las TSC de Sullivan, evidentemente por razones de presión económica.

En la Dimensión sobre el conocimiento que tienen las TSC acerca del uso del condón se encontró que las de la Merced tuvieron una media de 13.20 y las de Sullivan de 14.33, el valor t fue de 2.30 y la $P=0.06$, lo cual quiere decir que también se encontraron diferencias importantes ya que las TSC de Sullivan expresaron tener un mayor conocimiento del uso del condón que las de la Merced.

En lo referente a la evitación del empleo de los condones por problemas que puedan tener con el cliente, el grupo de la Merced tuvo una puntuación media de 11.32, mientras que, el grupo de Sullivan obtuvo una media de 13.06, el valor t de la comparación entre ambos grupos fue de -5.90 y la $P=0.000$, lo que demuestra que si existen diferencias estadísticamente significativas de tal forma que las trabajadoras sexuales de la Merced dicen emplear el condón con menor frecuencia debido a que ello les causa dificultades con los clientes que no desean utilizarlo, a diferencia de las TSC de Sullivan quienes insisten en el uso del condón a pesar de los problemas con los clientes que se rehusan a utilizarlo.

Por último, en la dimensión de si emplean el condón cuando tienen relaciones con su pareja, la media de la Merced fue de 5.32 y la de Sullivan de 4.59, con un valor t de 4.27 y la $P=0.000$, esto revela nuevamente que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Así tenemos que las TSC de la Merced señalan que utilizan el condón con mayor frecuencia que las TSC de Sullivan cuando tienen relaciones sexuales con su pareja evitando con ello problemas

Cabe mencionar que durante las aplicaciones del instrumento, más mujeres de la Merced reportaron no tener pareja fija en ese momento a diferencia de las de Sullivan.

En suma, los resultados del análisis de las dimensiones que mide la escala de actitud hacia el empleo del condón utilizada en la presente investigación, indican que las Trabajadoras Sexo Comerciales de la Merced tienen un mayor conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual que las TSC de Sullivan, pero emplean el condón con menor frecuencia que estas últimas, así mismo, señalan usar menos el condón en aquellos casos en que los clientes les ofrecen más dinero, evitando con ello problemas e incrementando sus ganancias debido a sus necesidades económicas.

No obstante, vale la pena resaltar que los puntajes medios en todas las dimensiones de la escala fueron altos, lo que nos indica que ambos grupos tienen una actitud positiva o alta en todas las dimensiones, sin embargo si hay diferencias importantes.

D) ANALISIS DE VARIANZA PARA CONOCER LA INFLUENCIA DE LA ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO Y LA ESCOLARIDAD DE LAS TSC EN SU ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN.

El último análisis realizado en este estudio se hizo con el fin de conocer la posible influencia que tiene la escolaridad y el tiempo de trabajar en la prostitución sobre la actitud de las Trabajadoras Sexo Comerciales hacia el uso de los condones. Para ello se utilizó un Análisis de Varianza, que nos permitió conocer la influencia de estos factores por separado en la escala.

TABLA 4
ANÁLISIS DE VARIANZA PARA ESCOLARIDAD Y TIEMPO

VARIABLE	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	SIGNIFICANCIA DE F
ESCOLARIDAD	444.447	148.148	3.841	0.011
ANTIGÜEDAD	212.226	53.056	1.376	0.245

Como puede observar en esta tabla, la escolaridad tuvo una media de cuadrados de 148.148 y una razón $F=3.841$ con una $P=0.011$, mientras que el tiempo de ejercer tuvo una media de cuadrados de 53.056, con una razón $F=1.376$ y la $P=.245$ estos resultados indican que únicamente la escolaridad influye en la actitud que tienen las TSC hacia el uso del condón, es decir, mientras mayor sea la escolaridad que tengan las TSC mas favorable será su actitud hacia el empleo del condón.

CONCLUSIONES

Es posible distinguir desde nuestros antepasados en las diferentes comunidades del mundo los estigmas, incluso en los aspectos jurídico legales que han hecho intentos para regular el trabajo sexo comercial, sobre los abusos por parte de quienes se encargan de vigilar los reglamentos. Llegando a la conclusión de que ninguno de los sistemas descritos en el cuerpo teórico al principio del trabajo, han podido aterrizar en un beneficio tangible para mejorar ninguna de las condiciones de trabajo de las TSC, mucho menos la comprensión de una sociedad indiferente y estigmatizante, sumados a la pobre asistencia médica, la cual también suele caer en la tentadora seducción de la corrupción, violentándolas en uno de los valores más importantes de la vida, "su salud".

La planeación de este estudio de campo, tuvo la intención de conocer la actitud hacia el uso del condón, de mujeres dedicadas a la prostitución, en las zonas de la Merced y Sullivan, resaltando que se trata de los lugares en los que cada vez más se ejerce esta actividad.

Para tal efecto se elaboró una escala de actitud como instrumento con validez y confiabilidad adecuada para la investigación en esta área, cabe mencionar que este puede ser susceptible de modificaciones y mejoras en cuanto a la cantidad de reactivos, la población (TSC) y la muestra a la que se dirija una nueva aplicación.

En concreto, el hallazgo más importante de este estudio es que de acuerdo con los resultados encontrados, **se aceptó la Hipótesis Alternativa** tras haber comprobado que si existen diferencias importantes en la comparación de las dos muestras.

Se obtuvo asimismo información adicional, al poner de relieve mediante los datos históricos revisados, que el fenómeno de la corrupción y violencia con las trabajadoras sexo comerciales no es ninguna novedad, tampoco lo es el desinterés por su salud ni la de sus clientes, ya que ambos están expuestos a todas las enfermedades de transmisión sexual, que como ya mencionamos, las cifras se elevan cada vez más.

La elección de la muestra de 202 mujeres Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) divididas en un 50% para cada zona, a las que se les aplicaron los cuestionarios para conocer sus tendencias de actitud hacia el uso de los condones, nos dió como resultado que las TSC de ambas zonas expresaron una actitud favorable hacia los condones en términos generales, sin embargo, las trabajadoras de Sullivan tienen una actitud aun más positiva

Las diferencias importantes entre los dos grupos estriban, en que las presiones económicas para las mujeres de Sullivan no son un impedimento para dejar de usar el condón con el cliente, a diferencia de las de la Merced que a pesar de conocer más sobre las ETS y sus consecuencias, (debido posiblemente a que se enferman más), si dejan de usar el condón con sus clientes cuando la presión económica no les deja más alternativa que aceptar el contacto sexual sin protección. Contrariamente a lo que ocurre con sus clientes, las TSC de la Merced si les exigen a sus parejas que se pongan un condón, lo cual les dificulta conservar la pareja, de acuerdo con los datos proporcionados por ellas mismas durante las entrevistas

En este aspecto cabe resaltar que mas mujeres de la merced dijeron no tener un compañero sexual fijo al momento de ser entrevistadas, en cambio las mujeres de Sullivan, muchas de ellas si contaban con un compañero, pero también mencionaron que es con ellos con quienes no emplean los condones y son ellos los que les han transmitido infecciones sexuales diversas.

Por otro lado, se encontró que la escolaridad es una de las variables que influye en una actitud favorable hacia el uso del condón, es decir, a mayor instrucción académica, mejor es la actitud

En lo que respecta a las ventajas de un mejor nivel académico como un factor asociado a una actitud más favorable sobre los condones; tenemos entonces que promover mejoras en las oportunidades educativas para las mujeres, es decir, quizás un mejor nivel académico no evitará por si sólo que se integren al trabajo sexocomercial, pero al menos les proporcionará un manejo más adecuado acerca del

conocimiento sobre el cuidado de la salud, fortaleciendo a través de este conocimiento actitudes favorables hacia su salud en general.

Estos resultados sobre la imperiosa necesidad de mejoras en el conocimiento académico de estas mujeres, concuerdan con los conceptos desarrollados por Rosenberg (1956) respecto a que las actitudes tienen estructuras de relaciones funcionales entre los componentes, así un cambio en un componente acarreará una modificación en el otro, de tal forma que un cambio cognoscitivo (mejor instrucción académica) acarreará un cambio afectivo favorable hacia los condones, y viceversa.

Por la complejidad para entender las razones del inicio en la carrera sexocomercial, es indispensable entender los factores asociados a las actitudes y los riesgos que enfrentan, ya que de ello pueden derivar trabajos de intervención serios que eleven el nivel de autoconocimiento reforzando valores que les permitan continuar su actividad disminuyendo en la medida de lo posible los riesgos que esta entraña. Al menos aquellos en los que si cuentan con una capacidad mínima de decisión. Considerando por otro lado que, "para algunas mujeres la prostitución parece ser el único espacio laboral bien remunerado". (Langer, op cit.)

Pese a ello, y como se ha mencionado a lo largo del trabajo, los resultados obtenidos mostraron que las TSC de la Merced y de Sullivan, tienen una actitud positiva hacia el uso del condón, lo que quiere decir que aun cuando es buena su disposición mental hacia el método, seguirán existiendo factores que interfieran para que esta actitud se manifieste también en su comportamiento y no se quede sólo en la idea subjetiva de que ése "algo es bueno para mí". Ese conjunto de factores que conforman su vida y que interfieren de manera lamentable en una clara percepción de los riesgos que enfrentan día con día en las calles, ya que sus circunstancias son tales que esas actitudes positivas no siempre se ven reflejadas en la práctica cotidiana que demanda su actividad.

Para proponer estrategias que promuevan cambios en los comportamientos de riesgo particularmente en estas mujeres, es necesario tomar en cuenta una serie de factores que suelen ser complejos desde su conceptualización, por ejemplo el impacto social que esta actividad representa, el impacto económico derivado de la actividad y del cual se benefician en la mayoría de los casos las mismas autoridades, también lo es el relacionado con la penalización del Trabajo Sexo Comercial, sólo por mencionar algunos. Por otro lado, los estudios no debieran centrarse exclusivamente en los individuos que proporcionan los servicios, sino también en la otra parte, el cliente, debido a que es una actividad conformada por el binomio prostituta-cliente en el cual las decisiones de una las partes influirá necesariamente en la otra.

Vale la pena hacer énfasis en el hecho de que es indispensable continuar investigando, reconocer que los trabajos encabezados por algunas áreas de estudio son muy importantes, pero es necesario convocar a la participación de un trabajo interdisciplinario lo cual enriquecería en mucho el conocimiento sobre este complejo fenómeno social.

SUGERENCIAS, LIMITACIONES Y COMENTARIOS

La primera y la más importante de nuestras sugerencias a quienes deseen involucrarse en un trabajo de esta naturaleza, se refiere a tener en cuenta que toda investigación llevada al campo de estudio en donde la clandestinidad, el tabú y los mitos imperantes sobre la sexualidad humana, representarán el primer desafío individual, puesto que debemos reconsiderar nuestros propios esquemas de valores y la propia concepción del término "moral" ya que la falta de claridad o incluso la indisposición para hacer un ajuste en nuestras costumbres, basados en el prejuicio de la inferioridad de algunos seres y en la superioridad de otros, podría interferir en el desarrollo adecuado y en la pérdida de objetividad en la percepción de fenómenos tan complejos como lo es la prostitución.

Una reflexión al respecto sería el tener muy claro en dónde inicia el deseo auténtico de abordar un trabajo serio de investigación con personas dedicadas a esta actividad, estableciendo límites que impidan caer en terrenos que desvirtúen el objetivo, cayendo en la curiosidad y el deseo de ir "mas allá" de lo estrictamente necesario; teniendo en cuenta que se deberá respetar el valor intrínseco del individuo.

Estudios realizados directamente en instancias gubernamentales de servicios de salud nos llevan a considerar que las mujeres entrevistadas manifiestan pautas de comportamiento inducidas y socialmente predecibles debido a la presión que ejerce la institución sobre su personalidad, en cuyo marco estas mujeres pueden predeterminar sus conductas e incluso innovar como consecuencia del efecto de presión ejercida por la institución.

Es de esperarse que este punto de vista puede significar una limitante en temas como el que nos ocupa, ya que desde nuestro punto de vista, el carácter institucional del procedimiento para la recaudación de información a través de los cuestionarios alienta en muchas de las mujeres entrevistadas a la confirmación verbalizada de respuestas convencionales por el temor de no recibir el servicio ginecológico y peor aun, la negación de la credencial que las acredita como mujeres no portadoras del VIH, con las consecuencias que ello implica.

Para evidenciar la importancia de la presión que ejerce indirectamente la institución sobre las respuestas de las encuestadas, mencionaremos brevemente la experiencia de trabajo de las autoras de este trabajo en la línea de información sobre SIDA (TelSIDA) con la finalidad de ilustrar lo contradictorios que pueden parecer los resultados obtenidos en la presente investigación y algunos de los trabajos realizados por CONASIDA con TSC.

Por experiencia propia tenemos el conocimiento de los desafortunados testimonios de varones usuarios de la línea, quienes a su vez han hecho uso de los servicios ofrecidos por las TSC. explicaremos lo siguiente:

El discurso de quienes llaman preocupados y angustiados por saber a dónde acudir a hacerse un examen de detección para anticuerpos de VIH gira en torno al hecho de no haber utilizado el condón con las Trabajadoras Sexo Comerciales, al menos el 80% lo reportó. En muchas de las ocasiones ellos mismos reconocen que se opusieron a utilizarlo a pesar de que ellas se lo sugirieron.

Es importante aclarar que las características de seriedad, confidencialidad y anonimato de este servicio telefónico, nos permite reconocer el alto grado de confiabilidad de los testimonios.

Un dato más que confirma lo anteriormente expuesto, se refiere al estudio descrito en el capítulo V en donde se reportan brevemente algunos de los estudios realizados por el CONASIDA, y en los que se detecta una gran similitud respecto a factores como: el dinero, el temor a los conflictos con la pareja y pérdida del cliente, suelen ser algunas de las razones que impiden el uso consistente de los condones en las TSC. Prueba de ello son la alta prevalencia de ETS y demostrado en un estudio (Uribe, P. 1995) con los clientes en el que se detectó que el 89% declaró nunca usar condón y el 9% refirió usarlo siempre.

Los resultados representan parte de la información que se requiere para conocer la panorámica sobre lo que está ocurriendo en este ámbito social, dejando de lado prácticas como el destinado de recursos económicos importantes en las pruebas de detección que han demostrado su ineficacia en la prevención, encauzando los esfuerzos hacia programas de intervención y trabajo directo de prevención y concientización para generar una verdadera conciencia de riesgo en estas mujeres.

Las dificultades para institucionalizar una educación sexual integral en las Trabajadoras Sexo Comerciales se relaciona con la falta de sensibilidad y conciencia social de quienes toman las decisiones y con los riesgos que los programas implican a los ojos de quienes detentan el poder (las instituciones, los médicos, los clientes etc.), desventajas que enfrentan por naturaleza y género. Es indispensable sensibilizar a los líderes y a los responsables de la toma de decisiones.

Por lo tanto deseamos sugerir la investigación directa en el campo de actividad de las Trabajadoras Sexo Comerciales, estableciendo un plan estratégico para fomentar su participación y cooperación en estos estudios, partiendo de la idea que no existe un modelo concreto, es necesario hacer adaptaciones de diferentes modelos para comprenderlo mejor.

Una propuesta interesante para generar una verdadera conciencia de riesgo, consistiría en evitar homogeneizar las campañas publicitarias, haciendo más directa la información a las TSC en sus centros de trabajo y considerando las características que las hacen diferentes del resto de la población, incluyendo las zonas de trabajo.

La elaboración de materiales como la folletería y audiovisuales con información específica de acuerdo a su actividad y la promoción de grupos de autoapoyo con promotores de la salud surgidos del interés de las mismas compañeras.

Elaborar programas prácticos con técnicas sencillas en la negociación del uso de los condones con los clientes dentro de las mismas instituciones en las que se les brinda el servicio ginecológico.

Establecer una gama más amplia de posibilidades de acciones e intervenciones que promuevan el apoyo mutuo y la solidaridad entre ellas mismas, como un mecanismo de protección no sólo de la integridad física, sino también para preservar su salud en aras de una eficiente labor preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, L. E. (1983). *Techniques of Attitude Scale Construction* Irvington publisher, inc. New York. U S A
- Ander-egg, E. (1974). *Introducción a las Técnicas de Investigación Social* (4a. ed.) , Bartra, A. (1993). *Epopeya Gilgamesh*. Consejo Editorial para la Cultura y las Artes Buenos Aires, Hvmantitas
- Botella, L. J. (1988). *Las Enfermedades de Transmisión Sexual en la Mujer*. Salvat. México.
- .Burnet S. (1963). *Prostitution Around the World: Coonech*, Monarch Books Deby
- Brunner, E y Ferguson. S (1971) *Enfermería Medicoquirúrgica*. (2a de.) Interamericana.
- Coates, T., (1995). *Lo que todos debemos saber. SIDA/ETS: Vol 1, núm 1*
- Choise, M. (1964). *Psicoanálisis de la Prostitución* Argentina Hornee
- Cora, (1988) *Salud Sexualidad y Adolescencia*. Pax México.
- De la Rosa, I (1978). *La prostitución en México*. México Trillas
- Del Río, Ch., C. (1993). *Crecer en los tiempos de! SIDA*, México. CONASIDA, SSA.
- Del Río, Ch., C (1994). *Guía para la Atención Psicológica de Personas que viven con VIH/SIDA*. México. CONASIDA.
- Diccionario, K, (1979) *de la Lengua Española*. México: Kapelusz.
- Galván, F. (1988). *El SIDA en México: Los Efectos Sociales* México: Cultura Popular. UAM Azcapotzalco.
- García Ma. L. y Valdespino J.L. (1993). *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología*. INDRE (Instituto Nacional de Diagnostico y Vigilancia Epidemiológica). Secretaria de Salud: México.
- García, G., Ma. L. (1995). *SIDA/ETS, Vol 1 Núm. 2 Agosto-Octubre*, SSA, EPIDEMIOLOGÍA, México: CONASIDA.
- Golwald, W.H. y Jr. Holtz G.G. (1983). *Sexualidad: la Experiencia Humana. Manual Moderno*. México.
- Gómez, J., F. (1987). *Sociología de la Prostitución*. México: Nueva Sociología.

- González, S. (1995) Las Mujeres y la Salud. El Colegio de México
- Harrison, (1991) Principios de Medicina Interna. México: Mac Graw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Pública, (1995) Cuernavaca Morelos, Informe.
- Javiedes, R. Ma. de Luz (1993). Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes. pág. 2-6, 12-13, 15-27, 31-32, 35. Prog. de Publicaciones de Material Didáctico Facultad de Psicología, UNAM.
- Langer, A. y Tolbert , K. (1996) Mujer Sexualidad y Salud Reproductiva en México, The Population Council, EDAMEX
- Lovine, E. y Atilo, A. (1991). El Laboratorio en la Clínica. Panamericana: Argentina.
- Mancini, J. C. (1972) Prostitución y Proxenetismo México: Diana.
- Merson, M. (1995). SIDA/ETS. Vol. 1 Núm. 1 Mayo-Julio, SSA., EPIDEMIOLOGÍA, México. CONASIDA.
- Moliner, M (1990) Diccionario de Uso Español.
- Morales M., J. (1992) Difusión Cultural Feminista a.C año 116 No. 116 Revista Fem., México.
- Neugebauer, J. (1983). Atlas de enfermedades infecciosas. México: Roche.
- New Scientist. (1995) Reporte de Peter Aldhous, VIH, la guerra del desgaste, Mayo.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (1995) CONASIDA, México. Pág.19,34.
- Notisida (1994) "Tres de cada 100,000 Mexicanos tiene algún Mal Venéreo" El Universal, 15 Febrero, México.
- Notisida (1994) .Entrevista con Claudia Colimoro "Trabajadoras Sexuales", Uno más Uno, 30 Enero, México.
- Notisida (1994). "Tres de cada 100,000 Mexicanos tiene algún Mal Venéreo" El Universal, 15 Febrero, México.
- Notisida, (1993). "Entre la Esperanza y el Temor" Revista amigos, México. pág. 4
- Notisida, (1994) ."Piden Medidas para evitar el aumento de la Prostitución", El Heraldo, 1o. Enero, México.

- Notisida, (1994) "Incontrolable la prostitución en la Merced", Impacto, 15 Enero, México.**
- Nunnally, G. (1970) Introducción a la Medición Psicológica Buenos Aires: Paidós. pág. 28**
- Padua, J. (1979) Técnicas de investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. México: Fondo de Cultura Económica**
- Ríos, G. (1992). Revista Cultural Feminista México.**
- Rodríguez, A. (1978) Actitud. México: Trillas**
- Romero, A. L. (1987) Prostitución y Drogas. España: Trillas.**
- Sosa, M., J. (1995). La colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. Boletín Laboratorio Médico del Chopo. Vol 4 4 .**
- Summers, F. (1976). Medición de Actitudes. México: Trillas.**
- Uribe, Z. P. (1993). Ser Positivo SIDA: Ciencia y Cultura. Condón Femenino y otras barreras. Salud Publica de México. (Vol. 28, 3).**
- Uribe, Z. , P. (1995). Prostitución y SIDA en la Ciudad de México, Salud Publica de México (Vol. 37, 6)**
- Uribe, Z. P. (1992). Guía para Enfermeras en Atención del Paciente con VIH/SIDA. México: CONASIDA**
- Uribe, Z., P. (1990). La Prostitución y el SIDA: Gaceta CONASIDA Julio-Agosto, Año III número 4. pág 3-4, 7, 27.**
- Uribe, Z., P. (1994). La comercialización del erotismo: La Prostitución, Editorial CONAPO tomo I. México.**
- Valdespino, G., J. (1991). Boletín Mensual SIDA/ETS, CONASIDA No. 1 Enero**
- Valdespino, J.L. (1990). Es igual el SIDA en todas partes. Gaceta CONASIDA Mayo/Junio.**
- Velázquez, M., O. (1991). Boletín Mensual SIDA/ETS, CONASIDA No. 7 Julio.**

ANEXO 1: Escala de actitud

CUESTIONARIO

NIVEL ESCOLAR _____ **EDAD** _____

TIEMPO DE TRABAJAR EN EL AMBIENTE _____

LUGAR DE TRABAJO _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentaran una serie de afirmaciones, cada una de las cuales tiene 4 posibles respuestas. Por favor marque con una (X) la opción que considere más adecuada. En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas. Conteste de acuerdo a lo que usted piensa.

Toda la información que nos proporcione es absolutamente anónima y confidencial, por lo que le pedimos sea lo más honesta que pueda en sus respuestas.

Ejemplo:

Use el condón cuando veo que el cliente esta enfermo.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

Marque sus respuestas a partir de la siguiente afirmación:

1. Es difícil convencer al cliente para que use el condón prefiero no usarlo.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

2. Las enfermedades venéreas son "malas" por eso uso el condón.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

3. Pongo el condón antes de una penetración.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

4. He puesto mal el condón, por eso no lo uso.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

5. Es difícil usar el condón con el cliente porque dice que no siente nada.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

6. He estado en tratamiento por enfermedades venéreas.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

7. Si no tengo condones, evito la relación sexual.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

8. Se que algunas compañeras dejan de usar el condón por más dinero.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

9. Cuando pongo mal los condones se me han roto.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

10. Cuando he sido contagiada de alguna enfermedad venérea, es porque mi pareja me la pegó.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

11. En la penetración anal uso condones.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

12. Tengo relaciones anales sin condón con mi pareja.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

13. Tengo relaciones anales sin condón con los clientes.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

14. A mis compañeras que no usan los condones les recomiendo que lo usen.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

15. He notado miedo en mis clientes cuando les pido usar condones, desconfían de mí.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

16. Cuando se me han roto los condones, es porque ellos mismos hacen lo posible por romperlos.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

17. He tenido la idea de que los condones no sirven, ya que algunas veces se rompen.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

18. Si noto que la clientela disminuye, entonces me ocupo sin condones.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

19. El cliente es el que pide que la relación sea con condones.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

20. Me ha molestado tener que usar los condones.

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

Agradecemos su colaboración para la realización de esta investigación.

GLOSARIO

ABSTINENCIA SEXUAL.- Virtud que consiste en privarse total o parcialmente de los goces corporales.

AIDS.- Acquired Immune Deficiency Syndrome.

AGENTE.- Poder, principio o sustancia capaz de actuar sobre el organismo.

AMA.- Asociación Mexicana Americana.

ANTICUERPO.- Glucoproteína producida por el organismo en respuesta directa a la introducción de un antígeno o de un hapteno.

BACTERIA.- Microorganismo unicelular o multicelular que se clasifica y estudia en el reino procariota, carece de núcleo diferenciado, pero con material cromosómico.

CITOMEGALOVIRUS.- Grupo de virus del género herpes virus.

CONDON.- Preservativo consistente en una funda, generalmente de caucho, con la que se cubre el pene durante coito para impedir el contacto de fluidos, su invención se atribuye a un médico inglés del siglo XVIII llamado Condom.

CORA.- Centro de Orientación para Adolescentes.

DIAGNOSTICO.- Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de esta.

DESINFECTAR.- Destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materia o partes en que puedan ser nocivos por los distintos medios mecánicos físicos o químicos contrarios a su vida o desarrollo.

DISEMINACION.- Difusión, extensión o dispersión de un proceso patológico o de gérmenes morbosos.

ELISA.- Enzime Linked Inmuno Sorbant Assay -Prueba de tamizaje para detectar el virus del VIH.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS.- las que se deben a un agente vivo, bacteria o virus.

EPIDEMIA.- Enfermedad accidental transitoria, generalmente infecciosa que ataca al mismo tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas.

ESPERMATICIDA.- Sustancia sintética que destruye o disminuye la cantidad de espermatozoides.

ESTERILIZAR.- Destrucción de todos los microorganismos contenidos en una parte u objeto cualquiera por medios físicos o químicos, desinfección, asepsia y antisepsia.

GANGLIOS LINFÁTICOS.- Organó situado en el trayecto de los vasos linfáticos, aislado o reunidos en grupos de volumen y forma variada compuesto de una envoltura propia de tejido conjuntivo, sustancia cortical y sustancia medular formada por un tejido especial adenoideo cuyas mallas contienen células linfáticas.

INDRE.- Instituto Nacional de Diagnóstico Referencias Epidemiológicas.

INFECCION.- Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos.

JERINGAS HIPODERMICAS.- Jeringa de pequeño calibre para inyecciones en el tejido subcutáneo.

LATEX.- Líquido blanco cremoso, obtenido de distintas variedades de árboles y arbustos.

LINFOCITO B.- Células del sistema inmune encargadas de la producción de anticuerpos sin actividad fagocítica, encargadas de la actividad humoral.

LINFOCITO T.- Célula sanguínea mononucleada, intervienen fundamentalmente en la inmunidad celular, durante su desarrollo pasan obligatoriamente por el timo donde sufren un proceso de diferenciación funcional.

LINFOMA.- Nombre genérico a los tumores originados en tejido linfático, en general se aplica para los malignos.

NEOPLASIA.- Formación tumoral: el cáncer es un neoplasma.

NOM.- Norma Oficial Mexicana para el control de calidad de diversos productos.

PANDEMIA.- Epidemia extendida a muchos países, o que ataca a casi todos los individuos de un país.

PERIODO DE INCUBACION.- Primer periodo de una enfermedad infecciosa desde la implantación del agente patógeno en el organismo hasta el periodo de invasión.

PESTE NEGRA.- Nombre de una epidemia de peste bubónica que causo generales estragos en el siglo XVI.

SEXO ORAL.- Actividad sexual en la que intervienen el contacto físico de la boca con los genitales

TUBERCULOSIS.- Enfermedad infecciosa del hombre y animales causada por bacterias del genero mycobacteriano.

VDRL.- Venereal Disease Research Laboratory. Siglas con que se conoce una prueba serológica de floculación aplicable al diagnóstico de la sífilis. Se utiliza ampliamente como prueba de selección y no pone de manifiesto anticuerpos específicos.

VIRUS.- Cualquiera de los agentes infecciosos submicroscópicos que se caracterizan por replicarse solamente en células vivas y por parásitos abundantes incapaces de generar energía ni de cualquier actividad metabólica.

WESTERN BLOT.- Prueba diagnóstica confirmatoria para el VIH.