



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE MATERNO INFANTIL**



“NIVEL DE INFORMACION SOBRE VIH EN MUJERES DE 15 A 34 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN A UNA POLICLINICA DE SALUD PUBLICA EN MONTEVIDEO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2009.”



AUTORES:

Br. Barreto, Ana Laura
Br. González, Patricia
Br. Vázquez, Silvia Leticia

TUTOR:

Prof. Agda. Lic. en Enf. Correa, Ana

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010.

RESUMEN

La presente investigación consistió en conocer el Nivel de Información sobre VIH en mujeres de 15 a 34 años de edad que concurrieron a una Policlínica de Salud Pública en Montevideo en el periodo diciembre 2009.

Considerado al Nivel de Información sobre VIH, un tema de interés para el equipo de salud, debido a que hasta el momento no se han logrado modificar las conductas sexuales, ya sea por falta de información o puesta en práctica de los conocimientos. Lo que representa un gran desafío, como futuras profesionales de la salud, debido a que existen medios de información actuales del tema y aún no se han podido modificar los comportamientos sexuales.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, donde la muestra seleccionada está conformada por 82 mujeres encuestadas entre 15 a 34 años de edad que concurrieron a una policlínica de Salud Pública en diciembre del 2009 en la ciudad de Montevideo.

De los datos obtenidos se destaca que la mayoría de la población abordada no tenía información sobre la infección por VIH, tomando aquellas usuarias que poseen información como las que desconocen o conocen el agente causante de la infección, identifican en forma correcta al menos dos formas de transmisión de las cuales una es la vía sexual, y conocen tres mecanismos de prevención de los cuales uno es el uso del preservativo.

A raíz de los resultados obtenidos en dicha investigación, se plantean sugerencias con el fin de potenciar la información a través de campañas focalizadas a determinados grupos acerca de la información sobre VIH haciendo hincapié en la importancia de la información correcta, la asimilación de la misma para lograr cambios en el comportamiento sexual. Así como también promover una atención individualizada por parte de enfermería enfatizada en un plan de actividades educativas programadas y orientadas a la población de la policlínica.

CONTENIDO

Introducción.....	pág.1
Planteamiento del problema.....	pág.3
Fundamentación.....	pág.4
Diseño metodológico.....	pág.8
Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición.....	pág.10
Tablas y gráficos.....	pág.14
Análisis e interpretación de los resultados.....	pág.27
Conclusiones.....	pág.31
Sugerencias.....	pág.32
Bibliografía.....	pág.33
Anexo 1. Autorización del Centro de Salud de referencia.	
Anexo 2. Protocolo.	
Anexo 3. Cuestionario.	

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por un grupo de tres estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la República Oriental del Uruguay, cursando el 1er. Módulo del 4 ciclo correspondiente al Trabajo de Investigación Final, en el marco del programa curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación se realizó con el apoyo y seguimiento de la Cátedra Materno Infantil, contando como tutora a la Profesora Agregada Licenciada en Enfermería Ana Correa.

El tema de interés investigado fue el Nivel de Información sobre VIH en mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una Policlínica de Salud Pública en Montevideo en el periodo diciembre 2009.

Hemos considerado así, al Nivel de Información sobre VIH, un tema de interés para el equipo de salud, debido a que hasta el momento no se han podido modificar las conductas sexuales ya sea por falta de información o puesta en práctica de los conocimientos. Lo que representa un desafío, como futuras profesionales de la salud, debido a que existen medios de información actuales del tema y aún no se han podido modificar los comportamientos sexuales.

Con respecto a la metodología, se hizo un estudio descriptivo de corte trans-versal el cual tuvo como objetivo conocer el Nivel de información que poseen las mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una Policlínica de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en diciembre 2009.

La técnica utilizada, consistió en implementar un cuestionario predeterminado que contó con preguntas estructuradas con opciones múltiples de forma anónima.

La recolección de los datos se realizó en el período comprendido entre el 14 al 18 de diciembre del 2009 inclusive.

De nuestra investigación surgió que la población abordada demostró que no tiene información sobre la infección por VIH. Esto quedó reflejado por una lado, al alto porcentaje de deserción en la educación formal en mayor medida en secundaria; y por otro lado la información que las usuarias poseían en el momento de ser encuestadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Area temática:

Salud Sexual y Reproductiva.

Problema:

¿Cuál es el nivel de información sobre VIH que poseen las mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una policlínica de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en el periodo diciembre 2009?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar el nivel de información que poseen las mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una Policlínica de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en diciembre 2009.

Objetivos específicos:

- Caracterización de la población según las variables.
- Identificar el nivel de información que poseen las mujeres sobre VIH.
- Conocer la fuente por la cual accedieron a la información sobre VIH.

FUNDAMENTACION.

Considerando la **pandemia del VIH como uno de los problemas de salud más complejos que la humanidad ha enfrentado** y siendo la mujer cada vez más protagonista de la infección, creemos imperioso potenciar a las mujeres a cuidar de su salud sexual y reproductiva.

Por tal motivo nos planteamos abordar como área temática la Salud Sexual y Reproductiva, en un estudio de investigación de la Universidad de la República, dentro del cual nos pareció de suma relevancia el tema **Feminización del VIH**.

Más allá de la biología, el entramado cultural hace el abordaje del tema complejo, debido a que no involucra exclusivamente aspecto biomédicos sino que afecta dimensiones íntimas de las interacciones entre las personas, impactando en los contextos religiosos, políticos y socioeconómicos más globales.

“La epidemia del VIH explicitó, pero no provocó, una compleja y múltiple trama cultural de la vida afectiva y sexual existente, tales como las relaciones sexuales tempranas, los embarazos no deseados, las parejas múltiples, la diversidad de opciones sexuales y el consumo de drogas en nuestro país.”

Configurando un “**espacio social crítico**” donde se cuestionan las esferas públicas y privadas, desde el sistema de educación formal, los modelos de atención en salud, los medios de comunicación social, así como las pautas más íntimas de convivencia.¹

Sin embargo, el virus del VIH posee una característica particular, todas sus formas de transmisión son prevenibles si se toman las medidas pertinentes. Esto quiere decir que, ante una infección para la cual no se ha encontrado una vacuna preventiva o tratamiento

¹ UNESCO. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Montevideo; 2003.

que erradique definitivamente el virus, la estrategia a seguir será la prevención, la cual se basa en la información correcta y cambios en los comportamientos de las personas para minimizar las situaciones de riesgo y detener la pandemia.

La transmisión del VIH escapa a la intervención pública, por ser resultado de

comportamientos privados. Al cambiar actitudes y comportamientos, no solo se habla de riesgos de contaminación del virus, sino también de combatir contra la discriminación, la marginación, y la violación de los Derechos Humanos que tuvieron y tienen que sufrir los individuos afectados y sus familias que fueron señalados como los responsables de la propagación de la infección, tales como homosexuales, usuarios de drogas, trabajadores sexuales.

A lo largo de estos 24 años la infección se ha incrementado en todas las direcciones, tanto referido al sexo, edad y orientación sexual, como la diversificación en los mecanismos de transmisión, **prevaleciendo la transmisión sexual con predominio a heterosexuales**, pasando de un patrón epidemiológico de Tipo I/I "grupos de riesgo" en 1988 (homosexuales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, bisexuales) a Tipo I/II "**comportamientos de riesgo**" en abril del 2008, según datos obtenidos por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP.²

La eficacia de toda intervención educativa, ya sea en la prevención sanitaria como en la comunitaria, implica conocer y reconocer los componentes socioculturales (religiosos, redes sociales, costumbre y creencias) e identificar los grupos sociales más vulnerables frente a la epidemia.

Históricamente a las mujeres la sociedad les ha otorgado el rol reproductivo relacionados con la maternidad y el cuidado de su familia, postergando en un segundo plano el cuidado de su propia salud.

"La educación les otorgó un mayor poder de toma de decisión", entre ellas el tamaño de la familia, creando nuevas perspectivas en el mercado laboral, existiendo un control voluntario en la fecundidad a través de las prácticas anticonceptivas en sectores con mayor educación y mayores ingresos. No aconteciendo así en sectores con menos recursos, precisamente en esta población recae la tasa más alta de natalidad, siendo las responsables de uno de cada seis nacimientos producidos en el país.³

Las **Jefaturas de Hogar Femeninas** (más del 60%) se dan básicamente en los hogares "unipersonales" y "monoparentales", producto de cambios en las modalidades de constitución familiar, perdiendo peso el matrimonio como institución formal y en aumento de las uniones libres, existiendo una alta inestabilidad en las parejas. Las mujeres adquieren trabajos relacionados con el cuidado de la salud, enseñanza y servicio doméstico, percibiendo menor salario que los hombres por tareas similares creando una situación de vulnerabilidad socioeconómica. La mitad de su tiempo lo insumen en actividades no remuneradas lo que disminuye su acceso a los bienes sociales y a la participación social e inclusive los servicios de salud.⁴

La vulnerabilidad biológica viene determinada por la exposición al virus durante prácticas sexuales no protegidas. Se entiende por **sexo seguro** a la "relación carnal que

²Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiológica. Informe epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.

³González K, Lupano V, Quintana V, Rodríguez C, Tabárez G. Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la ciudad de Florida. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. (Tesis de grado presentada en la Facultad de Enfermería de la UDELAR)

⁴ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud de la Mujer y Género, Guías en salud sexual y reproductiva. Montevideo: MSP; 2007.

evita el cambio de secreciones potencialmente infectantes (sangre, semen y secreciones vaginales y cervicales) entre dos personas de igual o distinto sexo".⁵

Aún en nuestra sociedad en los sectores socioeconómicamente menos favorecidos, existe **falta de empoderamiento ante las relaciones sexuales por parte de la mujer**, esto implica el "deber" de la mujer a tener relaciones sexuales más allá de su deseo. La mujer al igual que el hombre ante la ley gozan de los mismos derechos, pero es la misma sociedad que se ha encargado de que la mujer no pueda ejercerlos, desvalorizando los deseos y el placer sexual de la mujer y lo reduce al simple hecho de procreación.

Como mujeres y futuras profesionales en salud nos preocupa el aumento marcado en éste género, en especial la forma en que la adquieren. Por todo lo expuesto anteriormente, y siendo conscientes que hasta no encontrar una cura, nuestra única estrategia posible será el cambio de comportamiento ante las relaciones sexuales, es que nos abocamos más específicamente al nivel de información que poseen las mujeres sobre el VIH.

Para ello nos basamos en los datos aportados por los estudios centinelas realizados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP, referente a la clara tendencia del virus en la población femenina 35,4% del total de los infectados, predomina en la franja etaria de 15 a 44 años con una máxima incidencia entre 15 a 34 años aunque afecta a todos los grupos etarios; en cuanto a la transmisión la vía más afectada es la sexual 66,8% y se da fundamentalmente en heterosexuales 70,9%, en cuanto a la distribución geográfica el 75,5% de los casos se encuentran en Montevideo.

También en la población con mayor incidencia, el método utilizado como anticonceptivo es el preservativo en un 40%, esto determina no solo evitar un embarazo sino también es un indicador de autocuidado de su salud sexual y reproductiva.⁶

Hemos considerado así, al nivel de información sobre VIH, un tema de interés para el equipo de salud, debido a que hasta el momento no se han podido modificar las conductas sexuales ya sea por falta de información o puesta en práctica de los conocimientos. Situación que consideramos abordar como futuras profesionales de la salud dado a que existen medios de información actuales del tema.

Para el desarrollo de éste estudio nos enfocamos en una población de mujeres de 15 a 34 años de edad debido a que es la franja etaria de mayor incidencia en el contagio de la infección por VIH, en la ciudad de Montevideo en una policlínica del MSP.

Dicha investigación será **viable** debido a que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma, y es **factible** económicamente porque disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios, en relación a la factibilidad sociocultural se trabajará dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a estudiar.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. El virus del SIDA. Washington: OPS; 1998.

⁶González K, Lupano V, Quintana V, Rodríguez C, Tabárez G. Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la ciudad de Florida. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. (Tesis de grado presentada en la Facultad de Enfermería de la UDELAR)

DISEÑO METODOLOGICOS.

Tipo de estudio:

Correspondió a un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

Area geográfica:

Se realizó en la República Oriental de Uruguay en el departamento de Montevideo, en una policlínica del MSP.

Universo:

Todas las mujeres, entre 15 a 34 años de edad que se asistieron en una policlínica periférica del MSP en el departamento de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 14 al 18 de diciembre del 2009 y que aceptaron participar del estudio.

Muestra:

Fue de tipo no probabilística dado que se entrevistó a mujeres entre 15 a 34 años de edad, que fueron asistidas en la policlínica del MSP y que accedieron a participar del estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 15 a 34 años.
- Que concurrieron a la policlínica, entre el 14 al 18 de diciembre del 2009.
- Que aceptaron participar del estudio.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Esta investigación se llevó a cabo por tres estudiantes.

Se concurrió al Centro de Salud para realizar las encuestas y de esta forma acceder a la información brindada por las usuarias. Antes de implementar el cuestionario, se elaboró el instructivo del mismo para realizar la validación del instrumento.

Para economizar gastos y tiempo las encuestas la realizó una estudiante de la tesis, que a su vez, trabaja en el centro de salud, la cual aportó confianza a las mujeres encuestadas, conocimiento de la población y posee la información necesaria para llevar a cabo la encuesta.

Se le invitaba a la encuestada que pasara al consultorio de enfermería, que tomara asiento. Se solicitaba consentimiento para participar de una investigación científica en carácter de encuestada, conservando la privacidad de la usuaria, garantizando confidencialidad de la información aportada, lo que contribuyó a obtener los datos más veraces y confiables. Como beneficio propio se le brindó profundización de información, y para la policlínica una vez analizada la información se realizó una devolución escrita de los datos obtenidos.

Finalizada dicha encuesta se procedió a la entrega de folletería informativa y preservativos.

PRESENTACION DE LAS VARIABLES DEL OBJETO DE ESTUDIO Y SU MEDICION:

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

1.- Edad.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los periodos que se considera dividida la vida humana.

Definición operativa: Número de años vividos hasta el momento de realizar la encuesta.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: Sujetos cuyas edades se ubican entre 15 a 34 años.

2.- Nivel de instrucción.

Definición conceptual: Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.

Definición operativa: Ultimo año aprobado dentro de la educación formal.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

3.- Situación de pareja.

Definición conceptual: Situación o estado civil de la mujer.

Definición operativa: Condición del estado civil que adquiere un individuo para su vida.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Estable
- No estable

4.- Jefatura de hogar.

Definición conceptual: Individuo que tiene la responsabilidad de ser el sostén económico primario del hogar.

Definición operativa: Individuo que aporta el mayor ingreso económico al hogar.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Femenina
- Masculina
- Mixto

5.- Constitución familiar.

Definición conceptual: Conjunto de individuos que viven bajo un mismo techo y comparten lazos sanguíneos o afectivos.

Definición operacional: Cantidad de individuos que viven bajo un mismo techo y comparten lazos sanguíneos o afectivos.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Unipersonales
- Monoparentales
- Nucleares

6.- Inicio de relaciones sexuales.

Definición conceptual: Inicio de relaciones sexuales con información sobre enfermedades

de transmisión sexual.

Definición operativa: Recibe información previo a iniciar prácticas sexuales.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - Recibe información
- No recibe información

7.- Nivel de información sobre la infección por VIH.

Definición conceptual: Conjunto de ideas, conceptos y opiniones que tiene la mujer sobre la infección por VIH.

Definición operativa: 1.- Conocimiento que posee la mujer sobre el virus del VIH.

2.- Conocimiento que posee la mujer sobre las vías de transmisión de la infección por VIH.

3.- Conocimiento que posee la mujer sobre los mecanismos de prevención.

Clasificación: Cualitativa nominal:

Indicadores: 1. - Sí

- No

2. - Sexual

- Sanguínea

- Perinatal

- Apretón de manos

- Tomando mate

- A través de un beso

3. - Utilización de preservativos.

- No compartir jeringas contaminadas por consumidores de drogas inyectables.

- Realización de cesárea en madres portadoras.

- No amamantar al bebe en madres portadoras.

- Utilización de agujas contaminadas en el entorno médico.

- Transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados.

- No compartiendo vasos o cubiertos

- No compartiendo sanitarios

Categorías: 1.- No tienen información (desconoce el agente causante de la infección, como se transmite y como se previene).

2.- Tienen información incompleta (conoce o no el agente causante de la infección, identifica en forma correcta al menos dos vías de transmisión de las cuales una debe ser la sexual, identifica en forma correcta al menos tres mecanismos de prevención de los cuales uno debe ser el uso de preservativo).

3.- Tiene información completa (identifica en forma correcta el agente causante de la infección, responde correctamente todas las vías de transmisión y todos los mecanismos de prevención).

8.- Conductas sexuales.

Definición conceptual: Conductas que adopta la mujer durante las relaciones sexuales para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Definición operacional: Utilización de mecanismos de barrera que adopta la mujer frente a su pareja para prevenir la infección por vía sexual.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - Si utiliza

- No utiliza

9.- Fuentes de Información.

Definición conceptual. Lugar donde se obtiene la información acerca de la infección por VIH.

Definición operacional. Manifestación de la mujer de donde obtuvo la información acerca de la infección por VIH._

Clasificación. Cualitativa nominal.

Indicadores. - Médico

- Enfermería

- Televisión

- Folleto

- Otro (entorno familiar, barrial, educación formal, radio)

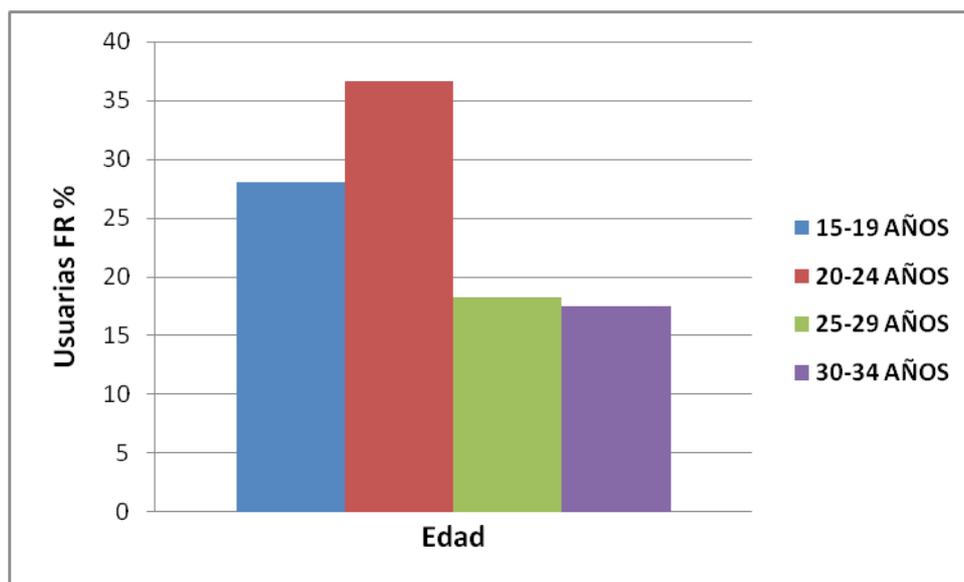
TABLAS Y GRAFICOS.

Tabla Nº 1: Edad.

EDAD	FA	FR%
15 – 19	23	28.0
20 – 24	30	36.6
25 – 29	15	18.3
30 – 34	14	17.1
TOTAL	82	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el Centro de Salud en el periodo comprendido entre el 14 al 18 de diciembre de 2009 inclusive.

Gráfica Nº 1: Edad.



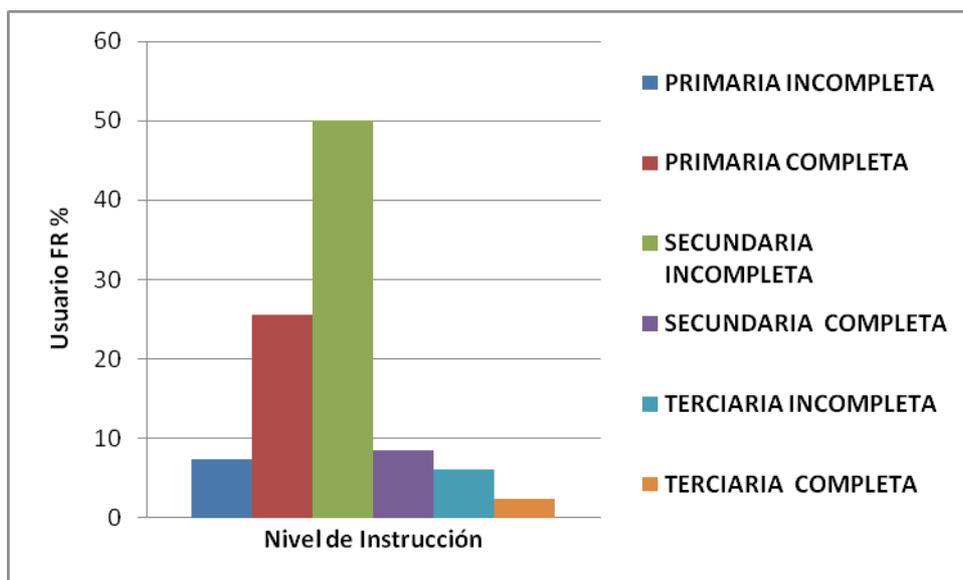
En relación a la edad tenemos que un 36.6% de las encuestadas se encuentran en las edades comprendidas entre los 20 a 24 años; 28.0% entre los 15 a 19 años; 18.3% entre los 25 a 29 años y un 17.1% entre 30 a 34 años.

Tabla N° 2: Nivel de Instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR%
PRIMARIA INCOMPLETA	6	7.3
PRIMARIA COMPLETA	21	25.6
SECUNDARIA INCOMPLETA	41	50.0
SECUNDARIA COMPLETA	7	8.5
TERCIARIA INCOMPLETA	5	6.1
TERCIARIA COMPLETA	2	2.4
TOTAL	82	99.9

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 2: Nivel de instrucción. Arreglar la leyenda



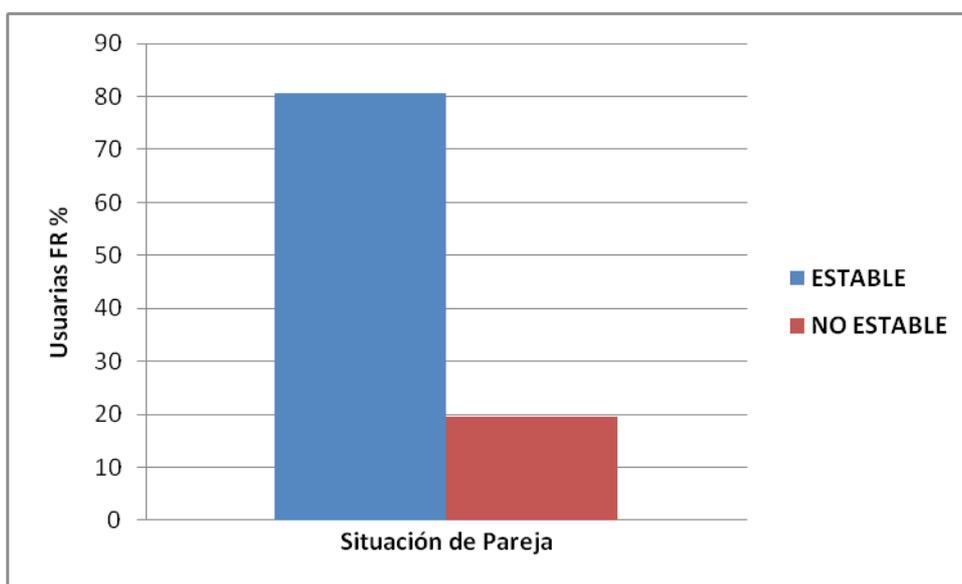
En cuanto al nivel de instrucción de las usuarias el 50.0% presentan secundaria incompleta; 25.6% primaria completa; 8.5% secundaria completa; el 7.3% primaria incompleta; 6.1%; terciaria incompleta; 2.4% terciaria completa

Tabla N° 3: Situación de pareja.

SITUACION DE PAREJA	FA	FR%
ESTABLE	66	80.5
NO ESTABLE	16	19.5
TOTAL	82	100.0

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 3: Situación de pareja.



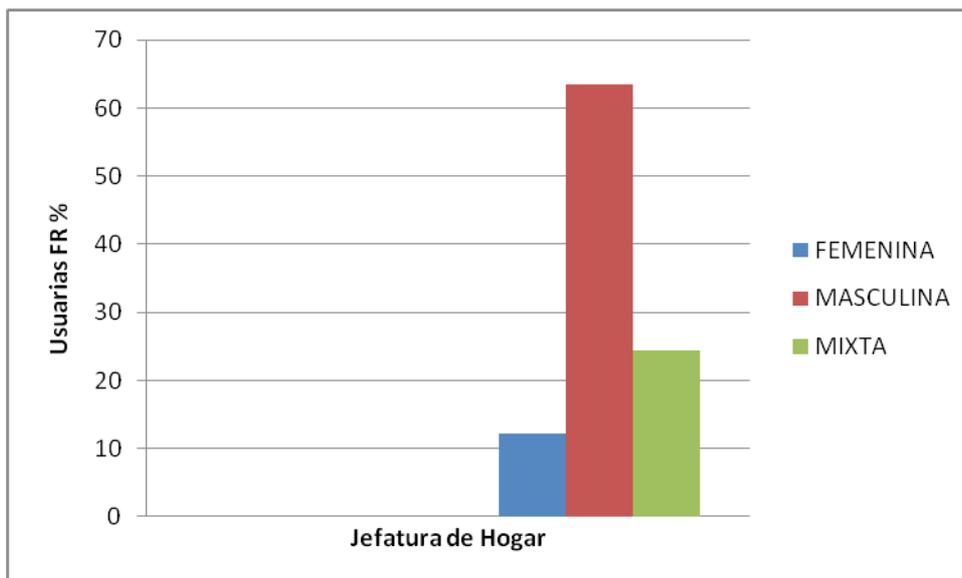
En lo que respecta a la situación de pareja un 80.5% refiere tener pareja estable en el momento de la encuesta y un 19.5% no.

Tabla N° 4: Jefatura de hogar.

JEFATURA DE HOGAR	FA	FR%
FEMENINA	10	12.2
MASCULINA	52	63.4
MIXTA	20	24.4
TOTAL	82	100.0

Fuente: misma fuente

Gráfica N° 4: Jefatura de Hogar.



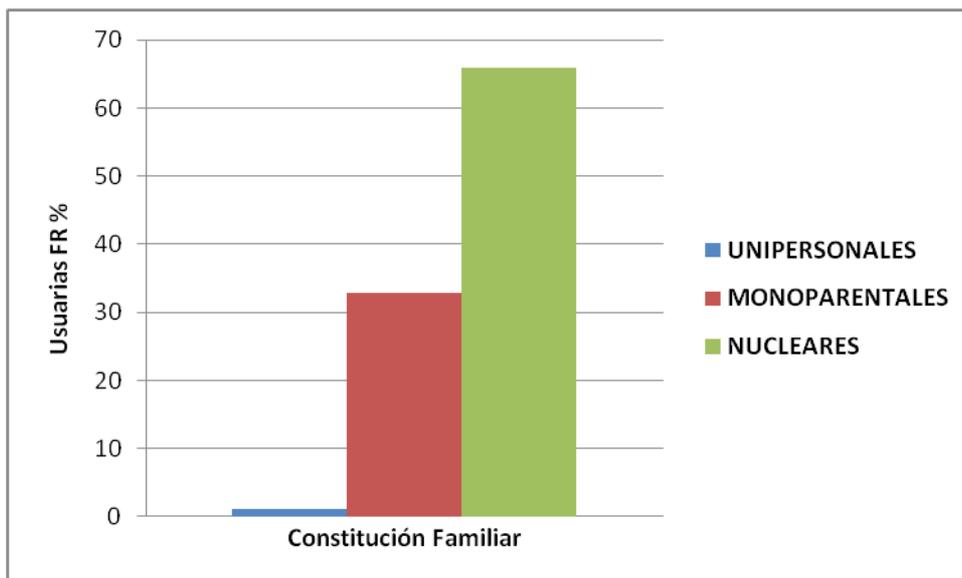
Con respecto a la jefatura de hogar se observó que el 63.4% es masculina; el 24.4% es mixta (corresponde a los ingresos femeninos y masculinos en igual medida) y un 12.2% es femenina.

Tabla N° 5: Constitución Familiar.

CONSTITUCION FAMILIAR	FA	FR%
UNIPERSONALES	1	1.2
MONOPARENTALES	27	32.9
NUCLEARES	54	65.9
TOTAL	82	100.0

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 5: Constitución Familiar.



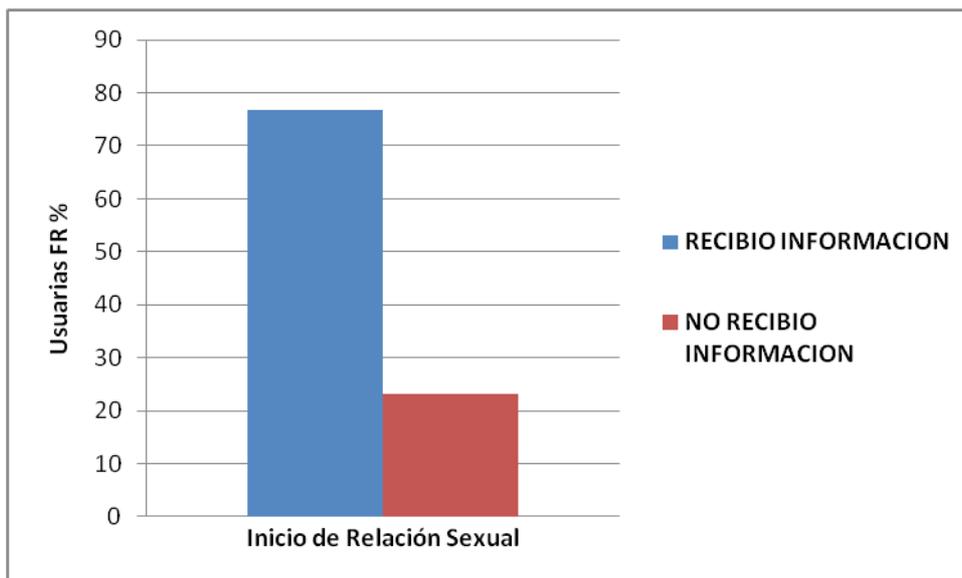
Referente a la constitución familiar el 65.9% se lo encuentra en hogares nucleares; el 32.9% en hogares monoparentales y el 1.2% en hogares unipersonales.

Tabla N° 6: Inicio de Relaciones Sexuales

INICIO DE RELACION SEXUAL	FA
RECIBE INFORMACIÓN	63
NO RECIBE INFORMACIÓN	19
TOTAL	82

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 6: Inicio de Relaciones sexuales.



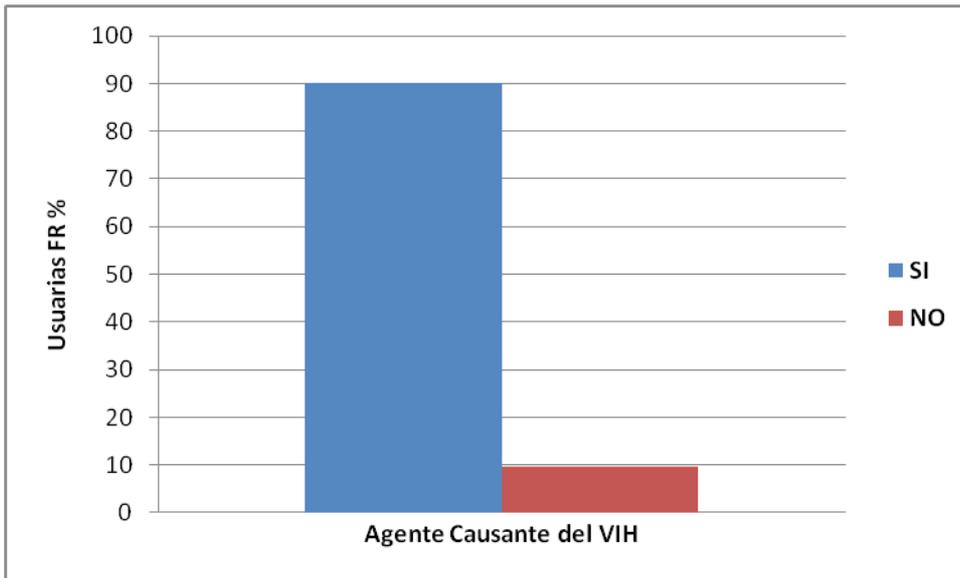
En cuanto al inicio de las relaciones sexuales en las usuarias el 76.8% manifestó haber recibido información previa al debut sexual y el 23.2% no.

Tabla N° 7 A): Nivel de Información. Agente Causante del VIH.

NDI/ AGENTE CAUSANTE	FA	FR%
SI	74	90.2
NO	8	9.7
TOTAL	82	99.9

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 7 A): Nivel de Información. Agente Causante del VIH.



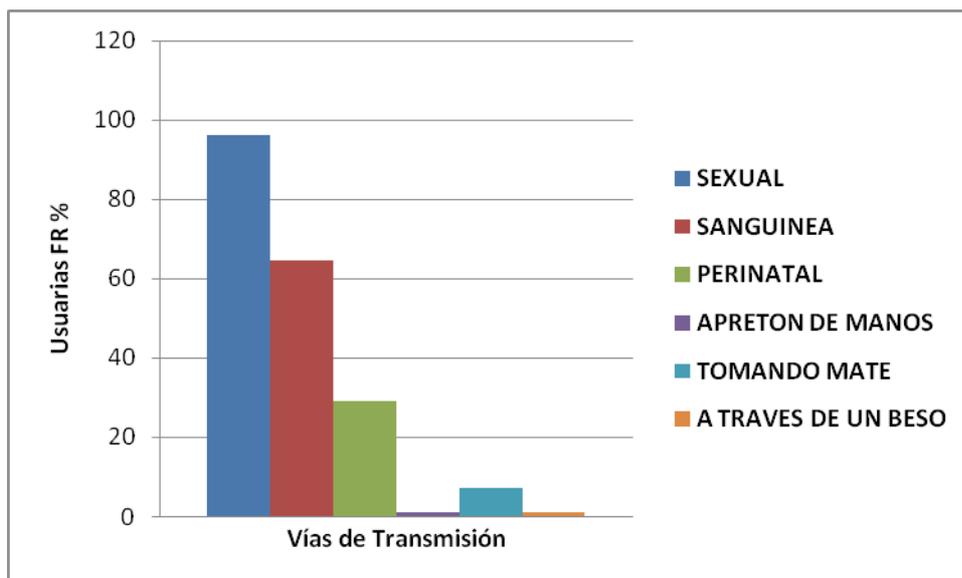
Respecto al nivel de información sobre el agente causante del VIH el 90.2% refirió conocer que es un virus mientras que el 9.7% no.

Tabla N° 7 B): Nivel de Información. Vías de Transmisión del VIH.

*Los datos expresados son sobre un total de 82 usuarias encuestadas.
Fuente: es la misma.

Gráfica N° 7 B): Nivel de Información. Vías de Transmisión del VIH.

NDI/ VIAS DE TRANSMISION	FR%
FA	79
SEXUAL	96.3
SANGUINEA	53
PERINATAL	64.6
APRETON DE MANOS	24
TOMANDO MATE	29.3
A TRAVES DE UN BESO	1
	1.2
	6
	7.3
	1
	1.2



Respecto al nivel de información sobre las vías de transmisión por VIH el 96.3% de las mujeres encuestadas refirió la vía sexual; el 64.6% la sanguínea; el 29.3% la perinatal; el 7.3% tomando mate; el 1.2% apretón de mano y a través de un beso en igual porcentaje.

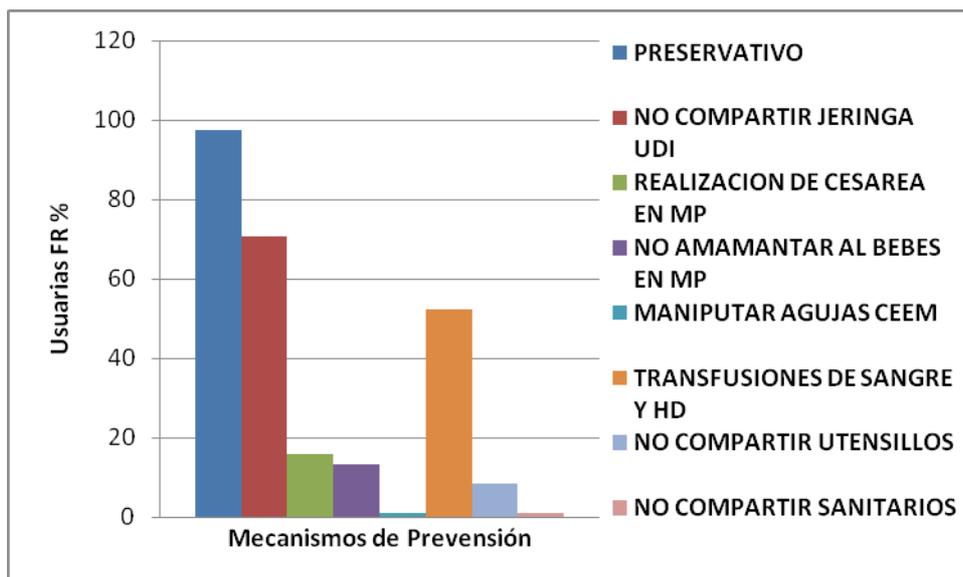
* Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción. La operativa en Vías de Transmisión, contaba con tres opciones correctas, de las cuales se pretendía que las usuarias identificaran al menos dos correctas (se considera información incompleta) y una de ella debía ser la vía sexual.

Tabla N° 7 C): Nivel de Información. Mecanismos de Prevención.

NDI/MECANISMO DE PREVENCION	FA	FR%
PRESERVATIVO	80	97.5
NO COMPARTIR JERINGA UDI	58	70.7
REALIZACION DE CESAREA EN MP	13	15.8
NO AMAMANTAR AL BEBES EN MP	11	13.4
MANIPUTAR AGUJAS CEEM	1	1.2
TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HD	43	52.4
NO COMPARTIR UTENSILLOS	7	8.5
NO COMPARTIR SANITARIOS	1	1.2

*Los datos expresados son sobre un total de 82 usuarias encuestadas.
Fuente: es la misma.

Gráfica N° 7 C): Nivel de Información. Mecanismos de Prevención.



En cuanto a los mecanismos de prevención de la infección por VIH se destaca el 97.5% utilización de preservativo; el 70.7% el no compartir agujas con UDI; el 52.4% y transfusiones de sangre contaminada y hemoderivados; el 15.8% realización de cesárea en MP; el 13.4% no amamantar al bebe en MP; el 8.5% no compartiendo utensillos; 1.2 manipular agujas contaminadas en el entorno médico y no compartir sanitarios en igual porcentaje.

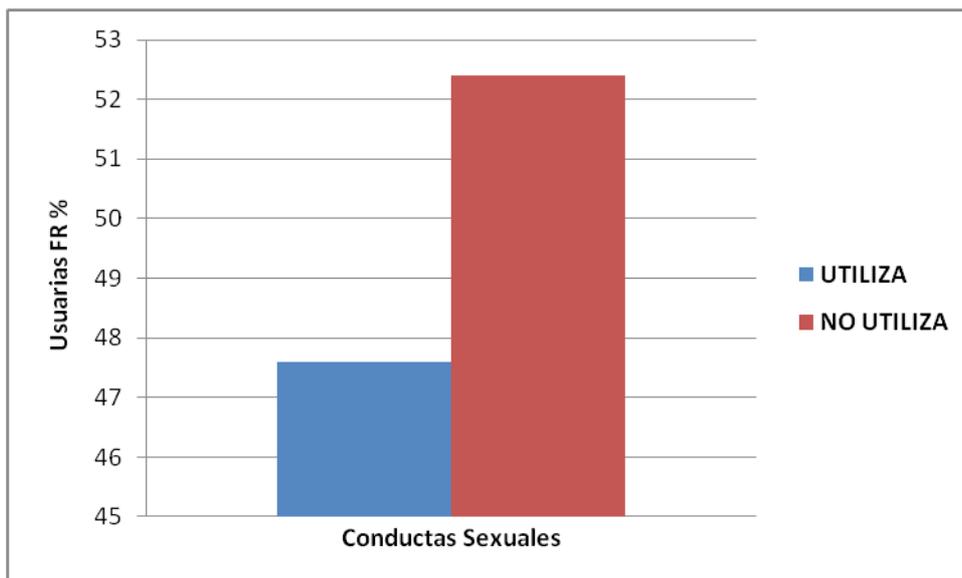
*Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción. La operativa en Mecanismos de Prevención, contaba con seis opciones correctas, de las cuales se pretendía que las usuarias identificaran al menos tres correctas (se considera información incompleta) y una de ellas debía ser la utilización del preservativo.

Tabla N° 8: Conductas Sexuales.

CONDUCTA SEXUAL	FA	FR%
UTILIZA	39	47.6
NO UTILIZA	43	52.4
TOTAL	82	100.0

Fuente: es la misma.

Gráfica N° 8: Conductas Sexuales.



En cuanto a las conductas sexuales el 52.4% manifestó no utilizar preservativo durante las prácticas sexuales y el 47.6% si.

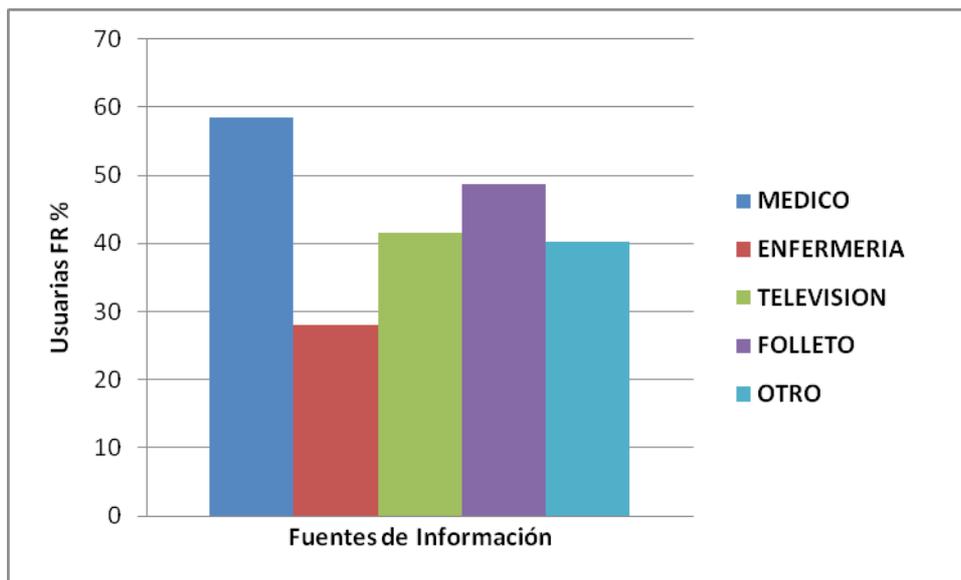
Tabla N° 9: Fuentes de Información.

FUENTE DE INFORMACION	FA	FR%
MEDICO	48	58.5
ENFERMERIA	23	28.0
TELEVISION	34	41.5
FOLLETO	40	48.8
OTRO	33	40.2

*Los datos expresados son sobre un total de 82 usuarias encuestadas.
Fuente: es la misma.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Gráfica N° 9: Fuentes de Información.



En cuanto a las fuentes de adquisición de la información, respondieron que el 58,5% recibió por el médico; el 48,8% por folleto; el 41,5% a través de la televisión el 40,2% por otros medios (radio, en el entorno familiar o barrial, a través de los centros de educación formal) y el 28,0% por enfermería.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Con respecto a nuestra investigación el área de estudio estuvo determinada por todas las usuarias que se encontraban en el rango etario de 15 a 34 años de edad; para determinar nuestro universo se estableció además de la edad que debían de concurrir a la Policlínica de Salud Pública en el periodo diciembre 2009, en la ciudad de Montevideo. Luego de esto determinamos que nuestra muestra sería de tipo no probabilística y quedó conformada por 82 usuarias que fueron encuestadas las cuales presentaron todos los criterios de inclusión requeridos.

Según los resultados obtenidos se destaca:

Con respecto al **rango etario** predominante en un 36,6% se encuentra las usuarias entre 20 a 24 años de edad, seguidas por el 28,0% entre 15 a 19 años, un 18,3% entre 25 a 29 años y 17,1% entre 30 a 34 años. Estos datos concuerdan con la población que habitualmente se asiste allí, que es la población joven.

El **nivel de instrucción** nos aporta una visión del nivel educacional de las usuarias el cual se debe de tener en cuenta a la hora de abordar a la misma, utilizando un vocabulario sencillo ante la implementación del instrumento de la recolección de datos. El 50,0% cursó secundaria incompleta, un 25,6% primaria completa, el 8,5% secundaria completa, el 7,3% primaria incompleta y a nivel terciario el 6,1% es incompleto y un 2,4% es completo. Dicha población presentó los conocimientos básicos de lecto-escritura y se mantuvo la deserción educacional a nivel de secundaria descripta en el marco teórico.

Según la **situación de pareja** el 80,5% presentó pareja estable y el 19,5% no estable, lo que determinó un alto porcentaje de estabilidad. A ésta variable, se omitió determinar el

tiempo de convivencia que tiene las parejas para indicar su estabilidad.

En cuanto a la **jefatura de hogar** quedó demostrada que la mayoría es masculina con un 63.4%, mixta el 24.4% y en un 12.2% es femenina. No concuerda éstos datos con nuestro referente teórico, debido que la jefatura femenina se encuentra en menor porcentaje. Éste dato aislado no representa mucho, solo refiere el sostén económico del hogar, sin explicar si el otro integrante del hogar tiene ingresos o simplemente no trabaja.

Con relación a la **constitución familiar** se observó que la mayoría está constituida por familias nucleares con un 65.9%, seguida por las monoparentales 32.9% y un 1.2% son unipersonales.

Se estableció que las usuarias que presentan estabilidad de pareja, y tienen hogares nucleares las jefaturas son masculinas en su mayoría; sin embargo hay una discordancia en las jefaturas femeninas debido a que si el 12.2% son mujeres que mantienen el hogar, y el 21.9% es la diferencia entre la suma de los hogares monoparentales y unipersonales que obligatoriamente deben ser sustentados económicamente por la mujer dicho porcentaje no queda expresado en las encuestas. Por lo cual se dedujo, que el 21.9% reciben ingresos que no fueron declarados en las encuestas pudiendo provenir de planes sociales.

En lo que respecta al **inicio de relaciones sexuales** quedó expresado en las encuestas que un 76.8% manifiesta haber recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual previo a su primer relación sexual y el 23.2% no recibió información.

Según el **nivel de información** se destacó, en lo que respecta al conocimiento del agente causante del VIH el 90.2% refiere saber que la infección por VIH es causada por un virus, y el 9.7% que no. En cuanto a las vías de transmisión manifestaron conocer la vía sexual en un 96.3%, seguida de 64.6% la vía sanguínea, un 29.3% la vía perinatal, el 7.3% por compartir el mate y 1.2% los que respondieron apretón de mano y a través de un beso en igual porcentaje.

Lo que nos indicó que más del 50% reconocen las dos vías principales de transmisión sexual y sanguínea.

En lo que concierne a los mecanismos de prevención el 97.5% destacan el uso del preservativo, seguido por 70.7% el no compartir jeringas contaminadas por UDI, el 52.4% transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados, un 15.8% realización de cesáreas en madres portadoras, 13.4% no amamantar al bebé en madres portadoras, 8.5% no compartir utensilios y un 1.2% manipular agujas contaminadas en entorno médico y no compartir sanitarios en igual porcentaje.

Casi en su totalidad tiene conocimiento que la infección por VIH puede prevenirse con la utilización del preservativo; seguido por no compartir jeringas contaminadas por UDI; y más del 50% reconoce la transfusión de sangre o hemoderivados contaminados como mecanismos de prevención. .

Según la categorización de la variable nivel de información resultó que de las 82 usuarias encuestadas el 54.9% no tiene información, el 39.0% tiene información incompleta, y el 6.1% tiene información completa.

Si bien las usuarias respondieron conocer las vías de transmisión y los mecanismos de prevención, las mismas no se ajustaron a nuestra definición operacional.

Según la **conducta sexual** el 52.4% manifestaron no utilizar el preservativo cuando

mantiene relaciones sexuales con su pareja y el 47.6% si lo utilizan.

Teniendo en cuenta que las usuarias saben que utilizando el preservativo se previene la infección por VIH por vía sexual, no queda reflejado en los datos expresados en dicha variable, siendo que más de la mitad de las encuestadas manifestaron no utilizarlo con su pareja, debido al alto índice de estabilidad en las parejas reafirmando así la tipología de "la confianza" descrita por el MSP en el año 1998.

En cuanto a la **fuentes de información** el 58.5% manifestó recibir la información a través del médico, seguido por el 48.8% mediante folletería, 41.5% a través de la televisión, el 40.2% otros (entorno familiar y barrial, educación formal, radio), 28.0% a través de enfermería.

Estos datos reflejan la dificultad para enfermería en la realización de instancias educativas, debido a la gran demanda de trabajo que existe en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES.

Con la modalidad seleccionada, se logró alcanzar los objetivos planteados, contando para la misma una gran aceptación por parte de la población encuestada y apoyo incondicional por parte del equipo del Centro de Salud.

Se concluyó que la información que tienen las usuarias no se ajustó a nuestra operacionalización de la variable.

Porque todavía seguimos encontrando las mismas dificultades en el cambio de comportamiento acerca del uso del preservativo en las prácticas sexuales como medio de prevención de la infección por VIH; condición que fue descrita hace 11 años en un trabajo de investigación por el Ministerio de Salud Pública y aún no se ha podido modificar.

Teniendo como factores asociados la gran deserción en la educación formal a nivel de secundaria; y dificultad en la promoción y prevención en salud por parte de enfermería, debido a que el enfermero muchas veces no cuenta con el tiempo necesario para programar instancias educativas por la demanda de trabajo que existen en éstos centros de primer nivel.

Nuestra investigación nos permitió interpretar como futuros “líderes” sanitarios que vamos a ser, la importancia de la educación y promoción en salud orientada a la concientización social promoviendo el autocuidado con responsabilidad, para alcanzar el nivel óptimo de salud sexual.

Salimos enriquecidas con los hallazgos encontrados y esperamos que este trabajo sea considerado de base para futuras investigaciones.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a los resultados obtenidos se sugiere las siguientes recomendaciones.

- Potenciar a través de los medios de información campañas focalizadas a determinados grupos, acerca del agente causante del VIH, las vías de transmisión y los mecanismos de prevención, y haciendo énfasis en la información como medio para lograr cambios en los comportamientos sexuales.
- Promover una atención individualizada por parte de enfermería, enfatizando un plan de actividades educativas programadas y orientadas a la comunidad.

BIBLIOGRAFIA.

- Carrasco L. El virus del SIDA: un desafío pendiente. Madrid: Hélice; 1996.
- González K, Lupano V, Quintana V, Rodríguez C, Tabárez G. Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la ciudad de Florida [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.
- Inicio de relaciones sexuales. El País [en línea] 2008, agosto 10. p. 9. Disponible en: <http://www.elpais.com> [fecha de acceso 12 de octubre del 2009].
- Iturrubarría F. Luc Montagnier. Científico que descubrió el SIDA. El diario Montanés [en línea] 2006, diciembre 2. p.10. Disponible en: <http://www.eldiariomontanés.es/prensa> [consultado 10 de noviembre del 2009].
- Organización Panamericana de la Salud. El virus del SIDA. Washington: OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Hacer frente al SIDA. Washington: OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan regional del VIH para el sector salud 2005-2010. Washington: OPS-OMS; 2004.
- Pineda E, de Alvarado E, Hernandez F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2a. ed. Washington: OPS; 1994.
- Pratt R. SIDA: implicaciones en enfermería. Madrid: Doyma; 1986.
- UNESCO. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Montevideo: UNESCO; 2003.
- Universidad de la República (Uruguay). Manual para el personal de la salud SIDA. Montevideo: Facultad de Medicina; 1987.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiológica. Informe epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud de la Mujer y Género. Guías en salud sexual y reproductiva. Montevideo: MSP; 2007.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Investigación cualitativa en mujeres portadoras de VIH. Montevideo: MSP; 1998.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de ETS/SIDA. Algunas nociones sobre la infección VIH. Montevideo: MSP; 2006.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de ETS/SIDA. Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.
- Uruguay. Organización de las Naciones Unidas para el SIDA. Puesta en práctica de la educación inter pares sobre el VIH/SIDA/ITS para los servicios uniformados. Montevideo: ONUSIDA; 2004.

ANEXO N 1.

AUTORIZACION DEL CENTRO DE SALUD.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Cátedra Materno-Infantil

MONTEVIDEO 28 DE SETIEMBRE DEL 2009.

Sra. Directora del Centro de Salud Jardines del Hipódromo Dra. Silvia Da Luz.

Por esta se dirige a usted un grupo de Tesis de la Facultad de Enfermería que atiende la Cátedra Materno Infantil, que eligió el tema Nivel de información sobre VIH en mujeres de 15 a 34 años que concurren a un Centro de Salud de Montevideo en el periodo diciembre 2009. Investigando su Nivel de Información a través de cuestionario.

Por lo anteriormente expuesto solicitamos su autorización para poder acceder a las usuarias que allí concurren, pudiendo recoger así los datos necesarios para nuestra investigación.

Agradeciendo vuestra gentileza, saluda atentamente grupo de estudiantes de Tesis. Br. Laura Barreto

Br. Patricia Gonzalez

Br. Leticia Vázquez.

ANEXO N 2.

PROTOCOLO.

PROTOCOLO.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Area temática:

Salud Sexual y Reproductiva.

Problema:

¿Cuál es el nivel de información sobre VIH que poseen las mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una policlínica de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en el periodo diciembre 2009?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar el nivel de información que poseen las mujeres de 15 a 34 años de edad que concurren a una Policlínica de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en diciembre 2009.

Objetivos específicos:

- Caracterización de la población según las variables.
- Identificar el nivel de información que poseen las mujeres sobre VIH.
- Conocer la fuente por la cual accedieron a la información sobre VIH.

2.- FUNDAMENTACION.

Considerando la **pandemia del VIH como uno de los problemas de salud más complejos que la humanidad ha enfrentado** y siendo la mujer cada vez más protagonista de la infección, creemos imperioso potenciar a las mujeres a cuidar de su salud sexual y reproductiva.

Por tal motivo nos planteamos abordar como área temática la Salud Sexual y Reproductiva, en un estudio de investigación de la Universidad de la República, dentro del cual nos pareció de suma relevancia el tema **Feminización del VIH**.

Más allá de la biología, el entramado cultural hace el abordaje del tema complejo, debido a que no involucra exclusivamente aspecto biomédicos sino que afecta dimensiones íntimas de las interacciones entre las personas, impactando en los contextos religiosos, políticos y socioeconómicos más globales.

“La epidemia del VIH explicitó, pero no provocó, una compleja y múltiple trama cultural de la vida afectiva y sexual existente, tales como las relaciones sexuales tempranas, los embarazos no deseados, las parejas múltiples, la diversidad de opciones sexuales y el consumo de drogas en nuestro país.”

Configurando un **“espacio social crítico”** donde se cuestionan las esferas públicas y

privadas, desde el sistema de educación formal, los modelos de atención en salud, los medios de comunicación social, así como las pautas más íntimas de convivencia.⁷

Sin embargo, el virus del VIH posee una característica particular, todas sus formas de transmisión son prevenibles si se toman las medidas pertinentes. Esto quiere decir que, ante una infección para la cual no se ha encontrado una vacuna preventiva o tratamiento que erradique definitivamente el virus, la estrategia a seguir será la prevención, la cual se basa en la información correcta y cambios en los comportamientos de las personas para minimizar las situaciones de riesgo y detener la pandemia.

La transmisión del VIH escapa a la intervención pública, por ser resultado de

comportamientos privados. Al cambiar actitudes y comportamientos, no solo se habla de riesgos de contaminación del virus, sino también de combatir contra la discriminación, la marginación, y la violación de los Derechos Humanos que tuvieron y tienen que sufrir los individuos afectados y sus familias que fueron señalados como los responsables de la propagación de la infección, tales como homosexuales, usuarios de drogas, trabajadores sexuales.

A lo largo de estos 24 años la infección se ha incrementado en todas las direcciones, tanto referido al sexo, edad y orientación sexual, como la diversificación en los mecanismos de transmisión, **prevalciendo la transmisión sexual con predominio a heterosexuales**, pasando de un patrón epidemiológico de Tipo I/I "grupos de riesgo" en 1988 (homosexuales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, bisexuales) a Tipo I/II "**comportamientos de riesgo**" en abril del 2008, según datos obtenidos por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP.⁸

La eficacia de toda intervención educativa, ya sea en la prevención sanitaria como en la comunitaria, implica conocer y reconocer los componentes socioculturales (religiosos, redes sociales, costumbre y creencias) e identificar los grupos sociales más vulnerables frente a la epidemia.

Históricamente a las mujeres la sociedad les ha otorgado el rol reproductivo relacionados con la maternidad y el cuidado de su familia, postergando en un segundo plano el cuidado de su propia salud.

"La educación les otorgó un mayor poder de toma de decisión", entre ellas el tamaño de la familia, creando nuevas perspectivas en el mercado laboral, existiendo un control voluntario en la fecundidad a través de las prácticas anticonceptivas en sectores con mayor educación y mayores ingresos. No aconteciendo así en sectores con menos recursos, precisamente en esta población recae la tasa más alta de natalidad, siendo las responsables de uno de cada seis nacimientos producidos en el país.⁹

Las **Jefaturas de Hogar Femeninas** (más del 60%) se dan básicamente en los hogares "unipersonales" y "monoparentales", producto de cambios en las modalidades de constitución familiar, perdiendo peso el matrimonio como institución formal y en aumento de las uniones libres, existiendo una alta inestabilidad en las parejas. Las mujeres adquieren trabajos relacionados con el cuidado de la salud, enseñanza y servicio doméstico, percibiendo menor salario que los hombres por tareas similares creando una situación de vulnerabilidad socioeconómica. La mitad de su tiempo lo insumen en actividades no remuneradas lo que disminuye su acceso a los bienes sociales y a la

⁷ UNESCO. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Montevideo; 2003.

⁸ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiológica. Informe epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.

⁹ González K, Lupano V, Quintana V, Rodríguez C, Tabárez G. Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la ciudad de Florida. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. (Tesis de grado presentada en la Facultad de Enfermería de la UDELAR)

participación social e inclusive los servicios de salud.¹⁰

La vulnerabilidad biológica viene determinada por la exposición al virus durante prácticas sexuales no protegidas. Se entiende por **sexo seguro** a la "relación carnal que evita el cambio de secreciones potencialmente infectantes (sangre, semen y secreciones vaginales y cervicales) entre dos personas de igual o distinto sexo".¹¹

Aún en nuestra sociedad en los sectores socioeconómicamente menos favorecidos, existe **falta de empoderamiento ante las relaciones sexuales por parte de la mujer**, esto implica el "deber" de la mujer a tener relaciones sexuales más allá de su deseo. La mujer al igual que el hombre ante la ley gozan de los mismos derechos, pero es la misma sociedad que se ha encargado de que la mujer no pueda ejercerlos, desvalorizando los deseos y el placer sexual de la mujer y lo reduce al simple hecho de procreación.

Como mujeres y futuras profesionales en salud nos preocupa el aumento marcado en éste género, en especial la forma en que la adquieren. Por todo lo expuesto anteriormente, y siendo conscientes que hasta no encontrar una cura, nuestra única estrategia posible será el cambio de comportamiento ante las relaciones sexuales, es que nos abocamos más específicamente al nivel de información que poseen las mujeres sobre el VIH.

Para ello nos basamos en los datos aportados por los estudios centinelas realizados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP, referente a la clara tendencia del virus en la población femenina 35,4% del total de los infectados, predomina en la franja etaria de 15 a 44 años con una máxima incidencia entre 15 a 34 años aunque afecta a todos los grupos etarios; en cuanto a la transmisión la vía más afectada es la sexual 66, 8% y se da fundamentalmente en heterosexuales 70,9%, en cuanto a la distribución geográfica el 75,5% de los casos se encuentran en Montevideo.

También en la población con mayor incidencia, el método utilizado como anticonceptivo es el preservativo en un 40%, esto determina no solo evitar un embarazo sino también es un indicador de autocuidado de su salud sexual y reproductiva.¹²

Hemos considerado así, al nivel de información sobre VIH, un tema de interés para el equipo de salud, debido a que hasta el momento no se han podido modificar las conductas sexuales ya sea por falta de información o puesta en práctica de los conocimientos. Situación que consideramos abordar como futuras profesionales de la salud dado a que existen medios de información actuales del tema.

Para el desarrollo de éste estudio nos enfocamos en una población de mujeres de 15 a 34 años de edad debido a que es la franja etaria de mayor incidencia en el contagio de la infección por VIH, en la ciudad de Montevideo en una policlínica del MSP.

Dicha investigación será **viable** debido a que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma, y es **factible** económicamente porque disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios, en relación a la factibilidad sociocultural se trabajará dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a estudiar.

¹⁰ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud de la Mujer y Género, Guías en salud sexual y reproductiva. Montevideo: MSP; 2007.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. El virus del SIDA. Washington: OPS; 1998.

¹² González K, Lupano V, Quintana V, Rodríguez C, Tabárez G. Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la ciudad de Florida. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. (Tesis de grado presentada en la Facultad de Enfermería de la UDELAR)

3.- MARCO CONCEPTUAL.

Desde hace 24 años que la pandemia del VIH viene asolando la sociedad uruguaya, afectando no solo la salud del individuo y su familia sino su relación social, en especial a la mujer que cada vez es más protagonista de la infección. Las autoridades sanitarias a través de su **Programa Prioritario de ITS/SIDA** y actual programa **Salud de la Mujer y Género**, trabajan en conjunto para frenar el avance de la infección y disminuir los efectos colaterales provocados por la misma.

La OMS define la **Salud Sexual** como la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexuado, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad y el amor.¹³

Define la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca no solo el sexo, sino también las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La cual se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Se debe tener en cuenta los cambios a nivel social y cultural acontecidos en relación a la familia y a la misma mujer. Los años sesenta se centran en la planificación familiar como un derecho del individuo. Es entonces desde el año 1979 se amplía la declaración de los Derechos Humanos destacando la Salud Sexual y Reproductiva en especial la de la mujer donde se **asegura el pleno desarrollo y avance de la mujer** celebrado en la Convención sobre la eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer y reafirmado la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia, en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer(Beijing, 1995).

Los **derechos sexuales** incluyen el derecho humano de las personas a tener control de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva; de una vida sexual libre, sin presiones, llegar al acto sexual por deseo mutuo, no siendo este acto producto de agresión o coerción.

La mujer al igual que el hombre tienen los mismos derechos ante la ley, pero es la misma sociedad quien se ha encargado de que la mujer no pueda ejercerlos en las mismas condiciones que el hombre. Es entonces donde aparece el término **Género** como "los roles y responsabilidades socialmente construidos asignados a mujeres y hombres en una determinada cultura o lugar; es un principio básico de organización de las sociedades que afecta a las mujeres y a los hombres en todas las actividades y relaciones, y en consecuencia, influye en los resultados de las interacciones de desarrollo". (CEPDA 2000).

La mujer ha sido incorporada históricamente a su rol reproductivo relacionado con la maternidad y el cuidado de su familia, dejando en un segundo plano el cuidado personal e incluso su salud sexual.

La falta de empoderamiento de las mujeres ante las relaciones sexuales, se da en mujeres dominadas, son mujeres marcadas por una historia de vida signada por su dependencia y su incapacidad en la elección, teniendo un escaso poder en la relación de pareja.¹⁴

Esta falta de toma de decisiones por parte de la mujer sumada a la falta de información o conceptos errados sobre la infección por VIH, sumada también a la vulnerabilidad biológica que viene determinada por tener mayor exposición al virus, no solo por presentar mayor superficie de mucosa expuesta durante el acto sexual (genitales

¹³ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud de la Mujer y Género. Guías en salud sexual y reproductiva, Montevideo: MSP; 2007.

¹⁴ Uruguay. Ministerio e Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Investigación cualitativa en mujeres portadoras de VIH. Montevideo: MSP; 1998.

femeninos, mucosa bucal y anal) sino la concentración del virus es mayor en las secreciones masculinas que femeninas, aumentan el riesgo potencial de adquirir la infección.¹⁵

En Uruguay, la **inequidad de género** persiste en diferentes ámbitos: las mujeres continúan ocupando cargos más bajos en el mercado laboral, perciben un 60% del ingreso de los hombres, a pesar de que hay un porcentaje más alto de mujeres ocupadas que hombres ocupados con estudios medios y superiores completos.

Los trabajos que acceden las mujeres se concentran básicamente en: servicios domésticos, la enseñanza y el cuidado de la salud. A esto se suma que la mitad de su tiempo lo insumen en actividades no remuneradas lo que disminuye su acceso a los bienes sociales y a la participación social e inclusive a los servicios de salud.

Esta falta de cuidado personal hacia la salud de la mujer fue valorada por las autoridades sanitarias, y es entonces que desde hace unos años se fue incorporando los controles genito-mamarios en el Carnet de Salud, también durante el control del embarazo se vio propicio realizar exámenes como Papanicolau y Colposcopías a dichas mujeres para realizar pesquizas de mujeres con patologías uterinas.

Se otorgó por Ley un día destinado a exámenes genito-mamarios sin poder descontar el día de sus haberes.

En el caso de la transmisión sexual, la mujer está expuesta a situaciones tales como la aceptación silenciosa de la infidelidad de su compañero sexual, no poder en muchos casos exigir al compañero la utilización de preservativos; en las trabajadoras sexuales se reitera éste comportamiento cuando el cliente ofrece más dinero o se niega a contratar los servicios si la mujer exige el uso del preservativo.¹⁶

Esto es lo que conocemos como vulnerabilidad socioeconómica.

Durante los últimos cien años el Uruguay ha completado la **transición demográfica y epidemiológica**, siendo la actual una demografía de baja natalidad, baja mortalidad, alta esperanza de vida y baja fecundidad.

La tasa de fecundidad es la más baja de la región siendo la global 2,4 hijo/a por mujer pero no se ha comportado en todas las edades de igual forma, es así que se encuentra una alta persistencia entre los 15 a 19 años, siendo las responsables de uno de cada seis nacimientos que se producen en nuestro país, el 80% de las adolescentes madres no han logrado completar el ciclo de enseñanza secundaria y el 79% no está integrado a la comunidad económica.

La reproducción biológica de las uruguayas se ha depositado en las jóvenes y adolescentes de la población socialmente vulnerable y segregada residencial mente.

Ya en los años 90, se llevaron a cabo emprendimientos no formales en educación sexual, promovido por personas u organizaciones, que vieron la necesidad de abordar estos temas, con la finalidad de que la persona viva su sexualidad de una manera más saludable. Se observaron problemáticas vinculadas a la sexualidad como los embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, que son prevenibles siempre que se cuente con la información y el proceso educativo correspondiente.¹⁷

“Un reciente estudio realizado por Iniciativa Latinoamericana, Organización No Gubernamental (ONG) que investiga y trabaja con temas vinculados a la sexualidad y género de adolescentes de todo el país, revela que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los sectores sociales medio bajo es de 14 años (14,6 para la joven y 13,8 para el varón), mientras que en los estratos medio alto es de 15 (15,7 en mujeres y

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Hacer frente al SIDA. Washington: OPS; 1998.

¹⁶ Uruguay. Organización de las Naciones Unidas para el SIDA. Puesta en práctica de la educación inter pares sobre el VIH/SIDA/ITS para los servicios uniformados. Montevideo: ONUSIDA; 2004.

¹⁷ UNESCO. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Montevideo: UNESCO; 2003.

14,8 en hombres).

De la investigación se desprende otra realidad: la edad de inicio sexual entre ambos géneros y niveles socioeconómicos se ha emparejado. "Hace cinco años, las jóvenes solían tener su primer encuentro íntimo a los 17 o 18 años", señala la psicóloga y sexóloga de Iniciativa Latinoamericana, Laura Morgade¹⁸.

Dentro de la postransición demográfica el Uruguay, pasó del modelo de familias nucleares (padre y madre unidos en matrimonio e hijos conviviendo en un mismo hogar) a nuevas formas de familia (uniones libres sin matrimonio con hijos), (padres con hijos madres con hijos), uniones libres sin hijos, personas solas, alta inestabilidad de las parejas.

Se destaca un cambio socio-cultural muy importante, la **modificación de constitución familiar**, perdiendo fuerza el matrimonio y aumentando las uniones libres.

De acuerdo a las categorías antes mencionadas se observa que la **jefatura femenina se encuentra en "hogares unipersonales" y "monoparentales"**.

El número de mujeres que vive en situación de pobreza es superior al de los hombres, existiendo un marcado aumento en las jefas de hogar (más del 60%) y dando una nueva situación de vulnerabilidad social, sumándose a ésta la desigualdad de género.

La tendencia de crecimiento de pobreza se revierte a partir del 2005 debido a: la creación el Ministerio de Desarrollo Social (Ley N°17866) con el propósito de hacer coordinar y articular las políticas públicas sociales y hacerse cargo de la ejecución del PANES. Por decreto presidencial se creó Gabinete social y el Consejo Nacional de Políticas Sociales, órgano responsable de todas las intervenciones del MIDES, en mayo del mismo año por Ley 17869 se amplía aplicación del PANES, cobertura de alimentos y salud para situación de pobreza extrema. También la reinstalación del consejo de salario incrementó los haberes de los trabajadores del 18% al 30%, a esto se suma la reforma tributaria que favoreció al 75% de los trabajadores formales.

Nuestro sistema de salud está compuesto por dos sectores el público y el privado, a través del actual Plan de Salud FONASA se logró llegar a disminuir el porcentaje de usuarios sin Sistema de Salud.

También no olvidemos recordar que los **niveles de atención** son una forma estratificada y ordenada de organizar acciones y recursos en salud, definiéndose tres niveles de atención: primario, secundario y terciario con un grado de complejidad creciente respectivamente.

El **primer nivel de atención** deberá cubrir el 100% de atención y deberá ser su primer contacto con el sistema de salud. Predominando las actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud, diagnósticos y tratamiento precoz, realizándose también acciones de rehabilitación, cuidados paliativos usando para ello los medios tecnológicos básicos.

Es entonces necesario hablar de información como forma de promover y prevenir las enfermedades.

Se entiende por **información** al conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su uso racional es la base del conocimiento.

El **conocimiento** es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón.

¹⁸ Inicio de relaciones sexuales. El País (en línea) 2008 agosto 10.p. 9. Disponible en. <http://www.elpais.com> (fecha de acceso 12 de octubre del 2009).

Historia del descubrimiento del SIDA:

Desde 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por *Pneumocystis carinii*, un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunosuprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados varones homosexuales y donde aparecían a la vez infección por Citome-galovirus y Candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.¹⁹

Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Enseguida se concluyó que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B. Esta nueva enfermedad se llamó Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Estudios epidemiológicos indicaban que existía un agente infeccioso que transmitía la enfermedad por vía sexual y sanguínea. Se sospechó que este agente causante de la enfermedad podía ser un virus.

Distintos equipos empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida.

En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV).²⁰

En 1984 el equipo estadounidense dirigido por el científico R. Gallo, descubrió el HTLV, único retrovirus humano conocido hasta entonces, confirmó el descubrimiento, pero llamando al virus human T lymphotropic virus type III (virus linfotrópico T humano tipo III, con las siglas HTLV-III). Se produjo una subsecuente disputa por quién había sido el primero en identificar al virus del VIH, pero quedó claro que Gallo había descrito el virus sólo después de haber recibido muestras de los franceses.

“El equipo francés actuó con moderación y dignidad, mientras que R. Gallo produjo uno de los espectáculos más lamentables de la ciencia moderna. Ese debate llegó también a un nivel diplomático entre Francia y Estados Unidos”.

Como parte de la resolución del conflicto, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en castellano se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Es recién después de 25 años que la Fundación Novel premia a los científicos franceses Françoise Barre-Sinoussi y Luc Montagnier por su descubrimiento del virus del VIH, para el actual entendimiento de la biología del SIDA y el tratamiento con medicina antiretroviral. El trabajo de Barre-Sinoussi y Montagnier a principios de la década del '80 hizo posible clonar el genoma del VIH-1. “Esto ha permitido la identificación de detalles importantes sobre su ciclo de replicación y cómo el virus interactúa con su huésped”, afirma el comunicado que anunció el premio.

“Además, llevó al desarrollo de métodos para diagnosticar a pacientes contagiados y para la supervisión de la sangre”.

Según expertos, el otorgamiento de este premio lograría poner fin a la disputa sobre quién fue el verdadero descubridor del virus del SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA constituye la etapa final de la infección por el VIH.

El virus destruye el sistema inmunitario dejando desprotegido el organismo contra

¹⁹ Prat R. SIDA: implicaciones en enfermería. Madrid: Doyma; 1986.

²⁰ Iturribarría F. “Luc Montagnier. Científico que descubrió el SIDA”. El diario Montanés (en línea) 2006, diciembre 2. p. 10. Disponible en: <http://www.eldiariomontanés.es/prensa/> (fecha de acceso 10 de noviembre 2009).

enfermedades comunes.

La infección es causada por dos cepas del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH1 y VIH2.

La primera cepa incluye cuando menos nueve subtipos levemente diferentes, cada una de ellas predomina en zonas diversas del mundo. La segunda cepa que es menos infectante y tiene una evolución más lenta, se localiza en Africa.

Una vez dentro del organismo humano, el VIH ataca subgrupos de células del sistema inmunitario, que poseen una molécula llamada CD4, por linfocitos TCD4+ y en menor magnitud los macrófagos. Ambas células desempeñan funciones decisivas en el organismo.

El mecanismo por el cual el VIH destruye las células TCD4 no se conoce en detalle, pero el sistema puede frenar por algún tiempo los estragos del virus.

A semejanzas de otras infecciones virales, la causada por el VIH se caracteriza por un combate entre el sistema inmunitario y el virus invasor; estableciendo una lucha equilibrada con el sistema inmunitario que se prolonga durante ocho a diez años, hasta que la persona infectada termina por mostrar alguna enfermedad oportunista apareciendo así el SIDA.²¹

Etapas del VIH-SIDA. La primer etapa se conoce como infección primaria o aguda. Comienza cuando el individuo se infecta y dura hasta que la respuesta inmunitaria inicial recupere control sobre la réplica del virus, por lo general dura algunas semanas.

En éste lapso disminuye extraordinariamente el número de linfocitos TCD4+ y el 70% de las personas presentan síntomas similares a los del resfriado, desapareciendo en un lapso de tres semanas.

En éste momento comienza la segunda etapa, que suele ser asintomática y abarca el 80% del tiempo que media entre la infección y la muerte.

Es en el inicio de esta etapa cuando se detectan los anticuerpos contra el VIH en la corriente sanguínea.

Casi todas las pruebas del VIH se basan en la detección de anticuerpos, razón por la cual, es imposible antes de la etapa mencionada identificar a la persona infectada.

Durante esta etapa cada día el VIH destruye un número extraordinario de linfocitos TCD4+. La médula ósea trata de compensar esta pérdida, acelerando la producción de nuevas células, pero esta es insuficiente. El número de TCD4+ que es de 800 a 1000 por milímetro cúbico de sangre, disminuyendo poco a poco a razón de 50 a 70 células cada año. Cuando el total de linfocitos TCD4+ llega aproximadamente a 200 por milímetro cúbico de sangre, se acelera el deterioro y el individuo se hace susceptible al ataque de infecciones oportunistas y otras enfermedades.

Así comienza la etapa final SIDA. Algunas enfermedades son trasmisibles como la Tuberculosis y otras no como el cáncer.

Algunas son infecciones comunes que adquieren gravedad extraordinaria en personas con SIDA, como la sinusitis o la neumonía.

La duración de la supervivencia después de la infección depende de muchos factores como son: la cepa y el subtipo del virus, el estado general de la persona y el acceso a servicio para el tratamiento médico de las enfermedades oportunistas.

En todos los países el SIDA es casi siempre mortal, pero después de más de 15 años desde su aparición aún no se ha probado de manera contundente que la infección por VIH sea siempre letal; más bien parece que la supervivencia después de la infección por el virus sigue una curva de forma de campana.

Unas cuantas personas evolucionan hasta mostrar el SIDA y mueren poco después pero en el otro extremo de la curva están unas pocas más que han sido infectadas por el virus

²¹ Carrasco L. El virus del SIDA: un desafío pendiente. Madrid: Hélice: 1996.

y después de transcurrir 12 años aún están sanas.²²

Vías de transmisión: Los principales mecanismos de transmisión son el contacto sexual, el uso compartido de jeringas contaminadas por consumidores inyectables, la infección de la madre al neonato en el parto o durante el amamantamiento, la utilización de agujas contaminadas en el entorno médico, y las transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados.

El VIH no se trasmite por estornudos, apretón de mano, abrazos.²³

El contacto sexual es la causa de aproximadamente **el 75% de las transmisiones** en el mundo, de esta un 75% son de contacto heterosexual y el 25% de relaciones entre varones homosexuales y bisexuales.

El mecanismo que sigue en importancia a las relaciones sexuales es el uso compartido de agujas contaminadas entre consumidores de drogas inyectables.

La transmisión de este tipo ha constituido la forma primaria de propagación del virus en China y Asia Sudoriental.

La importancia de la transmisión de la madre al hijo varía ampliamente de un país a otro. La forma principal entre lactantes es de índole intrauterina o durante el parto por contacto del bebe con su madre o bien al alimentarse con su leche materna.

El 15% al 20% de todas las infecciones por VIH en el continente corresponden a lactantes infectados por su madre.

La transmisión por transfusiones de sangre ha sido casi eliminada en países de ingresos altos y medianos, debido a la detección de VIH en sangre para transfundir.

No siendo así en países en desarrollo, ya que en aquellos cuyas tasas de prevalencia del virus son altas entre donantes de sangre no se ha vuelto un método sistemático pruebas de detección del VIH antes de su uso.

Estrategias contra el SIDA: existen tres tipos de abordaje en la lucha contra el SIDA.

- a prevención del contagio
- el diseño de vacunas
- el desarrollo de agentes antivirales.

En estos momentos se están ensayando distintos tipos de vacunas, unas están basadas en la expresión de la glicoproteína de superficie de VIH en vectores virales como el canarypox. Sin embargo pueden pasar años para comprobar la efectividad de éstas.

También se está invirtiendo un gran esfuerzo en la búsqueda de nuevos compuestos con actividad antiviral. Aunque no hay una cura efectiva contra el SIDA, la aplicación de estos compuestos y de una terapia más eficaz contra las infecciones oportunistas, ha hecho que desde que surgió la epidemia se haya duplicado la esperanza de vida de los pacientes infectado. El eje principal de actuación para detener la epidemia se basa actualmente en la prevención del contagio. La prevención se resume fundamentalmente en dos aspectos: mantener relaciones sexuales seguras y evitar el intercambio de agujas hipodérmicas.

La Epidemia del VIH/SIDA en Uruguay.- En 1983 se diagnostica el primer caso de SIDA (sin confirmación de laboratorio) desde entonces siguen llegando uruguayos residentes en el exterior que ingresan al país en etapa Terminal.

En 1986 se diagnostica el primer caso autóctono de SIDA, y crecen en forma ininterrumpida.

En los primeros casos se detectaron en personas de sexo masculino con orientación homosexual, fortaleciendo la asociación entre epidemia y varones homosexuales, llamándose “peste rosada”, reforzando una denotación negativa

²² Universidad de la República (Uruguay). Manual para el personal de la salud SIDA. Montevideo: Facultad de Medicina; 1987.

²³ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de ETS/SIDA. Algunas nociones sobre la infección VIH. Montevideo: MSP; 2006.

sobre los prejuicios y representaciones culturales existentes sobre algunas prácticas sexuales.

Posteriormente, se detectan casos en usuarios de drogas inyectables y en personas con orientación bisexual. Reforzando la teoría de que la enfermedad era exclusiva de ciertos grupos de personas: homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas inyectables.

El patrón epidemiológico es considerado de tipo I, afectando a los grupos de "comportamiento riesgoso".

Con el tiempo la epidemia se incrementa en todas direcciones: tanto en lo referente al sexo, edad y orientación sexual. Se diversifican los mecanismos de transmisión, prevalece la transmisión sexual. Pasando a un patrón epidemiológico de tipo I/II, con mayor afectación de los heterosexuales, mujeres y usuarios de drogas.

Actualmente, la epidemia de VIH en Uruguay se comporta con un patrón epidemiológico de tipo I/II con claro predominio de la transmisión sexual, dentro de esta predominan los heterosexuales; dentro de la transmisión sanguínea los usuarios de drogas inyectables.

En cuanto a hemofílicos y transfundidos, luego de 1988 han descendido notablemente el contagio, debido al tamizaje obligatorio de sangre y hemoderivados en el país.

La transmisión vertical (madre e hijo) está disminuida significativamente desde 1997 con la implementación del Decreto Ley 158/97, que detecta la pesquisa del VIH en todo embarazo y el tratamiento con drogas antiretrovirales a toda embarazada VIH positivo y al recién nacido.

En cuanto a la distribución geográfica un 75,5% de personas infectadas residen en Montevideo.

Con relación a la edad, la franja etaria más afectada es entre los 15 a 44 años con una máxima incidencia entre los 15 a 34 años.²⁴

Afecta a jóvenes en edad sexual y laboral activa, con un incremento constante hacia la mujer.

La feminización del VIH sigue progresando, encontrando en un 35,4% de los afectados con una relación de 3,4/1 hombre/ mujer.

Programas sobre VIH: El Ministerio de Salud Pública crea un grupo de trabajo para abordar la problemática del Sida en 1983, año en que ingresa a nuestro país el primer caso de esta epidemia. En 1984, este grupo normatiza sobre los aspectos de la clínica, el diagnóstico y el tratamiento, así como el control epidemiológico. En 1985 se forma la Comisión Asesora de SIDA dependiente del MSP. En 1993, por decreto del Poder Ejecutivo, la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), formada por ministerios, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación.

El Programa Nacional de SIDA se crea en 1987 y este contempla la prevención y control de todas las ITS, desarrolla acciones en las áreas de educación, prevención, vigilancia epidemiológica, red de laboratorios, banco de sangre, atención médica, administración y coordinación.

A partir de 1988 tiene apoyo económico y capacitación técnica, brindado por el Programa Mundial de SIDA de la OMS por intermedio de la OPS, desde 1996 dicha cooperación se inicia a través de ONUSIDA.

Este instrumenta acciones anuales de planificación estratégica y desde el 2001, se realiza planificación quinquenal.

Las enfermedades de transmisión sexual y por ende el VIH es considerado por el Ministerio de Salud Pública el Programa Prioritario de ITS/SIDA es de fundamental importancia; de esta manera en el marco del acceso universal a la prevención,

²⁴ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiológica. Informe epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.

diagnóstico y tratamiento se procura aumentar la disponibilidad y calidad de los servicios destinados a dicho fin.

“La atención del VIH debe proveerse en forma integral a todos los niveles del sistema de salud.” “El primer paso es sensibilizar a los trabajadores de la salud de todos los niveles con el objeto de proveer una atención con la calidad y calidez adecuada en un entorno en el que no se emitan juicios”.²⁵ Existen otros programas en la órbita del ministerio de Salud Pública que trabajan en conjunto: como son el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género a través de las pesquisas en los controles a embarazadas, Programa del Niño y el adolescente ambos tienen su centro de referencia VIH/SIDA pediátrico y control de embarazos y puérperas VIH+ (Centro Hospitalario Pereira Rossell. MSP).

También en la educación formal, ANEP/CODICEN- Gerencia de Programas Especiales/ Programa Educadores para la Salud.

Desde el año 1988 al 1997 se obtuvo:

- Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Despistaje de VIH a toda la sangre de donantes y hemoderivados en el territorio nacional (Decreto N° 233/88)
- Creación del Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC) funciona en el Instituto de Higiene (1987).
- Organización del Servicio Pediátrico en el Pereira Rossell, brinda asistencia gratuita y permanente en todas las etapas (1990)
- Vigilancia activa a través de estudios centinela para diferentes grupos de riesgo (1991).
- Manejo del preservativo en campañas de prevención en los medios de comunicación (1995 a 1999 estas fueron premiadas en certámenes internacionales por su creatividad), se realizaron 7 campañas desde 1987 a 1999
- Normas de Bioseguridad para el personal de salud. Se implementan los Kits de terapia ARV en los centros de asistencia del MSP-ASSE (1997).
- Detección del VIH a todas las embarazadas en todo el territorio nacional y el tratamiento a todas embarazada VIH+ para prevenir la transmisión vertical. (Decreto de Ley N°158/97).²⁶

Campañas de VIH/SIDA realizadas en Uruguay

- ❖ Manejo del preservativo en campañas de prevención en los medios de comunicación (1995 a 1999 estas fueron premiadas en certámenes internacionales por su creatividad), se realizaron 7 campañas desde 1987 a 1999.
- ❖ En el 2000 la Administración Nacional de Correos emite la serie América 2000 en plancha de 20 sellos. “Campaña contra el SIDA”.
- ❖ “Filosofía religiosa de jerarca del MSP impide campañas contra el SIDA.” El MSP eliminó campañas publicitarias en el 2001 al igual que en 1992 por la filosofía del Opus Dei; se atribuye al Director General de Salud Eduardo Touyá al igual que al ex Ministro de Salud Horacio Fernandez (1992) debido a que ambos son miembros del grupo católico conservador. Oficialmente no hay campañas por falta de recursos. (La República, agosto 6 del 2001).
- ❖ Jóvenes protagonistas en la prevención integral VIH/SIDA bajo el lema “Movida comunitaria”. Se llevó a cabo en el departamento de Salto, salieron jóvenes a la calle a pintar muros y promover la prevención para frenar al SIDA, diciembre 2004.

²⁵ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de ETS/SIDA. Directrices básicas para la realización de conserjería/orientación en VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Plan regional del VIH/ para el sector salud 2005-2010, OPS-OMS. Washington: OPS; 2004.

- ❖ Se lanzan campañas masivas a partir del 2006 con el lema “Paremos el SIDA”, con énfasis en el correcto uso del preservativo, educación sexual, medidas preventivas para grupos vulnerables, son estrategias propuestas por el MSP. Consultada la Directora del PPITS/SIDA Soc. M^a Luz Osimani refiere que la población “se encuentra con la información adecuada pero no se llevan a la práctica las medidas” en la población con menos recursos “se cuenta con información inapropiada”. (El País, diciembre 1º del 2005).-
- ❖ “Disfrutemos un montón, pero con condón” slogan de campaña contra el SIDA, fue criticada duramente por sacerdote salesiano Mateo Mendez, refiere que se “empobrece un acto de amor y se lo reduce a un acto de placer”, agrega que “las campañas de SIDA con énfasis en el preservativo han fracasado a nivel mundial”. (Uruguay Noticias, julio 31 del 2006).-
- ❖ A fines del 2007 se lanzó campaña contra el SIDA por MSP apuntan a jóvenes, mujeres y población de riesgo. Conjuntamente el Director de Salud Jorge Basso presentó en noviembre el nuevo Test de resistencia/genotipificación, el cual no solo identifica si el virus sufrió mutación sino que identifica el medicamento adecuado. . El MSP se encuentra “preocupado porque no se ha logrado convencer a la población de que use preservativo”. (Noticias Nacionales, febrero 17 del 2008. declaraciones de la Directora del PPITS/SIDA Soc. Osimani).-

Conserjería sobre VIH/SIDA. La conserjería es un proceso de escucha activa centrado en la persona, apuntando a que encuentre y utilice sus propios recursos y fortalezas como mejor elemento para el cambio.

La conserjería es un instrumento que contribuye desde el punto de vista epidemiológico a romper la cadena de transmisión de las ITS/VIH, ya que favorece la reflexión de la persona- o personas, si es grupal- sobre sus riesgos de infección, permite evaluar la percepción de los mismos, desarrollar acciones preventivas y promover estilos de vida saludables así como de gestión de los riesgos a los que está o están expuestos.²⁷

Es una forma de intervención que disminuye el impacto psicológico del diagnóstico del VIH/SIDA; identifica las necesidades del usuario, establece relación de confianza y respeto con la cual el profesional ayuda a reconocer las responsabilidades de los actos y estimula las fortalezas del individuo para superar la situación.

Si consideramos la feminización de la epidemia, es necesario que cada contacto con el equipo de salud sirva para trabajar el cuidado y derecho de su salud, y promover la comunicación con su pareja.

Tipologías : desde 1998, se veía una clara tendencia de la enfermedad hacia la mujer; por tal motivo el Ministerio de Salud Pública a través de su Programa Nacional de SIDA²⁸ llevó a cabo una investigación cualitativa de mujeres infectadas, con el fin de identificar tipologías de mujeres portadoras involucrando aspectos como: vinculación con el riesgo, historia personal y la interacción y red social en la que están inmersas.

De tal investigación se desprenden cuatro tipologías.

Tipología I. “Dos Mundos”. Tiene como característica fundamental la existencia de una vida escindida en dos espacios que funcionan simultáneamente, uno el de su pareja estable (tiene hijos, comparten una vida)

y otro con múltiples relaciones sexuales, ya sea con o sin el carácter de meretriz.

²⁷ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de ETS/SIDA. Directrices básicas para la realización de conserjería/orientación en VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2008.

²⁸ UNESCO. Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Montevideo: UNESCO; 2003.

Dichas mujeres utilizan preservativo regularmente en el ámbito secundario y no en el íntimo.

Tipología II. "La Confianza". Presentan una relación de pareja armónica y perdurable en el tiempo. Convencidas de la solidez de su pareja les parece que el SIDA no les afecta por lo que la utilización del preservativo cuando existe, persigue finalidades de anticoncepción. No existen relaciones secundarias de su parte y no las concibe de parte de su pareja.

Tipología III. "En momentos de crisis hice de todo". Agrupan perfiles variados que se han vinculado con episodios de crisis de distinto impacto y duración. Ante la sucesión de relaciones sexuales con distintos hombres conocidos circunstancialmente, todos o la gran mayoría son sin precauciones para evitar el VIH/SIDA. También se encuentran en este grupo reiteradas experiencias de consumo de drogas. En cuanto al modo de vincularse con el riesgo, el SIDA es un tema secundario dentro de sus prioridades.

Tipología IV. "La mujer dominada". Mujeres marcadas por una historia de vida signadas por su dependencia y su incapacidad de elección, teniendo un escaso poder en su relación de pareja, la transmisión del VIH viene del comportamiento anterior o actual.

4.- DISEÑO METODOLOGICOS.

Tipo de estudio:

Corresponderá a un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

Area geográfica:

Se realizará en la República Oriental de Uruguay en el departamento de Montevideo, en una policlínica del MSP.

Universo:

Todas las mujeres, entre 15 a 34 años de edad que se asisten en una policlínica periférica del MSP en el departamento de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 14 al 18 de diciembre del 2009 y que acepten participar del estudio.

Muestra:

Será de tipo no probabilística dado que se entrevistará a mujeres entre 15 a 34 años de edad, que se asistan en la policlínica del MSP y que accedan a participar del estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 15 a 34 años.
- Que concurrirán a la policlínica, entre el 14 al 18 de diciembre del 2009.
- Que acepten participar del estudio.

PRESENTACION DE LAS VARIABLES DEL OBJETO DE ESTUDIO Y SU MEDICION:

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

1.- Edad.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los periodos que se considera dividida la vida humana.

Definición operativa: Número de años vividos hasta el momento de realizar la encuesta.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: Sujetos cuyas edades se ubican entre 15 a 34 años.

2.- Nivel de instrucción.

Definición conceptual: Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.

Definición operativa: Ultimo año aprobado dentro de la educación formal.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

3.- Situación de pareja.

Definición conceptual: Situación o estado civil de la mujer.

Definición operativa: Condición del estado civil que adquiere un individuo para su vida.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Estable
- No estable

4.- Jefatura de hogar.

Definición conceptual: Individuo que tiene la responsabilidad de ser el sostén económico primario del hogar.

Definición operativa: Individuo que aporta el mayor ingreso económico al hogar.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Femenina
- Masculina
- Mixto

5.- Constitución familiar.

Definición conceptual: Conjunto de individuos que viven bajo un mismo techo y comparten lazos sanguíneos o afectivos.

Definición operacional: Cantidad de individuos que viven bajo un mismo techo y comparten lazos sanguíneos o afectivos.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Unipersonales
- Monoparentales
- Nucleares

6.- Inicio de relaciones sexuales.

Definición conceptual: Inicio de relaciones sexuales con información sobre enfermedades de transmisión sexual.

Definición operativa: Recibe información previo a iniciar prácticas sexuales.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - Recibe información
- No recibe información

7.- Nivel de información sobre la infección por VIH.

Definición conceptual: Conjunto de ideas, conceptos y opiniones que tiene la mujer sobre la infección por VIH.

Definición operativa: 1.- Conocimiento que posee la mujer sobre el virus del VIH.

2.- Conocimiento que posee la mujer sobre las vías de transmisión de la infección por VIH.

3.- Conocimiento que posee la mujer sobre los mecanismos de prevención.

Clasificación: Cualitativa nominal:

Indicadores: 1. - Sí

- No

2. - Sexual

- Sanguínea

- Perinatal

- Apretón de manos

- Tomando mate

- A través de un beso

3. - Utilización de preservativos.

- No compartir jeringas contaminadas por consumidores de drogas inyectables.

- Realización de cesárea en madres portadoras.

- No amamantar al bebe en madres portadoras.

- Utilización de agujas contaminadas en el entorno médico.

- Transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados.

- No compartiendo vasos o cubiertos

- No compartiendo sanitarios

Categorías: 1.- No tienen información (desconoce el agente causante de la infección, como se transmite y como se previene).

2.- Tienen información incompleta (conoce o no el agente causante de la infección, identifica en forma correcta al menos dos vías de transmisión de las cuales una debe ser la sexual, identifica en forma correcta al menos tres mecanismos de prevención de los cuales uno debe ser el uso de preservativo).

3.- Tiene información completa (identifica en forma correcta el agente causante de la infección, responde correctamente todas las vías de transmisión y todos los mecanismos de prevención).

8.- Conductas sexuales.

Definición conceptual: Conductas que adopta la mujer durante las relaciones sexuales para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Definición operacional: Utilización de mecanismos de barrera que adopta la mujer frente a su pareja para prevenir la infección por vía sexual.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - Si utiliza

- No utiliza

9.- Fuentes de Información.

Definición conceptual. Lugar donde se obtiene la información acerca de la infección por VIH.

Definición operacional. Manifestación de la mujer de donde obtuvo la información acerca de la infección por VIH.

Clasificación. Cualitativa nominal.

Indicadores. - Médico

- Enfermería

- Televisión

- Folleto

- Otro (entorno familiar, barrial, educación formal, radio)

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Esta investigación se llevará a cabo por tres estudiantes.

Se concurrirá al Centro de Salud para realizar las encuestas y de esta forma acceder a la información brindada por las usuarias. Antes de implementar el cuestionario, se elaborará el instructivo del mismo para realizar la validación del instrumento.

Para economizar gastos y tiempo las encuestas la realizará una estudiante de la tesis, que a su vez, trabaja en el centro de salud, la cual aportará confianza a las mujeres encuestadas, conocimiento de la población y posee la información necesaria para llevar a cabo la encuesta.

Se le invitará a la encuestada que pase al consultorio de enfermería, que tome asiento. Se solicitará consentimiento para participar de una investigación científica en carácter de encuestada, conservando la privacidad de la usuaria, garantizando confidencialidad de la información aportada, lo que contribuirá a obtener los datos más veraces y confiables. Como beneficio propio se le brindará profundización de información, y para la policlínica una vez analizada la información se realizará una devolución escrita de los datos obtenidos.

Finalizada dicha encuesta se procederá a la entrega de folletería informativa y preservativos.

ANEXO N° 3.
CUESTIONARIO.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Cátedra Materno-Infantil

CUESTIONARIO.

Marque con una cruz la/las opciones correctas.

Fecha: __/__/__.

1.- Qué edad tiene? _____

2.- Último año aprobado de educación formal?

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

3.-Cuál es su situación de pareja actual?

- Estable
- No estable

4.- Quién aporta el mayor ingreso económico en su hogar?

- Femenina
- Masculina
- Mixta

5.- Cómo está constituida su familia?

- Unipersonales
- Monoparentales
- Nucleares

6.- Recibió información sobre enfermedades de transmisión sexual previo a su debut sexual?

- Recibió
- No recibió

7.- Sabe que la infección por VIH es causada por un virus.

- Sí
- No

8.- Sabe por qué vía se transmite la infección por VIH?

- Sexual
- Sanguínea
- Perinatal
- Apretón de manos
- Tomando mate
- A través de un beso

9.- Sabe cómo evitar contraer la infección por VIH?

- Utilización de preservativos.
- No compartir jeringas contaminadas por consumidores de drogas inyectables.
- Realización de cesárea en madres portadoras.
- No amamantar al bebe en madres portadoras.
- Manipulación de agujas contaminadas en el entorno médico.
- Transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados.
- No compartiendo vasos o cubiertos
- No compartiendo sanitarios

10.- Utiliza el preservativo cuando mantiene relaciones sexuales con su pareja?

- Utiliza
- No utiliza

11.- La información que posee sobre VIH, quién se la brindó?

- Médico
- Enfermería
- Televisión
- Folleto
- Otro

.....

Nº de referencia para el Centro de Salud Jardines del Hipódromo. _____