



Delia M. Camacho, Ph.D.,

Directora

Ana Isabel Moscoso, MLS, MPH

Directora Asociada

Victoria Delgado, MLS

Bibliotecaria

Ivette Marrero

Secretaria

Junta Asesora:

Dr. José Hawaycek

Prof. Francisca Corrada

Prof. Judith Rodríguez

Dra. Carmen Zorrilla

Dra. Yamila Azize

Dra. Melba Sánchez

Dra. América Facundo

Prof. Sandra Fábregas

Dra. Lourdes Soto de Laurido

Dra. Emma Fernández

Colaboradoras:

Sra. Carmen Vicens

Junta Editora:

Dra. Delia M. Camacho

Prof. Ana Isabel Moscoso

Prof. Judith Rodríguez

Diseño Gráfico:

Myrna Cabán

Dirección Postal:

Centro Mujer y Salud

Recinto de Ciencias Medicas

P.O. Box 365067

San Juan, PR 00936-5067

Teléfonos: (787) 758-2525

exts. 1367 y 1368

Teléfono y fax: (787) 753-0090

DECANATO DE ASUNTOS

ACADÉMICOS



DESDE EL CENTRO MUJER Y SALUD

Delia M. Camacho, PhD

Catedrática y Directora



Desde la designación del Centro Mujer y Salud del Recinto de Ciencias Médicas como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer por la Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud de los Estados Unidos; el Centro ha trabajado afanosamente en el desarrollo de sus tres componentes: Clínico, Investigación y Educación.

El desarrollo de un componente de servicio clínico como parte del modelo integrado de atención a la salud de la mujer ha sido el aspecto más innovador para nuestro Centro Mujer y Salud. La clínica de salud integral de la mujer comenzó a ofrecer servicios en Julio de 1999 como parte de la clínica intramural de la Escuela de Medicina. La clínica, bajo la dirección de la Dra. Josefina Romaguera, atiende un promedio de 200 pacientes por mes y cuenta con la participación de médicos de familia, internistas y obstetras ginecólogos; y ofrece la coordinación de referidos a especialidades médicas localizadas en la clínica intramural. El concepto persigue desarrollar un modelo donde se facilite que la mujer reciba todos los servicios que requiere en un mismo lugar (concepto de "one-stop-shopping"). Actualmente en nuestra clínica se atienden mujeres de todas las edades y se ha separado un día a la semana para mujeres en edad menopáusica.

A partir del mes de diciembre, como parte de los acuerdos formalizados con el Dr. Ramón Sánchez, director del Programa de Planificación Familiar Título X adscrito a la Escuela de Salud Pública, se ofrecen los servicios de ese programa a través de la clínica del Centro. Mediante este acuerdo las mujeres en edad reproductiva tienen la opción de recibir servicios de educación y consejería en planificación familiar y obtener métodos anticonceptivos en la clínica del Centro. El acuerdo representa la maximización de recursos disponibles, mediante la unión de recursos humanos y fiscales dirigidos al objetivo co-

(continúa en la pág. 2)

Contenido:

- *Desde el Centro Mujer y Saludpág. 1*
- *La Salud de las Mujeres Víctimas de Violencia Domésticapág.4*
- *Violencia Contra la Mujer: Análisis Sociodemográfico de la Mortalidad ...pág.7*
- *Cáncer de Mama: Después del Diagnósticopág.11*
- *Mujer y VIH: reclamando el derecho a la vida .. pág.14*

mún de contribuir a la salud de la mujer en Puerto Rico.

Bajo el componente de investigación el, Centro facilita la interacción entre investigadores y propulsa el desarrollo de estudios inter y multidisciplinarios en salud de la mujer. En el Recinto de Ciencias Médicas hemos identificado aproximadamente treinta y siete investigadores en diferentes disciplinas de ciencias básicas y clínicas llevando a cabo proyectos de investigación relacionados a salud de la mujer. Las metas que tenemos por delante incluyen el desarrollo de una agenda en salud de la mujer, la identificación de fondos para ofrecer a través del Centro ayudar a investigadores en el desarrollo de proyectos piloto en salud de la mujer, desarrollar un banco de datos de las usuárias de la clínica de la mujer para propósitos de investigación, y promover el análisis por género en los proyectos de investigación del Recinto.

Por otro lado, el Centro reconoce que los servicios de salud de las mujeres serán de calidad en la medida en que los profesionales de la salud conozcan y tengan conciencia de las necesidades de las mujeres durante todas las etapas de su vida. Reconoce además, que la educación en salud de la comunidad, particularmente de las mujeres, las prepara para una mayor participación en la prevención de enfermedades y mantenimiento de su salud, así como para la toma de decisiones informadas sobre las condiciones que le afectan. De ahí, la importancia de la educación, la diseminación de

información y el desarrollo de mujeres líderes en las profesiones de la salud. Al reconocer esta necesidad, el Centro ha dirigido esfuerzos particularmente a la educación tanto de profesionales de la salud como de la comunidad en general. Se han ofrecido conferencias, seminarios, foros y talleres en temas tales como osteoporosis, menopausia, cáncer de seno y violencia doméstica, entre otros.

El Centro recibió como parte de una enmienda del contrato de los Centros de Excelencia fondos para



Representantes del U.S. PHS. Office on Women Health en su primera visita oficial al Centro Mujer & Salud. De izquierda a derecha: Saralyn Mark, MD, Susan Wood, PhD, Susan Clark MA y la Dra. Delia M. Camacho.

el desarrollo de un programa de alcance comunitario que facilitará el desarrollo de diversos productos de información para la divulgación de información a la comunidad. El proyecto incluye el desarrollo de la nueva página electrónica del Centro, la publicación del boletín Mujer & Salud, el desarrollo de opúsculos informativos y la identificación de miembros de nuestra facultad que quieran participar como recursos en programas educativos con la comunidad.

El Centro, con fondos del programa Atlantea de la Universidad de Puerto Rico para establecer una Red de Información en Salud de la Mujer en el Caribe, coordinó el verano pasado una actividad entre colegas de Puerto Rico e Islas Vírgenes con el fin de identificar

áreas de interés común. Como parte de las actividades de la Red, el Centro auspició un foro sobre aspectos internacionales de las reformas del sector salud en la que participaron de invitadas la Dra. María Isabel Matamala de la Red de Salud de la Mujer de Chile, la Lic. Dynis Luciano de la Republica Dominicana quien además representó a la oficina de salud de la mujer de la OPS y la Dra. Yohana de Jesús quien representó a Puerto Rico.

Una de las actividades de mayor impacto en la que está participando el Centro, en alianza con diversas organizaciones comunitarias, académicas y gubernamentales es la planificación del Taller Adiestrando Adiestradores en Violencia Doméstica para profesionales de la salud que se ofrecerá en el mes de febrero de 2000

en el Centro de Convenciones Tropimar. Se adiestrarán profesionales de la salud, comprometidos a su vez a adiestrar a colegas en sus respectivos escenarios de trabajo para identificar de forma rutinaria a víctimas de violencia doméstica. Se utilizará para el adiestramiento el modelo de "RADAR" desarrollado por Physicians for Social Responsibility de Philadelphia quienes serán los recursos de la actividad. La actividad representa el mejor ejemplo de coordinación del Centro con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en Puerto Rico, así como con otras escuelas de medicina. Como parte de las actividades de planificación en noviembre pasado auspiciamos la presentación del Protocolo de Intervención con Sobrevivientes de

Violencia Doméstica preparado por el Departamento de Salud que fue presentado en el Recinto de Ciencias Médicas por la Dra. Linda Laras, directora del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación del Departamento de Salud.

Es importante recordar que la incorporación de temas relacionados a salud de la mujer en los currículos de las escuelas del Recinto es un asunto de primera prioridad para el Centro. No se trata específicamente de la creación de cursos en salud de la mujer, sino de fomentar la revisión, actualización e incorporación en los currículos existentes de los temas de salud de la mujer a través de los cursos que ya se ofrecen para la preparación de todos los profesionales de la salud. Uno de los esfuerzos que queremos reconocer lo ha desarrollado la Escuela de Medicina revisando los casos del seminario de integración (aprendizaje basado en problemas) y desarrollando casos para la formación y evaluación de estudiantes con pacientes estandarizados para cubrir temas prioritarios en salud de la mujer. Otra iniciativa académica es que el Centro se ha convertido en escenario de práctica para estudiantes de bachillerato en Educación en Salud del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, contribuyendo al desarrollo de actividades educativas de alcance en la comunidad y a preparar a educadores conscientes de las necesidades de salud de la mujer. Además, el Centro cada vez más se identifica como fuente de información en salud de la mujer para profesionales de la salud, estudiantes y pacientes.

En resumen, en el umbral de sus cuatro años de creación, el Centro Mujer y Salud del Recinto de Ciencias Médicas a través de sus tres componentes: clínico, investigación y educación; se compromete cada día mas con su misión de integrar

facultativos, estudiantes, organizaciones y programas comprometidos con el bienestar integral de la mujer a través de su ciclo de vida. Agradecemos la colaboración de los miembros de los comités asesores, de la Junta Asesora, y a nuestras alianzas comunitarias y gubernamentales para el logro de estos objetivos.

Participantes de la reunión "Women Living Long Living Well" que se realizó en marzo de 99 en coordinación con el U.S. Public Health Service Office of Women's Health, Region II.



El Dr. Norman Maldonado, Presidente de la Universidad se dirige a los presentes durante el acto de inauguración oficial del Centro Mujer y Salud como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer.



La Lic. Diny Luciano de la Republica Dominicana y la Dra. María Isabel Matamala de la Red de Salud de la Mujer, (2da y 3ra respectivamente de izquierda a derecha) expusieron la perspectiva internacional en el foro: Políticas de reforma del sector salud y su impacto en la salud de la mujeres. Con ellas (en el mismo orden) Delia M. Camacho, directora del Centro, Myrtha Díaz, moderadora del foro y Sandra Estepa del U.S. Public Health Service. Office on Women Health, Región II, quien nos visitaba en esta ocasión.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:

ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MORTALIDAD FEMENINA EN PUERTO RICO EN 1997

Prof. Judith Rodríguez Figueroa
Catedrática, Programa Graduado de Demografía,
Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas de mayor preocupación en el país con respecto a la población femenina lo es la violencia contra la mujer. En Puerto Rico se registran de manera oficial una gran cantidad de casos por violencia doméstica. La pérdida de la vida es una de las consecuencias de mayor impacto en la violencia contra la mujer.

La Policía de Puerto Rico es la entidad gubernamental a cargo de la recopilación de las estadísticas sobre los actos de violencia que resultan en muerte en el país. De acuerdo a la Policía de Puerto Rico los homicidios criminales comprenden asesinatos y homicidios. Se define asesinato como la acción de dar muerte a un ser humano con malicia premeditada (Artículo 2, Sec. 4001, Código Penal, 1974) y homicidios como la acción de dar muerte a un ser humano en ocasión de súbita pendencia o

arrebato de cólera (Artículo 85, Sec. 4004, Código Penal, 1974). Se ha determinado que toda persona muerta a consecuencia de una pelea, argumento, discusión, agresión o la comisión de un delito se cuenta como homicidio criminal.

Según las estadísticas más recientes de la Policía, fueron asesinadas en Puerto Rico durante el año 1998, un total de 53 mujeres. De éstas 29 (54.7 por ciento) fueron clasificadas por la Policía como violencia doméstica, 1 (1.9 por ciento) por motivo pasional, 7 (13.2 por ciento) por drogas y 4 (7.5 por ciento) por robo. Sin embargo, de acuerdo a estas estadísticas, se desconoce el motivo para el asesinato de 12 de estas mujeres. Las estadísticas de la Policía del año 1998 informan que las mujeres asesinadas constituían el 22.6 por ciento de todos los asesinatos perpetrados en Puerto Rico.

El análisis de las muertes por homicidio en Puerto Rico, mediante el uso de la información que contiene el certificado de defunción, ha sido principalmente utilizado para estudiar la mortalidad debido a causas externas o violentas en la población masculina. En lo concerniente al estudio de la violencia contra la mujer en Puerto Rico, esta fuente de información ha sido poco utilizada. No obstante, la información sobre las muertes por homicidio en Puerto Rico que es categorizada por el Registro Demográfico del Departamento de Salud de acuerdo a los certificado de defunción, es una fuente muy valiosa que permite ampliar los conocimientos y el análisis de la violencia contra la mujer desde una manera más abarcadora y desde una perspectiva demográfica, a diferencia de otras fuentes de información disponibles en el país.

FUENTE DE DATOS

La fuente de la información utilizada para la investigación de naturaleza descriptiva que es presentada en este artículo fueron las cintas de computadora para los años de 1990 a 1997 elaboradas por el Departamento de Salud. Estas cintas de computadoras contienen los datos que aparecen en los certificados de defunción y que procesa para fines estadísticos el Registro Demográfico de Puerto Rico y la División de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud. Las muertes por homicidios e intervención legal fueron codificadas por el Departamento de Salud de Puerto Rico como E-978 durante los años bajo consideración en esta investigación. Se utilizó la Novena Clasificación de Enfermedades correspondiente al año 1975, que elabora y publica la Organización Mundial de la Salud, para llevar a cabo esta codificación. En el análisis de las características sociodemo-

gráficas de las mujeres fallecidas por homicidio en Puerto Rico, se hizo uso de los datos de mortalidad correspondientes al año 1997.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tendencias de los Homicidios Femeninos (1990-97)

Los homicidios cometidos contra las mujeres constituyen una proporción pequeña de todos los fallecimientos femeninos acaecidos en Puerto Rico. En los años comprendidos entre el 1990 y 1997 este tipo de causa de muerte constituía menos del uno por ciento de todas las muertes. Sin embargo, es pertinente señalar que este tipo de causa de muerte ocurre con mayor frecuencia en determinados grupos de edad. Por lo que la importancia relativa de esta causa de muerte cobra relevancia en las edades donde ocurre una mayor cantidad de fallecimientos por homicidio.

Durante los años comprendidos entre el 1990 y 1997, el número promedio de fallecimientos femeninos atribuidos a homicidios en Puerto Rico, fue de 84. Esto significa que aproximadamente 84 mujeres fueron asesinadas anualmente durante los 8 años bajo análisis. En ese mismo período de tiempo el número promedio de todos los homicidios acaecidos anualmente en el país fue de 859. Los homicidios femeninos constituyeron en promedio el 10 por ciento de todos los homicidios que se cometieron durante los años de 1990 a 1997 en Puerto Rico.

Del análisis para los años bajo estudio, se desprende el hecho de que a partir del 1994, los homicidios femeninos oscilaban entre el 8 y 9 por ciento de los fallecimientos atribuidos a esta causa de muerte. El descenso a partir de este año en

la proporción que representan los fallecimientos femeninos del total debido a homicidio podría explicarse por un alza en esta causa de muerte en el sexo masculino.

Las muertes por homicidio en la población masculina del país parecen estar íntimamente asociadas a una conducta delictiva principalmente relacionada al uso, abuso y trasiego de drogas. En cuanto a las féminas, la razón para ser asesinadas no parece estar asociada necesariamente a esta conducta delictiva como en el caso de los hombres y si a un patrón de violencia doméstica por parte de su cónyuge o pareja sexual. El análisis de las muertes por homicidio, mediante el uso del certificado de defunción, nos permite categorizar las mismas de acuerdo al motivo que esgrimió el asesino para perpetuar el crimen.

Características Sociodemográficas de las Mujeres Fallecidas por Homicidio, 1997

Durante el año 1997 fallecieron en Puerto Rico 74 mujeres por homicidio. Durante ese año se perpetraron 883 homicidios constituyendo los fallecimientos femeninos un 8.4 por ciento de todas las muertes debido a esta causa externa.

Edad

Dos terceras partes (67.3%) de las mujeres fallecidas por un homicidio en Puerto Rico durante el año 1997, tenían menos de 30 años de edad. Cerca de una quinta parte (19.2%) tenía entre 30 y 39 años de edad. El

resto (9.6%), tenía 40 años o más de edad. Al presente, las mujeres en Puerto Rico mantienen una expectativa de vida al nacer entre 78 y 79 años de edad. Por consiguiente, una muerte a temprana edad resulta en una pérdida en los años de vida potencial en este segmento de la población. A su vez, el hecho de que estas muertes ocurren principalmente durante el período de edad reproductiva de la mujer contribuye al incremento en el número de niños menores de 18 años huérfanos de madre en el país.



Del análisis de los fallecimientos femeninos por edad y causa de muerte se desprende el dato de que los homicidios tienen un impacto mayor en la población joven. Los homicidios fueron la tercera causa de muerte (10.9 %) para las mujeres de 20 a 29 años de edad. Siendo precedidos únicamente por los accidentes (16.8 %) y las muertes por SIDA (14.7 %).

En el grupo de edad de 30 a 39 años, las muertes por homicidio ocuparon una cuarta posición (4.5 %) precedida por las siguientes causas de muerte: SIDA (23.1 %), Cáncer (17.5 %) y todos los accidentes (12.5 %).

Estado Marital

Un 43.1 por ciento de las mujeres asesinadas en 1997 eran solteras o vivían en unión consensual mientras que una de cada tres eran casadas (31.9 %). Por otro lado, un 18.1 por ciento eran divorciadas y un 4.2 por ciento eran viudas.

Escolaridad

Un poco más de la mitad (51.2%) de las féminas asesinadas durante el año 1997 en Puerto Rico tenían un nivel de instrucción de cuarto año de escuela superior ó más. Por otro lado, una cuarta parte de las mujeres fallecidas debido a homicidio tenían un nivel de escolaridad de escuela elemental y el 11 por ciento de estas mujeres asesinadas, tenían al menos un grado de bachillerato. La mediana de años de escuela completados en este grupo de féminas fallecidas fue de 12.

Fuerza Laboral

El 47 por ciento de las mujeres asesinadas durante el año bajo estudio tenían una ocupación. Un 38 por ciento, eran amas de casa, mientras el restante 15 por ciento de estas féminas, al momento de su fallecimiento, se encontraba estudiando.

Lugar de la Agresión

Un poco menos de la mitad (48.6 %) de los homicidios perpetrados en las mujeres ocurrió en su residencia. Otros de los lugares principales utilizados para asesinar a las mujeres en 1997 fueron: la calle (17.1 %) y los vehículos de motor (11.4 %). Además de los tres sitios antes mencionados, otros parajes fueron utilizados para ultimar el 22.9 por ciento de las víctimas restantes.

Horario en que Ocurrió la Agresión

Dos de cada tres homicidios de mujeres (65.3 %) en Puerto Rico, durante el año 1997, ocurrieron en horas pasado el meridiano (PM).

Municipio de Residencia de la Fallecida

El 18 por ciento de las mujeres fallecidas por esta causa residía en el Municipio de San Juan. Cabe señalar que en este municipio es donde habita la mayor cantidad de féminas entre los 78 pueblos que conforman la Isla de Puerto Rico. Los otros municipios donde residían la mayoría de las mujeres fallecidas por este tipo de causa de muerte lo fueron: Carolina y Bayamón (con un 6.9 % respectivamente) y Caguas (5.6 %).

Municipio Donde Ocurrió la Agresión

En 38 municipios de Puerto Rico se cometió en 1997 un acto de violencia fatal contra la mujer. En el municipio de San Juan se registró la mayor proporción de casos de homicidios femeninos (20.8 %). Otros municipios con un alto registro de casos lo fueron Carolina (6.9 %), Bayamón (5.6 %), Caguas y Cataño (con un 4.2 % respectivamente).

Procedimiento Empleado Para Cometer el Homicidio

El principal método utilizado para asesinar a las féminas durante el año 1997 fueron las armas de fuego y los explosivos (62.5 %). Instrumentos cortantes y punzantes fueron el segundo método más utilizado para cometer el asesinato (18.1 %). En el 19.4 por ciento de las muertes se hizo uso de otros procedimientos o métodos.

CONCLUSIONES

No existe la menor duda que la violencia en nuestro país es un problema de gran preocupación por la pérdida tan grande de vidas humanas asociadas a este comportamiento humano. Las muertes por

homicidio son un índice excelente de las características de la violencia en una comunidad. Aproximadamente 84 mujeres fallecen en Puerto Rico anualmente por actos de violencia cometidos contra su persona. Contrario a los varones donde las autoridades policíacas asocian esta causa de muerte a actos delictivos, en las féminas parece estar asociado a incidentes de violencia doméstica por parte de su actual o pasado cónyuge o compañero sexual. Las mujeres asesinadas son por lo general jóvenes con altos niveles educativos, con residencia en San Juan y en municipios aledaños a la ciudad capital. Los actos de violencia ocurren principalmente en un horario pasado el meridiano y en una residencia utilizando el agresor un arma de fuego u objeto punzante para cometer el mismo.

Las muertes por homicidio en Puerto Rico categorizadas por el Registro Demográfico del Departamento de Salud, comprenden de una manera abarcadora, el registro de una de las dimensiones más fatales de la violencia contra la mujer desde una perspectiva demográfica a diferencia de otras fuentes de información disponibles en el país. No obstante, el análisis de las muertes por homicidio, mediante el uso del certificado de defunción, no permite categorizar las mismas de acuerdo al motivo que esgrimió el asesino para perpetuar el crimen. Por lo tanto, se sugiere que se examine la idea de incorporar en el certificado de defunción una pregunta que permita detectar las muertes por homicidio como resultado de un acto de violencia doméstica.



Referencias

- Código Penal de Puerto Rico. 1974
- Policía de Puerto Rico. Negociado de Servicios Técnicos. División de Estadísticas. 1999

LA SALUD DE LAS MUJERES

Iris M. Aponte Díaz, MPH
Yvonne Corsino Osorio, MPH
Aida Ivette González Santiago, MPH
Brenda Maldonado Brown, MPH

En el área de violencia doméstica, al igual que en otras áreas de interés social, tradicionalmente las organizaciones de base comunitaria tratan de llenar el vacío dejado por los servicios gubernamentales de salud, al punto que la mayor cobertura de programas de atención y prevención para este sector de la población proviene de estas organizaciones (1). La mayor parte de las veces, las mujeres son ubicadas en albergues localizados lejos del agresor, por lo que tienen que alejarse del pueblo de residencia y de las organizaciones donde reciben servicios regularmente. Por tal razón, cada albergue identifica recursos externos o internos para brindar servicios a las víctimas y sus hijos(as). Actualmente en Puerto Rico existen ocho instituciones, que brindan servicios de albergues, consejería psicológica, ayuda legal y servicios ambulatorios para mujeres y a sus hijos(as), sobrevivientes de violencia doméstica.

A pesar de los intentos de diversos sectores de la sociedad por presentar la situación de la agresión contra las mujeres dentro del marco familiar como un problema prioritario que necesita atenderse inmediatamente, existen escenarios que aún no reconocen la magnitud del mismo. En Puerto Rico, la violencia contra la mujer, tanto física como psicológica, ha sido trabajada por las organizaciones interesadas desde un punto de vista social y de derechos civiles y sus soluciones han apuntado a dichas áreas. Un enfoque desde una

Víctimas que Reciben Servicios de Violencia de Albergues en Puerto Rico¹ Doméstica

perspectiva integral y de salud pública, si bien es urgente y necesario, aún no ha sido desarrollado.

La información corriente recolectada por los servicios de salud se limita a la identificación y evaluación de lesiones físicas, sexo y edad de las víctimas y a veces, el medio empleado como agente de la violencia. Las estadísticas de morbilidad recolectadas por los centros de servicios no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico de la violencia, entre otras razones por el subregistro en las salas de emergencia y consultas externas, o porque las víctimas de violencia doméstica no acuden a las instituciones de salud solicitando servicios.

Con miras a atender parcialmente esta necesidad y como requisito para la obtención del grado de maestría en salud pública general de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas realizamos la investigación: **Estudio sobre Factores Demográficos, Ambientales, Epidemiológicos y los Factores Relacionados a los Sistemas de Prestación de Servicios de Salud para las**

Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica que Reciben Servicios de Albergue en Puerto Rico, enero a mayo de 1999 entre mujeres que utilizaban los servicios de albergue en el país.

METODOLOGÍA

Durante el período de abril a mayo de 1999 se utilizó un instrumento auto administrado para obtener información de la población de mujeres albergadas en las ocho instituciones para víctimas de violencia doméstica que brindan servicios de albergue en Puerto Rico. La población total alcanzada fue de 68 mujeres. Este cuestionario abarcó aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, ambientales y de percepción de servicios de salud.

HALLAZGOS

Características de las Mujeres Albergadas y su Ambiente

El ambiente social, cultural y económico de las poblaciones son determinantes para el desarrollo de servicios de salud. Las mujeres que recurren a los albergues tienden a ser jóvenes, amas de casa con niños(as) y de escasos recursos económicos.

¹ Nuestro especial agradecimiento al Dr. José Cobos Arévalo, Coordinador del Programa Graduado de Salud Pública; a los Albergues para Víctimas de Violencia Doméstica en P.R., a nuestra asesora la Dra. Martha Bustillo, al Prof. Mario Rodríguez, al Centro Mujer y Salud del RCM, al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación y a la Coordinadora Paz para la Mujer.

De acuerdo a este estudio el 59% de las mujeres encuestadas se encuentran en el grupo de edad que comprende 21 a 35 años. La edad promedio de la muestra es de 30 años. El 78% de las participantes nació en Puerto Rico, mientras que el 22% nacieron fuera del país. El 46% eran casadas o vivían en unión consensual y el 54% estaban separadas, divorciadas o solteras. El nivel de escolaridad es menor de duodécimo grado para un 59% de las participantes. El 77% son amas de casas, el 84% de ellas recibe menos de \$500.00 de ingreso mensual y un 79% recibe ingresos de beneficencia pública (PAN o cheque para alimentos).

Aproximadamente el 50% de las mujeres que habían tenido más de una pareja en su vida, reincidieron en relaciones maltratantes. Esta información coincide con la literatura revisada para este estudio (2) respecto a que las mujeres agredidas que no trabajan su patrón de violencia adecuadamente, pueden reincidir en relaciones violentas. Este factor de reincidencia puede hacer que en cada nueva relación se reproduzcan situaciones donde cada vez más se expone la salud física y mental de la mujer. Al explorar la percepción de las mujeres albergadas sobre las causas por las cuales las personas son violentas contra otros miembros de su familia en la sociedad, se destacan las siguientes: antecedentes de violencia familiar (67%), necesidad de poder y control (46%), falta de control (46%) y tensión (37%).

Un 21% de las mujeres encuestadas indicaron que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos seis meses y un 10% reportaron el uso de drogas. Los patrones de consumo de drogas y alcohol de las mujeres presentaron un patrón de consumo significativamente más bajo que sus parejas. Solo el 46% de las mujeres encues-

tadas indicó que sus parejas nunca han estado bajo la influencia del alcohol al momento de la agresión contra ella y solo la mitad (52%) de las mujeres indicó que sus parejas no estaban bajo los efectos de las drogas. El hecho de que casi la mitad de las parejas utilizan drogas o alcohol es significativo. La literatura (3) demuestra que la agresividad es uno de los efectos asociados al uso de drogas.

Cuando se les preguntó a las mujeres albergadas sobre los medios de comunicación a través de los cuales recibieron información sobre el tema de violencia doméstica, estas indicaron como las principales la televisión (71%) y la prensa escrita (69%). Las mujeres albergadas utilizaron información sobre violencia doméstica ofrecida por agencias (53%), amigos(as) (40%), familiares (32%) y proveedores de servicios de salud (15%). El 97% de las mujeres encuestadas indicaron haber solicitado una orden de protección (Ley 54). Solo un 38% de las mujeres indicaron que la(s) persona(s) que las atendieron en el proceso de solicitar la orden de protección les preguntaron por su estado de salud.

Factores Epidemiológicos

Las mujeres señalaron haber sido objeto de diferentes conductas violentas por parte de sus parejas. Las conductas se clasificaron en maltrato psicológico, amenazas, maltrato físico, y sexual. Las participantes indicaron como las conductas de maltrato psicológico más frecuentes: celos (77%), insultos (73%), gritos e impedirle que vieran a otras personas (63% respectivamente), interrumpirle el sueño (42%), romperle pertenencias (37%). En la clasificación de amenazas se destacan las siguientes: amenazarla con hacerle daño (60%), amenazarla con matarla (45%), amenazarla con matarse (36%) y amenazarla con armas (12%). En la clasificación de conductas físicas y sexuales, se observa que

golpearlas y jamaquearlas (43%) y obligarlas a tener sexo (33%) son las agresiones más frecuentes. Algunas de las razones principales por las cuales las víctimas discuten con sus parejas son: las amistades (48%), consumo de alcohol o drogas (47%), familia e hijos(as) (47%), dinero (45%) y comunicación en la relación (46%). Cabe señalar que las mujeres tenían la oportunidad de seleccionar más de una contestación en las situaciones antes presentadas.

Las condiciones de salud que las mujeres experimentan relacionadas o asociadas a su situación de violencia doméstica con mayor frecuencia son: dolor de cabeza (80%), moretones (60%), dolor de pecho (57%), golpes (51%), mareos (39%), taquicardias (36%), heridas



(24%), fracturas (11%). Los dolores de cabeza pueden estar asociados a que los golpes y heridas que reciben las mujeres más frecuentemente son en la cabeza y extremidades superiores (53%).

Las mujeres señalaron como las condiciones emocionales que más experimentaron luego de un incidente de violencia: la tristeza (90%), el

estrés (82%), llorar sin poder parar, coraje, ansiedad y desvelo (78% respectivamente). La tristeza es una de las respuestas de una compleja trama de problemas de salud. Aunque para los(as) médicos(as) la tristeza no constituya una enfermedad desde la perspectiva de salud, desde la de género representa una respuesta femenina ante determinados eventos (4). Por otra parte todas las condiciones psicológicas presentadas se relacionan al diagnóstico clínico de la depresión.

Utilización de Servicios de Salud

Un 39% de todas las mujeres que participaron informaron que le habían comentado a un(a) médico(a) su situación de violencia doméstica. Por otra parte, el 31% de las mujeres señaló que en algún momento un(a) médico(a) las identificó como víctimas de violencia doméstica sin ellas haberle revelado nada.

A pesar de que todas las mujeres experimentaron una o varias condiciones de salud luego del maltrato, sólo 22 de las 68 (35%) que contestaron indicó que solicitó servicios de salud durante las primeras 48 horas luego de ocurrido el incidente de violencia. El restante 65% señaló no haber ido a recibir servicios de salud por las siguientes razones:

- a) entendían que no era necesario (49%).
- b) no querían que se supiera que había violencia en su hogar (42%).
- c) porque su pareja no la dejó ir a buscar los servicios (35%).

Estas situaciones podrían explicarse de la siguiente manera. De acuerdo a la publicación de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (4) la visión de salud y enfermedad de las mujeres está íntimamente ligada al desempeño de sus tareas cotidianas. Lo que es importante o necesario con relación

a su salud está relacionado a su capacidad o incapacidad de ejercer estas funciones. Por otra parte, por entender que la violencia doméstica es un asunto privado, muchas mujeres prefieren no buscar servicios médicos. Esto porque entienden que van a ser juzgadas y responsabilizadas por la agresión. Por último, la privación de la libertad por parte de la pareja agresora puede imposibilitar que la mujer busque servicios médicos.

De las 68 participantes, 22 indicaron haber recibido servicios de salud (35% de la muestra total) luego del incidente de violencia doméstica. De las 22 mujeres que recibieron servicios de salud, el 45% manifestó que la primera persona que las recibió fue la recepcionista. El 48% de estas mujeres manifestaron sentir temor de que su pareja llegara a agredirla al lugar donde recibía los servicios de salud.

El 59% de las mujeres que buscaron servicios de salud fueron atendidas por un(a) médico(a) generalista mientras que un 12% fue atendida por un(a) ginecólogo(a). Un 14% de estas indicó que fueron atendidas por personal de servicios mentales (siquiatras y psicólogos/as). Las mujeres que fueron a recibir servicios de salud, asociaron a los incidentes de violencia doméstica las siguientes condiciones:

- 95% presentaban condiciones emocionales como desvelo, tristeza e insomnio; condiciones asociadas a la depresión.
- 85% presentaban condiciones físicas tales como dolores de cabeza, moretones, golpes y heridas.

Por último, el 69% del total de 68 mujeres participantes en el estudio indicaron que ningún(a) médico(a) se percató de su situación de violencia

doméstica. Es importante este dato, ya que esto muestra que los(as) médicos(as) posiblemente no tienen las destrezas para lograr un buen cernimiento para identificar estas víctimas de violencia doméstica, sin que las mismas le comenten sobre su situación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio presenta la violencia doméstica no solo como un problema de salud pública que impacta la mortalidad en la población femenina, sino que documenta la existencia de una morbilidad diversa asociada con el maltrato. Esta morbilidad comprende aspectos de salud psicológica, física y sexual. Como parte del estudio se realizó un proceso de priorización, el cual identificó unas áreas imprescindibles que deben ser atendidas por cualquier estrategia que sea desarrollada para esta población. Estas estrategias deben incorporar aspectos de educación sobre el tema del impacto de la violencia doméstica en la salud dirigida a participantes de albergues, profesionales de la salud y a la comunidad en general; estrategias para atender las necesidades de salud de las participantes, fortalecer las relaciones de los albergues con las aseguradoras e instituciones relacionadas a la Reforma de Salud en Puerto Rico; y alternativas para desarrollar un componente de vigilancia epidemiológica en los albergues. Los resultados de este último aspecto permitiría, desarrollar un mecanismo de difusión de información sobre la morbilidad existente entre esta población.

La población de este estudio es una médico-indigente, por lo cual los servicios de salud en Puerto Rico deben estar preparados para manejar las necesidades especiales de esta población. Los albergues de víctimas de violencia doméstica representan un extraordinario mecanismo para preservar la salud y la vida de las mujeres víctimas de

agresión que no tienen recursos económicos. Es necesario contar con iniciativas de diversos sectores dirigidas a colaborar económicamente con estas instituciones y que se puedan desarrollar componentes para atender las necesidades de salud de la población que sirven.

Estas investigadoras reconocen que el problema de la violencia doméstica no es solo característico de la población bajo estudio. La literatura y la experiencia vivencial en Puerto Rico demuestran que este problema impacta a mujeres de diversas clases sociales. Es responsabilidad de todos(as) los(as) que trabajan en servicios de salud no estereotipar la violencia doméstica, ya que todas estamos expuestas a este mal. Los(as) profesionales de la salud deben estar alertas a cualquier señal presentada por una mujer de que pueda ser víctima de violencia sin importar sus características sociodemográficas.

La violencia doméstica es un problema de salud pública y como tal necesita ser incluida en las políticas de salud del Gobierno de Puerto Rico. Ante los nuevos paradigmas que están impactando los sistemas tradicionales de prestación del sector salud, los escenarios de salud pueden convertirse en excelentes espacios para transformar positivamente la vida de las víctimas de violencia doméstica. Es necesario que las mujeres afectadas por la violencia se sientan protegidas y no

victimizadas por los(as) propios(as) profesionales de la salud. Todos y todas los(as) que servimos en el área de salud, podemos promover este cambio. El estudio espera estimular la curiosidad investigativa de otros(as) profesionales de la salud, ya que el mismo posee áreas fértiles para nuevas investigaciones.

Las autoras de este estudio reconocen sus limitaciones por lo que desean presentar las siguientes recomendaciones:

- Realizar investigaciones de mayor alcance, que permitan: extender el período de estudio, ampliar la muestra, considerar otros niveles socioeconómicos, considerar otros factores demográficos, ambientales y epidemiológicos.
- Considerar otros tipos de metodología como: entrevistas individuales y grupales participativas (grupos focales).
- Desarrollar este tipo de estudio con mujeres víctimas de violencia doméstica fuera de los albergues.
- Exhortar a los(las) profesionales de la salud a no solo ser observadores(as), sino a convertirse en verdaderos (as) agentes del cambio.

REFERENCIAS

1. Aponte Díaz, IM., Corsino Osorio Y, González Santiago, AI, Maldonado Brown, B. **Factores Demográficos, Ambientales, Epidemiológicos y los Factores Relacionados a los Sistemas de Prestación de Servicios de Salud para las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica que Reciben Servicios de Albergue en Puerto Rico, Enero a Mayo de 1999.** Trabajo de Comunidad. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de Maestría en Salud Pública, 1999.
2. Lozano Ascencio, R. Fundación Mexicana para la Salud. **La Carga de la Enfermedad y las Lesiones por Violencia Contra las Mujeres: el caso de la ciudad de Méjico. Presentación en la conferencia: Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Costos, Programas y Políticas.** Publicación Independiente. 1997
3. Moscoso, M. Diferencias por Género en el Uso de Sustancias Tóxicas en Adolescentes Puertorriqueños. **Mujer y Salud.** Año 3(1), marzo de 1998.
4. García M, Sayavedra G. **Violencia Poderío y Salud de las Mujeres. Por el Derecho a Vivir sin Violencia. Acciones y Respuestas.** Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe. 1996



Cáncer de Mama: Después del Diagnóstico...

Delia M. Camacho, PhD
Directora Centro Mujer y Salud, Catedrática y
Directora Departamento Programas Graduados, CPRS

El tratamiento para el cáncer de mama ha estado cambiado gradualmente en las pasadas tres décadas dejando de ser un tratamiento con énfasis anatómico, radical y mutilante para pasar a ser desde la década de los años 80, un tratamiento biológico y más efectivo en mantener la calidad de vida de las mujeres que sufren de esta condición. Hace aproximadamente 25 años el tratamiento usualmente disponible era la cirugía mientras que hoy en día la mayoría de las mujeres reciben cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o terapia hormonal como parte de su tratamiento primario.

El tratamiento médico para cáncer de mama es en la actualidad uno complejo que conlleva un cuidado médico multidisciplinario y como resultado de esto, la paciente interacciona con médicos de diferentes especialidades, todos con diversas habilidades personales y clínicas para proveer información y consejería. La creciente concienciación de las mujeres sobre el cáncer de mama combinado con el aumento en el nivel educativo de éstas y su interés de participar de forma activa en la toma de decisiones sobre su cuerpo, ha influenciado la relación médico-paciente que se establece al momento de un diagnóstico positivo y la toma de decisión sobre las diversas alternativas de tratamiento a seguir.

Años atrás la mujer diagnosticada con cáncer de mama le temía al cáncer y a la mastectomía y tenía

poca participación en las decisiones sobre su tratamiento. Hoy en día un diagnóstico de cáncer de mama aún representa la fase de mayor impacto y produce gran temor en las mujeres. No obstante, además del temor específico a una posible deformación de su cuerpo y a las consecuencias del diagnóstico de la condición en su vida, produce mucho temor e incertidumbre a las mujeres tener que enfrentar las diferentes opciones de tratamiento y participar de forma activa o pasiva en la toma de decisiones y la posibilidad de recibir opiniones diversas y en algunos casos, contradictorias de sus médicos.

Antes no se discutía sobre pronósticos de supervivencia, hoy en día sí. Antes el seguimiento a la paciente era limitado, hoy hay seguimiento a largo plazo, hay grupos de apoyo, opciones para la reconstrucción del seno y una mayor

conciencia de factores de riesgo y de supervivencia. Por lo tanto, la fase de diagnóstico, inicio del tratamiento, el manejo del cáncer de mama y el seguimiento a la condición, puede representar una fase de gran impacto psicológico y de inseguridad para estas mujeres hoy en día.

Cuando la mujer es diagnosticada con cáncer de mama, uno de los asuntos de mayor prioridad es atender su necesidad de información y ayudarla a tomar la mejor decisión de tratamiento para su caso particular. Las actitudes de los médicos tienen un tremendo impacto en el estado emocional de la paciente. El médico está en una posición clave para ofrecer a la paciente la guía y el apoyo emocional que requiere. Posiblemente la intervención inicial del cirujano lo coloca en la mejor posición para ofrecer consejería preventiva, ofreciéndole a la paciente un cuadro real pero con opciones positivas referentes a los aspectos físicos y psicológicos de la condición y de su tratamiento. Los médicos, particularmente los oncólogos, deben estar al tanto de las diferencias individuales de cada paciente en la respuesta al cáncer. Las enfermeras juegan un papel cada día más importante asumiendo esta función de asesoría.

Las reacciones de las mujeres en el proceso de toma de decisiones varían. Rowland y Holland clasifican a sus pacientes en cuatro tipos, dependiendo de sus respuestas a ese proceso (1):

Tipo I: Mujer que le pide al médico que decida por ella. Usualmente esta es una mujer mayor que está acostumbrada a aceptar autoridad. Espera que el doctor tenga un papel dominante en la toma de decisión y podría interpretar la falta de una recomendación como un enfoque inadecuado.

Tipo II: Mujer que demanda cierto procedimiento. Esta puede ser

una mujer joven, médicamente sofisticada que ha consultado varios recursos y ya ha tomado su decisión. Esta paciente debe tratarse como una participante activa en el proceso de decisión y puede requerir información médica detallada, incluyendo estudios científicos.

Tipo III: Mujer que no puede decidir. Esta mujer se siente sobresaltada por el aspecto amenazante del diagnóstico de cáncer de mama. Puede necesitar ayuda siquiátrica o psicológica para ayudarle a manejar su temor y el proceso de toma de decisión.

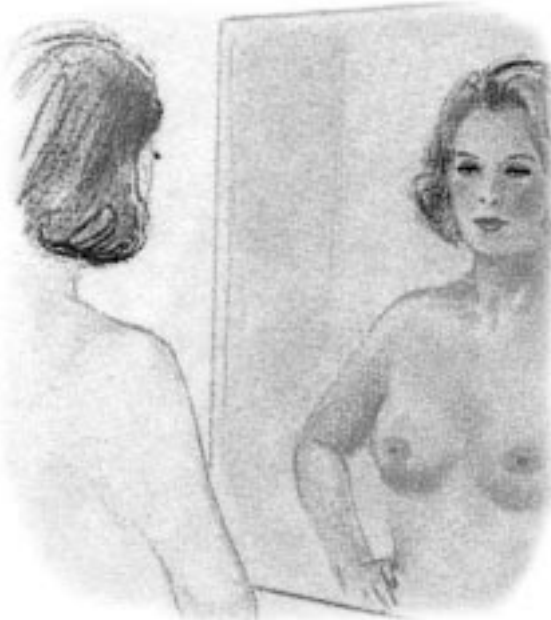
Tipo IV: Mujer que expresa que "Dada las opciones, sus recomendaciones y mis preferencias, yo escojo..." Esta respuesta es de una paciente madura que, aunque ansiosa, es capaz de entrar en una interacción constructiva con el médico para llegar a una decisión bien pensada. En este caso la presentación de información, apoyada por publicaciones y discusiones, conduce a una decisión.

Los tipos de pacientes mencionadas arriba describen diversas maneras en que las pacientes reaccionan al enfrentar el reto de la toma de decisión para escoger tratamiento. El proceso de comunicación médico-paciente es complicado y los pacientes de cáncer pueden presentar situaciones particulares por la seriedad de la enfermedad y la complejidad del tratamiento. La clave para una comunicación efectiva parece ser la correlación entre las necesidades de la paciente y la respuesta de su médico.

Con el aumento en el uso de mamografía para cernimiento, el cáncer de mama no invasivo se diagnostica a etapas más tempranas y actualmente constituye aproximadamente 15% a 20% de todos los cánceres de mama. La prognosis de

esta condición es influida por la edad de la paciente, la etapa en que se encuentra la enfermedad, las características del tumor primario, los niveles de receptores en el tejido del tumor, así como por la etapa relativa a la menopausia y a la salud general de la paciente.

Las opciones de cirugía incluyen mastectomía radical modificada, mastectomía modificada con reconstrucción en la misma cirugía, o cirugía conservadora (lumpectomía, quadrantectomía). La cirugía indicada para cada caso dependerá de la localización y el tamaño de la lesión,



tamaño del seno, edad de la paciente, apariencia del mamograma y de cómo se siente la paciente referente a la conservación del seno. Un aspecto a considerar en la toma de decisiones relativa al tipo de cirugía es las ventajas desde el punto de vista de la supervivencia entre la opción de cirugía conservadora y la de mastectomía radical modificada. Recientemente, la supervivencia con cualquiera de estas opciones se ha catalogado como equivalente. Sin embargo, los médicos aún tienen opiniones conflictivas respecto a ofrecerle a las pacientes la cirugía más conservadoras. Es importante

señalar, que la cirugía conservadora conlleva en la mayoría de los casos, tratamiento de radioterapia postoperatoria. Las mujeres deben recibir orientación al respecto para que la decisión tomada sea con pleno conocimiento de sus implicaciones. Siendo así, más se justifica la participación de la paciente en la toma de decisión sobre el tratamiento quirúrgico inicial.

A las mujeres a las cuales se les practicará una mastectomía radical modificada se les debe ofrecer la alternativa de reconstrucción del seno ya sea inmediatamente, o más tarde en otra cirugía. La reconstrucción inmediata tiene la ventaja de limitar el impacto psicológico de la mastectomía, pero este proceso requiere de una coordinación estrecha entre el cirujano que practica la mastectomía y el cirujano plástico, en adición a consideraciones de costo y cobertura de los planes médicos. Una desventaja de hacer la reconstrucción en una cirugía posterior es la necesidad de una segunda anestesia general. Estos aspectos deben ser presentados a todas las mujeres que estén considerando reconstrucción como alternativa.

Sin embargo, aunque actualmente se están haciendo más reconstrucciones, y aún cuando el gobierno federal requiere que los planes médicos las incluyan como parte de su cobertura, la opción de reconstrucción muchas veces no se evalúa con las mujeres a las cuales se les va a hacer una mastectomía. En muchos casos no se les ofrece suficiente información como para que éstas consideren este tipo de cirugía y evalúen previo a hacerse la mastectomía la posibilidad de hacerse la reconstrucción simultá-

neamente. Aunque la mujer finalmente escoja no hacerse una reconstrucción, hay beneficios psicológicos de importancia cuando éstas reciben la información y tienen la oportunidad de decidir sobre esa opción.

¿Y después de la cirugía? Luego de practicar el tipo de cirugía seleccionado, se determina si hay necesidad de terapia postoperatoria. Esta terapia puede ser con quimioterapia, radioterapia, y/o terapia hormonal (con el antiestrógeno tamoxifén). Esta decisión se toma dependiendo de los siguientes factores: si los nódulos linfáticos han sido invadidos, el tamaño del tumor y el estado de los receptores hormonales. La quimioterapia adyuvante (se usa para aumentar la eficacia o la seguridad en el tratamiento) usualmente es administrada durante los primeros seis meses después de la cirugía, mientras que la terapia con tamoxifén generalmente se prescribe por aproximadamente cinco años luego de la cirugía. Las mujeres deben conocer los efectos que pueden esperar de estos tratamientos para facilitar el que cumplan con éstos, puedan monitorear los efectos que tengan en su organismo y puedan estar atentas a posibles complicaciones.

El aumento en la complejidad de los tratamientos disponibles, y el deseo de la mujer de participar activamente en la toma de decisiones y de reanudar lo antes posible su vida normal, han intensificado las preocupaciones por aspectos críticos (clínicos, sicosociales, y de rehabilitación) de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Los profesionales de la salud y aquellas mujeres que ya han sobrevivido al cáncer de mama pueden jugar un papel importante ofreciendo apoyo a otras mujeres que enfrentan la condición y actuando como consejeros y defensores de los mejores intereses de la paciente. Las mujeres usualmente se dirigen a estas per-

sona en busca de apoyo, de consejo y de información para una toma de decisión informada sobre opciones en el tipo de cirugía primaria, reconstrucción, terapia adyuvante, asuntos sicosociales, de empleo y problemas de seguros médicos.

En resumen, después de un diagnóstico de cáncer de mama, el tratamiento a seguir envuelve la participación de varias especialidades: cirugía, oncología, radiología y psicología. Es ideal que estos profesionales de la salud laboren en un equipo multidisciplinario que ofrezca información, facilite la toma de decisión a la paciente y esté disponible para dialogar con la paciente, sus familiares y entre sí. Pero este equipo profesional no siempre está accesible. Por lo tanto, es importante crear conciencia entre las mujeres de que hay mucha información disponible, de su derecho a solicitarla, de la importancia de participar activamente en la toma de decisiones desde antes de iniciarse el tratamiento conociendo todo lo relativo a la selección de éste y convencidas de que la decisión tomada es la mejor opción posible para ellas.

REFERENCIAS

Bernoux A, de Cremoux P, et al. On behalf of the Institut Curie Breast Cancer Study Group. Estrogen receptor negative and progesterone receptor positive primary breast cancer: pathological characteristics and clinical outcome. **Breast Cancer Research and Treatment**. 1998; 49:219-225.

Bilodeau BA, Degner LF. Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**. 1996; 23(4):691-6

Ervin CV. Psychologic adjustment to mastectomy. **Medical Aspects of Human Sexuality**. 1973;7:42-65.

Johnson JD, et al. Breast cancer patients' personality style, age and treatment decision making. **Journal of Surgical Oncology** 1996; 63(3): 183-6.

Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. **Psychological Bulletin**. 1980;8:108-131.

Noda S, Eberlein TJ, Eriksson E. Breast Reconstruction. **Cancer**. 1994;74:376-380.

Rosen PP, Groshen S, Kinne DW, et al. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. **Journal of Clinical Oncology**. 1993; 11:2090-2100.

Rowland JH, Hollan JC. Psychological reactions to breast cancer and its treatment. In: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, eds. **Breast Diseases**. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1991:849-866.

Wolff AC, Abeloff MD. Adjuvant systemic management of early stage carcinoma of the breast.

Surgical Oncology 1999; 8:93-101.



Mujer y VIH: *reclamando el derecho a la vida*

**Hoy levanto mi voz por todas las que callan,
por las que lloran en silencio,
por las que ya no están,
por las que están sin saber donde están.**

Fundación El Roble, México.

Carmen D. Zorrilla, MD
Lydia E. Santiago, PhD
Centro de Estudios Materno-Infantil (CEMI)
Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas

El VIH/SIDA ha puesto en evidencia muchas de las desigualdades sociales y económicas en que viven las mujeres. También ha resaltado la vulnerabilidad de las mujeres tanto por sus características biológicas como por su género y las desigualdades en acceso a servicios de salud que estas experimentan. A muchas mujeres que viven con el VIH/SIDA los roles sociales y las responsabilidades relativas al cuidado de la familia le han dificultado que reciban los servicios de calidad que requieren.

Hoy, las mujeres que viven con el VIH, tienen que dejar oír sus voces en la lucha por el más elemental de los derechos humanos: el derecho a la vida. Los avances en los tratamientos antivirales y profilácticos desarrollados durante los últimos años han hecho que emerja la necesidad de denunciar los obstáculos que la mujer tiene que enfrentar para tener acceso a los servicios y medicamentos que necesita para prolongar su vida. La

mortalidad por el SIDA se ha reducido dramáticamente en Estados Unidos y Puerto Rico como resultado del uso de estos nuevos medicamentos. Es por esto, que es imperativo que las mujeres que viven con el VIH/SIDA puedan tener acceso a los servicios de salud y a estos medicamentos. El acceso a los nuevos tratamientos se convierte para ellas en el acceso a la vida.

Vulnerabilidad biológica y por género.

Las mujeres están expuestas a un mayor riesgo de contraer el VIH. La razón biológica que explica por qué una mujer está en mayor riesgo de contagio por el VIH mediante la relación sexual con un hombre se atribuye a la anatomía del tracto reproductivo de la mujer y a la fisiología del intercambio de secreciones durante la actividad sexual. El semen permanece dentro de la vagina y hay células en el tejido de la vagina que tienen ramificaciones lo que les permite "absorber" el virus más fácilmente.

Además, el que el cuello de la matriz tenga una sola capa de células también facilita que el virus penetre en el organismo. Se ha descrito en algunos estudios cómo la transmisión del VIH es 14 veces más fácil de hombre a mujer, que de mujer a hombre. Es necesario aclarar que la transmisión de mujer a hombre también ocurre y los hombres no están inmunes a ésta. Esta transmisión preferencial va asociada a otras infecciones como clamidia y gonorrea.

Existen además, diversas razones de índole psicosocial que provocan una mayor vulnerabilidad de la mujer hacia el contagio con VIH. Estas razones están asociadas a que frecuentemente las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad y desigualdad en la toma de decisiones y el control en la relación con su pareja, en el rechazo social al uso de condones por el hombre y frecuentemente por la misma mujer, y en las falsas ideas sobre la expresión del amor. Por ejemplo, la mujer le dice al hombre: "te demuestro que te quiero si tengo sexo sin protección" cuando en realidad el mensaje de amor debe ser: "te demuestro que te quiero y nos protegemos ambos". Las mujeres con VIH tienen también temor a exigir trato igual de parte de su pareja. El miedo al abandono y la amenaza de violencia doméstica las lleva a mantener silencio.

Mortalidad por VIH y género.

Las mujeres constituyen el grupo de mayor crecimiento en el número de casos de SIDA e infección por el

VIH. Alrededor de la mitad de los casos de SIDA en el mundo los vemos en mujeres. En Estados Unidos las mujeres constituían el 7% de los casos de SIDA en 1985, cifra que aumentó a 22% en el 1997 (1). En Puerto Rico la proporción de casos en mujeres aumentó de 11.3% en 1986 a 24% en 1998 (2).

Por otra parte aunque la mortalidad por SIDA en los Estados Unidos se redujo en 1996 en un 13%, esta siguió aumentando durante el mismo período de tiempo en el grupo de mujeres (3). Posteriormente, la mortalidad entre las mujeres se redujo proporcionalmente al compararse con los otros grupos. Queda la pregunta ¿Porqué tardó la mortalidad en reducirse en la población de mujeres? Existen para esto algunas explicaciones (4): los proveedores de salud no identifican los síntomas de esta condición en las mujeres y no se les ofrece la prueba de VIH; las mujeres no se consideran a riesgo personal de la condición y no aceptan la prueba; o estas están tan atareadas con el cuidado de los otros que cuando finalmente recurren a buscar tratamiento puede ser tarde.

Acceso a los servicios.

Las mujeres también se encuentran en una posición de vulnerabilidad respecto al acceso a los servicios de salud y como consecuencia al acceso a los medicamentos para tratar la condición. Hoy en día los tratamientos médicos han logrado reducir la mortalidad del SIDA y mejorado significativamente la vida de las personas que viven con el VIH. Estos tratamientos se conocen como terapia de combinación. Incluyen dos o tres tipo de drogas, que se conocen como análogos de nucleósidos, no-análogos de nucleósidos e inhibidores de proteasa. Cada uno de estos medicamentos actúa en un área diferente del ciclo de vida del virus. Los inhibidores de proteasa son

los medicamentos responsables del descenso en la mortalidad por esta condición. Son sumamente potentes y bloquean la producción del virus 15 minutos luego de ingerirse. Hay cuatro marcas en el mercado y cada una tiene sus ventajas y desventajas. La ventaja mayor es que pueden bajar la cantidad de virus en la sangre y en los tejidos a niveles tan bajos que no se detectan. Sabemos que el virus está aún presente, pero su nivel es tan bajo que permite al sistema inmune recuperarse. Estos medicamentos también tienen desventajas como lo son: el número de pastillas que hay que consumir, el efecto en la redistribución de grasa en el cuerpo y otros efectos secundarios. Para poder cumplir adecuadamente con estos tratamientos, las mujeres necesitan de apoyo, respeto y servicios de salud que respondan a sus necesidades.

Las ideologías, los prejuicios, la falta de conocimientos y de destrezas de los profesionales de la salud y la posición de sumisión son factores que pueden determinar la posibilidad de vida de las mujeres con VIH. A lo anterior se le añade el factor de la pobreza. Rodríguez y Marte (5) argumentan que las facilidades de cuidado de la salud, la calidad de los servicios que ofrecen, los tipos de servicios y las actitudes de los profesionales de la salud están determinados por la clase social. En los Estados Unidos, por ejemplo, el grupo de mujeres con VIH constituye un grupo con menos recursos económicos que los hombres. Las mujeres tienen mayor probabilidad de estar desempleadas, de tener menos ingresos y de no tener seguro médico (6). Esta realidad la enfrentan también las mujeres con el VIH en otras partes del mundo.

Jonathan Mann nos dejó un

gran desafío cuando dijo: Hoy, la diferencia entre la vida y la muerte para las personas con el VIH es una lotería, los ricos vivirán, los pobres morirán. La tragedia producida por la falta de recursos y salud es severa (7). Esto nos plantea a los proveedores de servicios de salud la gran responsabilidad de crear espacios que promuevan la equidad en las relaciones sociales y la accesibilidad a los recursos disponibles para "todas".

REFERENCIAS

1. Center for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report 1998.
2. PRHD (Puerto Rico Health Department). Reported AIDS cases in Puerto Rico 1998.
3. Update: trends in AIDS incidence, deaths, and prevalence- US, 1996. MMWR 1997, 46; 165-167.
4. Zorrilla CD, Santiago LE. La mujer ante el VIH/SIDA: barreras y nuevos desafíos. PR Health Sci J 1999; 18:397-400.
5. Rodríguez-Trias H, Marte C. Challenges and Possibilities: Women, HIV, and Health Care System in the 1900's. Women resisting AIDS 1995. Philadelphia: Temple University Press.
6. Bozzette SA, Berry SH, Duan N et al. The care of HIV infected adults in United States. N England J Med 1998; 339:1987-1904.
7. Mann J. HIV/AIDS, micro-ethics and macro-ethics. AIDS CARE 1998; 10:5-6.

