



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 2, Año 2, N° 1

Artículos

- Editorial
- Aspectos de desarrollo profesional de estudiantes de post grados clínicos de medicina desde la perspectiva de género
- Problemas y expectativas de mujeres damnificadas del Huracán Mitch
- Aspectos Psicosomáticos de la mujer
- La mujer y las inequidades de género en salud
- La mujer: Más vulnerable a adquirir la infección por VIH. Las desigualdades de género su mayor condicionante.
- Exposición ambiental al humo de tabaco en Tegucigalpa, Honduras
- Identificación de estresores influyentes en pacientes del Hospital Escuela
- Observación del modelo de Historia Clínica en los servicios hospitalarios de salud en Honduras
- Comunicación: Construyendo alianzas para la prevención y el control del VIH/SIDA

Enero - Junio de 2005



Instituto Nacional de la Mujer

INAM



El INAM es la Institución que rectora las políticas públicas para la equidad de género. Trabajamos por lograr la igualdad de derechos y equidad de oportunidades entre mujeres y hombres de la sociedad hondureña. Por mandato de Ley, coordinamos la ejecución, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de la Mujer: Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades.

La Política Nacional de la Mujer orienta las acciones prioritarias para avanzar en el efectivo cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades como fundamento del desarrollo nacional. Esta política fue oficializada como Política de Estado por el Presidente de la República, Ricardo Maduro, girando instrucciones precisas a todas las Secretarías e Instituciones del sector público para su obligatorio cumplimiento.

Esta Política define cinco áreas temáticas prioritarias para crear condiciones favorables para el avance de las mujeres y superar las brechas de desigualdad: Educación y Medios de Comunicación, Violencia, Participación Social y Política, Economía y Salud.

¡La igualdad entre mujeres y hombres es el camino seguro a la Democracia!





FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER

Bajo el proyecto “Mejorando la Seguridad Humana en el contexto del VIH/SIDA mediante la Equidad de Género”, inicia sus operaciones en Honduras en el año 2003, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Anteriormente, UNIFEM ha apoyado en Honduras otras iniciativas desde su sede en New York.

Fundamentados en los objetivos de fortalecer los marcos legales que promuevan la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y la reducción del estigma en las comunidades infectadas, afectadas, o en riesgo de VIH bajo el marco de Derechos Humanos, UNIFEM ha desarrollado una serie de actividades que han visibilizado la problemática del VIH/SIDA diferenciada entre hombres y mujeres y que no ha sido integrado en el proceso de abordaje del VIH/SIDA en el país.



UNIFEM editó el primer fascículo sobre VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva “Especialmente para mujeres”, que fue distribuido masivamente en un rotativo capitalino. Financió las investigaciones Análisis de las Políticas Nacionales de ITS y VIH/SIDA desde una Enfoque de Género, Fortalecimiento de los Marcos Legales y Políticos que promuevan la Equidad de Género en Honduras y Apreciación rápida sobre impactos del VIH/SIDA en la Comunidad Triunfo de la Cruz Municipio de Tela, Atlántida.

Día Internacional de Lucha contra el SIDA



CAPACITACIONES



Capacitación en la comunidades



Entrega de Manuales de Capacitación



Profesores-capacitadores del COLMPROSUMAH



Feria de la Salud para las mujeres



NO-COMOP

UNIFEM ha capacitado líderes, liderezas e influyentes, maestras (os) capacitadores y mujeres positivas en Género, VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva. Distribuyó manuales de Género, VIH/SIDA y Derechos Humanos y capacitó sobre su uso. Ha liderado acciones de coordinación con agencias de Naciones Unidas, Gobierno, Sociedad Civil y Empresa Privada para el desarrollo de Ferias, brindando información y servicios de salud gratuitos. Asimismo, desarrolló foros, conversatorios y presentaciones en medios televisivos abordando la problemática de VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género.

Mayor información comunicarse al 220-1100 ext. 1727 o con la Oficial de Programa de UNIFEM-Honduras Dra. Iris Padilla al Email: iris.padilla@unifem.un.hn; ó a la Asistente de Programa UNIFEM-Honduras Msc. Irina Bandé al Email: irina.bande@unifem.un.hn



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 2; Año 2; No. 1

Enero - Junio de 2005

•••••

REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Volumen 2; Año 2; No. 1

CONSEJO EDITORIAL

DR. CARLOS ALBERTO MEDINA R.
(Presidente Coordinador)

DR. RUBÉN ELVIR MAIRENA
MSC. ELIA BEATRIZ PINEDA
LICDA. LISSETE BORJAS
DR. JUAN MANUEL PÉREZ
DR. JORGE FERNÁNDEZ
DR. DAGOBERTO ESPINOZA M.
DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA
DRA. CAROLINA RIVERA
DRA. CECILIA GARCÍA
LICDA. AÍDA CASTILLO GUIZA
DR. RONY EFRAÍN PORTILLO
LICDA. OLIMPIA CÓRDOVA
DR. ELEAQUÍN DEL CID
LICDA. TERESA DEL CARMEN VIDEA
BR. HUGO S. LANDA (ASOCEMH)
LIC. LUIS EDGARDO ARANDA
(Secretario)

CONSEJO DE REDACCION

LICDA. ELIA BEATRIZ PINEDA
(Coordinadora)
LICDA. LISSETE BORJAS
DR. RUBÉN ELVIR MAIRENA
DR. JORGE FERNÁNDEZ

CONSEJO DE ADMINISTRACION

DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA
(Coordinadora)
LICDA. OLIMPIA CÓRDOVA
LICDA. TERESA DEL CARMEN VIDEA
LICDA. LISSETE BORJAS
DR. RONY EFRAÍN PORTILLO
LIC. LUIS EDGARDO ARANDA
SRA. SUSANA ESCOTO
SRA. JOHANNA VALLECILLO

CONSEJO DE EDICION

DR. CARLOS ALBERTO MEDINA R.
(Coordinador)
DR. DAGOBERTO ESPINOZA M.
LIC. LUIS EDGARDO ARANDA
DR. ELEAQUÍN DEL CID
DR. RONY EFRAÍN PORTILLO
BR. RUTH ROMERO
DRA. CECILIA GARCÍA

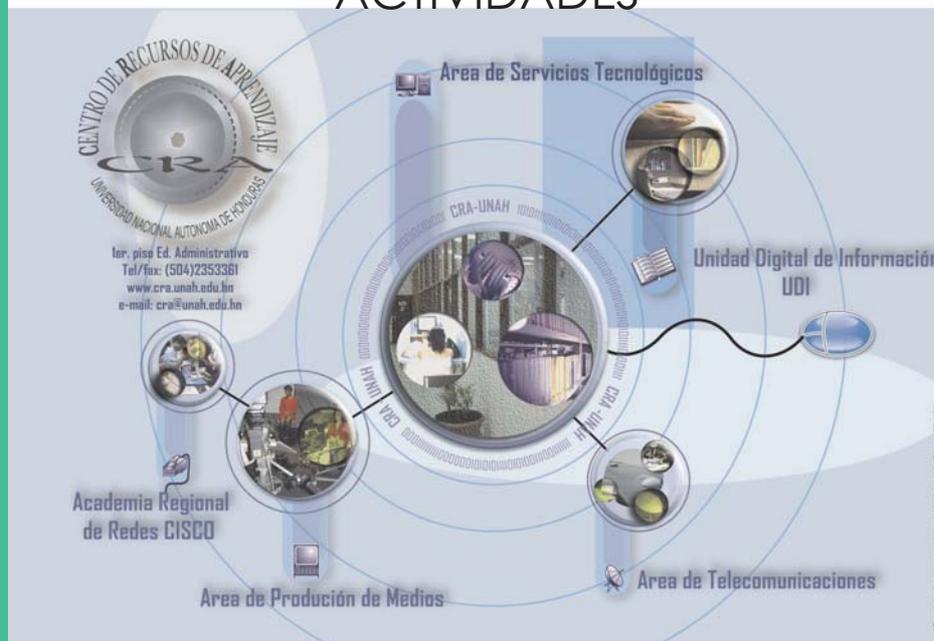
Diseño de Portada: Sergio José Aranda S.
Fotos de Portada, Colaboración del Programa de Inclusión Social y Género (PISG) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

UNIDAD EJECUTORA: **UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)**
Telefax: (504) 232- 0444 E. mail ; enlacefcm@yahoo.com

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS (UNAH)

CRA -UNAH Ciudad Universitaria

ACTIVIDADES

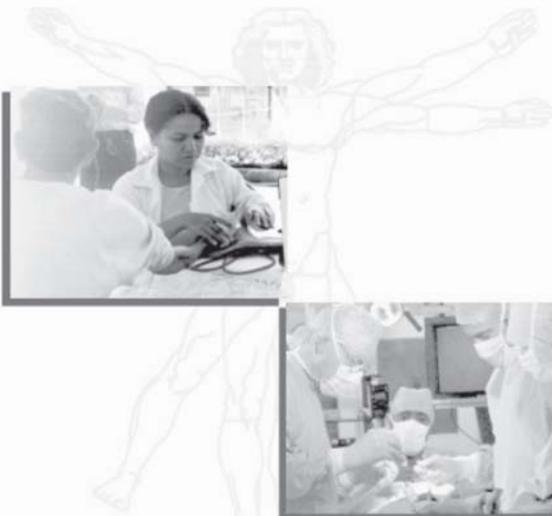


Disño y programación de portales: José Luis Reyes Córdova



FUNCIONES DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Una identificación plena, responsable e integral entre nuestros profesionales afiliados y el pueblo nos comprometen a garantizar:



- **Una Función Gremial**
defender la integridad de los derechos profesionales del gremio médico promoviendo su solidaridad y bienestar.
- **Una Función Universitaria**
propender al mejoramiento cultural de los colegiados y al perfeccionamiento del ejercicio profesional.
- **Una Función Etica**
mantener incólume la integridad de la moral profesional y el prestigio del gremio que la sustenta.
- **Una Función Social**
que permita a la institución participar en actividades orientadas hacia el beneficio de la comunidad hondureña, sean de propia iniciativa o en colaboración con entidades oficiales, particulares, nacionales o internacionales que propendan al mejoramiento de las condiciones de salud del pueblo de Honduras.

CONTENIDO

Editorial

Carlos Alberto Medina R., Coordinador: Consejo Editorial 7

Tema Central

Aspectos de desarrollo profesional de los/as estudiantes de post grados clínicos de medicina, desde la perspectiva de género 9

Juan Manuel Pérez González
María Olimpia Córdova Burgos

Artículos Originales:

Mujeres damnificadas del huracán Mitch: problemas expectativas y planes de desarrollo 17

Elia Beatriz Pineda
Mirna Vásquez
María Isabel Rodezno
Juana Carolina Buchanan

Sección Especial

Aspectos psicosomáticos de la mujer 27

Daniel Herrera Salinas

La mujer y las inequidades de género en salud 38

María de Lourdes Amador

Reportaje Periodístico Investigativo

La mujer: más vulnerable a adquirir la infección por VIH. Las desigualdades de género su mayor condicionante 44

Iris Padilla
Irina Bandé

Actualidad

Exposición ambiental a humo de tabaco en Tegucigalpa, Honduras 51

Ana Navas Acien
Claudia Deyanira Gómez Mass
Victoria Durón H
Enio Alvarenga Chinchilla

Identificación de Estresores influyentes en pacientes del Hospital Escuela, período de abril mayo de 2004 59

Alumnos de IV año de la Carrera de Medicina, FCM, UNAH.

Observación del Modelo de Historia Clínica en los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras 64

Jorge Alberto Fernández V. & Estudiantes de Medicina, FCM, UNAH.

Comunicación: Construyendo Alianzas para la Prevención y el Control del VIH/SIDA 71

Guía para Elaborar Referencias Bibliográficas. Estilo Vancouver 75

Eventos y Publicaciones 78

•••••

EDUCACION FEMENINA Y DESARROLLO SOCIAL

Nada es más controversial y escabroso de abordar, como el tema de la educación de la mujer en una sociedad en evolución.

En los países avanzados y de alto desarrollo humano, las reglas están bien definidas y la educación de la población femenina no solo es un derecho, sino que también un deber.

El paradigma de la mujer con un niño en sus brazos, ha sido criticado por las mujeres de los movimientos feministas, como símbolo de una esclavitud ancestral que debe dar paso a la mujer libre de ataduras y en completo control de si misma, capaz de decidir su propio destino.

En la época Pre-Cristiana y en los primeros tres siglos de nuestra era, la mujer fue exaltada como diosa, no solo por su capacidad de engendrar y asegurar la descendencia de la humanidad, sino que también por su sabiduría que le otorgaba poderes especiales.

Con la absorción del Cristianismo por el Imperio Romano en el siglo IV, Constantino el Grande, empezó con su híbrido de Cristianismo y Paganismo, la época mas oscura de la mujer, obliterando sus derechos y relegándole solo al deber maternal de asegurar la prolongación de la raza humana.

No obstante, en el Siglo XX, la mujer vuelve poco a poco a ganar su sitio en la sociedad moderna y en este Siglo XXI en las sociedades desarrolladas, sus derechos han subido a planos de igualdad con el hombre.

En nuestra nación, es urgente y necesario hacer énfasis en la educación de la mujer, pues parte de los problemas observados en nuestras ciudades y zonas rurales, están íntimamente asociados a una falta de educación del elemento mas valioso del núcleo familiar, base de cualquier sociedad.

Los países de alto desarrollo humano comprendieron desde hace muchas décadas, que no era posible avanzar como sociedad, si la mujer permanencia en tiniebla y si la educación no era completa, es decir, que cubriera todo el espectro de la sabiduría humana.

La mujer debe ser en nuestra sociedad el pilar más valioso del núcleo familiar, ya sea este integrado o no, pues el paso de los siglos ha demostrado que la supremacía masculina en las sociedades, ha sido la causa de un subdesarrollo fácil de validar.

La mujer de conformación completa puede determinar el numero de hijos que desea procrear y nadie tiene puede interferir en su firme decisión, así como también puede decir no tenerlos y avanzar en otros campos de la sociedad que le aseguren progreso y felicidad.

La mujer formada e instruida puede moldear con su entereza y honestidad el destino de la nación, porque ella tiene en sus manos formar los nuevos ciudadanos y balancear el equilibrio de fuerzas en su hogar y en el entorno en que vive.

No implica por supuesto, que el hombre como parte del núcleo desaparece de escena; por el contrario, su nueva formación e instrucción a la par de la mujer y en el mismo nivel, decide en igualdad de circunstancias el destino de su familia y el rumbo de su progreso.

La sumatoria de los núcleos familiares y su capacidad de progresar materialmente y de educar y formar su progenie, es la base de una nación nueva, en donde se cultivan además de los valores sociales de equidad y libertad, las virtudes espirituales que son las base de las leyes y la confraternidad de los seres humanos.

La medicina moderan no solo aborda el ser humano como objeto de un diagnostico y tratamiento , sino que engloba en la medicina social, la prevención y cura del núcleo familiar y la sociedad entera, desenterrando la etiología de los males sociales para encontrarles soluciones globales que conduzcan a los pueblos a progresar y mejorar sus niveles de vida.

La Revista de la Facultad de Ciencias Medicas, desea estimular la inquietud arriba abordada como base de un debate y único propósito de avanzar a una sociedad mejor, plena de equidad, progreso y libertad.

Dr. Carlos Alberto Medina R., Coordinador: Consejo Editorial



Aspectos del Desarrollo Profesional de los/as Estudiantes de Postgrados Clínicos de Medicina, desde la Perspectiva de Género.

*Juan Manuel Pérez González
**Maria Olimpia Córdova Burgos

Palabras claves:

Perspectiva de género, discriminación, residencias de medicina.

Resumen

La perspectiva de género se define como la forma de observar la realidad de las variables “sexo” y “género” y sus manifestaciones en un contexto geográfico, étnico e histórico determinado. Este enfoque permite reconocer la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres. El objetivo del estudio fue el de analizar algunos aspectos relativos a la admisión y la permanencia de estudiantes en los diferentes programas de residencia médica que podrían afectar a la población femenina: becas, relación interpersonal, la tutoría efectiva, los aspectos de economía, edad de admisión, sitios de origen, supervisión médica. Se analizaron las preferencias de los residentes en relación a las áreas geográficas donde desarrollarán sus prácticas. Para ello, se revisó la literatura médica disponible y se aplicaron dos cuestionarios al 30 % de los residentes de ambos sexos en el Hospital Escuela de mayo a junio de 2,005. Los grupos estudiados pertenecen a cirugía, medicina interna, anestesiología, neurocirugía, ortopedia, ginecología y dermatología.

Los hallazgos muestran que 56 % de los estudiantes proceden de Tegucigalpa (capital de Honduras), 9 % del departamento de Cortés y el restante 35% de Atlántida, Comayagua, Intibucá, Olancho, Yoro, Copán, La Paz, Lempira y Colón. Se admitieron a la residencia similar número de estudiantes de ambos sexos, 120 mujeres y 137 varones. Durante el período en el que se realizó la presente investigación se encontró que las especialidades de Ortopedia y Neurocirugía cuentan únicamente con residentes hombres en comparación al post grado de Dermatología que es seleccionado principalmente por mujeres. Los principales problemas enfrentados por los residentes fueron: aspectos económicos y responsabilidad familiar. Los estudiantes solteros tuvieron mayor asistencia a cursos de actualización impartidos fuera del hospital. Los residentes varones manifestaron dar apoyo financiero a sus familias, mientras que las residentes mujeres manifestaron recibir ayuda de sus familiares inmediatos. No hubo diferencias en relación a la supervisión, las tutorías y tareas diarias. Ambos sexos prefirieron el área urbana para practicar su especialidad. En conclusión, No se encontraron diferencias importantes en los aspectos investigados entre los residentes de ambos sexos. Se sugiere realizar estudios que incluyan otros aspectos que no fueron incluidos en la presente investigación.

* Profesor Titular, Dpto de Gineco-Obstetricia
** Profesora Titular, Dpto de Psiquiatría U.N.A.H

Abstract.

Objective: many aspects related to the admission and permanence of students in the different medical resident programs were analyzed, which could affect the feminine population (such as scholarship, interpersonal relationship, effective tutorship, economics aspects, admission age, origin sites, medical supervision). Another factors analyzed was the area where the students had in mind to practice.

Methods: Medical literature available was studied and two questionnaires were developed and applied to 30% of postgraduate resident of both sexes at the Hospital Escuela 2,005 from May to June. The studied groups belong to surgery, internal medicine, anesthesiology, neurosurgery, orthopedic, gynecology and dermatology. Results: 56% of students came from Tegucigalpa (Honduras capital) 9% from Cortés and the rest 35.% (Atlántida, Comayagua, Intibucá, Olancho, Yoro, Copán, La Paz, Lempira and Colón). The main troubles confronted were, economics factors and family responsibility, there was same admission percentages in both sexes (120 women and 137 males. During the time in which the investigation was done it was found that the specialties in orthopedic and neurosurgery have only men in comparison with the master area in dermatology wich is selected mostly by women.

Single students were more prone to attend special courses taught outside the hospital. Males residents usually gave financial support to their nuclear family, while women residents received help from the immediate family. There was not difference in relationship to supervision, daily task and tutorship. Both sexes preferred big cities to practice the specialty. Summary: there are not statistically great difference founds in the factor mentioned in both sexes. It is suggested to continue studies with other aspects that were not included in the present research.

Keywords: *Gender, discrimination, medical residents*

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano es el objetivo final de un conjunto de políticas sociales y económicas que despliega un país, pero también es la consecuencia de una selección de un conjunto de instrumentos de políticas que movilizan las acciones de las personas y les otorga potestades adicionales para activar colectivamente en pos del bien común (1).

Los temas relacionados al género cruzan todas las áreas y sectores del desarrollo, debido a que todas las políticas y proyectos tienen impacto sobre la mujer (2). El género es un conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad que son adquiridos en el proceso de socialización. Son las responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, temores, actividades y expectativas que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres (3).

Según el Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI conocido también como Informe Delors, la educación encierra un tesoro, y es una posibilidad al servicio del desarrollo humano para combatir la pobreza, la exclusión, la intolerancia y las guerras(4), ésta comisión aboga por un mayor acceso de las mujeres a la educación superior, la cual se enfrenta en todas partes a desafíos y dificultades relativos a la financiación y a la igualdad de condiciones de acceso a los estudios. Los países más rezagados de América Latina y el Caribe en cuanto a alfabetización de jóvenes son los de menor desarrollo relativo y mayor proporción de población rural. Entre los países con niveles de alfabetización juvenil inferiores al 90% figuran el Salvador con 88%, Guatemala 79%, Haití con 64%, Honduras 85% y Nicaragua 72%(5).

La equidad de género en la formación de Recursos Humanos en salud, significa participar en una educación con igualdad de oportunidades y condiciones libre de estereotipos, y que cuente con una distribución justa de necesidades, responsabilidades, y de poder entre hombre y mujeres, en la atención formal e informal prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones de salud. La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en su Artículo 28 garantiza la formación integral para hombres y mujeres en todos los niveles del sistema educativo formal e informal (6).

profesional de los/as estudiantes del post grado clínico desde la perspectiva de género, investigando:

- ✍ Proporción de residentes hombres/mujeres en la matricula de residencias.
- ✍ Dificultades en el acceso y participación de las mujeres.
- ✍ Participación a cursos de actualización.
- ✍ Relación laboral.
- ✍ Sostenimiento económico del hogar.
- ✍ Áreas geográficas de desempeño a futuro.
- ✍ Supervisiones, tutorías y cargos desempeñados (liderazgo).
- ✍ Edad de ingreso a residencias
- ✍ Lugar de procedencia.

RESULTADOS

En Honduras la población femenina representa el 52% constituyendo a nivel universitario el 58 %. En el nivel de post grado de medicina el ingreso de las mujeres representa el 47% al 2005, existiendo en algunos postgrados únicamente residentes hombres.

Actualmente a nivel de estudios de post grado en la carrera de medicina están inscritas 120 mujeres y 137 hombres, cuya distribución se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°1

Distribución de estudiantes post grados de medicina según sexo. Enero 2005

Post Grados	Hombres	%	Mujeres	%
Pediatría	15	34	28	66
Cirugía	23	65	8	35
Psiquiatría	5	50	5	50
Medicina Interna	18	54	15	46
Neurología	4	67	2	33
Ginecología	19	43	25	52
Otorrinolaringología	4	45	5	55
Anestesiología	8	35	15	65
Neurocirugía	11	100	0	0
Dermatología	0	0	6	100
Otología quirúrgica	8	89	1	11
Oftalmología	4	80	1	20
Patología	2	33	4	67
Cirugía plástica	0	0	1	100
Ortopedia	13	100	0	0
Rehabilitación	3	43	4	57
TOTAL	137	48	120	52

Fuente: Dirección de Estudios de Post grado del Hospital Escuela.

Los resultados nos reflejan que el 52% de los residentes corresponden al sexo femenino y el 48% al masculino. En relación al lugar de procedencia, el 56% de los residentes proceden de Tegucigalpa, departamento de Francisco Morazán, 9% del departamento de Cortés, de los cuales el 6% proceden de San Pedro Sula: el 29% restante provienen de otros departamentos del país (Atlántida, Comayagua, Intibucá, Olancho, Yoro, Colón, Copán, Lempira y La Paz). El 53% de las residentes mujeres y el 47% de los residentes varones proceden de Tegucigalpa.

Con relación a la edad el rango más frecuente es el de 25 a 29 años, que representa el 59.%, seguido de 30 a 34 años con el 28.%, y el rango de 35 en adelante con 13%. Las mujeres representan el 62% en el grupo de 25 a 29 años de edad, y los hombres en el mismo rango con el 38%.

Del total de la muestra, el 58 % son solteros/as y 42 % casados/as, las mujeres solteras constituyen el

59% del grupo de los solteros/as.

Con respecto a las dificultades encontradas para ingresar en el postgrado, (Tabla No 2) se observa que la mayoría de los residentes 48% respondió que no encontró dificultad; el 18% identificó el ingreso económico como la principal dificultad; la responsabilidad familiar es referida como dificultad tres veces más, por los hombres que las mujeres.

Tabla N° 2

Dificultades de ingreso al postgrado referidas por los estudiantes.

Dificultades	Sexo		Total
	femenino	masculino	
índice académico	3	2	5
apoyo de la pareja	1		1
condición laboral del compañero		1	1
ingreso económico	7	6	13
ninguna	20	14	34
número de becas limitado		1	1
otros	1	3	4
responsabilidad familiar	2	6	8
tiempo	3	1	4
Total	37	34	71

En relación a los cursos de actualización, como se aprecia en las siguientes Tablas, (No 3 y 4) vemos que el porcentaje de asistencia de los/as residentes se incrementa con los años de residencia y que prácticamente es similar en ambos sexos (62.% de asistencia en las mujeres y 59% en los hombres). Los que más se actualizan son los residentes solteros/as (63%).

Tabla N°3

Relación entre años de residencia y asistencia a cursos de actualización

Año de residencia	Asistencia a cursos de actualización						Total	
	si		Ningún curso		no respondió			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primer año	6	31.5	10	52.6	3	15.9	19	100
Segundo año	21	70	8	26.6	1	3.4	30	100
Tercer año	12	66.7	6	33.3	-	-	18	100
Cuarto año	4	100	-	-	-	-	4	100
Total	43	-	24	-	4	-	71	-

Tabla N°4

Relación entre sexo de residentes y asistencia a cursos de actualización

Cursos de actualización de la propia disciplina	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	N°	%	N°	%	N°
Si	23	62.2	20	58.8	43
Ninguno	12	32.4	12	35.3	24
No contesto	2	5.4	2	5.9	4
Total	37	100	34	100	71

En cuanto a la coordinación del año de residencia se observa en la Tabla No 5, que en su mayoría el coordinador del primer año es de sexo masculino, siendo distribuido en porcentajes similares en segundo y tercer año y de predominio masculino en la residencia que cuentan con cuarto año.

Tabla N° 5

Año de residencia en relación a al sexo del coordinador /ra del año de residencia, año 2005.

Año de residencia	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Primer año	6	13	19
Segundo año	15	15	30
Tercer año	8	10	18
Cuarto año	-	4	4
Total	29	42	71

En los dos grupos focales constituidos por residentes hombres fue manifestado, que las mujeres que acceden y finalizan los post grados de predominio masculino tienen “carácter fuerte”; y que en ciertos procedimientos de la residencia por su condición de género las mujeres tienen limitantes, tal el caso de el embarazo.

“Cuando las mujeres están embarazadas uno prefiere que no realicen procedimientos donde hay radiación”.

Perciben que la comunicación con las mujeres es más difícil que entre hombres, manifestando que sus modelos docentes y referentes durante sus estudios han sido hombres.

“Nosotros solo hemos tenido profesores hombres, es difícil saber como tratar a las compañeras.”

En cuanto a la condición de becario/a, se observa que la mayoría son becarios/as, siendo las mujeres las que se autofinancian mayormente (más del doble de los hombres autofinanciados) como se aprecia en la siguiente Tabla:

Tabla N° 6

Sexo de los estudiantes de postgrado de medicina en relación a condición de becario/a

Año de residencia	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Primer año	6	13	19
Segundo año	15	15	30
Tercer año	8	10	18
Cuarto año	-	4	4
Total	29	42	71

De los 35 residentes hombres 20 manifestaron ser el principal sostén económico para su propia formación profesional, de ellos 8 están casados y todos reciben ayuda de sus parejas para el sostenimiento económico del hogar y 7 reciben ayuda del padre, de la madre u otro familiar. En cuanto a las 36 residentes solamente 9 de ellas son el sostén económico de su formación, 9 reciben el apoyo económico del esposo y las demás aunque están casadas reciben ayuda de sus familiares.

En relación al lugar donde él/la residente/a piensa ejercer como especialista al graduarse, tanto hombres como mujeres opinan en su mayoría, que lo harán en el área urbana (ver tabla N° 7).

Tabla N° 7

Sexo de los estudiantes de postgrado de medicina en relación al lugar donde piensa ejercer como especialista.

Año de residencia	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Primer año	6	13	19
Segundo año	15	15	30
Tercer año	8	10	18
Cuarto año	-	4	4
Total	29	42	71

La orientación brindada en procedimientos y supervisión de prácticas y aprendizajes a residentes se encontró, que ambos sexos manifestaron que tienen igual atención, únicamente 4 mujeres señalaron no haber recibido orientación (Ver tabla N° 8).

Tabla N° 8

Sexo de los estudiantes de postgrado de medicina en relación a supervisión, año 2005.

Año de residencia	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Primer año	6	13	19
Segundo año	15	15	30
Tercer año	8	10	18
Cuarto año	-	4	4
Total	29	42	71

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se requieren más estudios con metodologías cualitativas para profundizar en el conocimiento de las causas de las diferencias y similitudes en el desarrollo de las residencias desde la perspectiva de género.
- En el presente estudio no se encontraron marcadas diferencias entre hombres y mujeres en los aspectos considerados en el ingreso y permanencia a las diferentes residencias de postgrado. Es necesario entre otras medidas, propiciar el incremento en el número y monto económico de becas.
- Se recomienda incorporar la temática de género en los programas de estudios de Post grado.
- Lograr el apoyo de instituciones involucradas en el desarrollo del postgrado para mejorar las condiciones y espacios que fortalezcan la equidad de género.

Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud a las Licdas. Martha Elizabeth García B, Lissette Borjas, Elia Beatriz Pineda, Dr. Jorge Fernández, por habernos estimulado y apoyado en la revisión del protocolo de investigación y documento final y a los/as estudiantes de las residencias por su colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 PNUD. Informe Sobre el Desarrollo Humano 2003
- 2 Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, Política de la ACDI Sobre la integración de la mujer en el desarrollo y equidad de género, Catálogo N° E94-227/1995 . ISBN. 0-6622-611945-5. Ministerio de Aprovisionamiento y Servicios, Canadá, 1996.
- 3 Grupo Consultivo en Género del MAGA Guatemala. Centro Nacional Para el Desarrollo de la Mujer y La Familia. RUTA.

Glosario de Términos de Genero. Costa Rica, Unidad Regional de asistencia técnica. 1996. Disponible en: Centro de Documentación PNUD.

- 4 UNESCO Task force on education for the Twenty first century (en línea) dic, 1999 (consultado agosto 2005) disponible en: <http://www.UNESCO.org/delors>
- 5 Organización Panamericana de la Salud; Unidad de Género y Salud Desigualdades Socioeconómicas entre Mujeres y Hombres en América Latina Washington. OPS 2004.
- 6 Instituto Nacional de la Mujer, Compendio de Leyes Sobre Derechos de la Mujer, decreto N° 34-2000 del Congreso Nacional Ley de Igualdad de Oportunidades Para La Mujer. ENAG. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras C.A., 2000
- 7 Tudela A. V, Avila R. Héctor. La Elección de la Carrera desde una Perspectiva de Género. (en línea) 1998. (Agosto 15, 2005) Disponible en: <http://www.anuies.mx/principal/servicios/publicaciones/libros/lib18/17.hzn>
- 8 Instituto Nacional de Estadística INE Datos de población a Mayo 2005. Tegucigalpa, INE 2005.
- 9 Universidad Nacional Autónoma de Honduras Dirección de Desarrollo Institucional. Datos estadísticos 2005. Tegucigalpa: UNAH, 2005
- 10 Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas. Dirección de Post-grado. Datos Estadísticos 2005. Tegucigalpa: UNAH, 2005
- 11 Colegio Médico de Honduras, Datos Estadísticos de Secretaría de Colegiaciones; Tegucigalpa: Colegio Médico, 2005.
- 12 Gender Discrimination in the medical profession. Agosto 1993. (en línea). Consultado agosto, 2005. Disponible en: www.amaassn.org/ama/upoat/mm/369/ceja_report_048pdf.
- 13 Bergen S. Women in Medicine. (en línea) Nov., 1996. Disponible en: <http://www.umdj.edu/qualityweb/envscan/9609ht>(consultado en agosto 2005)ml.



-Mujeres damnificadas del huracán Mitch: sus problemas expectativas y planes de desarrollo .

*Elia B. Pineda;
*Myrna Vásquez de Cruz;
*María Isabel Rodezno ,
*Juana Carolina Buchanan .

PALABRAS CLAVES:

Problemas y roles de las mujeres, necesidades básicas, autogestión y desarrollo.

Resumen

Se estudiaron 72 mujeres de Ciudad España, damnificadas del Huracán Mitch, con el propósito de identificar cuáles son sus necesidades básicas, sus problemas, establecer si existen diferencias entre la problemática de las mujeres y la de los hombres según la percepción femenina; cuáles son las oportunidades de desarrollo, los roles de las mujeres dentro y fuera del hogar, sus expectativas y potencialidades. La investigación acción se desarrolla en diferentes momentos; inicia en el 2005 con el análisis de la situación, incluido en este artículo y, concluirá con la intervención a través de proyectos de autogestión y desarrollo.

La mayoría de las mujeres encuestadas están en edad reproductiva dedicadas a oficios domésticos dentro y fuera de la casa. Los problemas prioritarios que tienen son relacionados al aspecto económico, por escasas fuentes de empleo, que se refleja en la carencia de dinero para suplir necesidades básicas;

carencia de dinero para suplir necesidades básicas; en segundo lugar problemas ambientales por plagas, manejo inadecuado de desechos sólidos, deforestación. Es probable que debido a la no satisfacción de necesidades básicas las mujeres no alcanzan a percibir otras necesidades y problemas como la falta de desarrollo personal, estado de salud, maltrato, violencia doméstica, falta de recreación. Las mujeres expresan tener expectativas de diferente índole, algunas generales que beneficiarían a la comunidad y otras personales para su propio desarrollo.

*Enfermeras, docentes del Departamento de Educación de Enfermería , UNAH

KEYWORDS:

Problems and roles of Women, basic needs, personal development.

ABSTRACT

The study included 72 women from Ciudad España, who suffered damage from Hurricane Mitch; its purpose was to determine their needs and problems, to establish the differences in the problems that women and men have, according to women's perception. Also to determine opportunities for women's development, and the roles they play in and out of their homes, as well as their expectations and potentials to accomplish their goals. The action-research was carried out in different moments, starting in the year 2005, describing and analyzing the situation, which will be the essence for projects design to empower these women for their own self-development.

The majority of the women included in the study are in the reproductive age group, dedicated to domestic chores in as well as out of their home. The main problems are related to economic factors due to few job opportunities, associated with low incomes, insufficient to meet their basic needs; in second place they mentioned environmental problems, caused by plagues, inadequate management of domestic solid wastes, and deforestation. It is possible that due to the lack of satisfaction of their basic needs, these women are unable to identify needs and problems that have to do with their personal development, health status, abuse, domestic violence, and lack of recreational activities. The women expressed their expectations, some related with community benefits and others with personal development.

Introducción

Las mujeres sujeto de estudio, constituyen un grupo poblacional que habita en diferentes zonas de Tegucigalpa, las cuales fueron damnificadas por el huracán Mitch, ocurrido en Honduras en 1998 y reubicadas en el Valle de Amateca, a 26 kilómetros de Tegucigalpa, en una comunidad construida para tal fin conocida como Ciudad España. En la actualidad la habitan 10,000 personas, que conforman 1,500 familias.

La población de Ciudad España y las mujeres en particular, han recibido apoyo tanto de organismos nacionales como internacionales y de países amigos, para la construcción de sus viviendas; no obstante, tienen una problemática compleja, de índole social, económica, laboral, ambiental y cultural que no han podido solventar.

Estas mujeres en su mayoría permanecen en sus casas, con toda la responsabilidad de la familia y escasas oportunidades de desarrollo que den respuesta al menos a sus necesidades básicas.

Las mujeres desde la antigüedad han estado en desventaja en relación al hombre debido a que social y culturalmente se les ha asignado roles ligados al hogar, al cuidado de los hijos, su pareja, de personas enfermas y al trabajo no remunerado. Además, han tenido menos posibilidades de estudio, y cuando lo hacen se privilegian profesiones orientadas al servicio, más que a la producción de conocimiento. Esta construcción de los géneros ha sobrevivido hasta la actualidad, con modificaciones producto de la lucha de los movimientos de mujeres por la equidad y los derechos compartidos. Estas luchas han encontrado sustento en las diferentes teorías y corrientes.(1),(2).

Betty Friedman, dice que el problema de las mujeres es el problema que no tiene nombre y, el fin de la teoría feminista es ante todo, el de establecer su adecuada conceptualización. Así mismo, hay que destacar que el estudiar otros conflictos, también contribuyen a invisibilizarlo (3).

En la mayor parte de los países las mujeres viven en situaciones de desventaja y sumisión. Tal es el caso de los problemas de mujeres mexicanas capitalinas en desventaja económica y laboral, seguidos por problemas familiares. Casi mil casos de abuso

hijos por mujer y; para las mujeres de 41 a 49 años de edad, aumenta a 5 hijos por mujer (10).

Otro aspecto en que la mujer ha estado en desventaja es en la toma de decisiones en los aspectos referentes a la crianza y educación de los hijos, compra de bienes, entre otros. Un estudio sobre planificación familiar, reporta que aún cuando la mayoría de personas opinaron que la decisión del número de hijos que una familia va a tener, debe ser tomada por la pareja (ambas personas); todavía un 20.3% de los hombres y el 24.4% de las mujeres manifestaron que debe ser una decisión del esposo o compañero. Las mujeres y hombres de mayor escolaridad toman decisiones en conjunto (85.6%, 89.8%, respectivamente).(11) Otro estudio reveló que el 13 % de las mujeres y el 18% de los hombres cree que debe ser tomada por el esposo o compañero. (10)

El 15% de las mujeres hondureñas mayores de 14 años informó haber recibido maltrato físico alguna vez después de cumplir los 15 años. Los tipos de violencia han sido agrupados en verbal (11.7%), física (6%) y sexual (4.7%). La violencia física es más alta en las mujeres del área urbana y la sexual en las del área rural; ambos tipos son más frecuentes en mujeres con menor escolaridad. (12)

La expectativa de vida de la mujer hondureña se ha incrementado a 77 años, mientras que en el hombre es de 73 años(6) lo que no significa que las condiciones de vida han mejorado. Como lo revela los problemas médicos que afectan a muchas mujeres latinas que viven en Estados Unidos, donde se encontró que la diabetes es más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero también padecen de hipertensión arterial, derrame cerebral, problemas respiratorios, artritis, enfermedad de la vesícula biliar, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis, hipercolesterolemia y algunos tipos de cáncer, todas estas patologías están relacionadas con el sobrepeso u obesidad(12), la cual está padeciendo un 67% de mujeres hondureñas(10)

Otros problemas de salud que afectan más a las mujeres y está aumentando su frecuencia es el VIH/SIDA. la depresión, cáncer de seno y uterino. (12)(13)(14).

Los estudios han mostrado que las mujeres viven

problemáticas distintas a las de los hombres, por factores históricos, culturales o legales. "Las mujeres siguen viviendo como ciudadanas de segunda clase en la mayor parte de las Américas", dijo Hilary Anderson, del Programa Mujer, Salud y Desarrollo (1) "La desigualdad (entre los géneros), distribución de poder y estatus entre hombres y mujeres, significa que las mujeres tienen menor acceso a los recursos, bienes y servicios que son esenciales para obtener un nivel de salud óptimo. Estos recursos incluyen nutrición, alfabetización, educación, atención médica adecuada, empleo y protección social, como el seguro médico". (14)

Interesa entonces, conocer con mayor profundidad la situación de estas mujeres, que siendo vulnerables por la situación vivida con el huracán Mitch y encargadas del cuidado de niños, ancianos y oficios domésticos quedan solas porque son los hombres los que emigran, asumiendo ellas una doble carga de trabajo, el productivo y reproductivo. Interesa en particular; identificar cuáles son sus necesidades básicas, sus problemas; establecer si existen diferencias entre la problemática de las mujeres y la de los hombres, según la percepción femenina; cuáles son sus oportunidades de desarrollo; identificar los roles de las mujeres dentro y fuera del hogar; sus expectativas y potencialidades, con el fin de que ellas internalicen su problemática y sean gestoras de su propio desarrollo a través de la implementación de proyectos.

Diseño Metodológico

Para la realización de la investigación se seleccionó Ciudad España, comunidad que continúa recibiendo apoyo de países cooperantes como Suecia, España a través de la Cruz Roja de cada país. Cuenta con algunos recursos como una Unidad Prestadora de Servicios, CESAMO, una posta policial; ambos servicios son insuficientes para cubrir las demandas de salud y seguridad de la población. Otros servicios e instalaciones en la comunidad son una biblioteca, escuela, colegio, mercado, centro comunal, transporte hacia Tegucigalpa; la vía de acceso es una calle de tierra con tramos en mal estado que comunica con la carretera del norte, la cual une San Pedro Sula con Tegucigalpa.

Problemas percibidos por las mujeres

Las mujeres encuestadas, en su mayoría respondieron no tener problemas familiares, no obstante, muchas manifestaron que los problemas que tienen son relacionados al aspecto económico por carencia de dinero para suplir necesidades como la alimentación y servicios básicos; fueron frecuentes, frases como “en ocasiones hay que dormir temprano por no tener luz, ni comida, ni para los hijos e hijas”; algunas mujeres también dijeron tener problemas de relación con su pareja por alcoholismo, maltrato verbal y a veces físico, así como violencia contra los hijos.

También mencionaron problemas con hijos adolescentes que muestran rebeldía y desobediencia; las peleas entre hermanos son consideradas como normales; algunas manifestaron tener problemas de salud con hijos “minusválidos”. Varias de las mujeres solteras que viven con sus padres dijeron tener problemas con hermanos por desacuerdos y con madres que las regañan mucho.

Los problemas familiares generalmente los resuelven en el seno del hogar; específicamente con su pareja (esposo), a través de la comunicación, ó buscando apoyo de terceros. Raras veces buscan apoyo de otros familiares con los que no conviven.

Entre los problemas con la **vecindad**, se mencionaron “los niños que juegan y luego se pelean y las madres salen a defenderlos”; los perros de los vecinos que pasan en la calle y revuelven la basura; relaciones amorosas de hijos e hijas con hijos de vecinos, no aprobadas por los padres; por préstamos a los vecinos que luego no quieren pagar. Varias manifestaron tener buenas relaciones con los vecinos.

Los problemas los resuelven en su mayoría ellas mismas hablando con los vecinos por las buenas y “en algunos casos por las malas”, otras los resuelven negándoles el habla o evitándoles; la mayoría tratan de no involucrarse con los vecinos para evitar problemas; en casos extremos acuden a la autoridad.

En cuanto a **trabajo**, la mayoría no recibe remuneración en vista que se dedican a oficios domésticos, tal como se planteó anteriormente. Entre las razones por las que no trabajan mencionaron la falta de fuentes de trabajo, la

marginación y discriminación por su condición de mujer y por su edad, pues solo emplean mujeres jóvenes menores de 30 años; la presencia en el hogar de familiares discapacitados a los que deben cuidar. Varias mujeres aparte de sus labores en el hogar tienen que cumplir un número de horas de trabajo, requisito para la adjudicación de su casa.

Los problemas que encuentran las mujeres que trabajan fuera del hogar están relacionados a la doble función de la mujer como madre y su responsabilidad en el trabajo asalariado; al no tener quien les cuide los niños menores, algunas dejan a los pequeños solos durante la jornada laboral; el poco acceso a trabajos permanentes y a una remuneración justa por su baja escolaridad.

Los problemas **económicos** fueron los más mencionados; además de los ya citados, la mayoría se quejó de que las viviendas carecen de los enseres domésticos básicos para proporcionar comodidad y confort como ser, camas, sillas, refrigeradora, utensilios de cocina y otros. Algunas indicaron preocupación, pues ya se observa la prostitución ejercida en forma clandestina, debido a tanta necesidad insatisfecha. Otras manifestaron que aun cuando tienen escuela y colegio tienen muchas limitantes para matricular a sus hijas e hijos y mantenerlos allí, por no poder comprar los libros que son muy costosos, llegando al extremo que los niños asisten a la escuela sin desayunar por falta de alimentos, aparte de ello carecen del programa de merienda escolar y llegan a la casa al mediodía a comer tortilla con sal y a veces con frijoles; reflejándose en baja atención, bajo rendimiento escolar y desnutrición.

En relación a **salud** las mujeres refirieron padecer de gastritis, problemas del tracto respiratorio, (gripes, bronquitis, asma, amigdalitis), diabetes, hipertensión arterial, alergias, artritis, entre otros. Además mencionaron problemas de los familiares como alcoholismo de la pareja; epilepsia, fiebres, trastornos dermatológicos, respiratorios y cardíacos, discapacidad en hijos e hijas; algunas manifestaron tener buena salud.

La mayoría resuelven estos problemas asistiendo al Centro de Salud de la localidad, pero al mismo tiempo expresaron que solo hay un médico y una enfermera, lo que no es suficiente para atender a toda la población; una minoría refirió que asiste al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

El problema **ambiental** que prevalece según las entrevistadas, es que no tienen como deshacerse de los desechos sólidos, pues solo una vez a la semana llega el tren de aseo; otro es, la plaga de zancudos y moscas, agravado por la cercanía de granjas avícolas. Estos problemas, los resuelven parcialmente algunas familias, pagando para que el tren de aseo lleve la basura a un costo de L. 5.00 por bolsa, o quemándola; la plaga de insectos se trata de combatir a través de fumigaciones, servicio que pagan al Centro de Salud, pero como la carencia de dinero es relevante el problema persiste.

Además de los problemas propios de las mujeres, existen otros que afectan a toda la comunidad, que repercuten en su bienestar, entre ellos: el acceso geográfico; el transporte más utilizado es el autobús que demora más o menos una hora en el trayecto a la Capital a un costo oneroso según opinión de las entrevistadas, a parte de ello es inseguro por asaltos frecuentes. Otra situación que dificulta el desarrollo y trabajo de esta comunidad es la discriminación de que son objeto sus habitantes, por parte de las poblaciones aledañas, por considerarlos como personas delincuentes, y por tanto representan una amenaza.

En cuanto a la toma de decisiones y algunos derechos propios de la mujer, se manifestaron diciendo “quien da el dinero es el que tiene el poder”; sin embargo ellas deciden sobre aspectos del hogar como la compra y preparación de alimentos, el cuidado de los hijos; si tiene pareja conjuntamente deciden sobre algunos aspectos relacionados con la planificación de la familia y el aspecto religioso. En el caso de las madres solteras son ellas quienes toman las decisiones.

Al priorizar los **problemas según importancia**, la mayoría ubicó en primer lugar la disposición de basuras, pues afecta a toda la comunidad. En segundo lugar mencionaron la falta de trabajo, que es el que más les preocupa, pues no encuentran como resolverlo y en tercer lugar la plaga de moscas y zancudos.

Al analizar si la problemática de las mujeres es similar a la de los hombres según percepción femenina, manifestaron que existen diferencias, pues los hombres no pasan en la casa, a otros les importa poco ó no se enteran de los mismos. Algunos problemas son comunes porque afecta a todos como los ambientales.

Oportunidades, Limitaciones y Expectativas

A pesar de que existen algunos centros comunitarios, guarderías infantiles, asilo de ancianos, y una amplia participación de grupos comunitarios como el patronato y voluntarios de salud, cooperativas de locatarios del mercado, organizaciones e instituciones como la Cruz Roja Suiza, Cruz Roja Americana, Cooperación Española y la Organización para el Desarrollo Investigación Salud en Honduras (ODISH), las mujeres no perciben estos apoyos, ya que un 85% manifestó no tener ningún apoyo y el 15% dijo tenerlo de otros familiares.

Las oportunidades de capacitación en la comunidad no son para todas, algunas manifestaron no tener ninguna. Otras dijeron que las tienen a través de varias instituciones como el PRAF, los partidos políticos, voluntarios de salud, INFOP. La institución que más apoyo les brinda es INFOP con cursos de electricidad y estructuras metálicas. La escuela nocturna les ha brindado cursos de cocina, repostería y panadería, así como de corte y confección; para realizar algunas de estas actividades han tenido que movilizarse a otros lugares como Zambrano, el mercado local y Tegucigalpa, lo que limita su asistencia por el transporte. Algunas de las mujeres no han tenido oportunidades de capacitación debido a falta de tiempo, horarios poco accesibles, no tener quien cuide a los niños/as, falta de dinero para la movilización, porque la abandonó el esposo o compañero, por tener poca capacidad de aprendizaje, porque son dirigidos solo a jóvenes y a otras no les interesan los cursos que ofrecen.

Las principales actividades de recreación expresadas por las mujeres de Ciudad España son ir a la iglesia, nadar en el río, llevar los hijos al parque, bailar, hacer caricaturas, ayudar en el centro de salud; una tercera parte de las mujeres contestó no tener actividades de recreación.

Expectativas

Las mujeres de Ciudad España expresan tener expectativas de diferente índole; algunas son generales para la comunidad y otras personales para su propio desarrollo.

Entre las de **índole general** destacan:

- ✍ Fuentes de trabajo como maquilas.
- ✍ Más médicos y enfermeras en el CESAMO.
- ✍ Una ambulancia para transportar enfermos a bajo costo
- ✍ Disponer de recursos preparados en caso de emergencias (primeros auxilios).
- ✍ Creación de estación de bomberos
- ✍ Proyectos en cultivo de hortalizas
- ✍ Cultivo de plantas medicinales en la casa
- Reforestación de áreas de recreación y bosques aledaños.

A pesar de las numerosas necesidades y problemas manifestados ellas tienen el optimismo de que encontrarán alguna respuesta en personas, organismos e instituciones para que mediante un trabajo mancomunado puedan mejorar sus condiciones de vida.

De **índole personal**, destacaron:

- ✍ Tener un trabajo, manifestado por la mayoría.
- ✍ Aprender un oficio, a través de capacitación en aspectos como: corte y confección, repostería, manualidades, computación, belleza, piñatas, sexualidad, cocina, primeros auxilios. relaciones interpersonales, autoestima
- ✍ Algunas mencionaron tener una profesión universitaria, ser abogada, doctora, enfermera, maestra universitaria.
- ✍ Terminar los estudios
- ✍ Casarse, tener un hogar e hijos
- Ser feliz

Al indagar sobre **si habían cumplido las expectativas** ó metas de vida que se plantearon en la juventud, algunas mencionaron haberlas logrado: ser madre, costurera, maestra, casarse, tener un hogar y una vivienda. Varias mujeres dijeron no haberlas alcanzado-logrado.

En relación a las aspiraciones que les gustaría que aún se cumplieran, las respuestas fueron que ya no importaba, otras dijeron el mejorar la educación,

oficio que aprendió, tener un trabajo fijo, poner su propio negocio, vivir bien, tener larga vida, trabajar en educación superior

Pocas de las mujeres manifiestan que ya cumplieron su sueño como el tener una casa y tener un trabajo fijo.

Para **lograr las aspiraciones** ellas expresaron que necesitaban dinero, apoyo para el cuidado de los niños, que las capacitaciones se las den en la colonia, flexibilidad de horarios, tener medio de transporte, accesibilidad, tiempo, decisión, fuerza de voluntad, seguir estudiando, tener trabajo, ya no puede por su edad, una persona discapacitada dijo le gustaría recibir apoyo psicológico, amor por parte de sus hijos.

Discusión

Las mujeres en Ciudad España presentan situación similar al contexto nacional, tienen un promedio de 3 hijos, baja escolaridad y analfabetismo sobre todo en mujeres de mayor edad, pese a los avances a través de la historia y los logros en Honduras con la aprobación de las diferentes leyes continúan absorbidas en las labores domésticas del hogar, de los hijos, del compañero o esposo, sin ocuparse de su cuidado, de su desarrollo personal y resignadas a la suerte que les ha tocado.

Las labores de cuidado y sostenimiento de la vida no son tareas despreciables, sino que son trabajos poco valorados, creemos que porque son las mujeres quienes los realizan, porque no se ve el trabajo realizado, no tiene horario, ni tiene fin, pero si se deja de realizar es un desastre; es preciso entonces reconocer su valor como trabajo imprescindible y necesario para la familia y la sociedad.

Es necesario desarrollar políticas sociales que vengán a corregir las desigualdades existentes, y cambiar la actitud de los hombres para que estas tareas se aborden desde la reciprocidad y responsabilidad de hombres y mujeres.

Las responsabilidades que no han asumido los hombres en el ámbito doméstico (crianza de hijos, cuidado de enfermos, labores culinarias y de limpieza...) impiden a las mujeres acceder a una verdadera igualdad de oportunidades, de crecer como profesionales.



La condición económica precaria de extrema pobreza ligada al bajo nivel de educación formal como informal, lo que a la vez está determinado por la falta de acceso en sus diferentes contextos, al trabajo reproductivo y doméstico que no reporta ningún ingreso económico; es lo que más afecta a las mujeres en Ciudad España. Este problema prioritario contribuye a invisualizar otros conflictos o sea que si las necesidades básicas no son satisfechas es difícil pretender que se tengan otras expectativas, sin embargo las mujeres plantearon tener aspiraciones tanto generales como individuales.

Algunas mujeres indicaron que reciben maltrato por parte del marido, es probable que el problema sea mas frecuente pero que las mujeres tienen miedo a denunciar a los hombres que las agreden, porque no disponen de independencia, ni de medios económicos con que vivir ellas y sus hijas e hijos y terminan aceptando su suerte, otras porque creen que se lo merecen y que el marido tiene derecho a castigarlas.

Creemos que la violencia sobre las mujeres no acabará en tanto no se adopten compromisos en los aspectos: educativo, jurídico, político y social; en tanto la tolerancia social permita a los agresores seguir en sus puestos y en sus casas impunemente.

Las mujeres consideran que los problemas de los hombres son diferentes a los de ellas porque éstos no permanecen en las casas y como no los viven tienen poco interés en resolverlos.

Una limitante es que las fuentes de trabajo se encuentran fuera de la comunidad y ello implica transporte y que se presentan más oportunidades para los hombres que para las mujeres. Por otro lado, la recreación es muy limitada o llaman recrearse a actividades del diario vivir como el asistir a la iglesia y la convivencia familiar.

Las expectativas de las mujeres en ciudad España en general se centran en función de suplir necesidades básicas de subsistencia, de índole familiar y del entorno y en menor cuantía están pensando en realizarse como personas y como mujeres, creemos que es la conducta típica de la mujer hondureña de pensar más en los demás que en ella misma, de tener baja estima que se manifiesta entre otras en encasas metas de vida.

Se considera que hay un potencial para mejorar el nivel de desarrollo de Ciudad España, ya que existen

grupos organizados, instituciones nacionales e internacionales cooperantes, un trabajo colectivo y centros de apoyo que realizando un trabajo en equipo, podría contribuir al desarrollo siempre y cuando la población esté consiente de la situación y exista un interés genuino por avanzar a través de planes, programas y proyectos de desarrollo, fortalecer la educación de tipo formal como informal considerada como la puerta de entrada para el desarrollo. Además, los problemas de las mujeres son problemas que afectan a todas/os y por tanto se debe aunar esfuerzos para que logren una vida plena de calidad, con igualdad de oportunidades.

Agradecimientos:

Damos las gracias a la Lic. Trinidad Vásquez e Kafati y a las estudiantes de Enfermería y Sociedad I, matriculadas en el primer período 2005 por la colaboración brindada en la recolección de la información. Además, expresamos nuestra gratitud a las mujeres en Ciudad España; a Nubia Laínez, voluntaria de salud y Sofia Rosales, trabajadora social de la ODISH, al Departamento de Salud Pública por su colaboración oportuna. Sin estos valiosos aportes no hubiese sido posible el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel Alvarez, Ana. El periódico Feminista de mujeres en Red. El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación: el caso de la violencia contra las mujeres. México 2004.
2. Harding, S. ¿Who Science. Whose knowledge?, Ithaca, Cornell University Press 1991.

3. Mellucci, A. ¿qué hay de nuevo en “los nuevos movimientos sociales”?, Madrid España. 1994.
4. Ruiz M/IMAC. Problemas más frecuentes de las mujeres en el DF México, DF, (IMAC) 2000.
5. Fondo de población de las Naciones Unidas. Equidad de género y salud, Modulo 2. (UNFPA). Washington 2001.
6. Honduras. Secretaría de Salud. La Secretaría. Salud en Cifras. 2001.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. La población en el siglo XXI. Washington PNUAD 1997.
8. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, , Honduras 2003.
9. (Centro de Estadísticas de Población para América latina. Estadísticas de género indicadores regionales: Educación. (CEPAL) Enero 2005.
10. Instituto Nacional de Estadísticas. (INE) Situación de la mujer, 2000.
11. Honduras. Secretaria de Salud Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF), Tegucigalpa la Secretaría, 2001.
12. The National Women’s Health Information Center. Preguntas frecuentes acerca de los problemas médicos de las mujeres Estadounidense de origen hispano . (en línea) Consultado 14 de Septiembre del 2005.
13. Dos de cada tres madres viven en unión libre. Honduras.”La Tribuna”, 15 de Mayo 2005.
14. OPS. Información de prensa. Washington, DC, 2002.



ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA MUJER.

**DANIEL HERRERA SALINAS.*

PRIMERAPARTE

PALABRAS CLAVES:

Mujer, medicina psicosomática, psicopatología.

****Dirección: Hospital Psiquiátrico
"Doctor Mario Mendoza"
Calle La Salud, Colonia Miramontes.
Tegucigalpa, Honduras.
danielherrera_salinas@hotmail.com***

*Médico Psiquiatra. Sub-especialidad en
Medicina Psicosomática.
Profesor Titular III. Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se considera una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que permiten transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud. Como aspecto principal se destacan las complejas formas de presentación de la patología que nos lleva a confusiones y errores.

INTRODUCCIÓN

La atención a la mujer se ha caracterizado por la focalización en el cuerpo, dejando por fuera el psiquismo femenino. En este artículo se pretende aportar criterios, conceptos y conocimientos que sirvan para lograr una prestación integral, de tal manera que la práctica médica supere sus deficiencias y evolucione hacia el desarrollo de un nivel que permita superar las cosificaciones que históricamente han caracterizado un ejercicio de la medicina que carga con los vicios de la deshumanización.

Este trabajo es polémico en tanto busca socavar el basamento de una ideología médica que ha tomado como “cosa” a la mujer, rebatiendo todo un conjunto conceptual que tiende a desconocer la especificidad de la problemática que subyace en torno a la atención de la ginecología y la obstetricia.

El propósito es brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se pone en consideración una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que han permitido transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar un cúmulo de deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud.

Estas experiencias se derivan de estudios de pregrado en la Facultad de Ciencias Médicas en Honduras, de postgrado en el Policlínico “Evita” de Lanús Oeste y en el Instituto de Investigaciones Médicas “Doctor Alfredo Lanari”, en Argentina y de mi práctica profesional en Honduras.

A través de la cátedra de Medicina Psicosomática, se ha podido constatar los enfoques distorsionados relativos a la atención a la mujer y el cambio de actitud del estudiante en sus actividades asistenciales, para lograr mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, a donde acuden las mujeres y de esta manera alcanzar un perfil profesional mucho más evolucionado de las nuevas generaciones médicas.

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA MUJER.

El matrimonio es en algunas ocasiones, el espacio de destrucción de la mujer.

Es el lugar del despojo, las leyes divinas establecen la sujeción a su marido.

El hombre la saca de la estructura de sometimiento del hogar de los padres de ella. La aspiración de una vida de libertad y de realización forma parte del idilio.

Los criterios de selección de la pareja son endebles en la medida que aparecen obnubilados por otras premuras:

1.- La habilitación para la vida sexual. Nuestra cultura prohíbe, vía estamento religioso, el coito pre-nupcial. El ímpetu del deseo da conciencia a los jóvenes de su presteza para vivir el sexo, convirtiéndose el coito pre-nupcial en pecado que necesita exorcizarse vía sacramento. La premura nupcial se aumenta si surge un imprevisto embarazo.

2.- Como un escape del núcleo familiar: Nuestra población está asentada en hogares carenciados: Ausencia del padre, frustración de la madre, miseria económica, violencia y desprecio hacia los hijos, abusos sexuales del padrastro. Esto provoca la vivencia en los hijos del hogar como ámbito insoportable. Se trata entonces de escapar sin reflexionar, cómo, ni con quién, ni hacia adónde.

3.- Como un contrato comercial para ascender económicamente: En una sociedad de escasa movilidad social, el casarse con un hombre que posea potencial o real base económica, puede llevar a la mujer a encontrar un aliciente en su elección. Los riesgos para la mujer se darán en la medida que el matrimonio se convierta en un obstáculo para el desarrollo personal de ella.

SOCIEDAD FALOCENTRICA: Nuestra sociedad “reifica” a los poseedores del pene, convirtiéndolo en el falo, entendido este como el significante de los significantes, el valor supremo, eje y organizador. De allí surge una división social, los que lo tienen y los que carecen.

El psiquismo freudiano ubica a la mujer en un movimiento desde el deseo del pene. Serlo o poseerlo. Serlo como mujer fálica, en tanto cree ocupar el lugar del “reificado”, a quien habrá de



castrarlo o, renunciar a la fantasía de la conversión clítoris-pene, aceptarse castrada, sexualizar su cavidad vaginal, para desear desde allí ser penetrada y gozar el pene.

Para esta “reificación” el hombre debe contar con el apoyo social, fundamentalmente con la madre, constructora de futuros verdugos; incluso la niña comenzará a vivir sus postergaciones: alimentación menos calificada, no prioritaria en los estudios, sin ceremonial de nacimiento, más con sabor a luto.

VIRGINIDAD Y VALOR DE USO: Los padres cuidan angustiosamente la virginidad de sus hijas, presionados por las leyes que rigen el mercado de valores. Un artículo posee mayor valor en tanto no haya sido usado.

La vida de la mujer cursara entre la tentación, el deseo y la prohibición. Una exigencia social y familiar es ser tan pura como la virgen, auxiliada por la represión. Necesita establecer una amplia red que atrape los impulsos libidinales. Freno de los afectos, educación para la negación de la sexualidad.

VIOLENCIA CONYUGAL: Violencia mutua, pero predominante del hombre a la mujer. El desarrollo histórico ha llevado a concentrar la fuerza física en el hombre, y la debilidad en la mujer. En la lucha con la frustración conyugal, queda la fuerza física como recurso masculino. En el matrimonio se continúa la cadena sometedor-sometido.

Esta lucha puede resolverse a golpes. Alguien tiene que vencer y someterse, el poder ser hegemónico en un polo. El hombre reificado cree de derecho natural que la mujer “se sujete a su marido”, con esta consigna la sacramentaron. Desde la perspectiva de la propiedad, ella es “de él”. Ella pasa de persona a cosa. Si él la vive como cosa, nada la detendrá para golpearla, vejarla, humillarla. No le registra como alguien, es algo.

Ya asumida como cosa, su rol de miseria doméstica queda establecido. A estas alturas se habrá dado la renuncia a un propio proyecto de vida.

EMBARAZO NO DESEADO: ¿Por qué se embarazan, sin desearlo, las profesionales y las estudiantes universitarias?, es fácil apoyarse en la ignorancia, cuando analizamos a las campesinas, pero en grupos de mujeres intelectuales, acuden factores menos evidentes. Como se dijo anteriormente, la represión sexual, temor al coito y el deseo de tenerlo. Puerta a la ambivalencia. El acto pierde conciencia y reflexión, se realiza como acto cargado de impulsividad, se niega en el registro

psíquico. Si el coito se goza, habrá que castigarlo con embarazo no contextualizado. Si fue oculto, el embarazo lo hará evidente.

Otra motivación en el embarazo no deseado es la deliberada decisión de la mujer de tener su hijo, sin entrar a la caja negra del matrimonio. Si en la cadena histórica el hombre es un verdugo, al no articularse en matrimonio, se libraría del daño.

VIDA INTERNA DE LA MUJER: El interior es particularmente especial. Ella es la única que puede contener, es básicamente continente del semen en su vagina, del hijo en el útero (guarda, cuida, protege), en tanto en el hombre predominan las tendencias expulsivas y centrífugas. También ella siente la necesidad de atrapar al hombre. Este interior femenino está relacionado con una conciencia somática de potencial productivo, fundamental en la identidad femenina (1). La mujer recibe a su pareja para mantenerla con y dentro de ella. Esto puede explicar por qué la mujer tiene un mayor sufrimiento en las rupturas vinculares.

Nuevas investigaciones avalan esta fuerza centripeta femenina. Se ha demostrado la función succionadora de la vagina durante el coito y la capacidad de atraer activamente hacia si, del óvulo hacia el espermatozoide, el cual no deambula al azar ni solo por sus propios movimientos, sino que al entrar a la vagina es controlado por energía tele-dirigida por el óvulo. Quizás la necesidad interna de la mujer de atraer esté biológicamente determinada. Así, un motor importante en el deseo del coito, es sentir llenado el vacío vaginal por el pene, de hecho el orgasmo vaginal sin el pene presente puede provocar una sensación de dolor, frustración, e incompletud (Hite).

Según Erikson existe una conciencia somática del potencial productivo, espacio interior destinado al cuidado de infantes. Sin embargo, no todo lo femenino puede deducirse de su estructura anatómica, ya que los homosexuales varones son femeninos, con un cuerpo de varón y las homosexuales mujeres en ocasiones toman características de hombre.

El concepto de avance por etapas de Erikson, hace pensar que la mujer no podría progresar hacia la intimidad con un hombre si no ha resuelto aspectos del espacio interno, logrando conectarse con su espacio interior.

Las mujeres embarazadas logran la vivencia del real llenado de su interior. El post parto reactualizará este vacío. La mujer moderna también está movilizada por el espacio exterior de logros profesionales, laborales, fama, en detrimento de su espacio interior.

GOCE Y PROCREACIÓN: La capacidad orgásmica es un reflejo del grado de identidad sexual. Las defensas frente al placer (frigidez, vaginismo, homosexualidad, dispareunia) evidencian trastornos en la identidad sexual, que pueden dificultar o impedir el embarazo, pero no axiomáticamente. De hecho conocemos madres homosexuales y frías que lograron embarazarse en momentos en los que falló el dispositivo esterilizante intrínseco (DEI) (estados confusionales o de menor represión provocado por sustancias psicoactivas como el alcohol).

Llamaré *Dispositivo Esterilizante Intrínseco* (DEI), al conjunto de factores que pueden ser responsables de esterilidad, o infertilidad. Este dispositivo es dinámico, activo. No incluye aquellos factores permanentes como los daños totales de órganos de la reproducción. El DEI se da tanto en el hombre como en la mujer, aunque en ella está mejor estudiado y es más complejo.

El DEI está constituido por : la virginidad, la frigidez, el vaginismo, la vagina expulsa, la dispareunia, la barrera antiespermatozoides del cervix (medio hostil), el pH vaginal hostil, el peristaltismo aumentado de la mucosa uterina y tubárica, espasmos tubáricos, ciclos anovulatorios de la mucosa uterina y tubárica, disfunción hormonal en el eje hipotálamo-hipófisisovario, oligospermia, alteración del ciclo de la fructuosa en el semen, cambios en el pH seminal, disfunción eréctil, eyaculación precoz , freno eyaculatorio y todo aquel otro factor capaz de sufrir alteraciones por los fenómenos psíquicos. En la eyaculación retrograda el semen se deposita en la vejiga y sale a través de la micción.

La excitación del fondo del saco vaginal en el coito y el orgasmo, desencadena la liberación de oxitocina por el hipotálamo, lo que provoca un aumento del peristaltismo uterino y el rápido ascenso del semen. Existen fuerzas magnéticas de los óvulos que teledirigen a los espermatozoides. Las mujeres

anorgásmicas suelen sufrir de vagina expulsa, donde el semen se derrama de la vagina.

Históricamente y a través de la mitología, el hombre no ha estado relacionado con la concepción. No siempre ha sido considerado como necesario para que nazca un hijo.

La mujer ha sido colocada bajo influjos cósmicos (la luna), o su contacto con objetos en los cuales se deposita la virtud fecunda, el onix de la Virgen de Montserrat en Barcelona, o el Dolmen CreuzMoguen de Carnac o en la serpiente de la India.

Si las creencias populares depositaron la fertilidad exclusivamente en la mujer, también la infertilidad ha sido colocada solo en ellas, como lo demuestra la historia bíblica de Raquel, Sarah, Rebeca y la parábola de la higuera estéril, que sufre la ira divina por no dar fruto.

La deidad Yemanjá de San Salvador de Bahía, Brasil, señora de la concepción, caracterizada por sus prominentes pechos, es la depositaria de la fertilidad de miles de mujeres brasileñas. El carnaval está acompañado de disolución moral. Orgía colectiva para poder desencadenar lo atado como infértil, momento disoluto que inaugura el nacimiento.

Alejandro Magno al derrotar a Darío celebró con 92 heteras.

La persecución contra la sexualidad tiene figuras femeninas destacadas. Frente a los deseos prohibidos, Cristina de Saint Trond se ató a una rueda, se hizo colgar en un cadalso junto a un cadáver, haciéndose enterrar parcialmente en una tumba.

El chemise cagoule fue un camisón totalmente cerrado para aislar el cuerpo femenino de toda tentación. La Difunta Correa, madre mitológica de la provincia de San Juan, Argentina, muere por el calor del desierto, prendiéndose su hijo a sus pechos lácteos. Las mujeres estériles suben de rodillas a su montañoso templo, llevándole agua para calmar su sed. Tanto para el hombre como para la mujer, resulta factible separar goce sexual de la procreación, aunque en mujeres con mayor grado de represión pueden bloquear los recursos anticonceptivos y quedar el embarazo como castigo por gozar.

También existe la esterilidad selectiva con un

determinado “otro” de la pareja y al darse el coito con una persona distinta se logra el embarazo.

Julia de 34 años casada hace 7, ha presentado 3 abortos espontáneos. Se considera muy enfermiza. En los dos últimos años le han tratado por TBC pulmonar y epilepsia.

En su último año se describe con tristeza y llanto. Es infeliz con su marido, el cual es alcohólico y la insulta por “no darle un hijo”, tiene encuentros sexuales con diversas mujeres y dice tener varios hijos con ellas. Durante el transcurso de la psicoterapia ella se divorcia, un año después se casa nuevamente. Su pareja es un hombre afectuoso y protector, con quien procrea 3 hijos. En Julia los abortos expresaban el profundo rechazo a su marido y la intolerancia a tener dentro de ella algo de él. Su útero tuvo el suficiente poder selectivo para retener lo amado como experiencia de pareja.

PERTURBACIONES DEL CICLO MENSTRUAL.

MENARQUIA.

La primera menstruación implica para el grupo familiar la puesta en escena de la sexualidad más madura de la niña. Movilizará diversos conflictos de sus componentes familiares y permitirá un otro momento de despliegue de la ideología familiar en torno a la temática sexual. Unos padres abominadores de la sexualidad, vivirán la primera menstruación como la aparición de la condición del pecado. Ello puede explicar la falta de información desde los padres hacia su hija, la cual quedará a expensas de deformadoras versiones, como vivirla como una herida deshonrosa, experimentada a ocultas y con vergüenza, reforzado por el asco de los padres frente al menstuo, terreno abonado para la dismenorrea.

Es propia de las parejas jóvenes la agobiante duda por retrasos menstruales, que los lleva presurosos a las pruebas de embarazo. Pequeñas, frecuentes, leves y angustiantes pseudociesis, fantasmagóricas y penosas incertidumbres que acompañan a los novios jóvenes.

DISMENORREA.

La dismenorrea provoca entre un 5 a un 15 % del ausentismo laboral femenino y es experimentada

por el 50% de las mujeres en edad fértil. Las causas orgánicas suelen ser endometriosis, esclerosis ovárica y retroversión uterina. El dolor puede aparecer antes de la menstruación, el primer día, o a su finalización. El dolor es espasmódico por cólicos uterinos similares a los del parto. Puede estar acompañada por otros síntomas como cefaleas, náuseas y vómitos. La hipoplasia uterina puede aparecer posterior a un parto. König postula que esta hipoplasia es una manifestación psicosomática de una adolescencia tardía. Wittkover y Wilson(2), sostienen que la dismenorrea es un problema de aceptación de la feminidad, en tanto Hélène Michel Wolfromm nos llamó la atención con su concepto del modelo doloroso menstrual del conjunto femenino familiar, clasificando la dismenorrea dentro de las “mini- histerias”. El 67% de las hijas cuyas madres no padecen dismenorrea, no sufren de dolor premenstrual. Es más frecuente en mujeres infantiles e histéricas que aceptan mal su feminidad. Que “psicosomatizan” sus conflictos psíquicos. Las masoquistas que viven con dolor su actividad genital, convierten en dispareunia las huellas de la desfloración, el embarazo en algias pélvicas.

SÍNDROME DE TENSION PREMENSTRUAL (STP).

Descrito por Laymeyer (1939) como un conjunto de síntomas previos a la menstruación, que incluyen calambres, diarrea, náuseas, cefaleas. Los pacientes requieren dormir más, sufren de crisis emocionales, llanto, a veces se aíslan y tienen que permanecer postradas. Hay ansiedad, ira, malas relaciones interpersonales, irritabilidad, dificultad para concentrarse, olvido, disminución del juicio, descoordinación motora y mayor riesgo de accidentes, inflamación dolorosa de los senos, retención de líquidos en el abdomen por aumento de la aldosterona y estreñimiento.

Una hipótesis explicativa está basada en que durante el STP se produce hiperfagia, con incremento calórico y aumento de los valores de β -endorfinas, progesterona y prostaglandinas, las que a su vez aumentan la motilidad intestinal con diarrea, náuseas y vómitos.

Las prostaglandinas disminuyen en la fase proliferativa y se elevan en la menstruación, al bajar la progesterona. En los 10 días previos a la menstruación, existe un incremento de 500 calorías diarias, con un fuerte deseo de comer dulces.

Estudios experimentales demuestran una relación directa entre altos niveles de β -endorfinas y obesidad. El STP es más severo entre mayor edad tiene la mujer.

DOLOR PÉLVICO.

A continuación los factores contribuyentes en este tipo de dolor:

1. El persecutorio: Ser dañada y destruida desde el ovario. El fantasma persecutorio se alojó y mordió desde los anexos. Su búsqueda quirúrgica es un “concretismo”, en tanto él habita en la imagen inconsciente del cuerpo. El dolor desapareció por satisfacción del masoquismo femenino.
- 2.- Las fallas en la identidad sexual: Aparece en ella diversas manifestaciones de malestar por ser mujer (dismenorrea, dificultad en constituir una pareja heterosexual y procrear).
3. El sufrimiento por ser mujer: “Así, la más profunda raíz del masoquismo femenino parecería ser el temor de la mujer a objetos peligrosos que ella ha internalizado y su masoquismo no sería otra cosa, que sus instintos sádicos vueltos contra aquellos objetos internalizados” (3). Las algias suelen ser referidas a zonas específicas y estar asociadas a frigidez (4).

AMENORREAS PSICÓGENAS.

Pueden asociarse a anorexia nerviosa u obesidad. Es desencadenada por brusca pérdida de la libertad (encarcelamiento, secuestros, campos de concentración y violación). Los ginecólogos nazis observaron la frecuencia de estas amenorreas, con veloz envejecimiento y menopausia precoz, en las prisioneras condenadas a muerte. Stieve informó que 68 días después de su prisión presentaban adelgazamiento de su mucosa endometrial, con ovarios climatéricos.

Las amenorreas han sido observables en adolescentes que son internadas fuera de su hogar. Suelen tener un apego excesivo a su madre y al grupo familiar, de tal manera que la separación determina la disfunción de su ciclo, viviendo una disociación entre su cuerpo y sus afectos, los que parecen negados (factor alexitímico). Prevalece entre los 16 a 25 años de edad.

Las hipomenorreas pueden presentarse en períodos de aprehensión, cautela y retracción, en donde el escaso sangrado aparece como condicionado a la

tendencia a “guardarse”, con repliegue sobre sí misma.

Existen tres formas clínicas:

- ✍ Amenorrea con obesidad, bulimia, cefalea, accesos de calor, acrocianosis, constipación, retención de agua, miedo a la sexualidad.
- ✍ Amenorrea con manifestaciones neurovegetativas.
- ✍ Amenorrea con adelgazamiento: Acompañada de síntomas obsesivos y depresivos (establecer diagnóstico diferencial con anorexia mental).

No existen perfiles hormonales establecidos. En su etiología se mezclan factores biológicos y de la personalidad de base.

Los detonantes pueden ser: mudanzas, migración, atentados al pudor, violación, incesto, decepción sentimental, relaciones sexuales culpabilizadas.

METRRORRAGIAS PSICÓGENAS.

Suelen estar asociadas a choques emocionales, con descargas importantes de acetilcolina, o por alternancia adrenalinaacetilcolina, con dilatación brusca de las arteriolas e infarto endometrial. Es predominantemente responsable el sistema nervioso simpático. Otro mecanismo es tensión crónica con hiperplasia de la mucosa, ciclo aluténico o insuficiencia luteínica.

Ellas suelen ser asténicas, con escaso desarrollo de las características sexuales, inmaduras, con rechazo a su feminidad (Deutsch).

PRURITO VULVAR PSICÓGENO.

Un punto de partida inicial es recordar al prurito como la manifestación fisiológica simultánea del placer y el dolor.

Si el deseo de penetración o masturbación no ha sido eficazmente reprimido, puede aparecer tras la búsqueda de sucedáneos médicos como lavativas, óvulos, cremas y sus aplicadores. Ellas suelen ser escrupulosas, fatigadas, inquietas y deprimidas, con alta incidencia en viudas y divorciadas. El rascado puede llevar a infecciones secundarias, erosiones como forma de expiar pecados masturbatorios o deseos prohibidos.

LEUCORREA.

Es una mancha, una marca evocativa que remite a la

Existen mujeres que responden a la inseminación artificial con ciclos anovulatorios. La intolerancia al semen se puede manifestar por anticuerpos anti-espermatozoides a nivel del cérvix, o por alteración en la motilidad de la mucosa uterina y tubárica.

La ambivalencia de la mujer frente al embarazo puede estar determinada por el grado de aceptación que tiene para dedicar tiempo a su hijo, con restricción de sus actividades. Mujeres exitosas, activas con tareas fuera de la casa, independientes, que han considerado vital su trabajo, podrán ver en el embarazo un mayor grado de dependencia al patrón tradicional de la mujer ocupada de las tareas domésticas.

TIPOS DE MUJER ESTÉRIL.

Una tipología nos permite agruparlas así(5):

- 1.- Inmaduras psicológicas y emocionalmente, frágiles, sobreprotegidas, dependientes, reprimidas en su hostilidad (igual que sus madres). Establecen una relación padre-hija con su marido, crónica dificultad de adaptación a las situaciones interpersonales.
- 2.- Mujeres masculinas agresivas.
- 3.- Personalidad inmadura, dependientes, encubiertas por una conducta agresiva y dominante.
- 4.- Mujeres femeninas-eróticas, que temen la maternidad por desfigurarlas, viviéndola con fastidio.
- 5.- Mujeres ansiosas frente a todo cambio.

Deutsch descubrió la fantasía de daño de los órganos procreativos a través de la masturbación. M. Langer (4) ha encontrado miedo inconsciente de ser castigada por la madre por los sentimientos hostiles, inconscientes hacia esta, lo que bloquea la identificación y las funciones reproductoras. El excesivo apego al padre puede hacer vivir la concepción como incestuosa.

Un estudio realizado en Canadá (6), entre 348 mujeres estériles menores de 37 años, clasificadas

en 5 grupos causales:

- Causas tubáricas: 60 %
- Endometriosis: 6.5 %
- Idiopática: 14.4 %
- Factor masculino: 4.1 %
- Factores múltiples: 13.8 %

Los investigadores realizaron el estudio tres meses antes de la fertilización in vitro. Utilizaron la "forma E" de medición de la personalidad de la Escuela del Ambiente Familiar, el Inventario de los Comportamientos Socialmente Sostenidos, la Lista de Cotejos para Evaluar Stress, el Inventario de Estados y Rasgos de Ansiedad y el Inventario sobre Depresión de Beck.

En el grupo de pacientes con factores múltiples y causa tubárica prevaleció el abatimiento. Las pacientes con factor masculino fueron dominantes. En el grupo de factor tubárico prevaleció el sufrimiento, frente al grupo de endometriosis y factor idiopático. En el grupo con endometriosis se observó un mayor grado de exhibición.

En la Escala de Ambiente Familiar, los puntos altos en cohesión y actividad recreativa estuvieron en el grupo funcional. El grupo tubárico y de factor múltiple presentó marcada tendencia autodestructiva, sintiéndose culpables y responsables de la esterilidad, a su vez mostraron altas necesidades nutricias. Las pacientes tubáricas presentaron alto nivel de vigor psíquico.

El grupo de factor masculino presentó mayores niveles de sufrimiento, investidas de poca energía y mayor necesidad de control de sus vidas. Las pacientes con endometriosis mostraron mayor exhibicionismo y extroversión. El grupo orgánico evidenció marcadas tendencias autodestructivas y mayor sufrimiento. El grupo funcional tiende a buscar máxima seguridad y mínimo riesgo, con evitación del daño, alto nivel de cohesión conyugal y apoyo de su compañero.

TRASTORNOS DEL EMBARAZO.

Son comunes los trastornos leves que ellas pueden soportar sin mayores dificultades, expresando un cierto nivel de angustia, manifestada en pesadillas, insomnio, bulimia, irritabilidad del humor, períodos oscilantes entre celos e indiferencia, desborde del deseo sexual, una disminución de las ideas, apatía confinamiento y torpeza.

una reminiscencia a aquellos momentos vividos en la edad infantil.

Muchas conductas evidencian el pasaje por un período de menores defensas y la necesidad de ser atendida como chiquita. El entorno debe motivarse bajo la prioritaria consigna de cuidar a la embarazada y su producto en todo tipo de circunstancia.

EMBARAZO Y MOVILIZACIÓN DE LA PAREJA

El embarazo es una situación que provoca cambios en la estructura de la pareja. Soifer(3), describe diversas reacciones del hombre como respuestas a la vivencia de ser excluido y colocado en el abandono. Estas reacciones pueden pasar por el cuerpo como aparición o incremento de enfermedades psicosomáticas, de sus actividades laborales, religiosas, o la fuga del hogar a través de las adicciones o relaciones extramaritales.

Los celos frente al hijo pueden tener diversas modalidades: desde la sospecha de no ser el padre biológico, hasta la acusación y divorcio por la convicción de haber sido engañado. Una agresión psicótica puede llevar a la agresión física contra la esposa y el feto. Un hombre de 35 años fue internado en un servicio de psiquiatría por amenazar con dar muerte a su hijo, si nacía varón.

En los países pobres observamos la tendencia de una paternidad poco asumida. El marido tiende a no comprometerse con el embarazo, lo registra desde la literal observación de su mujer como única embarazada. Esto se manifiesta por el hecho de asistir ella sola a la cita con el obstetra. Además, ningún patrono admitirá que su empleado requiera permiso para ir al control prenatal y es probable que el médico, sobre todo en la consulta de la asistencia pública, no tenga incorporado la presencia del cuarto (hijo-madre-padre-médico).

La mujer suele enfrentar el embarazo y el parto en soledad. En determinadas circunstancias, puede prevalecer en la mujer más el instinto materno, pero no querer el embarazo desde una relación de pareja. Puede estar determinado por la visión de la pareja como un espacio de sufrimiento y degradación de la mujer.

Se buscará el hijo sin padre al lograr un embarazo en un vínculo inmaduro, donde la procreación no ha sido explicitada y en el cual ambos aparentemente sólo buscaron gozar. Queda la mujer frente a la posibilidad de eliminar al padre biológico de su hijo y poder ella intentar la fantasía de cumplir ambos roles. La necesidad de eliminar el rol paterno se puede dar a través de relaciones con sujetos, con los cuales no quede ningún rastro posterior, o desde la inseminación artificial de dadores anónimos, que incluso excluye todo tipo de relación sexual.

Para la mujer, embarazarse implica también tolerar la instalación en su cuerpo y desde él, de un proceso autónomo que le modificará profundamente por dentro y fuera de su organismo. Además de ser habitada por un ser vivo, que le movilizará diversos afectos y le conectará con aquellos que tuvo frente a su madre embarazada y a sus hermanos, habitantes del cuerpo materno.

Una mujer de 30 años, desarrolla una crisis psicótica en el transcurso de la cual se embaraza. Nos pide saquemos su hijo ya que este viaja por todo el organismo y se place provocándole dolor al tironearle el corazón. En la mujer se movilizarán afectos que pueden basarse en el amor a su hijo y la vivencia de satisfacción y darle las tiernas envolturas que lo protejan y se viva provisto de afectos positivos. Si este hijo es producto de diversos conflictos, puede desencadenar sentimientos persecutorios en la madre, buscando expulsarlo o esconderlo.

En la guardia de cirugía general recibimos una joven de 22 años, cuyo padre demandaba atención para ella por el voluminoso abdomen que le hacía sospechar un tumor, además de la preocupación por los fuertes dolores abdominales que habían empezado ese día. El examen físico nos informó que de emergencia debíamos convertirnos en parteros. El embarazo puede estar acompañado de incertidumbres, vinculadas a no poder ser madres o al temor de morir, en tanto este proceso en desarrollo es autónomo de la voluntad de ella (3).

Los valores actualmente planteados alrededor del embarazo, van a repercutir en su curso. Si ella vive que su gravidez está apoyada por un sólido vínculo con su marido y sus hijos, que recibe un franco y transparente respaldo de sus padres y amistades y para su medio social es un acontecimiento feliz, unido a un adecuado respaldo económico, estaremos dando a la embarazada las óptimas condiciones del entorno (4).

LA MUJER Y LAS INEQUIDADES DE GÉNERO EN SALUD



**María de Lourdes Amador*

INTRODUCCION

Considerando que la salud es producto integral, su abordaje se tiene que realizar desde el punto de vista biopsicosocial ya que existe una mutua relación entre salud y desarrollo. El deterioro de las condiciones de vida aumenta los factores de riesgo en la población y existen situaciones o condiciones diferentes tanto para el hombre como para la mujer con relación a su perfil sanitario. Por ejemplo, la prevalencia de la desnutrición en la niñez, producto de algunos factores culturales que favorecen la alimentación del varón, la limitada capacidad de decisión de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, la doble y hasta triple sobrecarga de trabajo; además del trabajo fuera del hogar, se le asigna como rol de mujer, ser ama de casa, esposa y madre.

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, ofrece a las mujeres la oportunidad histórica de ver reflejada una parte esencial de sus demandas en el Plan de Acción, un compromiso internacional en el que están involucrados todos los Estados firmantes, incluyendo nuestro país Honduras.

La Conferencia plantea que “es condición fundamental del desarrollo elevar el estatus social de las mujeres” (1), en la que precisa entre una serie de aspectos, el reconocimiento de las desventajas universales de las mujeres; la necesidad de lograr relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres; la necesidad de reducir la morbilidad y mortalidad maternas a las que relaciona con las desventajas y discriminación de las mujeres.

* MsC. En Salud Sexual Y Reproductiva. Docente,
Departamento de Educación de Enfermería, FCM
UNAH.

Esto nos obliga a la incorporación de la perspectiva de género en los diferentes sistemas, especialmente en el sistema de salud y el educativo, puesto que el uso indiscriminado y el desconocimiento que existen sobre el género, aun ya adentrados en el siglo XXI, ha contribuido a generar una serie de resistencias y mitos respecto a esta perspectiva. Por ejemplo, se habla de que género es lo mismo que sexo biológico, que género es lo mismo que mujeres, que el empoderamiento de las mujeres significa que ahora ellas van a dominar a los hombres, que la perspectiva de género amenaza el concepto de familia como piedra angular de la sociedad. En tal sentido, necesitamos retomar algunas definiciones:

Género: como categoría social tiene fundamento en lo sociocultural, que hace referencia a atributos y cualidades que nos han entregado y que nos ubican a las mujeres como "femeninas", sumisas, delicadas, frágiles e inferiores, bonitas y tontas y a los varones considerados inteligentes, fuertes, superiores; atributos enajenantes que distancian y crean poderes de unos sobre otras. (2)

La palabra género se utiliza para describir características socialmente determinadas; el sexo describe aquellas que están biológicamente determinadas. Sexo es algo con lo que se nace, mientras que el género es imbuido a través de un proceso de socialización. El sexo no cambia y es constante, mientras que el género y los consecuentes roles de género cambian y varían entre culturas.

En cuanto a la afirmación de que la potenciación o empoderamiento de las mujeres significa que "ahora ellas tendrán el poder para dominar a los hombres" es una absoluta distorsión. Hablar de empoderamiento de las mujeres, se refiere a desarrollar condiciones que les permitan acceder al bienestar y crecimiento personal, que a su vez haga posible cuestionar y transformar las situaciones de injusticia que se viven en diferentes espacios.

El empoderamiento es un potencial para ser utilizado en la planeación del desarrollo de manera que garantice que las necesidades de las mujeres sean abordadas. Para ello tiene que ser definido con precisión tanto en los términos que constituyen el poder como en las especificidades del proceso. Sólo así es un concepto útil como herramienta de análisis y planificación. (3)

Por otra parte género no es sinónimo de mujeres. Esta confusión se ha debido a que la perspectiva de género surgió de los estudios sobre la condición

social de las mujeres, "el género al referirse a un modelo de organización social, toma en cuenta la forma en que la cultura construye los esquemas de masculinidad- feminidad que impactan diferencialmente a varones y mujeres". (3)

En este sentido, es importante aclarar que la lucha de las mujeres no es en contra de los hombres, sino en contra de la opresión y a favor de la equidad.

La perspectiva de género: es una herramienta analítica, cuyo objetivo es destacar la forma en que las construcciones culturales de la masculinidad-feminidad y las condiciones de vida generadas a partir de esta situación, se expresan en la salud de la población, especialmente en la salud reproductiva. Se trata de identificar los factores socioculturales asociados al ser mujer y ser varón, que sistemáticamente tienden a colocar a la mujer en condición de desventaja, afectando negativamente su bienestar, su salud y la de su familia, al mismo tiempo que se convierten en factores de riesgo para la salud de los varones. (3)

Aunque últimamente muchas personas hablan de trabajar con perspectiva de género y hasta existe un mandato de las Naciones Unidas para que todas sus agencias incorporen esta visión en sus respectivos quehaceres, no es un término que se comprenda fácilmente y que sea aceptado sin resistencia debido precisamente a que estamos habituadas/os a la visión androcéntrica (ver al mundo desde lo masculino, tomando al varón de la especie como parámetro o modelo de lo humano), que nos dificulta ver más allá de ella.

Hacer un análisis de un texto o contexto desde la perspectiva de género, significa primero que nada, tener conciencia de que las mujeres por su sexo ocupan un lugar subordinado en nuestra sociedad y que el hombre/ varón por su sexo ocupa un lugar privilegiado. (4)

Esa pertenencia a un grupo subordinado o a uno privilegiado es socialmente importante y debe en todo momento tomarse en cuenta. Es decir que la pertenencia a un sexo es una categoría social que debe formar parte de cualquier análisis de lo social porque, es la naturaleza la que dictamina a que sexo se pertenece, es la sociedad siempre y en todo momento la que dictamina que características y cuántos poderes deben tener uno y otro sexo. (5)

La perspectiva de género no amenaza el concepto de

familia en la cual el hombre ejerce una autoridad sin límite, controla y distribuye los recursos económicos y goza de preeminencia sobre los demás integrantes de la familia. Este modelo de familia organizada jerárquicamente aumenta la inequidad entre varones y mujeres y, puede tener efectos adversos en la salud de todos/as.

La perspectiva de género pretende ampliar el concepto de diferentes tipos de familia, es decir las diversas formas familiares que prevalecen, basado en la realidad social de nuestros países, porque cuando se reconoce únicamente la familia nuclear, (concepto fundamentalista que reconoce solamente aquella que está constituida por padre, madre e hijos/as) se ignora la realidad nacional y la crisis que afecta a toda la sociedad, que hace que cada vez más familias se encuentren bajo jefatura femenina (familia monoparental); o la familia extendida donde además conviven otros parientes como la tía (o), primos/as etc.

La perspectiva de género nos permite reconocer su impacto en:

- ✍ Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud.
- ✍ El estado y determinantes de salud para hombres y mujeres.
- ✍ La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud.
- ✍ El impacto de las políticas y programas de salud. (6)

Equidad: La resolución de inequidades que son innecesarias, evitables e injustas. La equidad es distinta al concepto de la igualdad. No significa una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo. (7)

La Organización Panamericana de la Salud señala que las inequidades de género en salud están concentradas en tres tipos de desajustes: riesgos de salud; necesidades de salud y acceso a los recursos; y, responsabilidades en el sector salud y poder en el trabajo de salud.

1. Riesgos de salud. Las mujeres en parte debido a su función reproductiva, enfrentan un conjunto diferente de riesgos de salud que los hombres:

cotidiana en muchas familias que la mujer consuma la porción más pequeña y de menor calidad de alimento entre los miembros de la familia; prácticas que se inician desde la infancia y tienen consecuencias importantes en la etapa de gestación y etapa lactante, impactando seriamente la salud de la mujer e incidiendo negativamente en la salud del hijo/a. Por ejemplo, al varón, jefe de familia, se le da la mejor y mayor cantidad de comida, siguen en su orden los hijos varones, luego las hijas mujeres y la madre se queda con lo que sobra.

La educación. Aunque el nivel educativo de la mujer y el acceso a la educación han mejorado en las últimas décadas sigue existiendo un alto índice de analfabetismo en la mujer rural en particular, por otra parte el promedio de escolaridad nacional es de tercer grado, en tanto el proceso de globalización mundial plantea un 12 grado como escolaridad mínima. (8)

Oportunidades laborales. Tradicional, social y culturalmente el trabajo efectuado por las mujeres no se ve y no tiene valor; y cuando tiene un ingreso se supone que es complementario al del hombre, por lo que en general es inferiormente remunerado aun cuando la mujer desempeñe el mismo trabajo. Sólo se considera trabajo aquella actividad en cuya relación, media el salario, de ahí que el trabajo doméstico como actividad que produce bienes y servicios y que no tiene horario, ni salario, no es trabajo.

Cuando la mujer no puede trabajar, sus hijos pueden sufrir las consecuencias. La mujer es más propensa que el hombre a gastar sus propios ingresos para el bienestar de la familia mediante la compra de más alimentos, atención médica, útiles escolares y ropa para los niños pequeños. Cuando la mujer es cabeza de familia, las condiciones precarias de su salud pueden ocasionar problemas serios a la familia.

Blanca Guifarro, señala que en sociedades como la nuestra donde las comodidades domésticas tales como lavadora de ropa y de platos, refrigeradora, estufa eléctrica, agua, no existen y donde el Estado no provee los mínimos servicios familiares como guarderías, centros de estimulación temprana, las condiciones físicas y mentales de las mujeres se deterioran aceleradamente, desarrollando trastornos relacionados directamente con el trabajo desempeñado: el estrés, jaquecas, ansiedad, várices, entre otros. (2)

Espacio de toma de decisiones. A partir de los años 90 la participación y movilización de la mujer ha crecido considerablemente, según el resumen de “Mujer y Pobreza” 1997; sin embargo la mujer está poco representada en los organismos de dirección y de organización de nuestro país, así vemos que son escasas las mujeres diputadas, ministras, alcaldesas directoras generales o precandidatas a la presidencia del país.

Pese a constituir la mitad de la población hondureña, la representación de las mujeres en cargos de dirección es ínfima.

En los pocos casos en que la mujer logra tener acceso al ejercicio del poder, su participación está regida por los modelos y valores masculinos dominantes; en tal sentido lejos de hacer uso del “poder” de que goza para “reconstruir la realidad”, para subvertir o cuestionar la subordinación de que es víctima el género al que pertenece, la reproduce y la perpetúa. (9)

Todo lo anterior afecta el propio bienestar de la mujer. La pobreza ejerce un efecto más negativo sobre la salud y la supervivencia de las mujeres, que sobre la de los hombres.

“Mientras la pobreza multiplica por 2 y hasta por 5 el riesgo de muerte prematura entre los varones, entre las mujeres lo multiplica por 4 y hasta por 12”. (7)

La pobreza de las mujeres está directamente relacionada con desigualdades de género en el reparto del poder económico y con la dependencia y sobrecarga que implica la responsabilidad exclusiva de administrar el hogar. (8)

Existe un alto grado de visibilidad de la pobreza en las mujeres, sólo para cifrar un ejemplo, en el sector denominado de economía informal, las mujeres constituyen mayoría, teniendo bajos ingresos, desprotección laboral, inestabilidad y realizan simultáneamente tareas reproductivas al tener que llevar a sus hijos /as menores de edad a trabajar, ya que las opciones de atención y cuidado infantil son muy limitadas. (8)

2. Necesidades de salud. Las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, igualmente debido a su función reproductiva; tienen menos oportunidades de acceder a los recursos materiales que les permiten obtener los recursos necesarios.

En el área de la salud sexual y la reproducción es quizá donde claramente se observa el impacto negativo de las inequidades de género sobre la salud y la posición de las mujeres y en menor grado sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres.

La práctica médica se ha definido por una interpretación de la enfermedad que desestima su articulación con los factores socioculturales y centra la atención en el control específico de un padecimiento o de un proceso, mientras que para las mujeres todas sus condiciones de vida atraviesan sus condiciones de salud.

Los factores emocionales y afectivos casi nunca son considerados aun en situaciones límites, como el diagnóstico de cáncer cervical, cáncer de mamas, VIH/SIDA y aborto, porque con frecuencia el equipo de salud atiende básicamente la dimensión médica del padecimiento. Tampoco se captan asuntos como la violencia contra la mujer, la falta de poder de decisión sobre la regulación de su propia fertilidad o sobre las relaciones sexuales.

3. Responsabilidad en el sector salud. Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con o sin remuneración. Sin embargo, al estar concentradas en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influir la política de salud y la toma de decisiones.

Las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud. Y lo que es tal vez más importante y menos valorado, es que las mujeres son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% de la atención de la salud ocurre fuera de los servicios y esa atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita (campanas de vacunación, detección y tratamiento temprano de enfermedades, atención de los ancianos, de los niños, de los enfermos, de los sanos.) (7)

A pesar de esa contribución las mujeres permanecen en una situación de desventaja dentro del sistema de salud, con más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud.

Muchas investigaciones científicas indican que en todas las sociedades, y pese a los notables avances de la medicina moderna, las mujeres se enferman más que los hombres, hecho que se pone de manifiesto por una mayor incidencia de morbilidades a lo largo de la vida, y por una mayor prevalencia de enfermedades crónicas o de discapacidades a corto y a largo plazo. (10)

En lo que respecta a la salud, las condiciones de género determinan actitudes, conductas y actividades que llevan a riesgos específicos y

diversos grados de acceso a los servicios de salud: en efecto, durante el proceso de socialización se internalizan expectativas diferenciadas entre hombres y mujeres sobre cómo ser, cómo actuar, que propician distintas actitudes y conductas de riesgo para su salud física y mental. (11)

En el campo de la salud reproductiva las ventajas o desventajas se pueden medir en función de las probabilidades de contraer enfermedades previsible o de morir a causa de éstas, por otra parte las condiciones de vida generan mayor vulnerabilidad para las mujeres.

Existen factores anatómico-fisiológicos que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a las infecciones, pero son los factores sociales los elementos determinantes en el aumento acelerado de mujeres infectadas. Es decir, a los factores biológicos que aumentan el riesgo de contagio en las mujeres, se añaden ciertos elementos culturales que incrementan su vulnerabilidad como los roles genéricos tradicionales, la falta de poder social y el sometimiento a su pareja.

La situación de desigualdad que vive la mujer frente al varón en todos los espacios de vida, es factor que aumenta su posibilidad de contagio. (12)

Entre las estrategias reconocidas y difundidas para disminuir el riesgo del VIH/SIDA se encuentra en primer lugar el uso del condón y la disminución de parejas sexuales, sin embargo las mujeres en general, no están en condiciones de negociar con los hombres el uso del condón cuando éste se niega a hacerlo, por una parte porque puede poner en peligro su relación de pareja, por otra por el temor de perder su apoyo económico y porque en la mayoría de las ocasiones no pueden enfrentar la violencia que esa petición puede generar.

A su vez la devaluación social de lo femenino y el escaso valor social asignado a la mujer, impacta en la descendencia y las prácticas reproductivas. Muchas mujeres se ven obligadas a embarazarse cuantas veces sea necesario para dar a luz un hijo varón y perpetuar en esta forma el apellido de su cónyuge. La oposición o resistencia del consorte para utilizar los métodos de planificación familiar, la violencia física, emocional o sexual son situaciones que enfrentan las mujeres.

Por ello se habla de los 4 pilares de la subordinación de la mujer:

1. Sexualidad.
2. Maternidad.
3. Trabajo doméstico.
4. Violencia.

Transformar esos pilares es fundamental para la democratización de la familia.

Una salida es la visión que requiere análisis interdisciplinario, situarnos en la visión política, en un sistema de valores. Tenemos que convertirnos en verdaderos agentes de salud, en agentes culturales. Empezar a ver a la mujer como sujeto y no como objeto de las políticas de salud; reflexionar sobre la práctica médica y de enfermería que en muchas ocasiones lleva a que el trato al cuerpo de las mujeres se realice en condiciones que atentan contra su dignidad, donde frecuentemente no se satisfacen sus condiciones de privacidad y respeto que una situación requiere; o cuando los propios prejuicios y valores sexuales de los prestadores de salud se revierten en condenas, rechazos, burlas y cuestionamientos en contra de las mujeres, relacionados al ejercicio de su sexualidad.

RECOMENDACIONES

En nuestra Facultad de Ciencias Médicas, en sus dos carreras: enfermería y medicina, debemos incorporar la perspectiva de género en todos los programas de las asignaturas, así:

- ☞ Realizar investigaciones con perspectiva de género que haga visible la contribución de las mujeres al desarrollo.
- ☞ Sensibilizar a los /as docentes para el abordaje de esta temática.
- ☞ Conocer y dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos.
- ☞ Analizar y generar información sobre la situación y los determinantes de las Inequidades de género en el ámbito de la salud.

☰ Analizar la hegemonía del género masculino en el equipo de salud.

☰ Realizar análisis de género en situaciones específicas:

- ✍ Tasas de mortalidad infantil por sexo y causa.
- ✍ Causas de morbilidad / mortalidad femenina y masculina.
- ✍ Tasas de mortalidad materna.
- ✍ Acceso de las mujeres a la atención pre y post natal
- ✍ Acceso de mujeres y hombres a diferentes métodos de planificación familiar.
- ✍ La división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar.
- ✍ La prestación de los servicios de salud.
- ✍ Detectar los factores estructurales y personales en la prestación de servicios de salud que reproducen o desconstruyen los estereotipos genéricos y que se traducen en un factor de inequidad para las mujeres, o en desventajas en cuanto a la atención y cuidado de su salud.

REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS

- (1) Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. 1994 Sept. 5 13; El Cairo, Egipto.
- (2) Guifarro, Blanca, Compiladora. “Genero, Realidad y Utopías” En Antología” Entre Amigas”. Tegucigalpa, Guardabarranco, 1999.
- (3) México. Secretaria de Salud, La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva. Modulo I : L a Categoría de Genero. México, 1996, p. 1 - 5.
- (4) Guifarro, Blanca, Compiladora. Antología. Estudios de la mujer. Tegucigalpa, Editorial UPNFM, 2003.
- (5) Facio M., Alda. Cuando el Género Suen a Cambios Trae. En Blanca Guifarro, compiladora, Antología Estudios de la Mujer. Tegucigalpa, Editorial UPNFM, 2003. P. 177 202.
- (6) OPS / OMS. Equidad, Genero y Salud. Hoja Informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Consultado Junio 2005. <http://www.paho.org/>
- (7) Gómez G., Elsa. Equidad, Género y Salud. Washington: OPS, 2001.
- (8) Mujeres en el Seguimiento a Beijing. Resumen Mujer y Pobreza. Honduras, 1997.
- (9) Villars, Rina. “¿Por qué las Mujeres Somos una Minoría? En Blanca Guifarro, compiladora, Antología: Entre amigas Tegucigalpa: Guardabarranco, 1999.
- (10) México. Secretaria de Salud. La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva. Modulo II: La Salud desde un Enfoque de Género. México, 1996. Pags. 6 7.
- (11) Ríos, Rebecadelos. La Mujer en la Salud y el Desarrollo: Un Enfoque Alternativo en Gomez G., Elsa. La Mujer, la Salud y el Desarrollo en la Región de las Américas. Washington: OPS, 1991.
- (12) ONUSIDA. Género y VIH/SIDA: Actualización Técnica. 1998.

LA MUJER: MÁS VULNERABLE A ADQUIRIR LA INFECCION POR VIH. Las desigualdades de género su mayor condicionante.



*Iris Padilla
**Irina Bande

¿Una epidemia de grupos Gays?

Los primeros casos reportados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), epidemia que en pocos años sería la más fulminante de la historia, apuntaba en sus inicios a una epidemia propia de los hombres que tienen sexo con hombres. En los años 70, la liberación sexual se encontraba en su apogeo, lo que provocó que la comunidad gay se mostrara sin complejos.

Las investigaciones de la época reportan que en una sola visita a locales como saunas, discotecas o clubes especiales se producían 2.7 contactos sexuales sin protección alguna, provocando así la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)¹. En junio de 1981 el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, publica un reportaje sobre un tipo raro de neumonía: *Pneumocystis Carinii*² en cinco jóvenes, todos homosexuales activos residentes en Los Ángeles³, lo cual indicaba que se había encontrado el virus que provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), aunque ya existieran comunicaciones de muertes con las mismas características desde 1970.

El comportamiento de la epidemia provocó la creencia de limitar la enfermedad solo a homosexuales llevando a algunos autores a denominarlo “Síndrome de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales” o “Peste Rosa”⁴.

Una vez descrito el cuadro de inmunodeficiencia, comenzaron a comunicarse nuevos casos en sujetos no homosexuales: fundamentalmente adictos a drogas intravenosas, hemofílicos y sujetos procedentes de la isla caribeña de Haití. Para enero de 1983 habían registrados 1,450 casos, pero eso no indicaba que el virus representará un problema de salud pública⁵, para ese mismo año se describe el primer caso de transmisión heterosexual⁶, esto indicaba que el nuevo virus no era exclusivo de los homosexuales. La característica de la epidemia, respondía a patrones de transmisión por vía intravenosa y sexual, tanto mujeres, hombres como niños eran infectados.

1 Historia del VIH/SIDA, del Mono al Hombres-Weblog Venezolano

2 La PCP es una neumonía causada por el hongo *Pneumocystis carinii* que se encuentra ampliamente diseminado en el medio ambiente y no es un agente patógeno (no causa enfermedad) en individuos sanos; sin embargo, en individuos con sistemas inmunes debilitados por el cáncer, VIH/SIDA, trasplante de órganos sólidos o médula ósea, al igual que individuos que reciben corticosteroides de manera crónica u otros medicamentos que afecten al sistema inmune, el *Pneumocystis carinii* puede llevar a que se presente infección pulmonar. Medline Plus. 5 mayo de 2005. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000671.htm>

3 vihsida en Chile. Historia del VIH/SIDA.

4 Bis.

5 Bis4

6 Bis1

* Doctora en Medicina y MSC en Demografía y Desarrollo, Postgrado en Sexología.

** Periodista y MSC en Estudios de Género y Educación.

La comunicación como estrategia de prevención

Las formas de transmisión del virus del VIH y el alarmante crecimiento de la epidemia provocaron que organizaciones internacionales buscaran estrategias de abordaje que permitieran concienciar a la población de la problemática que se enfrentaba a nivel mundial. Debido a que se determinó que la mejor forma de atacar la infección era la prevención la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 1988 que el 1° de diciembre sería el Día Mundial del SIDA a fin de iniciar una campaña de concienciación en la población mundial⁷.

Para 1991 la OMS, estimaba que ya se encontraban unas 10 millones de personas infectadas⁸, lo que provocó la necesidad de brindar información masiva sin circunscribirlo a una sola fecha de celebración. En 1997 el ONUSIDA emprendió la primera Campaña Mundial contra el SIDA de duración anual y que obedecía al lema "Los Niños en un mundo sin SIDA", respondiendo a las vulnerabilidades de los niños y jóvenes menores de 18 años expuestos a la transmisión de madre a hijo (a), uso de sangre contaminada, prácticas de inyección poco seguras, las relaciones sexuales incluidos el abuso, coacción y explotación sexual con fines comerciales y consumo de drogas por inyección⁹. Año a año la campaña respondía a un lema diferente orientado al comportamiento de la epidemia, en 1998 se centró en los jóvenes como fuerza para el cambio, en 1999 trata de consolidar las actividades y la sensibilización creadas en los años precedentes dirigiendo la atención del mundo de forma más general hacia la comunicación¹⁰.

Para el año 2000 ya el ONUSIDA reportaba que 1 de cada 4 personas infectadas era hombre, el lema de la campaña era entonces "Los hombres marcan la diferencia", la que se enfocaba en trabajar con ellos en la prevención del VIH. Las tres metas de la campaña eran: aumentar la conciencia sobre la relación que existe entre el comportamiento de los varones y el VIH; estimular a los varones adolescentes y adultos a que adopten un firme compromiso para prevenir la propagación del VIH y atender a los que están afectados por el virus; y fomentar programas que respondan a las necesidades de los varones y las mujeres¹¹, en esos años ya se percibe que los patrones culturales de las sociedades machistas son determinantes para la proliferación de la infección, los conceptos culturales de masculinidad estimulan a los hombres a tener comportamientos de alto riesgo, incluyendo el sexo no protegido con mujeres y el sexo forzado.

Según un estudio realizado por ONUSIDA a nivel mundial, hasta una sexta parte de todos los hombres declaran haber tenido relaciones sexuales con otros hombres, en su mayoría sin protección. Muchos varones que tienen relaciones sexuales con otros varones también tienen relaciones sexuales con mujeres (sus esposas o parejas ocasionales o habituales¹²), los esfuerzos de prevención en base a las estadísticas de la época estaban basadas en concienciar a los hombres para evitar que estas estadísticas se invirtieran. No era un secreto que la infección ya cobraba víctimas mujeres que estaban expuestas a un riesgo especial de contraer la infección por el VIH, ya que no cuentan con el poder de decidir sobre su cuerpo. Para el 2002 la campaña seguía el mismo hilo de la anterior, el lema era "A mí me importa. ¿Y a ti?", en ella se pretendían destacar diversas formas en que el varón contribuye a la epidemia del SIDA y el decisivo papel que también desempeñaba en su contención¹³.

Al detectar que el estigma y la discriminación son los principales obstáculos para la atención y prevención del VIH/SIDA, se declara que para los años 2002 y 2003 esta problemática se constituya en el lema de la campaña, ya que el temor a la discriminación impedía y sigue impidiendo que las personas soliciten tratamiento para el SIDA o reconozcan públicamente su estado serológico respecto al VIH, lo que en la mayoría de los casos los lleva a mantener relaciones sexuales sin protección.

Partiendo de que los esfuerzos de prevención del VIH no surten efecto entre las mujeres y niñas, ya que éstas siguen infectándose aceleradamente, ONUSIDA declara que para el 2004 el lema de la campaña sería "Mujeres, niñas, VIH y SIDA", ya que se considera a este grupo particularmente vulnerable a la infección.

7 ONUSIDA, Campaña 2004. <http://www.unicef.org.co/ONUSIDA/problema.htm> Bis3

8 Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. <http://serpiente.dgsca.unam.mx/cinu/sida/mundo2.htm>

10 Escucha, aprende y vive, Campaña Mundial contra el SIDA 1999 con los niños y los jóvenes. 1999. <http://www.unaids.org/wac/1998/goalsp.html>

11 Resumen SIDA, No. 2. Promoviendo la Salud Sexual y Reproductiva de las Américas.

12 Campaña Mundial contra el SIDA, 2000. "Los hombres marcan la diferencia".

13 Campaña Mundial contra el SIDA, 2001. Hoja Informativa. ONUSIDA

Lo anterior no sólo tiene una connotación de género¹⁴ desde las relaciones de poder, que imposibilita la negociación de las relaciones sexuales con protección en las mujeres sino que también dentro de esas relaciones de poder, tiene un componente de violencia que es un fuerte condicionante para la transmisión de la infección, lo cual se refleja en el siguiente dato: “En todo el mundo, entre una quinta parte y la mitad de las niñas y mujeres jóvenes indican que su primera relación sexual fue forzada”¹⁵.

Asimismo, se reporta que el matrimonio no es una protección contra el VIH ya que en los países en desarrollo, la mayoría de las mujeres se casan antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de VIH más altas que sus homólogas sexualmente activas pero no casadas.

El VIH/SIDA una epidemia que apunta hacia las mujeres

Una epidemia que desde sus inicios fue catalogada de los homosexuales se invierte afectando en su mayoría a los heterosexuales. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más del 90% de las mujeres infectadas por el VIH en los países en desarrollo ha contraído el virus por transmisión heterosexual. En la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sexuales sólo con su esposo o pareja estable, lo que indica que la vulnerabilidad de la mujer para contraer la infección del VIH suele ser resultado directo del comportamiento de su pareja, más que del suyo propio¹⁶.

Haciendo un análisis de la orientación de las campañas se logra ver cómo la mujer ha sido invisibilizada en el desarrollo de la epidemia, aun y cuando es uno de los grupos más vulnerables a contraer el virus.

En la campaña orientada a la niñez, por ejemplo, los mensajes se orientaban a los niños, las niñas

discurso que se considera incluyente¹⁷.

A pesar de que los patrones de transmisión ya apuntaban a un crecimiento estadístico en las mujeres, se trató de concienciar inicialmente a los hombres a que “marcaran la diferencia” en el avance de la epidemia. Sin embargo, los resultados fueron mínimos, la epidemia tienen una connotación cultural muy arraigada, y los problemas son de carácter estructural muy difícil de abordar y de modificar sin una estrategia que haga un abordaje en términos de equidad de género y vulnerabilidades de la mujer ante el VIH.

Por otro lado, las campañas preventivas controladas por las instituciones (Iglesia-Estado) promueven como medio de prevención contra el VIH la abstinencia, la postergación del inicio de las relaciones sexuales y la fidelidad, sin considerar los factores culturales. Es un hecho que los hombres no han sido socializados para llevar a cabo ninguna de las tres prácticas, contrario a ello, está condicionado en su sexualidad a ser, un ser irracional que actúa por impulsos.

A los hombres también se le ha condicionado a probar su masculinidad teniendo varias parejas sexuales “mientras más mujeres, más macho”. Este condicionamiento aprendido desde su infancia a través de la socialización que reciben en el hogar y que se ve afianzada en lo público (escuela, iglesia, amigos, centros de esparcimiento, entre otras cosas), lo induce a mantener relaciones sexuales sin protección ya que “son machos”.

Dentro de esta socialización también se encuentran las conductas y actitudes que los hacen pensar primordialmente en sí mismos, el dominio y control sobre las mujeres -normas que hacen difícil para ellos el reconocer vacíos en su conocimiento sobre el ejercicio de la sexualidad-, el vínculo entre la socialización y el uso del alcohol, así como las ocupaciones predominantemente masculinas (motoristas, marineros, militares, etc.).

Las mujeres socializadas a su vez para aceptar los patrones culturales instituidos, y sometidas a las decisiones de su pareja, asumen la fidelidad de él como tal, muchas de ellas consideran incluso no estar en peligro de adquirir una infección de Transmisión Sexual.

17 Lema de la campaña: “Los niños en un mundo sin SIDA”.

14 Se entiende género como el conjunto de características y normas sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas, jurídicas, asignadas a cada sexo diferencialmente. (Largarte, M., 1994). Citado en Develando el Género.

15 ICARITO: Día Mundial del SIDA, Campaña Mundial SIDA, 2004.

16 La mujer y la Infección por VIH. OPS-1999

- Otro factor de riesgo es su líquido pre seminal, que es una sustancia que el hombre elimina al inicio de la relación sexual y que también tiene virus, por eso es importante usar el condón antes de la penetración o juegos sexuales.
- ✍ Los tejidos de los genitales de la mujer son delicados y se desgarran con facilidad, esas lesiones microscópicas o desgarras por pequeños e imperceptibles que sean son la vía de entrada del virus al cuerpo de las mujeres²³.
 - ✍ Las mujeres más jóvenes son más vulnerables debido a que el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado y en el caso de las mujeres en la menopausia su mucosa es más delgada y ofrece menos protección, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH en ella.
 - ✍ El riesgo de VIH en las mujeres con otras ITS no tratadas aumenta²⁴.
 - ✍ Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, etc..) que los hombres. Con frecuencia estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo a contraer la infección por VIH.
 - ✍ En muchas culturas, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia. Las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas están más expuestas a infectarse con el VIH ya que el coito forzado y rudo causa mas lesiones en el tejido vaginal y anal²⁵.
 - ✍ Debido a que la mujer depende del hombre económica, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener
 - ✍ Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales, limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud ante el riesgo de una infección.
 - ✍ Las pautas culturales alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales comunes, con el resultado de que más mujeres (incluso las monógamas) están en riesgo de infección.
 - ✍ La falta de comunicación entre hombres y mujeres en torno a los temas de la Salud Sexual y Reproductiva impiden compartir la responsabilidad en la toma de decisiones que influyen en la salud sexual y reproductiva.
 - ✍ El uso de los preservativos masculinos o practicar las relaciones sexuales sin penetración como método preventivo requiere de la cooperación del hombre, lo que implica que éste tiene el control. Los preservativos femeninos pueden ofrecer a la mujer mayor control en la protección de su salud sexual y reproductiva, pero también requieren de la participación del hombre²⁶.

Estrategias de Prevención ¿para las mujeres?

Generalmente, las estrategias de prevención contra el VIH en las mujeres van encaminadas a dos aspectos: La mujer embarazada, en tanto que lleva en su vientre el producto que va a nacer y la Trabajadora Comercial del Sexo (TCS), en tanto que le brinda un servicio sexual a los hombres. Tales acciones provocan un punto de reflexión, en tanto que la epidemia crece rápidamente en todos los grupos por edad tanto en mujeres embarazadas y TCS, cómo niñas²⁷ y mujeres adultas y adultas mayores. El Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004 en ese sentido es claro, la mujer es más vulnerable a la infección y en esto se cruzan varios factores relacionados con las relaciones de género incluyendo la violencia.

Una de las estrategias implementada a nivel nacional de identificación y vigilancia de mujeres

26 La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención. 1999
27 Entendiendo niñas menores de 18 años.

23 Información sobre el VIH/SIDA, “Especialmente para mujeres....”. UNIFEM-Honduras. 2004
24 Women and HIV/AIDS, WHO Fact Sheet 242 (2000)
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>
25 AIDS-5 years since ICPD, UNAIDS (1999)
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>



es en el momento del control prenatal de las mujeres embarazadas, que al ser identificadas se les informa y plantea la opción de ingresar al programa de prevención de transmisión de madre a hijo mediante uso de antiretrovirales (ARV) a partir de la 36 semanas de gestación, programación de cesárea selectiva y sustitución de la lactancia materna (que aumenta el riesgo de transmisión de madre a hijo en 10-15%) mediante entrega de productos sucedáneos de la leche.

Sobre las medidas de prevención para las mujeres se logra ver en el “Estudio Multicéntrico Centroamericano de VIH/ITS y comportamiento (EMC)”, que al entrevistar a las TCS se encontró que las mismas hacen uso del condón con sus cliente, no así con sus compañeros/parejas sexuales por considerarlas estables, lo que aumenta el riesgo de infección en ellas.

Sus parejas estables manifiestan que el uso del condón “reduce la sensibilidad sexual porque no es lo mismo hacerlo normalmente, ósea, en carne viva”. En tal sentido, se puede observar que aun y cuando su medio de subsistencia es la venta de sus servicios sexuales, en el ámbito de lo privado carecen del empoderamiento necesario para la negociación del uso del condón, lo que indica que las estrategias de prevención en las mujeres NO van encaminadas a la protección de ellas mismas como tales, sino de los clientes (hombres) en el caso de las TCS y de los/las hijos, en el caso de las embarazadas, obviando la atención a las mujeres que no se encuentran en estas dos condiciones (TCS y embarazadas), y quienes tienen altos riesgos de infección.

¿Cómo protegerse de un VIH?

El VIH se transmite por tres vías una es a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, otra a través de la transfusión de sangre infectada, el uso de jeringas ya utilizadas por alguien infectado y de madre a hijo o hija durante el embarazo, parto o amamantamiento, esto se debe a que el VIH se encuentra en los líquidos, tales como la sangre, el semen, la leche materna y los fluidos del cuerpo de la persona infectada, ya que es más activo en los fluidos vaginales, por eso al entrar en contacto con ellos la persona se puede infectar. Debido a que hasta ahora el VIH no tiene cura y que en Honduras la principal vía de transmisión es por el contacto sexual, es importante conocer las formas de evitar infectarnos cuando tenemos relaciones

sexuales²⁸.

La mujer para protegerse en primera instancia debe conocer sobre su salud sexual y reproductiva, cuales son las infecciones de transmisión sexual y como protegerse de ellas. Muy pocas gente está bien involucrada en estos temas, pues han sido un tabú en nuestra sociedad. En la casa, los padres y madres casi nunca hablan abiertamente del tema. En la escuela, si acaso, enseñan algo sobre los órganos genitales, y en la iglesia sólo hablan de fidelidad y de virginidad. Se ha aprendido a lo largo de la vida que el ejercicio de la sexualidad es sucia, mala y en todo caso para fines reproductivos, es decir, tener hijas e hijos.

Saber de la sexualidad es ejercer y gozar de cada uno de los derechos sexuales y reproductivos. Estos son derechos universales basados en la libertad, la dignidad y la igualdad, forman parte de los Derechos Humanos de las mujeres. Algunos de los derechos sexuales y derechos reproductivos son: Contar con condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana; el ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin penetración, de acuerdo con las propias orientaciones sexuales y a la protección legal de las mismas; a una sexualidad placentera, independiente de la reproducción, a decidir usar anticonceptivos gratuitos o a bajo costo, con información actualizada, con el debido seguimiento del personal de salud y con el deber de éstos de responder por sus efectos; a conocer, respetar y amar el cuerpo, incluyendo los genitales; al amor, la sensualidad y el erotismo; a buscar afecto y relación sexual; al orgasmo y a ser libres en la intimidad; a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género; a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de manera integral, asequible y razonable; a participar como ciudadanas en la formulación e implementación de políticas y programas de población y desarrollo y a no tener actividad sexual²⁹.

Si la mujer conoce su cuerpo y está segura de si misma, podrá negociar con su pareja el uso del condón, aunque como se explicó anteriormente se promueve la postergación del inicio de las relaciones sexuales, fidelidad y abstinencia para prevenir una infección por VIH, la verdad es que

28 Bis 26
29 Bis 24

nadie puede responder por la conducta sexual de otra persona excepto por la personal, por lo que es importante que una mujer adquiera conocimiento sobre el uso correcto y consistente del condón y aprenda a negociar con su pareja su utilización, para proteger a su cuerpo de una infección de transmisión sexual.

Regina Fonseca en el fascículo “Especialmente para mujeres” plantea la necesidad de establecer límites antes de empezar una relación. Considera que es posible determinar que actividades desea practicar y cuáles no. Esto es importantísimo. Si dentro de esos límites, ambos definen que si llegan a tener relaciones sexuales penetrantes usarán condón, será mucho más fácil y seguro cumplirlo. Fonseca plantea que sólo hay dos razones para que un condón falle: que esté vencido o en malas condiciones o que la persona que lo usa no lo haga de forma consistente, adecuada y correcta.

El estigma y la discriminación hacia las personas infectadas y afectadas por el VIH es frecuente, conduce al rechazo de sus familiares y amistades, a la pérdida de la vivienda, el empleo, a la negación a la atención de salud. Precisamente, por el estigma de la enfermedad, muchas personas deciden no someterse a las pruebas, aunque piensen que están en alto riesgo. Las mujeres que viven con el VIH se enfrentan a decisiones difíciles, por ejemplo, si amamantan o no a sus hijas e hijos.

La lactancia materna aunque da la mejor nutrición para el recién nacido, aumenta el riesgo de transmisión para el o la recién nacido (a). Las mujeres también enfrentan la carga social de la sospecha, por creerlas que son promiscuas (múltiples parejas) y responsables de lo que les sucede, aun cuando los estudios muestran lo contrario.

Así mismo, por la responsabilidad que ha asumido en la crianza de los hijos e hijas y el cuidado de la familia, muchas mujeres con VIH y SIDA llegan a descuidar su salud para seguir cuidando de la salud de la familia. Es así que las mujeres suelen seguir atendiendo a la familia y las necesidades domésticas, aun cuando estén enfermas.

El VIH sigue avanzando con rapidez sobre en todo el mundo. El comportamiento de la epidemia en

Honduras no se diferencia del comportamiento de la epidemia en los países africanos en donde comunidades enteras han desaparecido debido a su impacto. Estudios realizados en Honduras han demostrado que el 98 por ciento de la población conoce las formas de transmisión del VIH, pero eso no indica que tomen las medidas preventivas necesarios.

Es preocupante cómo la infección está creciendo aceleradamente en las mujeres debido a la vulnerabilidades particular que ella presenta como las biológicas que se pueden evitar con medidas preventivas y los patrones socio-culturales y económicos, que requieren de una estrategia de concienciación nacional con un abordaje de género que permita la transformación de la connotación cultural de ser mujer u hombre, y que su vez proporciones un empoderamiento a las mujeres, brindándoles información técnico-científica para que tenga herramientas para conocer y cuidar su cuerpo, que aprenda a negociar el uso del condón y a concertar con su pareja las formas mediante las cuales pueda evitar una transmisión. Se trata de empezar ahora.

¡Ahora Escúchame...

La igualdad para las mujeres ayuda a luchar contra el SIDA!



EXPOSICIÓN AMBIENTAL A HUMO DE TABACO EN TEGUCIGALPA.

* Ana Navas Acien.
**Claudia Deyanira Gómez Mass.
*** Victoria Durón H.
**** Enio Alvarenga Chinchilla.

PALABRAS CLAVES:
Nicotina, Humo Ambiental de Tabaco..

RESUMEN

El tabaco causa enfermedades a las personas expuestas al humo ambiental de tabaco. El propósito del estudio es medir niveles de humo de tabaco en lugares públicos de Tegucigalpa, incluyendo instituciones sanitarias, centros educativos, instituciones gubernamentales, aeropuertos, restaurantes - bares. Se midió nicotina aérea en fase gaseosa mediante filtros de difusión pasiva tratados con bisulfato sódico, siguiendo un protocolo utilizado en otros países Latinoamericanos. 101 filtros permanecieron en diferentes lugares entre 7 y 14 días. Posteriormente se analizaron mediante cromatografía gaseosa. La participación de las instituciones fue voluntaria y anónima.

Los resultados demuestran que se detectó nicotina en el 82% de las muestras. Los niveles máximos se encontraron en restaurantes, bares y la sala de fumadores del aeropuerto. En la mayoría de los filtros de los colegios y el hospital, los niveles de nicotina fueron nulos o muy bajos. En las oficinas gubernamentales fueron bajos pero detectables en todas las unidades. Los niveles encontrados pueden considerarse como bajos moderados, aunque se detecto nicotina en lugares donde se prohíbe fumar. Los resultados del estudio muestran la necesidad de apoyar políticas y programas para mejorar la calidad de aire y reducir la exposición a humo ambiental de tabaco en nuestro país.

*Master en Salud Pública (USA) Escuela de Salud Publica Bloomberg, Universidad Johns Hopkins.

**Medica Asistencial del Centro de Atención Integral del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA).

***Coordinadora de la Clínica para Dejar de Fumar del Centro de Atención Integral del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA).

****Jefe del Departamento de Investigación del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA)

En la tabla 1, se presentan los diferentes tipos de instituciones participantes, los lugares específicos donde se colocaron los filtros que han sido finalmente analizados en este estudio, el número de filtros en cada lugar y el número de muestras que recogieron niveles de nicotina por debajo de los niveles de detección.

Los filtros permanecieron colocados durante un periodo de 7 a 14 días dependiendo del lugar. La duración prevista era de 7 días en los lugares en los que se esperaban mayores niveles de exposición (básicamente restaurantes y bares) y 14 días en el resto. Los filtros se visitaron de forma diaria o cada dos días, según su permanencia fuera de 7 a 14 días.

Las visitas se realizaron en horarios diferentes, para tener una idea del grado de ocupación de los lugares. En cada visita se recogió el número de personas que ocupaban el lugar y el número de fumadores durante un periodo de 15 minutos. También se observó si las ventanas y puertas permanecieron abiertas, y si había algún sistema de ventilación mecánica en marcha. La vigilancia diaria o cada dos días, permitía comprobar si el monitor permanecía en su posición correcta.

Al final del período de evaluación, se realizó una encuesta anónima y auto administrada entre los trabajadores de los distintos lugares donde se habían colocado los filtros, sobre las percepciones y actitudes de los trabajadores a la exposición a humo de tabaco en sus centros de trabajo. Los cuestionarios fueron muy similares entre instituciones, únicamente cambiaba la terminología referente al tipo de institución. Por ejemplo se hablaba de “hospital, profesionales sanitarios, aeropuerto...” dependiendo del lugar.

Tras la retirada de los filtros, éstos se guardaron en sus envases y fueron enviados por correo hasta el laboratorio de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. El contenido en nicotina de los filtros se analizó mediante cromatografía gaseosa. La concentración ambiental de nicotina en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ se obtuvo dividiendo el total de nicotina ($\mu\text{g}/\text{ml}$) recogido por cada filtro por el volumen de aire muestreado (número de minutos de tiempo de muestreo multiplicado por la tasa de flujo).

La tasa de flujo depende del tipo de filtro utilizado, y permanece inalterada salvo que ocurran grandes cambios de temperatura. Antes de realizar el cálculo para cada filtro, a cada uno de ellos se le sustrajo del total de $\mu\text{g}/\text{ml}$ recogidos, la media de los niveles encontrados en los 10 filtros blancos disponibles para el análisis (0.0048 $\mu\text{g}/\text{ml}$). El tiempo total de muestreo en minutos se cuenta desde que se coloca el monitor hasta que se retira (que multiplicado por la tasa de flujo estima el total de metros cúbicos de aire que se han filtrado a través del monitor).

Este cálculo infraestima la exposición durante el tiempo de ocupación, sobre todo en los lugares que permanecen cerrados durante muchas horas al día o incluso durante días enteros ya que durante ese periodo, no hay personas que puedan fumar ni que puedan ser expuestas a nicotina, por lo que el contenido de nicotina del volumen de aire filtrado será próximo a cero. Los lugares que tienen mayor tiempo de apertura y ocupación tienen más posibilidades de filtrar aire con contenido en nicotina.

Los resultados se presentan indicando el nivel de nicotina en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ recogidos por cada uno de los filtros. El nivel de detección del método analítico del laboratorio fue igual a 0.002 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Esto indica que niveles inferiores de nicotina no son detectables con precisión y pueden considerarse lugares libres de nicotina. Para valores iguales o inferiores a esta cifra, se reemplazó el valor por el nivel de detección dividido por dos. Los resultados de la encuesta se presentan mediante distribución de frecuencias. El análisis de los datos se ha realizado con Stata versión 7.0.

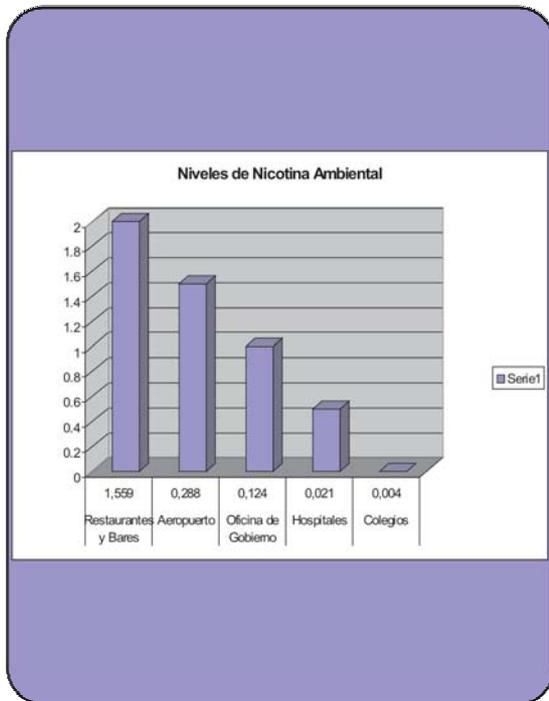
RESULTADOS

Se detectó nicotina ambiental en 83 de las 101 muestras (82%), y 18 filtros recogieron cifras no detectables, 13 en el hospital y 5 en el colegio. Las concentraciones de nicotina ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) recogidos por cada uno de los filtros se presentan en la Tabla No.2

Tabla 2. Niveles de nicotina ambiental ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) en los filtros colocados en lugares públicos de Tegucigalpa, Honduras.

Hospital	<0.002 - 0.362
Colegios	<0.002 - 0.011
Oficina Gubernamental	0.004 - 0.762
Aeropuerto	0.004 - 1.490
Restaurantes	0.005 - 5.145
Bares	0.768 - 2.062

Figura No. 1



Los mayores niveles medios de nicotina por µg/m³ se encontraron en el grupo de restaurantes y bares. El nivel medio en los restaurantes fue mayor que el de los bares. Esto puede ser debido al horario de apertura más reducido de los bares, o a cuestiones estructurales de estos locales (mayor ventilación natural o mecánica, etc.). El nivel medio de nicotina en las zonas de fumadores fue mayor que en las zonas de no fumadores, 1.79 µg/m³ vs. 0.98 µg/m³. Sin embargo, en los espacios de no fumadores se observan dos patrones diferentes. En aquellas zonas de no fumadores que se encuentran adyacentes a zonas de fumadores sin completa separación del espacio (Restaurante 1, Restaurante 4), los niveles son substancialmente elevados y no protegen a los no fumadores de la exposición al tabaquismo pasivo.

No obstante, cuando la zona de no fumadores corresponde a un local completo, sin compartir espacio con zona de fumadores, los niveles de nicotina fueron muy bajos, próximos a los niveles nulos (Restaurante 5). Estos resultados indican la ineficacia de la separación de zonas cuando no existe una separación real de las áreas y el éxito de lugares destinados únicamente a no fumadores en

proteger a los clientes y trabajadores de la exposición a humo de tabaco.

El aeropuerto ocupa el segundo lugar con respecto a valores medios. Dentro de esa instalación, los niveles más elevados se encontraron en las cafeterías y en las salas de espera, tanto en la sala para fumadores como en las salas para los no fumadores. En el resto de áreas, migraciones, registro y sala de recogida de equipaje, se encontraron niveles próximos a los valores nulos.

En la oficina gubernamental, los niveles de nicotina fueron bajos pero detectables en todos los casos. Los mayores niveles de humo se encontraron en los baños (a pesar de contar con amplia ventilación externa), las escaleras y los pasillos. En algunas oficinas y en la sala grande de atención al público también se encontraron niveles muy bajos pero compatibles con la presencia de humo de tabaco en esas zonas. En el resto de áreas, los niveles de nicotina son muy bajos y pueden reflejar la contaminación desde las áreas donde se fuma (baños, pasillos, escaleras y sala grande).

En el hospital, la mitad de los filtros no detectaron humo de tabaco y en la mayoría de los lugares, cuando se detectó nicotina las concentraciones eran muy bajas. En conjunto, las áreas de personal médico fueron las que presentaron niveles medios más elevados (aunque muy bajos con respecto a otras instituciones o países), sobre todo en la habitación de médicos generales. En las áreas de enfermos, las cafeterías, las oficinas y las áreas de enfermería, los niveles fueron prácticamente nulos.

Por último, en los colegios, en el 26% de los filtros no se detectó humo de tabaco, y en el resto de filtros los niveles fueron muy bajos, prácticamente nulos, hallando solamente trazas de nicotina.

La encuesta de percepciones y actitudes se realizó en 248 trabajadores, 43.7% hombres y 56.3% mujeres. La edad media fue 32.2 años (DS= 9.3) con un rango de 18 a 59 años. Con respecto al consumo de tabaco, 21% eran fumadores en el momento de realización de la encuesta, 8% ex fumadores y 71% no fumadores. La prevalencia de tabaquismo en el momento actual en la población de la encuesta es mayor que la encontrada en estudiantes de segunda enseñanza en la población general de Honduras (10.4%). La prevalencia de fumadores actuales y ex-fumadores (29%) es similar a la prevalencia de vida de los estudiantes de secundaria de la población general (33.2%). (11)

Alrededor de 40% de los encuestados percibe que la calidad del aire que respiran en sus lugares de trabajo es mala o regular. Según el tipo de institución, este porcentaje asciende hasta cerca de 50% entre los trabajadores de los restaurantes y bares y se reduce a un 28% entre los trabajadores del hospital. Según el estatus de fumador, no se observan diferencias entre fumadores y no-fumadores.

Con respecto a como afectaría la prohibición de fumar a su capacidad de trabajo, casi un 80% de los encuestados indicó que mejoraría. Este porcentaje es ligeramente inferior (menos del 70%) entre los fumadores.

La percepción del impacto que tendría la prohibición de fumar en la imagen de la institución es especialmente relevante en el hospital, donde casi el 95% considera que mejoraría. En los colegios y en la oficina gubernamental el porcentaje supera el 85% y el 80%, respectivamente. En los restaurantes y bares el 57% comparte esta opinión.

Alrededor del 70% de los fumadores encuentra fácil o muy fácil no fumar en el trabajo, y menos del 30% lo encuentran regular, difícil, o muy difícil. Son muy positivos los resultados que conciernen a la aceptación de no fumar si se prohibiese (80%).

Se intentó recoger el grado de acuerdo o desacuerdo con diferentes actitudes frente al tabaco. El mayor porcentaje de acuerdo (93%) se encontró para la frase “el humo de tabaco es malo para la salud de las personas”, seguido con un 82% de acuerdo para “el consumo de tabaco de los trabajadores de esta institución influye en los demás”. Por encima del 75% de los encuestados estuvo de acuerdo que “los lugares públicos deben ser libres de humo de tabaco” (este porcentaje aumentó ligeramente cuando la pregunta se refería a su institución en concreto, alcanzando más del 90% de acuerdo en los colegios) y “me gustaría continuar trabajando en esta institución si se convierte en un espacio libre de humo de tabaco”. El 64% estuvo de acuerdo con “una política libre de humo es difícil de mantener”. Solamente el 29% estuvieron de acuerdo con “la prohibición de fumar es injusta para los fumadores” y el 24% con “en los lugares lejos del público los trabajadores deberían poder fumar”.

DISCUSION

Los niveles encontrados para el conjunto de la ciudad pueden clasificarse como bajos-moderados. Sin embargo, se detectó exposición a humo de tabaco en lugares en los que está prohibido fumar como el aeropuerto o la oficina gubernamental y el nivel de exposición llega a alto o muy alto en los restaurantes y bares.

La detección de nicotina en el ambiente indica que existe exposición a los productos tóxicos y carcinógenos que se encuentran en el humo del tabaco. A pesar de haber utilizado un muestreo de conveniencia, se intentó abarcar lugares muy diversos de toda la ciudad, así como niveles socioeconómicos muy diferentes, por lo que podemos pensar que estos resultados reflejan la situación de exposición a humo de tabaco en Tegucigalpa y evaluar la situación de humo ambiental de tabaco para el conjunto de la ciudad.

A continuación se presenta la discusión para cada tipo de institución:

1. En promedio en el hospital, los niveles, son en general prácticamente nulos, e inferiores a los encontrados en hospitales similares de otros países, como por ejemplo en el caso de Uruguay(12) donde se evidenció exposición a humo de tabaco en todos los lugares monitorizados en el hospital objeto de estudio9. Sin embargo, se detectó nicotina en algunas salas, fundamentalmente de personal médico. Es por lo tanto prioritario fortalecer programas de ambientes libres de humo que involucren a los profesionales sanitarios. Es importante que los profesionales de la salud tomen la iniciativa con el fin de poder conseguir un hospital 100% libre de humo en un futuro muy próximo. En este sentido es muy positivo el hecho de que el 80% de las personas encuestadas en el hospital estarían de acuerdo en convertir el hospital en un lugar libre de humo.
2. En los colegios, los niveles encontrados son prácticamente nulos, y en general, pueden considerarse libres de humo.
3. Los niveles de exposición a humo de tabaco en la oficina de gobierno son moderados. En la misma está prohibido fumar, sin embargo, es prioritario hacer un esfuerzo con el fin de reducir la presencia de humo en lugares como los baños, los pasillos y escaleras y poder conseguir, para el caso, en un futuro próximo la municipalidad sea un lugar completamente libre de humo.

- 10.- Organización Mundial de la Salud.Redacción y negociacion del convenio marco de la OMS para el control del tabaco. OMS. Washington. (Consultado el 10 de junio del 2005) **d i s p o n i b l e e n :** <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/inb5/sinb53.pdf>.
- 11.- UNAH- IHADFA. Prevalencia del Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media. Tegucigalpa: UNAH- IHADFA,2003. 83
- 12.- Navas,A.; Blanco A., Goja B. Exposición Ambiental a Humo de Tabaco en Montevideo, Uruguay. Montevideo: OPS, 2003; 21 P.

Agradecimiento.

A las siguientes personas y organizaciones por su Participación y patrocinio financiero:

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Instituto para el Control Mundial del Tabaquismo, Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad Jonhn Hopkins

Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA).

Dr.Armando Peruga.
Asesor Regional de Tabaco , Alcohol y otras Drogas, de la OPS.

Dr. Jonathan M. Samet.
Departamento de Epidemiología. Escuela de Higiene y Salud Pública . Universidad Johns Hopkins.

Dr. Raul Batres
Director del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA).

José Salvador Navarrete Gallardo
Técnico en Administración de Empresas
Jefe de Planificación y Desarrollo Institucional del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA).



“Identificación de Estresores Influyentes en pacientes del Hospital Escuela, periodo de Abril-Mayo 2004”

*Judy Enamorado Enamorado
*César Fernando Somoza Toro
*Kristo José Aronne López
*Raúl Mauricio Romero Sevilla

PALABRAS CLAVES:

Estresores hospitalarios, estrés.

Resumen

La suma de cambios inespecíficos en el organismo conocidos como estrés, afectan el rendimiento de las actividades cotidianas, encontrándose factores influyentes de tipo genético, biológico y psicológico. Se investigó la prevalencia de estrés en pacientes del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela, se determinó el nivel de estrés, especificando los estresores que afectan a los pacientes. La investigación fue descriptiva y transversal, participando 120 pacientes, 59 hombres y 61 mujeres, con media de edad 42 años, ingresados en Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Urología y Neurocirugía. Fueron requisitos para seleccionar los pacientes: Mayor de 13 años, Glasgow 15/15. Se elaboró un instrumento basado en la escala de estresores hospitalarios utilizada por M. Richart y Col. (1,993)¹, adaptada y complementada con nuevos estresores identificados a través de una pre-encuesta que se aplicó a algunos pacientes no incluidos en el estudio. El 98.3% de los pacientes tienen estrés, representando el estrés leve

31.7%, el moderado 54.2% y el severo 12.5%. En los pacientes con algún nivel de estrés no hubo diferencias significativas entre sexos. El 91.5% de los pacientes percibe el estar separado de su pareja, hijos, familiares o personas que a menudo lo atienden como el principal agente causante de estrés.

*Alumnos de IV año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

ABSTRACT

Stress has a direct action on our daily performance, originating inespecific changes in the organism. There are genetic, psychologic and biologic factor involved in the in the reaction. The group of patients studied came from the medical and surgical wing of the Hospital Escuela. The level of stress confronted by 120 patients' admitted to the wards was determined; divided in 59 men end 61 women, with a men age of 42. The Glasgow Method 15/15 and, the M.Richard and col. Hospital Stressor Scale were chosen and, adapted to the local environment, complemented with a new list of stressors identified thorough an anonymous survey. 98% of patients showed stress: 31 % of the mild type, 54.2 % of the intermediate kind and 12.5% of the severe one. There were not sex differences. Separation from couple (wife) sons and family or the nearest friend, was the main culprit identified.

KEYWORDS:

Hospitalary stressors, stress.

INTRODUCCION

El estrés es un trastorno que afecta las actividades cotidianas de cada individuo, encontrándose numerosos factores influyentes, de tipo genético, biológico y psicológico. También constituye un factor que afecta de forma negativa la evolución de las enfermedades de algunos pacientes hospitalizados interfiriendo en muchas ocasiones en su recuperación. Se define estresor o situación estresante, al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en el individuo². Existen diferentes clasificaciones de estresores; algunos autores los dividen en **Psicosociales**: que pueden generar estrés por el significado que la persona les asigne, ejemplo: estar separado de la familia; y los **Biogénéticos**: que son estresores que por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos automáticamente disparan la repuesta de estrés, ejemplo: dolor.³

Las situaciones de estrés tienen diversas características, por ejemplo:

La inminencia del “cambio” genera estrés, existe incertidumbre ya que no se puede predecir lo que va a ocurrir, se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo, cuanto más dure una situación nueva más desgaste sufre el organismo, etc.³

La **repuesta de estrés** ocurre de forma automática en el organismo, éste se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen⁴. Estas respuestas ocurren en diferentes fases:

1. **Fase de reacción de alarma:** El organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante. Se activa el Sistema Nervioso manifestándose con: taquicardia, taquipnea, sudoración, aumento de la tensión arterial, etc. También existe una activación psicológica caracterizada por aumento de la atención y concentración. Esta fase es de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.
2. **Fase de resistencia:** Aparece cuando el organismo no tiene tiempo para recuperarse y continúa reaccionado para hacer frente a la situación.
3. **Fase de agotamiento:** La energía de adaptación es limitada y si el estrés continúa o adquiere mayor intensidad, pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia y entra en agotamiento, apareciendo alteraciones psicosomáticas.^{5,6}

Las fuentes de estrés son numerosas, entre los cuales se pueden mencionar:

Los cambios en la vida de diversa índole, las constantes presiones a que es sometido el individuo, las frustraciones, el aburrimiento, algunos conflictos como las tensiones en las relaciones familiares o laborales, el estrés auto impuesto como creencias irracionales y auto derrotistas^{3,7,8} “soy un inútil”, “estoy seguro que mi enfermedad es grave”, etc., algunos sucesos vitales intensos y extraordinarios, como la muerte de un familiar o amigo, etc.

Las **consecuencias** del estrés en el organismo:

✍ A nivel del sistema cognitivo: Sensación de

preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, falta de atención, etc.

A nivel del sistema motor: Hablar rápido, temblores, tartamudeo, consumo de drogas legales como el café, tabaco, alcohol, exceso o falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, etc.

Además existen otros cambios psicósomáticos que se manifiestan en diferentes sistemas del organismo; como el Asma, hiperventilación, alteraciones del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial, desarrollo de enfermedades infecciosas por disminución en el sistema inmunológico, urticaria, alopecia, dolores crónicos o cefaleas continuas, ansiedad, depresión, insomnio, fobias, etc.3,8

Un elemento importante y no muy tomado en cuenta al tratar a un enfermo, es que aparte del trastorno orgánico, la misma “enfermedad” se convierte en un estresor ya que contiene elementos que le dan la característica como tal; por ejemplo: el dolor, la incertidumbre, incomodidad ante procedimientos diagnósticos y terapéuticos desde las “agujas de las jeringas” para aplicar medicamentos o para extraer sangre, hasta procedimientos más invasivos como paracentesis, toracocentesis, punciones lumbares, endoscopias, intervenciones quirúrgicas, etc.

Por otro lado, existen otras situaciones estresantes que también influyen, como el ambiente hospitalario, que comprende, las condiciones físicas hospitalarias (habitaciones, baños, camas, ropa, alimento, etc.), la relación del personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiantes de medicina, etc.) con el paciente, entre otros. Además, el entorno extra hospitalario puede pasar por desapercibido, pero puede contribuir en cierta medida; algunos ejemplos: son la contaminación acústica (autobuses, taxis y todo tipo de vehículos automotores), la contaminación visual (abundantes avisos publicitarios, locales comerciales mal ubicados e inadecuados o que operan en forma desordenada, etc.) y la separación del paciente con las personas de afecto (pareja, hijos, amigos, etc.)

La importancia que tiene identificar los diferentes estresores que afectan a los pacientes hospitalizados, radica en que muchos de ellos pueden ser modificables aunque otros no; pero, cuando se toman en cuenta y se efectúan cambios, se

puede contribuir a reducir el nivel de estrés en el paciente y la morbilidad asociada al mismo, favoreciendo al bienestar del paciente.

Por esta razón en este estudio se plantea la necesidad de determinar la tasa de prevalencia de estrés hospitalario, identificar cuales son los principales estresores que los pacientes del Hospital Escuela en el Bloque Médico Quirúrgico le atribuyen mayor significado y determinar el nivel de estrés en que se encontraban los pacientes al momento del estudio; con la finalidad de conocer la magnitud con que este problema afecta a la población hospitalizada de este centro asistencial.

MATERIAL Y METODO

Se realizó el estudio, de tipo transversal y descriptivo, en la ciudad de Tegucigalpa, en el Hospital Escuela Bloque Médico Quirúrgico, donde se tomó una muestra de 120 pacientes hospitalizados en las salas de Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Urología y Neurocirugía. Los requisitos para la selección de los pacientes fueron; la edad mayor de 13 años y estar lúcido, conciente y orientado.

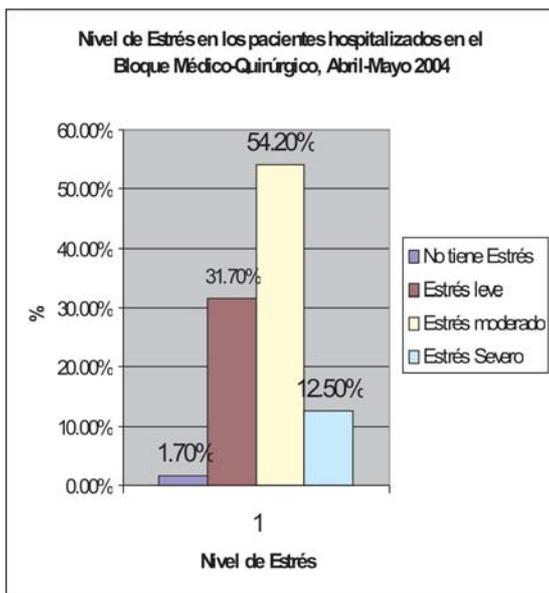
Se elaboró un instrumento de tipo encuesta que estaba constituido por 4 preguntas abiertas y 43 preguntas cerradas, ésta a su vez se dividió en tres sub-escalas: “Enfermedad”, “Hospitalaria” y “Extrahospitalaria”, la encuesta se elaboró en base a la escala de estresores hospitalarios utilizada por M. Richart; J. Cabrero; A Reig, en su investigación “Hospitalización y estrés en el paciente: “Percepción diferencial de estresores entre pacientes y personal de enfermería” (1,993)¹, a la cual se le realizó modificaciones y adaptaciones con el auxilio de una pre-encuesta que se aplicó a 15 pacientes que no se incluyeron en el estudio logrando de esta forma identificar otros estresores que son propios de nuestro medio, junto a otros elegidos por los investigadores.

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron con la ayuda del programa estadístico “Epi Info 2002 II revisión del 30 de Enero de 2003”.

RESULTADOS:

De los 120 pacientes tomados en la muestra, 61 de ellos eran del sexo femenino y 59 del sexo masculino cuya edad media en ambos sexos fue de

42 años. La tasa de prevalencia institucional de estrés es de 98.3%, representando el nivel de estrés leve 31.7%, el nivel moderado 54.2% y el nivel severo 12.5% (Gráfico 1).



Fuente: Investigación “Identificación de Estresores Influyentes en Pacientes del Hospital Escuela de Tegucigalpa; Abril Mayo, 2004”

En los pacientes con algún nivel de estrés no hubo diferencias entre sexos (mujeres 50% y hombres 50% con estrés). El grupo etario predominante de los pacientes con estrés fueron aquellos que tenían >61 años de edad representando un 18.6 % de la muestra. En relación al tiempo de hospitalización se pudo observar que los pacientes con menos de 7 días hospitalizados presentan mayor incidencia de estrés, (51.7%).

Tabla #1
Pacientes con Estrés de acuerdo al Tiempo de Hospitalización en Bloque Médico-Quirúrgico, Abril-Mayo 2004

Tiempo	Con Estrés	%
< 7 días	61	51.7
8-14 días	28	23.7
15-21 días	15	12.7
22-28 días	6	5.1
29-35 días	3	2.5
36-42 días	1	0.8
43-49 días	2	1.7
50-56 días	0	0.0
> 57 días	2	1.7
Total	118	100%

Al identificar los estresores que más refirieron los pacientes por cada escala, podemos observar por orden de frecuencia los siguientes estresores:

Tabla #2
Escala de “Enfermedad”

Estresor	%
1. Le preocupa que cuando necesite medicamentos, no existan en el hospital y tenga que conseguirlos fuera.	83%
2. Le preocupa el hecho de tener dolor.	75%
3. Le inquieta no saber cuando se le dará el alta médica.	74%

Tabla #3
Escala de “Hospitalización”

Estresor	%
1. Le entristece estar separado de su pareja, hijos, familiares o personas que a menudo lo atienden.	91.5%
2. Le desagrada el difícil acceso de sus familiares al hospital.	87.3%
3. Le afecta que fallezca un compañero de habitación.	75.4%
4. Le entristece no tener a nadie que lo (a) visite.	75%

Tabla #4
Escala “Extrahospitalaria”:

Estresor	%
1. Los pacientes con estrés identifica el sonido de las sirenas de las ambulancias como una situación causante de estrés.	60.3%
2. Los pacientes con estrés identifica el ruido de los autobuses como un estresor.	58.4%
3. Los pacientes con estrés perciben el ruido del punto de taxis como estresor.	52.6%
4. Los ataúdes que se exhiben frente al hospital representa un estresor para los pacientes hospitalizados.	50%

DISCUSION:

Una de las preocupaciones que motivó la planificación de esta investigación fue: el efecto negativo que produce el estrés en los pacientes hospitalizados. En el estudio se encontró que casi la totalidad de los pacientes hospitalizados presentan algún nivel de estrés, ya que la tasa de prevalencia institucional fue de 98.3%.

Tomando en cuenta que el estrés afecta el desarrollo adecuado de la vida cotidiana en una persona “sana”, consideramos importante resaltar el fuerte impacto que el estrés podría estar produciendo en el 54.2% de pacientes con estrés moderado, 31.7% con estrés leve y el 12.5% con estrés severo de nuestro hospital, agravando su enfermedad y retardando su proceso de rehabilitación. ¿Cuáles son los estresores que preocupan más y menos a los pacientes estudiados de acuerdo a cada subescala? Se encontró que las dos circunstancias que más preocupan a los pacientes de nuestro hospital están relacionadas con la subescala de “hospitalización” y éstas son:

1. Estar separado de su pareja, hijos, familiares o personas que a menudo lo atienden (91.5%).
2. El difícil acceso de los familiares al hospital (87.3%).

Resultados que difieren de Volicer (1975)⁹ y con los de Carr y Power (1986)¹⁰ en los cuales el hecho de “tener dolor”, entre otros, referidos siempre a la gravedad de la enfermedad, ocupan las primeras posiciones. Si bien es importante recalcar, que el

“tener dolor” ocupa en el presente estudio el cuarto lugar de todos los estresores del instrumento (75%), perteneciendo a la subescala de enfermedad, en el que solo le antecede “la preocupación que cuando necesite medicamentos, no los tengan en el hospital y tenga que conseguirlos fuera” (83%). La discrepancia, podría deberse a los largos periodos de desabastecimiento de medicamentos que sufre nuestro hospital y difícil entrada de los familiares a este hospital y el corto tiempo de visita del que disponen.

Otros estresores que también recibieron altas puntuaciones, fueron:

1. El hecho que fallezca un compañero en la misma habitación (75.4%)
2. No tener a nadie que lo visite (75%)
3. No saber cuando se le dará alta médica (74%). Esta cifra coincide con el estudio realizado por M. Richart; J. Cabrero; A Reig, en su investigación “Hospitalización y estrés en el paciente: Percepción diferencial de estresores entre pacientes y personal de enfermería” (1,993)¹, en el cual, lo anteriormente mencionado, seguidos de “la falta de información” ocupa el tercer lugar, dato que es similar al estudio de Volicer (1975)⁹.

Dentro de los ítems que recibieron bajas puntuaciones, uno de especial interés, es el malestar o incomodidad que podrían causar las visitas de los estudiantes de Medicina para realizar sus Historias Clínicas, con fines de aprendizaje, (21.2%).

La subescala “Extrahospitalaria” adquiere un papel protagónico, en nuestra investigación, ya que son aquellas situaciones del entorno de nuestro hospital, que son causantes de estrés.

El estresor que ocupa el primer lugar en la subescala, es el sonido de la sirena de las ambulancias, situación que es difícil controlar, ya que es la forma en que se facilita el acceso a las diferentes emergencias, cuyas entradas en muchas ocasiones se ve entorpecida por el paso de peatones, vehículos mal estacionados, etc.

Esto nos lleva al segundo lugar, el cual está representado por “el ruido de los autobuses y un punto de taxis que opera en forma desorganizada y ruidosa a inmediaciones del hospital”.

Lo que resulta inapropiado para un ambiente hospitalario, es la “presencia de ataúdes que se exhiben en vitrinas frente al hospital” hecho que es percibido por los pacientes, provocando un daño psicológico en los mismos, el cual en lugar de contribuir al mejoramiento puede empeorar su estado de salud.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial al **Dr. Octavio Sánchez Midence**, especialista en Psiquiatría y docente de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; por su gran colaboración en las diferentes etapas de ésta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Richart M.; Cabrero J.; Reig A.: “Hospitalización y Estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería”; Análisis y Modificación de Conducta; 1,993, Vol. 19, N° 63.
2. Morris C.; “Psicología un nuevo enfoque”; 7a edición; Mexico Prentice Hall; 1,992; pp 519 533.
3. Del Hoyo D.; Maria A.; C.N.N.T.; “Estrés laboral”; Madrid; edit. INSHT; Madrid, 1,997.
4. Labrador J.; “El estrés nuevas técnicas para su control”, Madrid; edit. Grupo correo de comunicación; 1,996.
5. Paterson, R.J., y Folkman, S. “The stress response and parameters of estressal situations”; Philadelphia; edit. Springer, 1984.
6. Lazarus R.; Folkman, S.; “Stress appraisal and doping”; Philadelphia; edit Springer; 1,994.
7. Joseph E.; Colhs M.; Weinstein R.; Conrry F.; “Seis programas para prevenir y controlar el estrés”; edit. Deusto; 1,999.
8. Holme T.; Rahe R.; “Tablas de evaluación de unidad de cambio de vida”; edit. Saunder; 1,989.
9. Volicer B.J. y Bohanon M.A.: “Hospital Stress Rating Scale”, Nursing Research, No. 24, 352-359, 1975.
10. Carr J.A. y Ponvers M.J.: “Stressors associated inrith coronary bypass surgery”, Nursing Research, No. 35; 243- 246; 1989.

Observación del Modelo de Historia Clínica en los Servicios Hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras.

An Observation of the Clinical History Model Applied in the National Hospitals of Honduras.

Fernández V. Jorge*, Parodi A. Juan, Panameño C. Oscar, Venegas Z. Raquel, Wong R. Meilin, González Enma, Salgado L. Loyda, Godoy S. Martín, Escobar Laura, Pérez M. Noel, Pleitez C. Marco, Martínez M. Ehiby, Barahona D. René, Sierra D. José, Aguilar Mario.

PALABRAS CLAVES:

HISTORIA CLÍNICA, EXPEDIENTE MÉDICO, SEMIOLOGÍA MÉDICA.

RESUMEN

El expediente médico es la colección de documentos que testimonia el quehacer del manejo de pacientes; la historia clínica refleja las necesidades sentidas del paciente y la interacción con el facultativo para la solución de los problemas. En esta investigación se presentan datos sobre la concordancia de los modelos académico e institucional de la historia clínica de hospitalización (HCH), a partir de la descripción del expediente médico normatizado. Para ello, se estructuró un modelo académico de historia clínica, luego se describió, así mismo, el modelo institucional aplicado en los hospitales, se realizó observación directa de la aplicación, se entrevistó a un grupo de médicos y estudiantes para recoger sus impresiones sobre la pertinencia del modelo y se revisaron expedientes archivados para observar el cumplimiento a la norma. Aunque hubo pocas diferencias en los contenidos conceptuales de ambos modelos, se pudo observar algunas

deficiencias en la aplicación práctica y verificar que existe una combinación de aplicación entre la HCH ideal y formal, que aunque casi son iguales, el fenómeno refleja la disociación docente-asistencial que existe al interior de los hospitales de enseñanza. Los clínicos entrevistados expresaron que la HCH es pertinente al proceso clínico. La revisión de expedientes archivados reveló adherencia al cumplimiento de la norma, pero hubo falta de alguna información en 20% de ellos.

El descuido que aun persiste, expresado por la deficiente planificación central para el manejo del sistema de información y registros médicos, la inadecuada provisión de los recursos materiales mínimos y la falta de monitoría y evaluación en los procesos que concurren en la producción de la información clínica, resalta la anarquía y el desconcierto en el manejo del expediente clínico y de su principal documento, la historia clínica.

*Profesor de medicina, FCM, UNAH. A quien se ha de dirigir la correspondencia.

Apartado postal No. 6443, Tegucigalpa, Honduras
e-mail: joralf@hotmai.com

&Estudiantes de medicina, FCM, UNAH.

ABSTRACT

The patient's clinical record documents in lasting form his health history and concerning clinical activities, plans, actions to take, and response to combined efforts with the clinician. The health history is the remarkable one that reflects the patient's needs and requests and physician's understanding and actions to restore or preserve the health. Knowledge and technical skills to manage the health history are essential components in the medical education, that the students learn at the Faculty of Medicine; at the time that the Ministry of Health has established the technical norms and forms that regulate and standardize the clinical activities in the hospitals and health centers. Data about concordances and discrepancies between an ideal and the institutional health history models, beginning with the clinical record description, are shown in this study, which was made by the second semester of 2,004 at the national hospitals in Tegucigalpa (Hospital Escuela, San Felipe, Instituto del Tórax). No major discrepancies were found between ideal and institutional models, but practical application deficiencies were observed. Persistent relieve from care about national duties concerning planning and implementation of an information and medical records system, scarcity of resources, and lack of monitoring and evaluation, hallmark anarchy and disarrangement in the management of the clinical record and its main document, the clinical history.

KEYWORDS:

CLINICAL HISTORY, MEDICAL RECORD, MEDICAL SEMIOLOGY.

INTRODUCCIÓN

La actividad clínica hospitalaria se registra en documentos que forman parte del denominado Expediente Médico o Clínico (EM), en el cual se incluye la Historia Clínica (HC), que recoge la información detallada de los eventos, condiciones y situaciones que rodean al paciente en su expresión mórbida al momento de ser atendido en la consulta ambulatoria u hospitalizado. Para tal efecto la Secretaría de Salud (SS), a través del Departamento de Estadística, ha normatizado los contenidos y formas correspondientes al EM, contando con formularios de HC para atención ambulatoria, de urgencias y de hospitalización. Por otra parte, la enseñanza de la clínica en la carrera de medicina, que da comienzo en el cuarto año- Introducción a la Clínica I y II- y se desarrolla a lo largo de los siguientes años (quinto año a internado rotatorio de séptimo), abarca la clínica general y la especializada, se basa en un modelo de HC descrito en los textos académicos de semiología, clínica, medicina interna y otras especialidades, o en formas adaptadas por los médicos docentes de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) en los recintos hospitalarios.

En este trabajo se presenta información recogida de una investigación dirigida a conocer los componentes del EM, comparar los modelos de HC utilizados en los ambientes de internamiento hospitalario, a raíz de preguntas formuladas sobre la situación actual de su aplicación, por ejemplo: ¿cuáles han sido los modelos usados?, ¿es congruente el modelo adoptado con las condiciones/necesidades clínicas?, ¿cuán útil es la información recabada? Se observó el proceso de aplicación de la historia clínica, a partir de los procedimientos normativos establecidos por la SS y del modelo ideal formulado en los textos de medicina y semiología, al tiempo que se expresan las percepciones de los médicos y estudiantes sobre los modelos planteados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio, realizado durante el segundo semestre de 2,004, en los hospitales nacionales (Escuela, General San Felipe e Instituto Nacional del Tórax), y el nivel central la SS, se estructuró en cuatro partes diferentes, pero complementarias:

En primera instancia se realizó una investigación documental, cual fue la búsqueda de los modelos de HC que aparecen en textos básicos de semiología

médica, i.e., Bates¹, Goic-Chamorro² y Surós³, de los que se formuló un “modelo ideal” de historia clínica hospitalaria (HCH); adicionalmente, se recolectaron modelos de HCH que se utilizan en algunas de las salas de hospitalización, elaborados por profesores de medicina clínica con fines pedagógicos, que ayudaron a completar ese modelo ideal.

En segunda instancia, se obtuvo la norma técnica que propone los contenidos e instrumentos del EM, “La Historia Clínica: Propósito, Contenido, Formularios” en el Departamento de Estadística del MS⁴, procediendo luego a un análisis comparativo de este “modelo formal”, respecto a la HCH ideal.

Un tercer momento consistió en visitas a las salas de emergencias y hospitalización en el Hospital Escuela (HE), con observación de la entrevista médico-paciente y la aplicación de la forma, “modelo fáctico”. Al mismo tiempo, se realizaron entrevistas a médicos clínicos (3) y estudiantes (14), conducidas por los investigadores, con preguntas dirigidas a valorar la pertinencia y funcionalidad del modelo aplicado.

Finalmente, se hizo una revisión de HCH archivadas (modelo fáctico), en el Departamento de Registros Médicos del HE, con una muestra al azar de 14 expedientes provenientes de diferentes servicios de hospitalización, a los que se les aplicó una lista de cotejo para observar el grado de adherencia a la norma.

RESULTADOS

La normativa institucional sobre la conformación del expediente clínico en la Secretaría de Salud, establece una serie de documentos, entre formularios, notas y gráficos, y la historia clínica de emergencias, hospitalización y de consulta ambulatoria:

✍ *La historia de la consulta externa* contiene la anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento e indicaciones.

✍ *En la historia obstétrica* se registran los datos del período prenatal (parecida a consulta externa pero con datos del embarazo), parto

✍ (condición de la paciente y datos relevantes como los periodos de dilatación, cómo comenzó el parto), puerperio (condiciones de la madre después del parto), recién nacido (correlación entre madre e hijo, examen físico, evolución e indicaciones). Esta forma observa la falta de varios datos personales como edad, lugar y fecha de nacimiento, dirección actual y ocupación, así como los antecedentes y el examen físico general y segmentario.

✍ *La historia clínica perinatal* contiene datos generales, antecedentes prenatales, natales y postnatales inmediatos del niño, pero no se interrogan otros antecedentes como inmunizaciones, procedimientos, seguridad y prevención de lesiones, ni molestias principales de enfermedad actual para la madre. En el examen físico se interrogan antecedentes terapéuticos y se anotan signos vitales, examen general y por sistemas y órganos, lesiones traumáticas, cordón umbilical, malformaciones congénitas, expulsión de meconio, impresión diagnóstica y órdenes medicas.

✍ *La historia de emergencia* debe registrar sobre todo información sobre la enfermedad principal, lesiones, examen físico, laboratorio, rayos X, tratamientos, instrucciones a seguir, conducta a seguir, fecha y firma del médico.

✍ En la *historia de hospitalización* se anotan datos generales, la anamnesis con descripción de la enfermedad actual, revisión de síntomas, antecedentes personales, familiares y sociales, y un examen por sistemas anatómicos. Si un paciente vuelve a padecer la misma situación en periodo de treinta días solo se anota lo que ha sucedido en el tiempo transcurrido (reingreso). Además, va acompañada de notas de evolución, relatos cronológicos de la evolución diaria o cada hora según la gravedad; notas de traslado a otro servicio, y de egreso. Al final aparece el diagnóstico definitivo y los procedimientos quirúrgicos realizados (epicrisis).

✍ Las *autorizaciones* son documentos que dan paso a intervenciones o procedimientos que

reiterada de información clínica llega al extremo de que el expediente entero no aparece en el archivo, por lo que varios departamentos o servicios clínicos han optado por manejar su propio sistema.

Los clínicos entrevistados estuvieron de acuerdo en que el modelo de HCH es pertinente al proceso clínico de manejo de los pacientes: *"No hay malas historias clínicas sino malos historiadores"*. *"La HC es la herramienta fundamental del médico clínico"*.

La exploración de los expedientes en el archivo reveló que las HCH son cumplimentadas de acuerdo a la situación, emergencia u hospitalización, adhiriéndose al formato pertinente (100%); casi todas (84%) presentaron todos los apartados, pero hubo falta de información sobre el síntoma principal, antecedentes personales no patológicos, funciones orgánicas generales y/o revisión de síntomas por órganos, aparatos y sistemas hasta en 20%. El examen físico no figuró en 16% de las historias revisadas.

DISCUSIÓN

En el sistema de información de la Secretaría de Salud, existen vacíos importantes en el desarrollo metodológico de un modelo de análisis de los registros médicos, que impiden crear la arquitectura de un sistema estructurado, que sea útil tanto para los procesos clínicos como para los de orden administrativo, de investigación o docencia, de tal forma, que el modelo refleje exactamente la naturaleza, estructura y utilización de la información requerida.

Un sistema de registros médicos se establece con la idea de apoyar la atención de las necesidades del paciente; y, el propósito de ofrecer información para la planificación, investigación o auditoría médica, es una consecuencia de esta intencionalidad. La recolección, procesamiento, almacenamiento, recuperación y técnicas de mantenimiento de información del paciente se comportan de manera lineal.

El dato se vincula en forma secuencial, como en flujo, donde el almacenamiento y recuperación son únicos y no se permiten otras opciones⁵. La situación de los registros médicos en nuestros hospitales es precaria, en muchas ocasiones se pierde la intencionalidad y principios que conlleva el registro médico. Esto nos ha llevado a la *"era del formulario"*, donde la habilidad del planificador se

da por la capacidad de diseñar formularios que puedan agregarse o desagregarse de acuerdo a ciertos niveles de atención y de toma de decisiones⁸.

Es así como los programas básicos de salud de esa Secretaría y los servicios más especializados de los hospitales de tercer nivel, elaboran minisistemas y formularios que alimentan su propia gestión pero aislados del contexto global, ante la imposibilidad de obtener información, dando como resultado una ruptura a la lógica que pudo, en un inicio, tener un sistema de registros integral.

El manejo masivo de datos tanto en el hospital como en el nivel central de la Secretaría de Salud, determina un procesamiento lento y costoso, por lo que, cuando se obtiene la información, ya existen nuevas condiciones. Esta situación no permite buena calidad de información ya que la calidad es parte de la integralidad y la oportunidad.

No obstante que el nivel político-técnico de la Secretaría de Salud, ha elaborado una normativa sobre la documentación elemental y uso del EM, en los servicios clínicos se refleja bastante desorden en todo el proceso de captación, manejo y uso de la información médica. El documento capital, la HC, cuyo formato coincide casi plenamente con los modelos académicos, es frecuente que se maneje superficialmente, sin una cadena de seguridad que asegure la confidencialidad, con mucha información que no se toma en consideración al momento de evaluar y brindar tratamiento, producto de una visión enfocada a *"ver enfermedades"* y no pacientes, personas humanas con necesidades y demandas que estamos obligados a atender.

Con frecuencia las notas que se registran en la historia clínica son ilegibles y desorganizadas, los reportes de los servicios de apoyo, ej; laboratorio y radiología, no se encuentran y se vuelve un desafío entender qué es lo que ha pasado con el paciente. Otros problemas detectados se relacionan con la falta de recursos materiales elementales como formularios o computadoras, ambientes físicos deficientes, y, sobre todo, falta de una comunicación fluida entre los servicios clínicos, los de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y los de administración de la información en la central estadística del hospital.

La Historia Clínica contiene información que identifica al paciente, documenta el curso de la enfermedad, justifica el diagnóstico y el tratamiento, y forma parte del sistema de información que comunica al médico tratante con los demás profesionales que intervienen en el

5. Florentino J., Gutiérrez R.: Responsabilidad Médica e Historia Clínica- Reflexiones. Clínica Bazterrica [en línea] marzo 1998 [Fecha de acceso, 6 de diciembre 2,004]. URL [disponible en : http://www.cirpedal.com.ar/legrespo.html/](http://www.cirpedal.com.ar/legrespo.html/).
6. Guzmán M. F.: La Historia Clínica: Elemento Fundamental del Acto Médico. MEDSPAIN 2,000
7. Martínez Y. Y. et al.: Manejo de la Historia Clínica por el Personal Médico y de Enfermería de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, Medellín, Antioquia, [en línea] 1997 [Fecha de acceso, 6 de diciembre 2,004]. URL [disponible en : http://tone.udea.edu.co/revista/mar98/historia.html/](http://tone.udea.edu.co/revista/mar98/historia.html/).
8. OPS/OMS: Registros médicos electrónicos para tres países de Centroamérica. Washington, D.C. noviembre, 1,997
9. Traburu A.M., Saldaña M.L., De Pedro M.T.: Servicio de medicina preventiva y gestión de calidad hospitalarias. Hospital Virgen del Camino, Pamplona, 2,003.
10. Tattevin P, et al. The validity of medical history, classical symptoms, and chest radiographs in predicting pulmonary tuberculosis: derivation of a pulmonary tuberculosis prediction model. Chest 1999;115:1248-53.



Construyendo Alianzas para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

I. INTRODUCCION

El país, ha venido haciendo esfuerzos por desarrollar estrategias y acciones integrales y sostenibles orientadas a la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA, las cuáles se han sistematizado en dos planes estratégicos nacionales de lucha contra el VIH/SIDA, el segundo con vigencia para el período 2003-2007.

Los análisis de situación del VIH/SIDA y las evaluaciones de lo actuado hacen relevante la naturaleza compleja, multidimensional, multidisciplinaria e intersectorial del problema, lo cual está condicionando una conciencia creciente de que el abordaje y las intervenciones para que incidan, revirtiendo la tendencia creciente del problema, deben de desarrollarse de forma complementaria y sinérgica en varias dimensiones y con la participación del mayor número posible de sectores y actores en todos los niveles: nacional, regional, local y comunitario.

Es así como desde finales de los años ochenta y principios de los noventa, principalmente desde la Secretaría de Salud aunque con una participación creciente de otros sectores y actores; y con el apoyo de nueve agencias del Sistema de Naciones Unidas integradas en un solo accionar en la instancia conocida como ONUSIDA, han venido desarrollándose acciones obteniéndose algunos logros orientados a mejorar el porcentaje en la identificación de casos y la notificación oportuna, aumentando la cobertura, oportunidad y calidad de la atención ; y en los últimos años desarrollando estrategias para el acceso equitativo y sin discriminaciones al tratamiento con medicamentos antiretrovirales.

También se ha apoyado la capacitación de personal institucional, comunitario y de organizaciones de la sociedad civil especialmente en nuevas metodologías y técnicas de prevención y atención integral ; y se han introducido herramientas para la gestión de programas de prevención y atención integral del VIH/SIDA en los servicios de salud y a nivel comunitario a través del voluntariado.

Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes frente a los retos que plantean los avances en magnitud y complejidad de la epidemia y frente a la creciente demanda de la población afectada por el problema en cuanto a derechos y respuestas a sus necesidades.

Las posibilidades de dar respuesta a dichos retos y demandas se fundamentan principalmente en las competencias, capacidades, actitudes y prácticas de las personas que intervienen para impactar en el problema y de las personas que ya lo viven.

*Instituciones participantes: Instituto de Profesionalización y Superación del Docente, UNAH:ONUSIDA y Secretaría de Salud.

En ese sentido, se identifica la necesidad de reorientar muchas de esas actitudes y prácticas por ser obsoletas, poco pertinentes o insuficientes; también hoy es urgente responder a la necesidad de fortalecer aquellas competencias y capacidades que amplían el abordaje de los problemas de salud enfermedad de la población para intervenir de manera más integral y efectiva en su transformación o superación.

Frente a lo anterior, y reconociendo el potencial de la educación como estrategia transformadora cuando ésta se desarrolla como proceso social, histórico, humanizante y por ende contextualizado; la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), la Secretaría de Salud y ONUSIDA a través de una acción coordinada y sinérgica están comprometidas con un Proyecto para el diseño e implantación en Honduras de un Programa Nacional de Educación Permanente en VIH/SIDA que será administrado académicamente por la UNAH como principal centro de educación superior del país con presencia en Tegucigalpa y seis regiones más coincidentes con las regiones de mayor prevalencia e incidencia del VIH/SIDA en el país.

El propósito de este Proyecto colaborativo es aumentar la sensibilización, el compromiso y la capacidad de acción e innovación frente al problema del VIH/SIDA; propósito claramente expresado en la política nacional de atención integral y de acceso a medicamentos antiretrovirales y coincidente con la misión de la UNAH de contribuir a resolver los grandes problemas nacionales.

II. PROCESO DE DISEÑO DEL PROYECTO

El Proyecto fue diseñado a partir de una investigación de necesidades educativas realizada con técnicas de grupos focales y entrevistas a informantes claves (Personas Viviendo con VIH/SIDA/PVVS, gestores de programas y proyectos de capacitación y formación en VIH/SIDA y personal de salud) utilizando el enfoque de educación permanente y desarrollando tres ejes: la investigación acción participativa, la equidad de género y la ética/bioética.

Identificar y definir desde qué perspectivas se elaboraría y gestionaría el Proyecto ayudó al grupo de diseño del Proyecto a delimitar los alcances y objetivos del mismo.

Se construyeron colectivamente entendimientos alrededor de 2 temas:

1. El abordaje integral del VIH/SIDA, y
2. El enfoque educativo más pertinente con las necesidades de transformación del sistema y de la red de servicios de salud, y de las praxis sociales en general para incidir previniendo y controlando el VIH/SIDA.

En relación al abordaje integral del VIH/SIDA es importante plantear que el término **abordaje no se está utilizando como sinónimo de atención**. El VIH/SIDA no es solo un problema real sino también potencial que cada día se manifiesta con nuevos aspectos y dimensiones, por lo que no es suficiente, para limitar su desarrollo y crecimiento, la atención entendida como acciones integrales planificadas y orientadas a resolver o superar el problema; sino que también se necesita entender y comprender la dinámica del mismo y su contexto político, económico, social y cultural; así como las interrelaciones entre los diferentes actores y sujetos que intervienen en el mismo.

En ese sentido, la promoción de la salud como estrategia de acción en salud pública, está siendo priorizada como campo de acción para enfrentar el VIH/SIDA, ya que amplía y redimensiona los campos de la recuperación, la prevención y la rehabilitación; la promoción de la salud entendida como defensa y elevación de la calidad y la dignidad de la vida, como el esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad, al nivel de la preocupación colectiva, de la decisión política, de la creación artística y cultural, de la vida cotidiana; asumiendo además que el VIH/SIDA es un problema de todos y todas, que exige de la voluntad y decisión política de los actores del Estado y la participación de los diferentes grupos de la sociedad civil hondureña,

Para dar cuenta de lo anterior, a nivel educacional no es suficiente la capacitación (que además es entendida tradicionalmente como la actualización en nuevos conocimientos, métodos, técnicas o instrumentos); sino que **se necesita de verdaderos procesos educativos basados y complementados con investigaciones educativas, científicas y operativas.**

Es a nivel de la educación superior donde éste concepto se desarrolla en todo su potencial, razón por la cual se propone que sea la UNAH como rectora desnivel en el país la institución que gestione el Programa de Educación Permanente en VIH/SIDA.



4. La UNAH por su naturaleza nacional y hondureña y por su misión institucional está comprometida con desarrollar a través de sus funciones de docencia, investigación y vinculación con la sociedad respuestas de nivel superior para atender las necesidades educativas en el campo del VIH/SIDA, utilizando para ello el personal docente calificado y la infraestructura física y administrativa con que cuenta a nivel nacional, ganando con ello pertinencia y eficiencia institucional.

Guía para Elaborar Referencias bibliográficas Estilo Vancouver

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que a continuación se ofrecen, que se basan en el estilo que utiliza la NLM en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas según el estilo que utiliza el Index Medicus. Consulte la List of Journals Indexed in Index Medicus (relación de revistas indizadas en el Index Medicus), que la NLM publica anualmente como parte del número de enero del Index Medicus, y como separata. Esta relación también puede obtenerse en la dirección web de la NLM.

(Nota: para consultar las abreviatura de revistas españolas, puede consultar el catálogo del Instituto Carlos III. También puede consultar Biomedical Journal Title Search)

Evite citar resúmenes. Las referencias que se realicen de originales aceptados pero aún no publicados se indicará con expresiones del tipo "en prensa" o "próxima publicación"; los autores deberán obtener autorización escrita y tener constancia que su publicación está aceptada. La información sobre manuscritos presentados a una revista pero no aceptados cítele en el texto como "observaciones no publicadas", previa autorización por escrito de la fuente.

Tampoco cite una "comunicación personal", salvo cuando en la misma se facilite información esencial que no se halla disponible en fuentes públicamente accesibles, en estos casos se incluirán, entre paréntesis en el texto, el nombre de la persona y la fecha de la comunicación. En los artículos científicos, los autores que citen una comunicación personal deberán obtener la autorización por escrito.

Los autores verificarán las referencias cotejándolas con los documentos originales.

Artículos de Revistas

(1) Artículo estándar

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura* internacional de la revista año; volumen (número)**: página inicial-final del artículo.

Díez Jarilla JL, Cienfuegos Vázquez M, Suárez Salvador E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Barc) 1997; 109 (16): 632-634.

*Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en "List of Journals Indexed in Index Medicus", las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

** El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura et al. (Nota: National Library of Medicine (NLM), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor cita los primeros 24, luego el último autor y después et al.).

Más de seis autores

Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et al. Med Clin (Barc) 1997; 109 (19): 744-748.

(2) Autor Corporativo

Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hepnotisis amenazante. Arch Bronconeumol 1997; 33: 31-40.

(3) No se indica nombre del autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994; 84: 15

(4) Artículo en otro idioma distinto del inglés*

Collin JF, Lanwens F. La veine carotide externe. Rappel historique des travaux de Paul Launay. Ann Chir Esthet 1997;42:291-295. * Los artículos deben escribirse en su idioma original si la grafía es latina.

(5) Suplemento de un volumen

Bonfill X. La medicina basada en la evidencia. La Colaboración Cochrane. Arch Bronconeumol 1997; 33 Supl 1: 117.

(6) Suplemento de un número

Leyha SS. The role of Interferon Alfa in the treatment of metastatic melanoma. Semin Oncol 1997; 24 (1 Supl 4): 524-531.

(7) Parte de un volumen

Ozben T Nacitarhan S, Tuncer N. Plasmaand urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochen 1995; 32(Pt3): 303-6.

(8) Parte de un número

Peter JB, Greening AP, Crompton GK. Glucocorticoid Resistance in Asthma. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152 (6 pt 2): S12-S142.

(9) Número sin volumen

Pastor Durán. X. Informática médica y su implantación hospitalaria. Todo Hosp 1997; (131): 7-14.

(10) Sin número ni volumen

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993; 325-33.

(11) Paginación en número romanos

Fisher GA, Sikic BL. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Abr; 9(2): XI-XII.

(12) Indicación del tipo de artículo según corresponda

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson`s disease [carta]. Lancet 1996; 347: 1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. Kidney Int 1992; 42: 1285.

(13) Artículo que contiene una retractación

Garey Ce, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: Nat Genet 1994; 6: 426-31] . Nat Genet 1995; 11: 104.

(14) Artículo retirado por retractación

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocius IRBP gene expression during mouse development [retractado en Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 3127] . Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 1083-8.

(15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in sintptmatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en West J Med 1995; 162: 278] . West J Med 1995; 162: 28-31.

Libros y Otras Monografías**(16) Autores individuales**

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y

Eventos y Publicaciones

XVII SEMANA CIENTIFICA 26-30 DE SETIEMBRE,2005

la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) a través de la Dirección de Investigación Científica celebra este año 2005 la XVII SEMANA CIENTIFICA, bajo el lema: “ **La convivencia pacífica y armónica con la naturaleza garantiza la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras**”, debido a la preocupación de la humanidad, en cuanto al desgaste acelerado del ecosistema y la forma irracional de aprovechamiento y coexistencia con este.

XII JORNADA DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD, 26-30 DE SETIEMBRE, 2005.

La Facultad de Ciencias Médicas, a través de la Unidad de Investigación Científica (UIC) con el apoyo logístico de la Unidad de Tecnología Educativa en Salud (UTES) inició la Jornada Científica con la programación de Foros Científicos- Prejornada, para compartir experiencias de Docentes, estudiantes y destacados investigadores nacionales sembrando la semilla generadora del conocimiento.

FOROS CIENTIFICOS:

- PLANTAS MEDICINALES , 28 de julio 2005
- UNIVERSALIZACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL. 18 de agosto 2005
- MEDIO AMBIENTE, 27 de setiembre 2005

TIPOS DE PARTICIPACION:

TRABAJOS DE INVESTIGACION: presentación de los resultados de las investigaciones Científicas de las Áreas Biológicas y de la Salud.

CONFERENCIAS ESPECIALES: Foros Pre-Jornadas, de profundidad investigativa, sobre temas específicos.

PRESENTACIONES CULTURALES Y ARTISITICAS.

.....

Marta Raudales Alvarado de Midence Primera Mujer Médica en Honduras

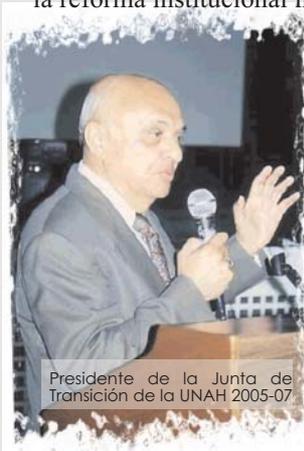
Hoja de Vida

La Dra. Martha Raudales Alvarado de Midence, primera mujer médica en Honduras, fué objeto de un homenaje con motivo de cumplirse el 50 Aniversario de su ejercicio profesional.

La comunidad estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, reconoce a la Dra. Raudales, con especialidad en Ginecología, su aporte a la ciencia, docencia y de las actividades de carácter social. Su amplia hoja de vida contiene asistencia a eventos nacionales y extranjeros, así como, el desempeño en puestos ejecutivos en diferentes instituciones nacionales del área de la Salud.



El Congreso Nacional de la Republica de Honduras, aprobó recientemente, la nueva Ley Orgánica de la UNAH, por medio del Decreto No. 209- 2004, que contiene en el artículo No.61, la creación de la Comisión de Transición, con facultades para asegurar la reforma institucional integral, la organización de la nueva estructura universitaria.



Presidente de la Junta de Transición de la UNAH 2005-07

El Dr. Jorge Haddad Quiñónez, ex –Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, elegido miembro de esta comisión entre candidatos con méritos calificados, fue juramentado también como Presidente de la misma por el Congreso Nacional.

La trayectoria profesional del Dr. Haddad Quiñónez, tiene el reconocimiento de la comunidad científica del Alma Mater por su destacada actividad en la formación de profesionales de la salud.

reconocimientos

HOMENAJE A FORMADORES DE PROFESIONALES DE LA SALUD

El personal Docente y Administrativo del Departamento de Fisiología de la Facultad de Ciencias Medicas de la UNAH, y la Sociedad Hondureña de Ciencias Fisiológicas realizaron el pasado 4 de agosto, un homenaje a los Dres, Juan Almendares Bonilla, Pablo Cambar, Ana Lina Lizardo y el Licenciado Gustavo Adolfo Fontecha por su larga trayectoria en la formación de profesionales de la Salud.

Los destacados profesionales pasan a situación de retiro después de laborar por muchos años en la UNAH. Este homenaje consistió en destacar su hoja de vida profesional y la entrega de una placa de reconocimiento.



BIBLIOTECA VIRTUAL EN GENERO Y SALUD

Antecedente

Como un paso más en su estrategia de disseminación de información en género y salud, la Unidad Género y Salud/OPS acogió la propuesta metodológica y técnica de BIREME para la implantación de la BVS en la región de las Américas, e invitó a organizaciones especializadas en la temática de género de cuatro países centroamericanos, a iniciar una disseminación de información relevante en línea, experiencia que estamos llamando BVGenSalud (Biblioteca Virtual en Género y Salud)

Centros Participantes

Los centros participantes de la BVGenSalud tienen, entre otros, varios roles importantes: producen y proveen documentos para su inclusión en la base de datos bibliográfica y la base de datos de texto completo; son punto de acceso a la información sobre género y salud, forman el Grupo de Trabajo de la BVGenSalud y actúan como sus representantes en los respectivos países.

Participantes en Honduras

Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
(E-mail: cdocinam@cablecolor.hn)

Centro de Derechos de Mujeres
(E-mail: cdm@cablecolor.hn)

Cómo consultar la BVS

Accesando a la siguiente dirección electrónica:
<http://genero.bvsalud.org/>

**CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN
REVISTA DE FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

Nombre: _____

Departamento o Unidad: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono: _____ E.mail _____

País: _____



La suscripción es válida por un año

VALOR DE LA SUSCRIPCION

HONDURAS:
Lps. 60.00 Por un año (2 números)

EXTERIOR:
\$ 4.00 Por un año (2 números)

Para mayor información comunicarse con las oficinas de la UTES en la siguiente dirección:

Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tecnología Educacional en Salud, (UTES)
Contiguo a Hospital -Escuela
Telefax: (504) 232-2044;
E.Mail : enlacefcm@yahoo.com



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

EL ONUSIDA Honduras se complace en presentar su página Web

WWW.onusida.un.hn

Un espacio virtual donde usted puede conocer nuestra labor, las áreas de acción de la respuesta nacional y las más actualizadas informaciones en VIH y SIDA.

Una ventana al conocimiento sobre VIH y SIDA

- Situación de la epidemia
- Documentos nacionales e internacionales
- Como educar a los hijos/as en el tema
- Preguntas más frecuentes
- Lenguaje y terminología
- Noticias y eventos

Además usted encontrará:

- Un Centro de Documentación en línea
Enlace con páginas Web de las agencias de las Naciones Unidas

Si requiere de asistencia y apoyo sobre VIH/SIDA, encontrará cómo y dónde acudir a nivel nacional y los datos de contacto del personal de ONUSIDA en Honduras.

Visítenos y quedará muy bien informado.