

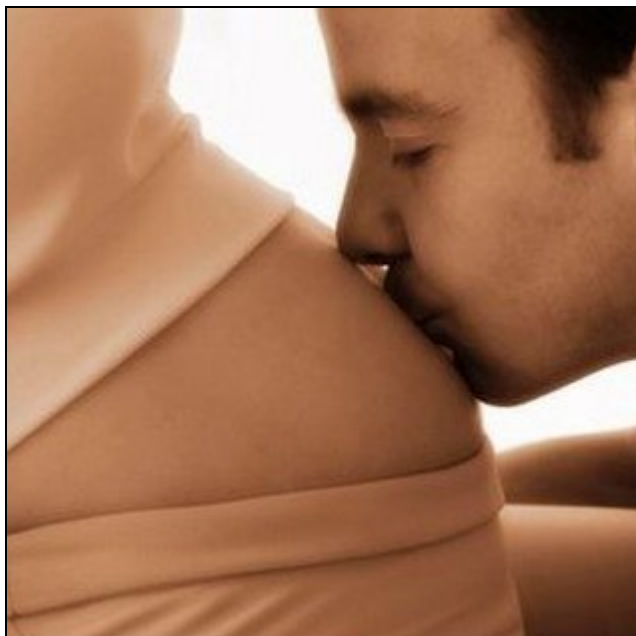
**SÍFILIS GESTACIONAL: MÁS QUE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN
SEXUAL**

**ANDREA MILENA AVILÉS
FRANCY LORENA GUTIERREZ
LEIDY TATIANA VERA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
FACULTAD DE HUMANIDADES
SANTIAGO DE CALI**

2011

**SIFILIS GESTACIONAL: MÁS QUE UNA ENFERMEDAD DE
TRANSMISIÓN SEXUAL**



**ANDREA MILENA AVILÉS
FRANCY LORENA GUTIERREZ
LEIDY TATIANA VERA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
FACULTAD DE HUMANIDADES
SANTIAGO DE CALI
2011**

**SIFILIS GESTACIONAL: MÁS QUE UNA ENFERMEDAD DE
TRANSMISIÓN SEXUAL**



**ANDREA MILENA AVILÉS
FRANCY LORENA GUTIERREZ
LEIDY TATIANA VERA**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
TRABAJADORAS SOCIALES**

**DIRECTORA
KETTY YALILE ROSERO
Trabajadora Social
Docente**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
FACULTAD DE HUMANIDADES
SANTIAGO DE CALI
2011**



LO VALIOSO DE AGRADECER...

La vida se compone de un universo de momentos...
...de infinitas de experiencias y bendiciones que Dios
nos coloca en el camino..los cuales nos permiten
sentir, crecer, apreciar la vida y sobre todo seguir en
la conquista de lo que se anhela, a estas les agradezco
con todas las fuerzas de mi ser.

Estas bendiciones son mi familia, aunque ahora estoy
alejada de ella, fueron estos los seres que me
formaron como soy, los que no me dejaron caer y de
los que estoy eternamente agradecida. También le agradezco a las personas que sin
conocerme me dejaron entrar en sus vidas, trabajar con ellas y aprender de sus
vivencias, otras bendiciones son mis compañeras y amigas de carrera Tatina Vera y
Andrea Aviles, con las cuales tuve la maravillosa oportunidad de realizar esta
investigación, a la profesora Ketty Rosero por dirigir el timón de este estudio, a los
demás profesores y profesoras por sus maravillosos aportes y conocimientos que
deseo perpetuar en mi trabajo como profesional, también le agradezco a mi amiga
Angela Tovar, que a pesar de la distancia me dio aliento para no desfallecer.
También le agradezco al hombre que más quiero Luis Miguel Tobar por darme tantos
momentos de apoyo, alegría, y esperanza. Obviamente otras bendiciones son los
amigos y amigas que conocí en mi proceso académico que me brindaron su apoyo
incondicional, en especial a Patricia Benavides la cual a pesar de las dificultades estuvo
siempre conmigo. En general le doy gracias a todas y a cada una de las personas que
estuvieron conmigo y me brindaron su mano amiga. En realidad me siento muy feliz
por la culminación de este proyecto de ser profesional de Trabajo Social, también
porque sé, que vienen otras metas por las cuales luchar y sobre todo disfrutar.

MI AGRADECIMIENTO:

Es primero a Dios, porque este proceso y logro fue una promesa cumplida, por acompañarme en este camino sin dejarme desfallecer y regalándome la sabiduría y la paciencia para alcanzar la meta.

A mis padres y hermanos que son un gran soporte y respaldo en mi vida y lo fueron aún más durante todo este tiempo.

A mis compañeras Lorena y Andrea por la oportunidad de compartir este logro con ellas.

A Ketty Rosero nuestra Directora de Monografía, quien con sus conocimientos, entrega y sentido del humor nos acompañó y apoyó en este reto.

Al resto de mis amigas y compañeras de vida, quienes con su ánimo y cariño incondicional hicieron de seis años de estudio un tiempo inolvidable.

"Las grandes obras las SUEÑAN los locos, las realizan los luchadores, las disfrutan los cuerdos y las critican los INÚTILES". Henry Ford



LEIDY TATIANA VERA S.



Se fuerte y se valiente
Josué 1, 7

En el inicio de este camino Dios me dijo que fuera esforzada y valiente, pero cuando lo dijo no pensé que tanto, ¡válgame! que si tocó lucharlo, por eso hoy quiero darle infinitas gracias a mi papito Dios, porque si no fuera por lo bueno que ha sido con mi vida no hubiera culminado. Por eso creo que sus promesas se cumplen o se cumplen, por eso termino con su apoyo, amor y fuerzas este proceso de formación ¡te amo Dios!

También quiero agradecer a mis papás por todo el apoyo físico, mental, económico y en especial el amor que siempre me han brindado, gracias por darme la oportunidad de avanzar en mi vida profesional, ¡los amo mucho! sin dejar dar inmensas gracias a mi hermano y su linda esposa.

De manera especial agradezco a cada uno de los profesores que aportaron para mi crecimiento académico, resalto la labor de nuestra directora de trabajo de grado la profesora Ketty Rosero quien nos acompañó, evaluó y propuso cosas para la realización de este, gracias profe por brindarnos sus conocimientos y experiencia.

Agradezco el apoyo incondicional que nos brindó Gloria Emma Aristizabal coordinadora en la Secretaria de Salud municipal de Cali, quien con sus conocimientos y recursos apoyo la realización de este trabajo de grado.

Y sin dejar a un lado mis lindas compañeras y amigas Tatiana y Lorena quien estuvimos juntas en esta etapa y a mi amiguita María Fernanda Moreno quien me apoyo dándome animo en todo momento mil y mil gracias

ANDREA MILENA AVILÉS

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
-------------------	----

CAPITULO I.

Consideraciones Generales.....	12
--------------------------------	----

CAPITULO II

Las Actitudes desde el Interaccionismo Simbólico.....	25
Las Actitudes.....	28
Hablando de creencias.....	31
Creencias en Salud.....	34
Relaciones de pareja más que intimidad.....	35
La comunicación en una pareja con sífilis.....	38
El afrontamiento de una ETS como sífilis gestacional.....	40

CAPITULO III

Marco Contextual.....	42
-----------------------	----

CAPITULO IV

SIFILIS GESTACIONAL: MÁS QUE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1 Descubriendo a las parejas.....	51
4.2 Las ideas claras.....	54
4.3 Buscando palabras... ¡Eso no se dice!.....	64
4.4 Mi escudo y mi entorno.....	70
4.5 En la cama con sífilis ¡tenemos algo en común!.....	75
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	84
ANEXOS.....	87

INTRODUCCIÓN

Existen diversos tipos de enfermedades, estas traen consecuencias físicas y psicológicas; dependiendo de su gravedad algunas han generado epidemias y muertes, produciendo costes a nivel social, económico, político entre otros. Las enfermedades de transmisión sexual, son un ejemplo de ello, las cuales a través del tiempo han impactado a la humanidad dejando miles de víctimas, tal es el caso de la sífilis. A pesar de los esfuerzos en medicina los efectos son devastadores, pues siguen naciendo niños con sífilis congénita; los aspectos biológicos de esta enfermedad han sido el foco de atención para las instituciones de salud, dejando de lado aspectos sociales que evidencian como éstas enfermedades son transmitidas, vividas y significadas por hombres y mujeres que tienen una historia.

Esta investigación titulada *Sífilis Gestacional Más Que Una Enfermedad De Transmisión Sexual* muestra las percepciones e imaginarios, las actitudes y comportamientos de los miembros de la pareja frente a esta nueva realidad y la transición en el ciclo vital familiar. Este estudio se enmarca desde el método cualitativo, el cual permite identificar los aspectos de las parejas cuando vivencian esta enfermedad.

Este documento está estructurado en cuatro capítulos, el primero expone el porqué se consideró el objeto de este estudio partiendo de un recorrido histórico sobre la enfermedad, y del rastreo documental sobre el abordaje que se le ha dado a esta problemática, de acuerdo con esto se establece la pregunta y los objetivos de la investigación. En el capítulo dos, se presenta las aproximaciones teóricas que definen las categorías, las cuales permitieron darle una lectura más integral al análisis de este momento que vivieron los entrevistados.

En el capítulo tres se caracteriza la problemática desde el sector salud, desde el contexto nacional, regional y local, en el capítulo cuatro se realiza una descripción de

las parejas entrevistadas. A partir de este último se desprenden cuatro subcapítulos, en el primero de ellos se aclaran las creencias construidas frente a la sífilis, que actitudes y aptitudes se generan, y el importante papel que juegan en la experiencia de esta clase de enfermedad. El siguiente capítulo se caracteriza los cambios que se dieron en la comunicación de la pareja en medio de su cotidianidad, lo que expresan en sus conversaciones y el lenguaje no verbal a partir del diagnóstico.

Posteriormente se dan a conocer las estrategias de afrontamiento por medio de las actitudes y comportamientos existentes o generados en la pareja después de éste evento estresor; finalizando se devela a partir de las diferencias que existen entre un hombre o una mujer los cambios generados en la vivencia de su sexualidad.

A partir del análisis de los hallazgos encontrados se realizan unas conclusiones, que están organizadas a partir de los objetivos propuestos en la investigación. Por último se hacen unas recomendaciones encaminadas en aportar al sector salud diversas formas de intervenir integralmente a esta problemática.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

La sífilis gestacional ha sido por años un tema estudiado en los diferentes campos profesionales, por eso es preciso hacer rastreo que permita visualizar como han abordado esta problemática en salud y que aportan para su comprensión.

En la búsqueda bibliográfica en el contexto latinoamericano al referirse a la sífilis gestacional se encuentra principalmente análisis de tipo epidemiológico¹, es decir, datos cuantificables en español indicando el comportamiento de la enfermedad a través del tiempo y en poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Estos estudios puntualizan en los siguientes aspectos: cuadros comparativos de prevalencia² e incidencia de la enfermedad, las manifestaciones y complicaciones en el cuerpo, factores de riesgo, las pruebas serológicas con VDRL/RPR³ para su detección y tratamiento. El resultado de los anteriores ha permitido tomar medidas preventivas para disminuir su propagación desde lo biológico.

El estudio de Gogna (1994) en Argentina sobre *los factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual*, concluye que las ETS no son percibidas como enfermedades que pueden tener consecuencias sobre la salud o la capacidad reproductiva. El conflicto de pareja, los celos y la desconfianza son la principal consecuencia identificada por ambos géneros, si bien los hombres mencionaron también la disminución del deseo sexual y/o la interferencia con la dinámica sexual, evidenció claramente que aun existiendo

¹ Se define al estudio de cómo se distribuyen las enfermedades en la población y los factores que influyen o determinan esta distribución. (Gordis, 2005:3).

² La prevalencia de una enfermedad es el número de casos de una enfermedad que se presenta en una población determinada, durante un tiempo determinado, y se puede expresar como una tasa.

- Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en una población determinada. (Hernández, 2002: 240-241).

³Pruebas que permiten comprobar la presencia de anticuerpos o antígenos en la sangre. Pruebas no treponémicas VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (rapid plasma reagin) son los mejores métodos de diagnóstico serológico en la sífilis latente temprana y en la tardía. (Robbins, 2006: 673-674).

percepción de riesgo que los hombres anclan en la “peligrosidad de los fluidos femeninos” y las mujeres en la “natural infidelidad”, de sus parejas no necesariamente se adoptan conductas para prevenir las ETS⁴. La escasa disponibilidad y capacidad para el “sexo más seguro” remite a una compleja trama compuesta de normas y valores, estereotipos, relaciones de poder, sentimientos de afecto, temor vergüenza entre otros, y significados que el preservativo “no es para el matrimonio”.

Estos dos estudios citados establecen la influencia de los factores culturales y sociales en la propagación de las ETS, además de explorar algunos comportamientos en las relaciones de pareja, a partir de las percepciones que tienen de esta enfermedad. Estos aportes son significativos para entender la complejidad con la que se debe tratar este tipo de infecciones.

Continuando con la revisión bibliográfica en Colombia también predominan los estudios cuantitativos, de igual forma se hallan documentos de carácter cualitativo en español que aportan a la comprensión de este tema, se encuentran autores que dan a conocer la influencia de los factores psicosociales en propagación de la enfermedad; en la propuesta realizada por la Secretaria de Salud Pública Municipal sobre el fortalecimiento del Abordaje Sindrómico para el Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el municipio de Santiago de Cali para el año 2004, se asocia la influencia de factores los culturales y sociales en la cadena de transmisión de estas enfermedades:

“Las ETS son causa de sufrimiento, discapacidad y muerte prematura de millones de personas en el mundo cada año; su control es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población y para mitigar su enorme carga colectiva, sanitaria, social, cultural y económica.

⁴En este documento se emplea la expresión «enfermedades de transmisión sexual» (ETS) para designar las infecciones y enfermedades transmitidas por vía sexual, sus complicaciones y sus secuelas.

Su impacto colectivo comprende costos socioculturales (estigma y discriminación, disgregación familiar, modificación de hábitos y comportamientos), y económicos (Costos de atención, costos por discapacidad evitable, costos por muerte prematura evitable)”. (Pp. 23)

Siguiendo con los antecedentes, se encuentra la tesis para optar al título de Magíster en Epidemiología, de Gloria Aristizábal y María del Pilar Peña, quienes identificaron factores socio demográficos, comportamentales, de conocimientos, familiares y relacionados con el tratamiento de la sífilis gestacional, asociados a la transmisión de la sífilis congénita de los recién nacidos de Cali para el año 2008. De acuerdo con los resultados, describen que coinciden con el protocolo nacional de sífilis congénita, al asociar factores de riesgo para la transmisión de esta enfermedad como el pobre soporte social y familiar; el desconocimiento frente a las infecciones de transmisión sexual y la no asistencia a control prenatal, es así que como estas enfermedades no son consideradas de gravedad para la salud o la capacidad reproductiva.

En la monografía de Carlos Arturo Ramírez para optar al título de sociólogo de la Universidad el Valle en el año de 1995, sobre la *Incidencia de los factores sociales y culturales en la presencia de las enfermedades de Transmisión sexual, el caso de la Sífilis en el barrio Las Delicias, Palmira* trata temas como: Enfermedades de Transmisión sexual, Salud pública, prostitución, vida cotidiana, zona de tolerancia, drogadicción, alcoholismo, pobreza y epidemiología. En cada una de estas categorías él especifica por que las ETS no solamente son biológicas e individuales sino que abarca a la comunidad como conjunto aunque se expresen en individuos concretos. Es en esta medida que el sociólogo, expone el fenómeno de las ETS, que en el caso específico de la sífilis tienen gran incidencia los factores sociales y culturales, los cuales intervienen y posibilitan de una u otra manera que estas continúen existiendo y afectando más vidas.

En los ensayos antropológicos sobre los amores y la condición femenina en Cali, se hace referencia a la concepción de amor y sexualidad que se vivencia hoy en los caleños “El amor en todo su espectro de afecto, erotismo y sexo se vive chévere; se piensa poco en el qué dirán los otros, los de arriba o los de afuera, porque la vida hay que vivirla y disfrutarla en los pocos espacios que ofrecen solaz”. Sevilla (2003. Pp. 87). Este autor nos profundiza el aspecto de los comportamientos en cuanto a cómo se vive el amor en Cali, es decir cómo se piensa y actúa en el área sexual; esto aporta en la comprensión de la vivencia de la sexualidad en la pareja.

En síntesis general los anteriores estudios presentan la influencia de los factores socio-culturales en la prevalencia de la enfermedad, también analizan algunos fenómenos sociales en los que se inscriben las ETS y se explora como éstas toman significado en la vivencia de la sexualidad en los sujetos.

A diferencia de las anteriores investigaciones, ésta hace una nueva lectura de la realidad que enfrentan las parejas con sífilis gestacional, teniendo en cuenta que las infecciones de transmisión sexual han ocupado un lugar preocupante entre las enfermedades de mayor impacto en los seres humanos. En Colombia el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud (INS), reportó que el año 2010 cerró con 2,45 casos por mil nacidos vivos. Valle, Bogotá, Antioquia y Córdoba son los departamentos que reportan mayor número de infectados.⁵

El aumento del número de casos de ETS afecta a todos los grupos de edad, pero en algunos países se advierte una inquietante tendencia caracterizada por tasas en incremento entre las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años.⁶ En muchos países se ha observado en los últimos años un marcado descenso de la proporción de casos

⁵ <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/nc/detalle/article/aumentan-casos-de-ninos-con-sifilis-en-el-pais-1.html>

⁶ Datos publicados por Population Information Program (1995) Volumen XXIII, Número 3. Maryland USA.

masculinos por relación a los diagnosticados entre las mujeres. De algunos signos se desprende también que el problema se extiende gradualmente en las zonas rurales. Por tanto, los métodos de lucha antivenérea, como las pruebas de tamizaje en la gestación, las campañas preventivas a población vulnerable tal como se aplican en la actualidad, sólo han permitido obtener éxitos limitados. Ello obedece a numerosas razones de orden demográfico, médico, socioeconómico, cultural y relacionado con el comportamiento, que a menudo se combinan entre sí.

Con respecto a lo anterior la Sífilis es una de ETS que afecta al sujeto que la padece y se intensifica si se encuentran mujeres en embarazo con la infección, porque puede transmitir la enfermedad a su hijo acentuando la gravedad de la misma, es importante que ésta sea diagnosticada en su etapa temprana para que la materna pueda tener la oportunidad de ser tratada eficazmente y poder así evitar un caso más de sífilis congénita.

El interés de investigar este tema surge a partir de las experiencias en la institución de práctica pre profesional realizada en la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, donde se veía los esfuerzos de los profesionales de esta institución por el mejoramiento del bienestar en la salud de las maternas de la ciudad, sin embargo a partir de las diferentes intervenciones que se realizaron desde el área del Trabajo Social, se encontró que algunas parejas presentaban dificultades y resistencia para asistir al tratamiento, también en expresar sus sentimientos, temores y en general evitaban acudir a la IPS⁷, generando así un aumento⁸ en las cifras de niños nacidos con sífilis congénita. (Ver aparte del marco contextual)

⁷ IPS: Institución Prestadora de Salud

⁸ En Cali en el año 2008, hubo 243 gestantes con sífilis gestacional y 89 niños en comparación del año 2009 se presentaron 276 casos de gestantes con sífilis gestacional y 85 niños nacieron con sífilis congénita. Cifras de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.

Estos escenarios permiten dimensionar la complejidad de ésta enfermedad, la cual tiene un componente fisiológico como social, familiar, psicológico y relacional, de ahí la importancia de la investigación desde la profesión de Trabajo social, la cual contribuirá a darle una nueva mirada a las problemáticas en salud, trascendiendo las funciones instrumentales, características que se le han asignado en este campo a los trabajadores sociales. Además la investigación sirve como base para aportes en las formas de intervenir de los diferentes profesionales que trabajan en la promoción, prevención y tratamiento de estas enfermedades y así posibilitar otras acciones.

La enfermedad y los padecimientos asociados a la misma siempre han sido motivo de preocupación para la humanidad y desde hace mucho tiempo este ha estado en constantes investigaciones para detectar las causas de ella y combatir sus afecciones.

En una recopilación histórica sobre sífilis, Boyer (1851) relata que existen diversas tesis de su origen, éstas se dividen entre las que sustentan que apareció antes del descubrimiento de América y las que sostienen que la enfermedad se generó en el Nuevo Mundo al descubrirse en 1492 y fue llevada posteriormente a Europa por la tripulación de Colón. A pesar de las controversias de su origen, de manera inobjetable, se conoció por su contundencia en Europa a fines del siglo XV produciendo epidemias de rápida difusión y presentando una sintomatología aparatosa y grave.

Durante este tiempo la epidemia dejó miles de muertos ya que no existía una terapéutica eficaz, tan solo se disponía de las plegarias a los santos protectores asignados para la sífilis. A mediados del siglo XVI la Iglesia católica propone la abstinencia sexual como argumento lógico para combatirla. Ya en el renacimiento se curaba con pomadas mercuriales, este era el remedio más utilizado y también más temido, debido a las complicaciones que producía. Posteriormente fue tratada con infusiones de guayacán y otras yerbas.

Dentro de este contexto, los enfermos con esta infección ya eran estigmatizados por ser una “enfermedad merecida” debido a que se contraía a través del coito impuro, es decir, de relaciones extramaritales y con mujeres impuras, y por lo tanto era el castigo divino natural por su vida pecadora, no eran dignos, al punto de ser prohibido el uso de los preservativos⁹ porque obstaculizaban las disposiciones divinas, según las cuales el recién nacido infectado debía ser castigado en el mismo miembro con el cual había pecado.

Ya para el año de 1928 el doctor Alexander Fleming (1881-1955) descubrió el antibiótico penicilina y 11 años después del hallazgo el patólogo australiano Howard Florey (1898-1968) en compañía del bioquímico judío alemán Ernst Chain (1906-1979) la suministraron para casos de sífilis venérea. Este nuevo descubrimiento terapéutico fue de gran ayuda para las enfermedades de transmisión sexual. De esta manera se redujo sustancialmente las consecuencias de esta enfermedad.

A través de este recorrido histórico se observa como lo religioso y lo cultural marcó los conocimientos y creencias de esta enfermedad, que aún están presentes. Con respecto a la invención de la penicilina, de lo cual ya hace 83 años sigue siendo ésta la única para el tratamiento de la sífilis.

En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud, afirma que la sífilis materna y congénita es un “**problema grave de solución sencilla**”. Debido a que el tratamiento con penicilina es de bajo costo y se encuentra incluido en el POS (Plan Obligatorio de Salud). Es decir, cualquier persona que sea diagnóstica con esta enfermedad podrá acceder al medicamento sin ninguna restricción por parte de las IPS, aún así las cifras continúan demostrando la prevalencia de esta enfermedad. Esta misma organización establece que las intervenciones más importantes deben ser en aspectos como la promoción del sexo seguro, la educación sexual, el control de las

⁹ En 1781 fue publicado *Classical Dictionary of the Vulgar Tongue*, que define el condón como la tripa de una oveja utilizada por los hombres en el coito para prevenir la infección venérea. Martos (2010 Pp. 40).

ETS en grupos vulnerables y la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento con un componente de asesoramiento (consejo) y notificación de contactos, como también de la captación temprana de maternas con sífilis gestacional, con el objetivo de alcanzar un mayor cubrimiento de la población.

Por otro lado, también en Cali el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas CIDEIM viene adelantando un estudio para desarrollar una vacuna contra la bacteria causante de la enfermedad, en octubre del 2010, en el marco de la conmemoración del ***Día Latinoamericano de Lucha Contra la Sífilis Congénita*** el doctor Carlos Valencia, dio a conocer los primeros aportes y dificultades en esta materia; asegurando que aún falta un tiempo prudencial para alcanzar su objetivo.

Las acciones nombradas anteriormente parten de los avances para minimizar los efectos de esta enfermedad, su tratamiento, la reducción de la mortalidad y la disminución de nuevos casos han sido logros de años, sin embargo, no se ha reducido su incidencia como se había estimado en la meta del “Plan de Eliminación de Sífilis Congénita”, la cual es de 0.5 de casos por 1.000 nacidos vivos, y hasta el año 2010 está en 2.6 por 1.000 nacidos vivos, según datos entregados en el último informe de vigilancia epidemiológica de este evento en salud, por la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.

No obstante, se debe reconocer los valiosos intentos de abordar la problemática en su complejidad, pero ante estos resultados las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas tienen sus propias explicaciones del por qué no se disminuyen los casos, una de ellas para sífilis gestacional está relacionada con la inasistencia de la pareja diagnóstica al tratamiento, debido a las implicaciones que puede tener entre los miembros de la pareja, tal como lo evidenció durante la implementación de la propuesta de intervención “Compromiso de Vida” la trabajadora social en práctica de la institución anteriormente nombrada durante el año 2009.

El diagnóstico de una enfermedad representa un problema tanto la persona que la padece sino también en la relación de pareja como sucede con las ETS, pues se enfrentan a cambios psicológicos y emocionales que afectan elementos constitutivos de la misma como la sexualidad, la comunicación, el tipo de vínculo, entre otros aspectos. Además la salud del recién nacido podría verse comprometida sino se trata a tiempo, generando malformaciones físicas, las cuales traerán consigo otros problemas familiares, económicos, sociales y de salud pública. Se puede concluir que estas dificultades impactan en aspectos medulares del bienestar de la familia; cabe resaltar que son evitables si la infección se detecta a tiempo.

Esta investigación permite hacer visible la complejidad de las enfermedades de transmisión sexual y de las vivencias personales y relacionales para los diagnosticados con sífilis, dado que siempre ha prevalecido la mirada epidemiológica, aunque no es la única, si es la que orienta las acciones de prevención y promoción de las mismas y no se ha profundizado en los imaginarios de los sujetos, siendo estos los que permean sus actuaciones frente a ellas y por ende su propagación. Es importante trascender la mirada, dejando de lado la estigmatización, la exclusión y desigualdad de género con que se tratan las ETS en la sociedad y así conseguir cambios de conductas de salud-enfermedad.

Es así que se decide indagar sobre ¿Cuáles son las actitudes del compañero frente al diagnóstico de sífilis gestacional en la mujer y cómo influye esto en la relación de pareja? Para dar respuesta a esta pregunta se planteó el siguiente objetivo:

- Conocer las actitudes que adopta el compañero frente al diagnóstico de sífilis gestacional en la materna y cómo influye esto en su relación de pareja.

Para desarrollar el mismo se esbozaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar creencias y conocimientos sobre sífilis gestacional que tiene la pareja diagnosticada con esta enfermedad
- Caracterizar la comunicación que se establece entre la pareja con respecto al diagnóstico.
- Identificar las estrategias de afrontamiento de la pareja a partir del diagnóstico de sífilis gestacional
- Describir la vivencia de la sexualidad en la pareja posterior al diagnóstico de sífilis gestacional.

EL CAMINO METODOLÓGICO

En la búsqueda de identificar las actitudes de las parejas, sus conocimientos, sus pensamientos y maneras de afrontar el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual como la sífilis gestacional, se optó por la realización de una investigación de tipo descriptivo con un enfoque cualitativo. Todo lo anterior apuntando a la comprensión de la realidad, en este caso la relación de pareja y el diagnóstico de sífilis, haciendo especial énfasis en la valoración de lo subjetivo y la interacción entre los sujetos que están inmersos en este contexto. Es así que resulta fundamental señalar que la riqueza de esta investigación reside en el abordaje de la salud sexual desde una referencia teórica, enmarcada desde una perspectiva cualitativa, la cual permitió la comprensión de las lógicas en las relaciones de pareja y la sexualidad como constructora de identidad, mediadas por un diagnóstico de sífilis gestacional.

En aras de recolectar información que ofreciera dar respuestas a la misma, se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta que este tipo de entrevista se define como “conocer la imagen (los elementos que la configuran, sus rasgos, sus

cualidades, etc., según la perspectiva particular de los informantes) las motivaciones y las actitudes de los miembros.” Báez (2005 Pp.97). En el caso de esta investigación facilita indagar el complejo mundo de las relaciones de pareja cuando ésta genera respuestas ante el diagnóstico de sífilis gestacional. Se escogieron como informantes aquellas parejas, con un año o más de convivencia y donde la mujer estando en embarazo ha sido diagnosticada con sífilis.

Se seleccionó una muestra de tres parejas, donde la mujer fue diagnosticada con sífilis gestacional durante el año 2010, con uno o más años de convivencia; adicionalmente se enfocó en la red pública de salud de la ciudad de Cali, por ser quienes reportaron más casos de esta enfermedad a la Secretaria de Salud Pública Municipal. Se escogió este número de parejas porque, se trata de analizar que ocurre en la diada cuando se atraviesa por un diagnóstico de sífilis en el embarazo y esta cantidad de entrevistas es el más asequible a realizar, debido a que este tema de la sexualidad es muy complejo para exponerlo a un tercero, este criterio se toma teniendo en cuenta la experiencia de la práctica académica de las investigadoras.

En la búsqueda de las parejas que hicieron parte de esta investigación ***sífilis gestacional más que una enfermedad de transmisión sexual***, inicialmente se eligió el centro de salud El Vallado por ser uno de los que reporta más casos en la ciudad¹⁰ y por considerar la posibilidad de tener mayor número de parejas para escoger. Sin embargo, en el primer contacto con la enfermera jefe hubo una negativa cuando se solicitó el permiso para captar las maternas con sífilis, luego de llegar a un acuerdo, ella establece una condición para el acceso de la información de las pacientes, la cual consistió en elaborar una propuesta de intervención realizando sesiones educativas con las gestantes. Los datos epidemiológicos suministrados por la Secretaria de Salud Pública de Cali, contribuyeron a la escogencia de los lugares para llevar a cabo

¹⁰ Para el año 2010 se reportaron 14 casos de sífilis gestacional en el Centro de Salud El Vallado. Datos entregado por la Secretaria de Salud pública Municipal de Cali.

las entrevistas. Por consiguiente, puede decirse que tanto el enfoque de la investigación cualitativa como cuantitativa aportaron al análisis de la vivencia de enfermedad en las parejas.

Finalmente las acciones emprendidas no dieron los resultados esperados, porque las maternas que tenían sífilis no asistieron a las actividades y con respecto a la embarazada que cumplía con los criterios, no fue posible entrevistarla por los temores que ella refirió tener a la actitud que pudiera tomar su compañero al darse cuenta del diagnóstico.

A partir de las dificultades encontradas en esta primera búsqueda se decidió realizar un recorrido por las diferentes IPS de las otras E.S.E con la colaboración de la Secretaria de Salud Pública Municipal. Por ejemplo en el Centro de Salud Terrón Colorado, se comprobó que solo se tenían 3 casos reportados de parejas con la infección, dos de estas no se encontraban en la ciudad, la otra gestante se hallaba en la institución pero relató que nunca convivió con su pareja y que además este se había ido del barrio sin decirle nada.

Otra IPS visitada fue el Hospital Básico Cañaveralejo, donde se encontraron datos no verificables de una gestante que si cumplía con los criterios, mientras que en el Centro de Salud del Primero de Mayo se encontró que en este solo había una pareja con la infección, ésta aceptó la entrevista siendo la primera que se pudo abordar, de manera conjunta contestaron las preguntas realizadas y tuvo una duración aproximadamente de 40 minutos. Siguiendo con la búsqueda de la muestra de investigación se indagó en el Hospital Universitario del Valle donde se encontraron tres casos de gestantes con sífilis, la primera cumplía con los criterios establecidos y ellos accedieron a esta. Es de anotar que se solicitó el consentimiento verbal para la entrevista y la grabación de la misma.

Los obstáculos que se encontraron durante las entrevistas fueron los lugares poco apropiados para la realización de las mismas ya que no había privacidad para hablar

sobre el tema, también se encontró mujeres que no tenían compañero sentimental o estos se encontraban en sitios de reclusión, otro obstáculo fue el hallar gestantes en situación de calle, parejas que no asistieron a las entrevistas programadas, finalmente a las parejas se les dificultaba en las entrevistas expresar abiertamente lo que corresponde a su sexualidad y la vivencia de la misma.

En cuanto a la última entrevista se indagó en el Centro de Salud Luis H Garcés, en el cual se encontró con una embarazada con sífilis, se contactó y se realizó la entrevista con su compañero, esta vez se optó por realizarla de manera individual y no en conjunto para poder observar y escuchar el relato de cada uno, porque en las anteriores entrevistas que se realizó paralelamente a los dos miembros de la pareja se sentían incómodos hablando de su vida sexual antes de la actual relación sentimental, además también se generaba un malestar al hablar de los comportamientos de uno de los dos delante del otro.

Con respecto al proceso de análisis, una vez recolectada la información se transcribe, cabe anotar que el tiempo entre entrevistas fue demorado debido a las dificultades que se describieron anteriormente para conseguir a las parejas. Luego de esto se seleccionan los relatos y se organizan por categoría de análisis, para realizar la interpretación de la información por medio de una matriz que contiene los aportes textuales del entrevistado, la interpretación de las investigadoras a través de su proceso de formación académica y por último los apartes teóricos que sustentan la lecturas realizadas por las mismas, todo esto dio paso a la elaboración del documento final.

CAPITULO II

LAS ACTITUDES DESDE EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

En esta investigación para comprender las percepciones y comportamientos de los hombres y las mujeres en cuanto a la manera cómo viven sus relaciones de pareja y como estos le otorgan un significado a la relación salud – enfermedad, es importante enmarcarse desde el Interaccionismo simbólico, encontrado a partir de los dos autores más reconocidos de esta perspectiva, George Mead¹¹ y Herbert Blumer; reconociendo que frente al tema existen otras teorías como la sistémica y el psicoanálisis que también pueden dar cuenta de este tipo de problemáticas en salud.

El interaccionismo simbólico permite reflejar los significados sociales que las personas le asignan al mundo que las rodea, es decir se prioriza la dinámica de producción de significados. “Se centra en las acciones de las personas y en el significado que éstas le dan. El actor construye el significado de los estímulos externos; objetivos de acciones de otras personas y actúa en base de esos significados y a partir de ahí deriva una serie de postulados metodológicos”. (Blumer citado por Coller: 2003. Pp. 239)

En suma, el interaccionismo simbólico considera que el significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los actores a medida que estos interactúan; comprendiendo que las personas son las que

¹¹ George Herbert Mead (1863-1931). Nacido en South Hadley, Massachusetts, Estados Unidos, estudió filosofía en Harvard y completó su formación en psicología fisiológica y teoría económica. En 1894 hace aportes relevantes en el campo de la psicología social y en los procesos de comunicación interpersonal a través de la 'interacción simbólica'. Desarrolla una visión pragmática de la filosofía, propia de la Escuela de Chicago, basada en la sociabilidad y la temporalidad como instancias de la evolución del ser social. Entre sus libros más destacados *The Philosophy of the Present* (1932), *Mind, Self and Society* (1934), *Movements of Thought in the Nineteenth Century* (1936). <http://www.infoamerica.org/teoria/mead1.htm>

crean el significado de lo que sucede en el mundo social, Blumer¹² afirma que el interaccionismo simbólico.

“se refiere al carácter peculiar y distintivo de la interacción entre las personas. La peculiaridad consiste que las personas interpretan o definen las acciones de los otros en lugar de simplemente reaccionar ante ellas. Su respuesta no obedece directamente a las acciones de los otros sino que se basa en el significado que le suponen a esas acciones. Así, la interacción humana está mediatizada por el uso de símbolos, por la interpretación o por la adivinación del significado de las acciones”.
(Blumer citado por Coller: 2003, Pp. 240)

Es así que cuando al actor se le considera como organismo agente, es decir un organismo capaz, no sólo de responder a los demás en un nivel no simbólico, sino de hacer indicaciones a los otros e interpretar las que éstos formulan. Así mismo, un individuo puede ser objeto de sus propios actos. Otro representante de esta perspectiva es George Herbert Mead quien complementa el anterior planteamiento asegurando que: “El ser humano percibe el entorno y se ajusta a él, pero también lo modifica con sus acciones. A través de la percepción del entorno determina el significado de las cosas que percibe para su línea de acción. [...] la acción, pues, no es la respuesta mecánica a un estímulo, sino el resultado de la interacción con el entorno” (Mead citado por Coller: 2003. Pp. 241). Es aquí donde se afirma que el individuo es social, en una mirada más específica, es capaz de entablar una interacción social consigo mismo formulándose indicaciones y respondiendo a las mismas.

En cuanto a la construcción de significados se puede ver reflejado que en nuestra sociedad existen unos conceptos a cerca de las enfermedades, y de acuerdo a ellas se

¹²Herbert Blumer (1900-1987) fue el líder y el portavoz del Interaccionismo Simbólico y sus escritos, especialmente aquellos incluidos en *Symbolic Interaction: Perspective and Method* (1969), constituyen textos fundacionales para esta corriente intelectual y una referencia importante para la totalidad de los cientistas sociales orientados hacia un enfoque inductivo y naturalista. "El Interaccionismo Simbólico es la mayor contribución de los Estados Unidos al mundo de la teoría sociológica" (Reynolds, pág. 13).

definen comportamientos, no es igual lo que se piensa de una enfermedad cardiovascular, de una cancerígena o de una de transmisión sexual. Para cada una de ellas hay un imaginario¹³ y unas conductas sobre cómo tratar a las personas diagnosticadas, a su familia, además de lo que representan para la sociedad los que las padecen. En el caso de la sífilis como el VIH/Sida aún existen conductas de rechazo y de estigmatización¹⁴, ya que la sexualidad es manejada por nosotros mismos, es decir, depende de nosotros mismos que seamos portadores de ellas.

Analizando el anterior párrafo se afirma que la sociedad influye en la configuración y simbolización del mundo de los individuos, sin embargo cada uno de estos tiene una experiencia de vida que parte del contacto con sus semejantes y de un proceso individual del cual hace parte la *actitud*, ésta no es una respuesta manifiesta y observable, ya que se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externo, que son los “estímulos” y las reacciones de la persona, es decir sus “respuestas evaluativas” manifiestas y observables en términos de aprobación o desaprobación, de atracción o de rechazo, de aproximación o evitación y así sucesivamente.

¹³ Los imaginarios son esquemas de representación, estructuran a cada instante la experiencia social, estos ayudan a construir la realidad social a partir de percepciones que se tienen de la misma. . (Gerald L, et. al, 2006: 1472)

¹⁴ La estigmatización social es algo más que una actitud o un atributo de un individuo o de una cultura. Se trata más bien del resultado de la posición que un determinado grupo social ocupa dentro de la sociedad en su conjunto, que refuerza de forma sistemática la posición y la exclusión de este grupo social. La estigmatización consiste en un proceso dinámico que da lugar a una valoración negativa de determinados grupos y comportamientos en el interior de la familia, lugar de trabajo, en el centro educativo, entre otros. (Gerald L, et. al, 2006: 1471)

Las Actitudes

La actitud también es una tendencia connotativa y se refiere a la asignación de aspectos positivos o negativos en relación con un objeto, un acontecimiento, un hecho social, o una persona o grupo de personas lo cual trasciende lo mero denotativo o descriptivo, como se puede ver en el siguiente párrafo:

“la conducta es el aspecto más tangible que desarrollan los sujetos y sobre la cual se infieren las actitudes. Por consiguiente la actitud es una predisposición de conducta, que se revela en formas concretas de comportamiento, motivadas y fundamentadas por intereses, experiencias y/o valores, a través de ella el hombre ordena y determina su relación y conducta con su entorno, se dispone positiva o negativamente hacia sí mismo y/o hacia otro ser” (ANDRADE, 2002.Pp.282)

Con respecto a la anterior definición de actitud se puede relacionar con las tres premisas que indica Blumer contenidas en el interaccionismo simbólico,

“La primera es que la acción de las personas se orienta hacia las cosas en función del significado que estas cosas tengan para ella, la segunda premisa es que tal significado no es inherente a los objetos, sino que se construye a través de la interacción entre actores. La tercera es que los significados no son permanentes, sino que se modifican en función de las interacciones en que se vea implicado la persona y de las interpretaciones sucesivas de las acciones de los otros/as; en consecuencia, el significado que los actores confieren a los objetivos del mundo exterior”. (Blumer citado por Coller: 2003 Pp.243-244)

Siguiendo este planteamiento, a continuación se mencionan algunas de las características principales de las actitudes que permiten observar lo importante que es este tema en el presente estudio al momento de analizar los significados individuales y sociales que la gestante y su compañero han construido sobre el diagnóstico de sífilis.

Un autor que define algunas características de las actitudes es Andrade (2002), éstas proporcionan a cada individuo un conjunto organizado de convicciones, creencias y conocimiento facilitando a cada persona el modo de responder a cada situación, es precursora y determinante de nuestro comportamiento y define la personalidad; motiva a la actuación. Es transferible, ya que con una actitud respondemos a múltiples y diferentes situaciones. Para que se configure depende especialmente de factores sociales y culturales, especialmente del grupo más cercano; la familia, y teniendo en cuenta los siguientes elementos: *Contextuales*; ocupación, situación socioeconómica, religión, educación, entre otros. *Personales*; edad, sexo, nivel de estudios alcanzados, familia y los *Rasgos de la personalidad*.

Partiendo de lo anterior en el ámbito de la experiencia cotidiana, la vida de una sociedad humana, o de cualquier sector de la misma, de todas sus organizaciones o de todos cuantos en ella participan, se compone de la acción y experiencia de los actores al afrontar las situaciones que se producen en sus mundos respectivos, es por eso que cuando se habla de actitud nos referimos a una evaluación de varios aspectos del mundo social.

“La actitud está conformada por tres componentes: el cognitivo, afectivo y conativo-conductual. El primero costa de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos¹⁵ que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia el mismo. Los tres componentes coinciden, sin embargo, en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. En efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o

¹⁵ Es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico. Los sentimientos están vinculados a la dinámica cerebral y determinan como una persona reacciona ante distintos eventos. Se trata de impulsos de la sensibilidad de aquello imaginado como positivo o negativo. (Segura, et.al 2007.Pp 15).

desfavorables, los sentimientos positivos o negativos, y la conducta o intenciones de conducta de apoyo u hostiles”. Morales (1996 Pp. 229).

Todo esto se comprende sin desconocer el entramado del mundo de las personas, por ejemplo el de las parejas, es en esta medida que las actitudes que se dejan entrever en las entrevistas serán medidas a través del estudio de sus componentes básicos con sus respectivos indicadores de la siguiente manera:

COMPONENTE	INDICADORES
<i>Cognoscitivo</i>	- Creencias - Conocimientos
<i>Afectivo:</i>	- Sentimientos a favor o en contra de un determinado objeto social. - Grado en que dicho sentimientos predisponen a la acción.
<i>Conductual:</i>	- Predisposición al comportamiento congruente con cogniciones y afectos que instigan la acción.

Tomado de Molina López Alix (1990), Tesis exploración de actitudes de la mujer profesional en el rol materno a través de un estudio de caso, Universidad del Valle. Pp.95

Partiendo de todo lo anterior se hace manifiesto que las personas viven en un mundo de objetos y significados de los mismos, esto los guía en su orientación y en sus actos. Sus objetos, incluyendo los que contienen en sí mismos, se forman, sustentan, debilitan, y transforman a través de su interacción con otras personas, es por ende que las interacciones sociales de acuerdo con Mead (1934), implican que cada individuo actúe desde su punto de vista y que ajusta sus comportamientos identificando en el acto en que se verá envuelto e interpretando los actos de los otros significativos. *“La vida social es un fluir de acciones que las personas ajustan en sus líneas de acción, unas a otras según las interpretaciones que dan a esas acciones de los demás. No son*

los elementos externos al individuo (exigencias de su papel social, valores etc.) y lo que le incitan a la acción, sino la 'interpretación que hace el actor de su entorno'. (Mead, citado por Collier 2003. Pp. 243)

La importancia de abordar esta investigación desde el Interaccionismo Simbólico es que por medio de esta perspectiva teórica se considera que el ser humano no es solo un organismo que reacciona, y que sólo responde a la influencia de los factores de su mundo o de sí mismo; si no que es un organismo activo que ha de afrontar y manejar dichos factores y que al hacerlo así debe forjar y orientar su línea de acción. De acuerdo con esto se hace notorio relacionar las interacciones que tiene el ser humano con el mundo social y esto lo realiza por medio de las creencias, las cuales representan uno de los marcos de referencia más amplios para el comportamiento, es relevante conocer que es una creencia porque ellas son intervienen en el proceso de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Es así que *“Creencias, actitudes, decisiones o intenciones y hábitos, conforman diferentes estructuras cognitivas para representar el conocimiento que la persona tiene de la conducta. Las creencias son las estructuras que contienen la información más detallada sobre la acción”*. Morales (1996 Pp. 249).

Hablando de creencias

Éstas han sido definidas por Lazarus y Folkman (1986 Pp.87) como “la noción *preexistente* de la realidad, que poseen un origen sociocultural y unidas a la afectividad determinan la realidad de “cómo son las cosas” en el entorno y modelan el entendimiento de su significado”. Estos autores las enmarcan, junto a los comportamientos, dentro de los factores personales que influyen en la evaluación de aquellas situaciones que vivencia el sujeto, desde su propio mundo de relaciones y de su vida cotidiana en general. Lo anterior permite llegar a aceptar que hay creencias que reflejan con mayor objetividad la realidad, e incluso pueden sustentarse en evidencias científicas, pero existen otras, basadas en la subjetividad expresada en la interpretación de las situaciones vividas.

El conocimiento también hace parte de la estructura cognitiva de las actitudes, “[...] de una persona acerca de un objeto, persona o situación, incluyendo el conocimiento de atributos y relaciones entre esos atributos. Los conocimientos son conceptos generales o abstractos, que enfatizan lo que es similar entre un número de instancias” (Morales 2002 Pp.291).

De acuerdo al planteamiento de Ortega (1940) las creencias son una realidad en la cual estamos y en la que nos instalamos desde el momento en que nacemos, son el “continente” de nuestra vida. Señala que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos. Por lo tanto las creencias también influyen en la concepción de salud-enfermedad de los actores; y siendo este el campo en que se desenvuelve la investigación, se toma El Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Irwin M. Rosenstock (1966), el cual señala que a partir de la interacción de ciertas creencias que las personas tienen y las respuestas de las mismas a los síntomas y su comportamiento a las enfermedades se puede describir sus conductas preventivas en salud.

Para Anzano y Rubio (2004), el autor del modelo sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática en la salud y de las percepciones sobre:

1) *susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad*: la cual se refiere a la probabilidad percibida de padecer una enfermedad. Es decir, se trata del riesgo subjetivo a contraer algún tipo de afección, las personas creen estar en alto riesgo, otras niegan esa posibilidad y los de posición intermedia estarían consideran la probabilidad estadística.

2) *gravedad o severidad percibida*: es la probabilidad de verse afectado por la enfermedad o de no recibir tratamiento. Esta variable incluye distintas dimensiones: gravedad clínica, interferencia con las actividades cotidianas, impacto sobre la propia apariencia, efectos sobre el trabajo, la vida familiar, las relaciones sociales.

3) *Costes y beneficios percibidos*: Esta variable hace referencia a la estimación que la persona hace de los beneficios que obtendría realizando la acción saludable frente a las barreras o costes implicados en ello, tales como los gastos económicos que supone o sus posibles efectos secundarios.

Ejemplificando lo anterior se puede decir que, el sentirse susceptible de contraer una enfermedad que es percibida como grave, produce una fuerza que lleva a la acción, pero no especifica el curso que ésta tomará; la dirección de la acción está influida por las *creencias y los conocimientos* sobre la efectividad de su tratamiento.

En caso de que los costes sean elevados y los beneficios mínimos, no se adoptará la conducta de salud. Por el contrario, si los costes son bajos y los beneficios altos, entonces sí se adoptará la conducta de salud. Por último, en el caso de que ambos, beneficios y costes sean elevados, lo más probable es que la persona se implique en conductas que no reducen la amenaza.

4) *Claves para la acción*: Las compañías de salud en los medios de comunicación social, son un ejemplo de evento externo como los síntomas lo son de eventos internos. Algo debe ocurrir para disparar las percepciones de susceptibilidad y gravedad y, para que éstas acaben en una acción de salud; es decir, el modelo requiere el concurso de eventos que desencadenen el proceso hasta llegar a la acción de salud. Tales eventos pueden ser internos o externos.

5.) *Factores modificantes*: Este modelo considera que los factores culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc., pueden influir sobre las conductas de salud; sin embargo, se entiende que estas variables trabajan por medio de sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas que acerca de la salud tiene el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables.

Creencias en Salud

Después de definir de qué se tratan las creencias, sus componentes y demás, se pasa a explicar las creencias en salud, para ello se expone el cuadro que ilustra el modelo de Rosenstock.

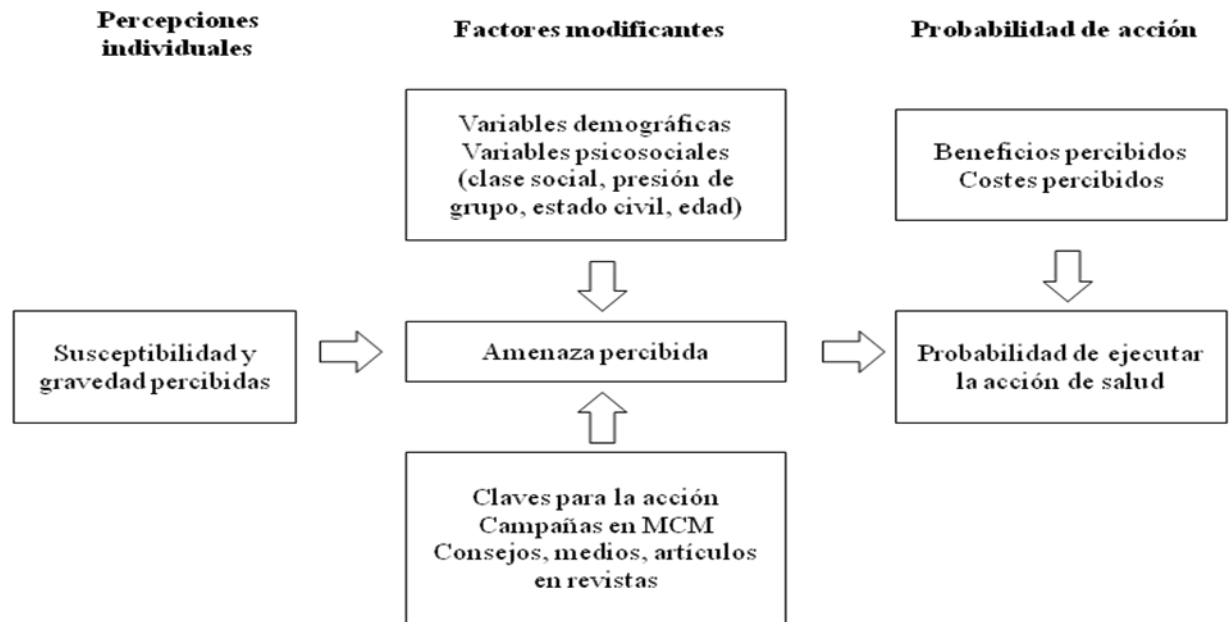


Figura 1. Representación del modelo de creencias de salud de Rosenstock

Fuente: Becker M, (editor). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4):234 - 508.

El modelo de creencias en salud de Rosenstock, permite en el caso de las parejas con sífilis gestacional, identificar la susceptibilidad de contraer la infección, la percepción de severidad que pueda tener de la sífilis en la vida de cada uno y la de su hijo, y por último que las acciones de intervención que tomen les resulten eficaces, todo esto mediado por las creencias y los conocimientos frente a la enfermedad, teniendo en cuenta también las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

Cabe anotar que autores como Anzano y Rubio (2004) identificaron algunas limitaciones del modelo, pues no explica de forma completa, ni el origen de las

variables, ni la forma cómo interactúan con otros factores explicativos incluidos en el esquema conceptual; sin embargo para esta investigación es pertinente su manejo, pues permite identificar la influencia de las creencias en el afrontamiento y tratamiento de la infección en cada una de las parejas, sin tratar de determinar un comportamiento de esta enfermedad absoluto en todos los casos de sífilis gestacional.

Finalmente se puede concluir que las creencias influyen y son determinantes en el proceso de tratamiento de cualquier enfermedad, aún más cuando ella implica un aspecto tan importante como el de la sexualidad, puesto que se entretienen valores y sentimientos del hombre y la mujer que los afectan a nivel personal y relacional. Por lo tanto, es necesario hacer precisiones teóricas respecto a este ámbito, para así entenderla en su complejidad.

Relaciones de pareja más que intimidad

Sennett citado por Morales (1993) expresa que apenas en las últimas cuatro generaciones, el amor físico fue redefinido, de los términos del erotismo a los términos de la sexualidad, y empieza ésta a verse como parte de la identidad personal. “Imaginamos que la sexualidad define el amplio territorio de quiénes somos y qué sentimos, [...] sin cesar, y condenados a la frustración, vamos en búsqueda de nosotros mismos a través de los genitales (Pp.7).

El autor del libro *La transformación de la intimidad*, Giddens (1992), aclara que “la sexualidad es un constructo social, que opera en campos de poder, y no meramente un abanico de impulsos biológicos que o se liberan o no se liberan” (Pp. 31). A través de la historia se ha transformado el significado de la sexualidad, dando una mirada más amplia al término, Castellanos (2002) afirma que “fue Foucault el primero en presentar la idea de que la sexualidad está tan ligada a prácticas discursivas, a los lenguajes que utilizamos, a los sistemas históricos del conocimiento. Para este autor, el “sexo” no existe como algo dado, ni como una esencia, sino que los cuerpos se convierten en entidades sexuales y sexuadas en la medida en que se especifican

ciertos significados de lo “sexual” a través de una serie de discursos sociales”. (Pp. 292).

Una definición que separa sexualidad de naturaleza es la que nos ofrece Marisol Valladares (2003):

“(…) entiendo a la sexualidad como un constructo social resultado de la interacción de múltiples factores políticos, sociales, económicos, culturales y subjetivos, como consecuencia de procesos históricos y dinámicos, inmersos en relaciones sociales en el cual se expresan sistemas simbólicos, saberes, imaginarios, discursos y prácticas, a partir de los cuales se establecen relaciones de poder, dominación, resistencia y contestación. Consecuentemente, la sexualidad no es una dimensión de la naturaleza humana inmutable y/o estática, así como tampoco lo es la identidad y menos aún el cuerpo.”(Pp.55)

De esta manera podemos ver la sexualidad como un proceso continuo que se inicia en el nacimiento y termina en la muerte, esta se irá modificando según la edad, es consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socio emocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales.

Por otro lado, las relaciones sexuales son parte fundamental en las relaciones de pareja y de su sexualidad, de acuerdo con Manrique (1996) la sexualidad y el erotismo son uno de los pilares en que se asienta y se desarrolla la relación amorosa; pues ha dejado de tener como fin la reproducción para estar orientada al goce de los dos. Este mismo autor afirma que “el placer erótico se asienta en la construcción de la relación de pareja tanto como el compromiso” (Pp. 23).

Por consiguiente ante un diagnóstico de cualquier enfermedad Navarro (2004) expresa que se ve afectada la vida sexual de la pareja, y es preciso que éstas conozcan

hasta qué punto una enfermedad particular o una discapacidad puede afectar su vida sexual y si la dolencia afecta gravemente al ejercicio sexual, ya que se convierte en algo lleno de tensión y ansiedad; es por esto que se indagó como modifica el diagnóstico de sífilis gestacional este aspecto tan importante en dichas parejas.

A continuación se conceptualizará las relaciones de pareja, desde el psiquiatra español Rafael Manrique, en su libro “Conyugal y Extraconyugal: la geografía de las relaciones amorosa” (2001), quién las define como “un vínculo comprometido y de larga duración entre un hombre y una mujer, que puede darse en cualquier pareja, este casada o no”. El autor plantea que este vínculo es el único lugar en el que se obtiene la satisfacción de las necesidades de afecto, intimidad, compañía y sexo.

Continuando con el anterior autor, en el libro de “Sexo, Erotismo y Amor” (1996) la pareja es una relación humana que se caracteriza por el hecho de que dos personas comparten sus identidades las cuales se plantean no como objetivas sino cambiantes y negociables, la pareja como relación de tipo privado se enmarca dentro de las relaciones de la intersubjetividad, es decir, como comparten sus gustos, su proyecto personal, sus diferencias, lo que cada uno trae de su pasado, es por eso que una relación entre un hombre y una mujer conlleva muchas diferencias importantes; porque son dos sujetos distintos tanto biológica como emocionalmente, sin embargo, logran acoplar sus vidas en estos aspectos. Una relación amorosa que exige: corporalidad, otro real, intercambio (no significa que sean iguales) sobre estas bases, el amor se concreta en una actitud de cuidado, conocimiento y responsabilidad por el otro. En la conformación de la pareja, las creencias, valores o expectativas, así como necesidades, conscientes o inconscientes entran en juego y son producto de sus experiencias de vida con sus otros significativos y son el cristal a través de la cual se relacionan con el presente.

Actualmente cada pareja, compuesta de dos personas únicas e irrepetibles, debe formar su propio perfil y modo de ser, en este momento socio-histórico la noción de

pareja se encuentra entre cambio y permanencia, está viviendo un enfrentamiento cultural y choque de valores, por lo mismo las relaciones se estructuran a partir de las diferencias. Como lo señala Berensten citado por Manrique (2001) el compromiso amoroso puede ser entendido como un contrato, en este caso privado y psicológico, que contiene pactos y acuerdos. Entendiendo acuerdos aquellas formas de relación en las que cada uno hace propias características o necesidades del otro. Eso ocurre cuando los deseos, valores o intereses de uno pasan a ser también motivos del otro, que entonces los adquiere y asume como propios, esto se hace por medio de la comunicación, dada en la convivencia y la cotidianidad, donde se realizan negociaciones en lo que corresponde a las obligaciones del diario vivir en pareja.

La comunicación en una pareja con sífilis

Se profundizará en este estudio en la comunicación, la cual se definió como las narraciones, pautas de interacción y expresiones de afecto establecidas en la cotidianidad de las parejas durante y después del diagnóstico de sífilis gestacional. Para entender estas particularidades en la comunicación se apoya en los aportes del libro *Comunicación Familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales* de Silvia Gallego.

"La comunicación en la familia es el elemento común que las caracteriza; cualquiera que sea su composición, estructura, responsabilidades, obligaciones y valores; las familias tienen su base, se forman y se mantienen en la comunicación. Cuando sus integrantes interactúan y se comunican, no solo dan a conocer y hacen evidente las clases de relaciones que tienen, sino también sus personalidades, su desarrollo intelectual y el mundo social en el que viven, entre otros. La comunicación refleja los vínculos interpersonales entre los integrantes y devela la clase y la calidad de las relaciones familiares". (Gallego, 2006: 75)

Desde este marco de referencia podemos identificar que un elemento importante para conocer la dinámica relacional de la pareja es la Comunicación, que en las relaciones de interacción no solo se reduce a lo que se dice o no de forma verbal, sino

también incluye las experiencias, los sentimientos, actitudes y significados que se tengan los unos hacia los otros. La misma autora manifiesta que desde este punto de partida, el hablar de comunicación nos remite al lenguaje como la manifestación de una concepción del mundo y de la actuación en él, a través del lenguaje los seres humanos creamos la realidad y nos ponemos de acuerdo en la creación de un mundo simbólico que permite la interacción entre las personas, es decir:

“el lenguaje es el medio por el cual los seres humanos nos nutrimos social y culturalmente (...) es un proceso que surge de la interacción social; es un fenómeno de tipo social, no una pertenencia individual. Por su condición de fenómeno social se requiere de un consenso de símbolos, signos y significados entre los participantes en una conversación con el fin de construir un mundo lingüístico desde el cual pueden interactuar” (Gallego. 2006:76)

Es por lo tanto, la relación con el mundo se da accediendo a él, e interactuando con él y también haciendo transacciones entre ellas y dado a que las expresiones comunicativas son actos humanos, se recurre a ellas intentando significados para los otros en una relación que involucra inicialmente a dos personas. Así mismo, la comunicación al ser considerada como un proceso simbólico transaccional, permite crear y compartir significados. “Desde lo transaccional, las personas participantes en el acto comunicativo se impactan mutuamente; una persona afecta a la otra quien a su vez es afectada por la primera de múltiples maneras (...) Cada persona crea un contexto para la otra y al mismo tiempo que crea e interpreta los mensajes, se relaciona con ella en ese contexto” (Gallego. 2006:76)

Se puede decir entonces que las relaciones de pareja no son solo una construcción propia de los sujetos que la conforman, sino que es una construcción sociocultural e histórica, dado un contexto específico, a partir de las interacciones y significados compartidos entre sus miembros, durante el tiempo que viven y se mantienen como

totalidad. Es por esto que ante una circunstancia imprevista como el diagnóstico puedan producirse cambios en algunos o todos de los aspectos anteriormente nombrados (creencias, conocimientos, sexualidad y comunicación). Es así que esta investigación pretende dar a conocer que implicaciones tiene un diagnóstico de sífilis gestacional y su tratamiento en la relación de pareja. Además de indagar cuales son los mecanismos que utilizan éstos para afrontar esta situación.

El afrontamiento de una ETS como sífilis gestacional

Para el caso de las enfermedades que afectan a las personas, como por ejemplo aquellas parejas que tienen sífilis gestacional, estas se ven enfrentadas a utilizar algún tipo de afrontamiento¹⁶, el cual depende de los recursos internos y externos de las mismas con el fin de adaptarse a los cambios que se dan después del diagnóstico. Es así que el sujeto moviliza unas estrategias de afrontamiento, las cuales apuntan a cinco objetivos:

“ 1) modificar las condiciones ambientales; 2) tolerar y ajustarse a lo negativo; 3) mantener una autoimagen lo más positiva posible; 4) mantener el equilibrio emocional; 5) mantener las relaciones sociales”. (Navarro, 2004: 173).

Con respecto a lo anterior existen múltiples modelos teóricos de afrontamiento, estos coinciden en reconocer dos métodos fundamentales:

“a) intentar cambiar o controlar algún aspecto de quien sufre el estrés o del ambiente (esta estrategia se centra en el problema, y la denominaremos de control primario, o simplemente de control); b) a veces lo prioritario es manejar o regular las emociones negativas asociadas al estresor. Esta estrategia se centra en las emociones, y se puede denominar de control secundario o que funciona por evitación. (Navarro, 2004: 172).

¹⁶ “el cambio cognitivo-conductual constante para manejar demandas internas o externas específicas que se juzgan muy exigentes o que exceden los recursos de las personas” (Navarro: 2004 Pp. 172)

Continuando con Navarro las estrategias centradas en el problema son: actividades internas y externas que tratan de controlar los sentimientos producidos por el problema y reducir la tensión, en cuanto a las estrategias indirectas se refieren a aquellas acciones encaminadas en mejorar las secuelas de los problemas ambientales.

Para el caso de las estrategias de afrontamiento como se dijo anteriormente se incluyen actividades directas e indirectas que varían dependiendo del grado en que se adaptan a la fuente del problema, y/o los sentimientos que genera, por esto ante un evento estresor como el saber que se está contagiado de sífilis, como lo explican Lazarus y Folkman (1984) se genera ambigüedad en la forma de pensarse tal suceso, por las condiciones que se dan a partir del análisis detallado que el individuo infiere de su realidad y del significado que este hace de acuerdo a sus disposiciones personales, creencias o sus experiencias.

Es importante resaltar que los seres humanos se encuentran de forma inevitable con situaciones que le resultan nuevas, refiriéndose a estas como aquellas en las que no se dispone de experiencias previas, sin embargo en la situación más nueva los estímulos recibidos serán procesados a través de sistemas previos de conocimientos esquematizados y abstractos en un esfuerzo de comprensión, este conocimiento según Schank (1977) permite al individuo entender e interpretar la conducta de los demás simplemente porque la otra persona tiene ciertas necesidades típicas y vive en un mundo con ciertos métodos propios de cubrir tales necesidades.

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL

En el año (1994) la sífilis congénita fue declarada por la OPS/OMS¹⁷ como un problema de salud pública en las Américas, se propuso en el Comité Ejecutivo el Plan de Eliminación para el año 2000 una meta, la cual tiene como objetivo "Establecer una base sólida a nivel regional para eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública de las Américas".

Con respecto a lo anterior, el objetivo del programa que se definió en el Plan de Acción de la OPS (1995), era reducir la incidencia de esta afección a una cifra igual o menor de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos. Se esperaba que para lograr este objetivo sería necesario que más del 95% de las mujeres embarazadas infectadas deberían ser detectadas y tratadas y que sería necesario reducir la prevalencia de sífilis durante el embarazo a menos de 1,0%. Ya que casos como el de Argentina mostraban la preocupante situación donde la incidencia promedio de sífilis congénita era cercana al 1.2 casos por 1.000 recién nacidos vivos existiendo en regiones del país donde era tres veces más alta.

LA SIFILIS EN AMÉRICA LATINA, EL CARIBE Y COLOMBIA

Desde la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, Colombia dio su voto aprobatorio a la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de Sífilis Congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos antes del año 2000, mediante la adopción de medidas graduales tendientes a realizar el diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento adecuado a las mujeres en estado de embarazo que presentaran la infección. Ante este

¹⁷ OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.

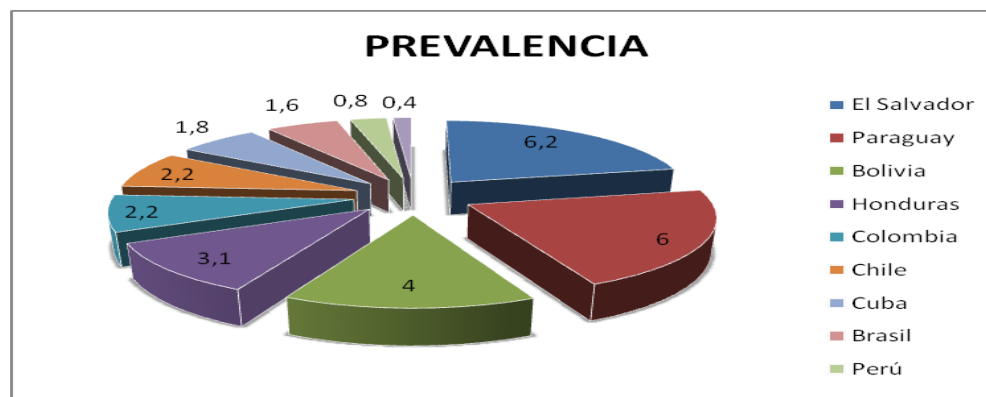
compromiso a partir de 1996 se inició el Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, apoyado en la realización de tamizajes con VDRL/RPR a todas las gestantes que asistieran al control prenatal entre el primer y tercer trimestre del embarazo y al momento del parto.

Debido al traslado de funciones que el Ministerio de Salud realizó al Instituto Nacional de Salud relacionadas con las acciones de prevención, vigilancia y control de las enfermedades de interés en salud pública, el Programa de ETS/VIH/SIDA/Sífilis congénita del INS, realizó un análisis de la situación del Plan de Eliminación, buscando identificar las fortalezas y debilidades del Plan, con el fin de alcanzar la meta propuesta para el año 2003.

La notificación de casos de sífilis congénita en Colombia, se realiza mediante 2 vías; por un lado informan casos probables a través de la notificación semanal al SIVIGILA y por otro lado se notifican los casos que han sido confirmados por el laboratorio, mediante ficha epidemiológica de vigilancia. Mediante esta última fuente es posible realizar el análisis del comportamiento de la enfermedad y sus riesgos durante la gestación, bien sea por la detección de bajas coberturas de acceso al control prenatal, por deficiencias en la calidad del control prenatal o por factores sociales; también provee información sobre la distribución de los casos y permite determinar el costo de efectividad del Plan en el país.

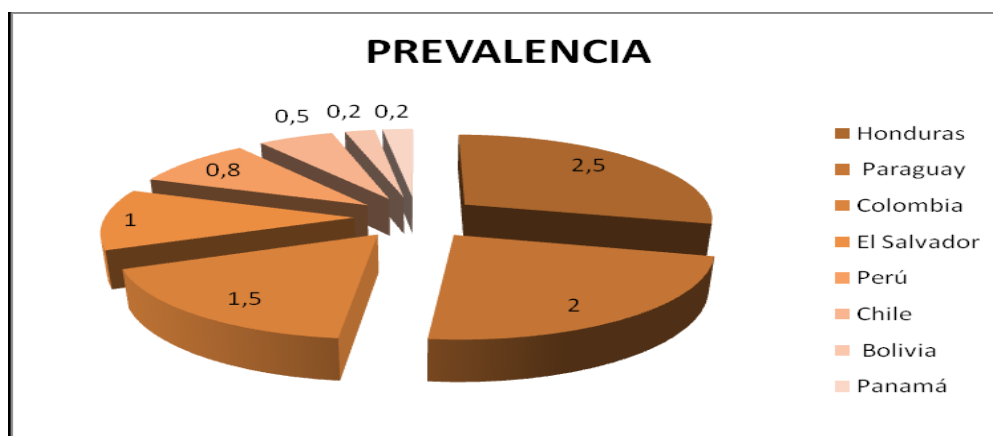
De acuerdo con el protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita regulado por el Instituto Nacional de Salud INS en América Latina y el Caribe –ALC-, la prevalencia estimada de sífilis gestacional es de 3,1 por cien gestantes evaluadas (0,4 - 6,2). Observe el siguiente gráfico 1.1:

1.1 Prevalencia de Sífilis Gestacional en América Latina y El Caribe



Fuente: INS Instituto Nacional De Salud 2005

1.2 Prevalencia de Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe



Fuente: INS Instituto Nacional De Salud 2005

Se calcula que en América Latina y El Caribe, 330.000 mujeres gestantes que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal, y que de estas gestaciones nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo. *“Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Sífilis Congénita, Plan de Eliminación. Quinta Edición, 2001. P 175-182.”*

En el año 2003, el Ministerio de la Protección Social, lanza una Política Nacional con el objetivo de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, que lleva el mismo nombre, ésta también promueve el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con la ampliación de la cobertura del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil.

Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ETS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual. Las que corresponden también a cumplir tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio: (4) Reducir la mortalidad infantil, (5) Mejorar la salud de la materna, (6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Actualmente en salud sexual y reproductiva, se siguen las normas y protocolos de la resoluciones 412 y 3384 de 2000 y los lineamientos del Plan de Atención Básica de la circular externa 052 de 2002. Para la atención al régimen subsidiado (4.01%) se aplica el acuerdo 229 de 2002.

La notificación de casos de Sífilis Congénita desde 1996 ha ido en aumento, sin embargo aún se evidencia subregistro y silencio epidemiológico en la mayoría del territorio nacional. La incidencia de ésta varía ampliamente por regiones y

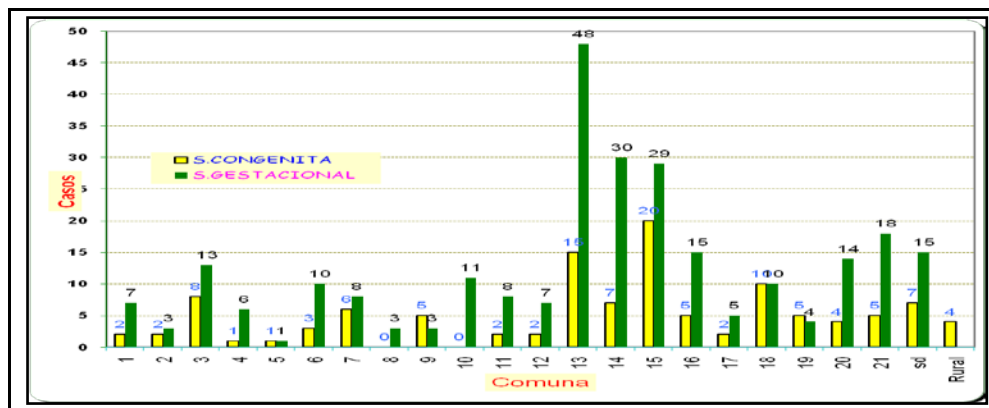
departamentos, es así como en 2005 las regiones de la Orinoquía, el Occidente y el Centro Oriente fueron las de mayor incidencia, cuyos departamentos alcanzan tasas muy superiores a la nacional. En 2005, la incidencia global de Sífilis Congénita fue de 1,5 por 1.000 nacidos vivos, y las entidades territoriales donde se reportó mayor incidencia fueron: Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Casanare, Cauca, Chocó, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Sucre y Valle. La incidencia de sífilis gestacional fue de 2,2 por 1.000 gestantes estimadas en el año.

En Cali la tasa de sífilis congénita que para el 2003 era de 3,6 por mil nacidos vivos se redujo de manera sustancial a 2,6 por mil nacidos vivos para el año 2006, lo cual representó una disminución del 29%. El 79% de los casos de sífilis congénita fueron hijos de madres entre los 15 a 29 años de edad.; esta información fue suministrada por la Secretaria de Salud Pública Municipal de la ciudad. La realización de comités de análisis de casos, permitió identificar como factores relacionados con la transmisión de la sífilis congénita: *la reinfección de la gestante en el segundo ó tercer trimestre de gestación, la falta de oportunidad del tratamiento de los compañeros sexuales, el temor de la gestante a compartir el diagnóstico con su compañero por los posibles problemas familiares que se desencadenan, manifestas en maltrato y desintegración familiar y en menor proporción el tratamiento inadecuado de la sífilis en la gestante.* En el año 2007 la tasa se reduce al 2.3% en sífilis congénita.

Para el año 2008 se reportaron 89 (2.9%) casos de sífilis congénita y 248 casos de sífilis gestacional. Las comunas en las que se presenta más incidencia del Sífilis Gestacional son 3, 13, 15, 18. En el caso de Sífilis congénita las comunas más afectadas son g13, 14, 15, 16, 18, 20, 21. Las cuales comprenden sectores como: El distrito de Aguablanca y Ladera.

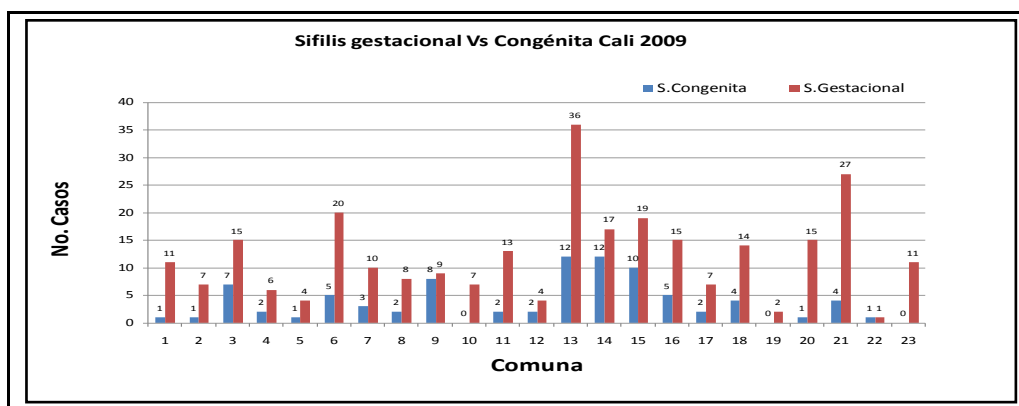
En el siguiente gráfico se observa de una forma más detallada:

1.3 Sífilis Congénita vs Sífilis Gestacional por comuna en la Ciudad de Cali 2008



Fuente: Vigilancia en Salud sexual y Reproductiva
Secretaria de Salud Pública Municipal Cali 2008

1.4 Sífilis Congénita vs Sífilis Gestacional por comuna en la Ciudad de Cali 2009



Fuente: Vigilancia en Salud sexual y Reproductiva
Secretaria de Salud Pública Municipal Cali 2009

De acuerdo con las cifras entregadas por la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, durante el año 2009 se presentaron 276 y 85 casos de Sífilis gestacional y congénita respectivamente, un aumento de 28 casos de la infección en la materna y 5 menos en recién nacidos en relación al año anterior. La comuna 13 aunque presenta una

leve disminución sigue teniendo el mayor número de recién nacidos con sífilis congénita seguida de la 14 y 15. Mientras las comunas 10, 19, 23 (zona rural) no reportan casos, es decir, logran tratar al total de gestantes con serología reactiva.

Todas las comunas presentan casos de sífilis gestacional, pero son la 13, 21, 6, 15 en las cuales hay mayor incidencia de la infección.

Para disminuir estas tasas desde el año 2006 hasta el 2008 se ejecuta una estrategia emprendida por la Secretaria de Salud Pública Municipal en las comunas 3, 9, 13, 14, 15 y 21, se implementó un Plan de Choque para la vigilancia de la Sífilis en la población en edad reproductiva, la cual se orientó hacia la prevención de Sífilis Congénita en las comunas anteriormente nombradas.

Algunas de las acciones de esa estrategia fueron identificar las principales deficiencias relacionadas con los conocimientos generales acerca de la Sífilis en la población de 15 a 24 años (A través de *encuestas CAP - conocimientos, actitudes y prácticas*). Sensibilizar a todo el personal médicos, enfermeras y otros funcionarios que trabajan en las Instituciones de salud sobre esta ETS. También se realizó con grupos poblacionales específicos (Trabajadoras sexuales, mujeres trans).

De igual forma se diseñó y ejecutó una estrategia masiva de Información, Educación y Comunicación (IEC) con la comunidad para que puedan identificar los principales factores que están relacionados con la Sífilis: diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad. Entre los resultados de la vigilancia, se identificaron las áreas geográficas de oriente, centro y ladera de la ciudad como las que presentaron las mayores tasas de sífilis congénita, considerándolas áreas objeto de intervención.

En el año 2009 se inicia una labor conjunta con Trabajadoras Sociales en práctica de la Universidad del Valle, quienes a través de una propuesta de intervención direccionada, se aborda ésta problemática en salud desde sus implicaciones en la pareja, en la familia y en la sociedad.

Con la articulación entre Trabajo Social y Enfermería se sensibilizó a hombres y mujeres en edad reproductiva así como a las mujeres embarazadas y al personal de salud sobre la persistencia actual de la sífilis en nuestro medio, la importancia de prevenir la infección, la necesidad de realizarse la prueba y más relevante aún la importancia de recibir el tratamiento oportuno en pareja; para así evitar la reinfección y garantizar su salud sexual, la madre, el niño, la familia y la sociedad. Esto se realizó mediante el trabajo con grupos comunitarios de Madres Fami, la búsqueda directa de las parejas y con población estudiantil.

La estrategia de *Vigilancia Comunitaria para la Maternidad Segura* también ha permitido la búsqueda activa de gestantes inasistentes a los programas de control prenatal para lograr la captación y la realización de examen para sífilis y aplicación de tratamiento oportuno. Diferentes lemas han sido difundidos a través de los medios alternativos de comunicación en los diferentes sectores: en la Red de salud Oriente “Demuéstrate cuánto te amas y cuánto amas” y en la Red de Salud Centro “Lo más bacano del sexo, es que sea saludable”.

CAPITULO IV

*SIFILIS GESTACIONAL:
MÁS QUE UNA ENFERMEDAD
DE TRANSMISIÓN SEXUAL*

4.1 Descubriendo a las parejas

En este capítulo se presentará el análisis de los hallazgos encontrados durante el proceso de investigación, los cuales se organizan con base en las categorías establecidas: las creencias y los conocimientos frente a la sífilis, la sexualidad, la comunicación y las estrategias de afrontamiento después del diagnóstico de sífilis gestacional. Para dar inicio a este capítulo también es importante proporcionar información de algunos de los aspectos básicos de las parejas, que participaron en la investigación, por lo tanto se hizo una breve descripción de las características de cada relación, sus nombres han sido cambiados para preservar el derecho a la intimidad.

NOMBRE	EDAD	BARRIO	No. DE HIJOS	OCUPACIÓN	MES DE EMBARAZO	DIAGNÓSTICO
Ximena	30	Primero de Mayo	2	Ama de Casa	Siete	Sífilis Gestacional
Carlos	23	Primero de Mayo	0	Vendedor de repuestos para carros.		Sífilis
Juliana	22	La Primavera	0	Ama de Casa	Cuatro	Sífilis Gestacional
Miguel	28	La Primavera	1	Taxista		Sífilis
Esperanza	38	Marroquín	2	Ama de Casa	Nueve	Sífilis Gestacional
Rubén	42	Marroquín	2	Taxista		Sífilis

Pareja no. 1

Ximena tiene 30 años, su nivel de escolaridad es bachillerato incompleto, tiene dos hijas de 15 y 9 años de su primera unión, ahora su ocupación es ama de casa y tiene 7 meses de gestación.

Carlos cuenta con 23 años de edad, tiene un hijo de 2 años de una anterior relación, su escolaridad es bachillerato incompleto y se desempeña como vendedor de repuestos

para vehículos. Ximena cuenta que se conocieron por medio de una amiga de ella, a los dos meses se hicieron novios, este noviazgo duró 2 años. Deciden convivir en la casa materna de ella en el barrio Primero de Mayo. A los 3 años de convivencia se da el embarazo, aunque no fue planeado, recibieron la noticia con agrado y sobreponiéndose a las dificultades económicas por las que atravesaban en ese momento, ya que Carlos es el responsable de los gastos del hogar y de la manutención de su primer hijo. A los dos los sorprende el diagnóstico pero manifiestan que logran enfrentar la situación con tal que “ella se mejore y el bebé nazca bien”.

Pareja no. 2

Juliana tiene 22 años de edad, es auxiliar de enfermería, está esperando su primer hijo y por el momento su ocupación es ama de casa. Miguel tiene 28 años de edad, su escolaridad es bachillerato incompleto, trabaja como taxista en el día, tiene un hijo de 8 años de su anterior relación.

Miguel conoce a Juliana en una discoteca de la Avenida Sexta en medio de amigos y la música, sin embargo hubo al inicio cierta apatía de ella hacia él, ésta decide aceptar una invitación a comer que Miguel le hace. Luego de varias salidas a comer y bailar deciden ser novios, luego de 6 meses deciden convivir juntos en la casa materna de ella en el barrio La Primavera con los hermanos. Hace tres meses se da cuenta del embarazo, el cual fue inesperado ya que ella se encontraba planificando con las pastas. Al momento del diagnóstico ella manifiesta que se siente culpable por su pasado, sintiéndose “sucio y cochino”. Sin embargo recibió el apoyo de su pareja y entre los dos han afrontado esta situación.

Pareja no. 3

Esperanza tiene 38 años de edad es ama de casa, de su relación anterior tiene dos hijas de 12 y 8 años, al momento de la entrevista tenía 9 meses de embarazo y se encontraba en el hospital y internada porque estaba próxima a dar a luz. Rubén tiene 42 años de edad, su escolaridad es bachillerato incompleto, trabaja como taxista durante el día y tiene 2 hijos de 20 y 16 años de su anterior matrimonio.

Se conocieron en una reunión familiar pues el primo de Esperanza que también es taxista estaba cumpliendo años y Rubén fue como invitado. “Desde el primer momento que lo vi hubo eso que llaman química” relata ella. De ahí siguieron saliendo alrededor de 3 meses cuando deciden ser novios, aunque debía ser a escondidas por las hijas de ella, pues estas expresaban molestia a que la madre tuviera otra relación. Luego de este tiempo Rubén se muda a la casa de Esperanza ubicada en el barrio Marroquín. Llevan hasta el momento de la entrevista 2 años y medio de convivencia y ambos admiten que el embarazo no fue planeado y que ha estado en riesgo de aborto, lo cual ha generado dificultades inesperadas para la pareja. La relación de Rubén con las hijas de ella sigue siendo un “poco tensa porque no están de acuerdo con esta relación”, según lo describe él mismo.

4.2 Las ideas claras

“La duda es el principio de la sabiduría” Anónimo

Las creencias y los conocimientos son parte del sistema cognitivo, uno con los tres componentes que estructuran *las actitudes*. Como se indicó inicialmente, las creencias representan la información que las personas poseen acerca de sí mismas y de su entorno, es así como los miembros de las parejas tienen unas creencias generalizadas de las ETS, que corresponde a una información recibida a través de diferentes contextos como IPS, instituciones educativas, el grupo de pares, familiares, entre otros; que puede ser tanto suficiente o insuficiente dependiendo de la importancia que cada persona le otorgue.

Dichas creencias influyen en la actitud que toman de los miembros de la pareja frente a la situación que están viviendo, es decir, el diagnóstico de sífilis gestacional. Cabe resaltar que la carga valorativa que tienen las ETS y las personas afectadas por ellas, juegan un papel importante en la evaluación que las parejas hacen para tomar decisiones frente a la salud de ellos y de su hijo.

Para empezar a profundizar en las creencias y los conocimientos que inciden en la vivencia del diagnóstico de sífilis gestacional en la pareja, se identifican los conocimientos que tenían previamente las parejas de esta enfermedad.

“yo la había llegado a escuchar...pero...no sabía, ni como era”. [Ximena]
“Que es una infección, pero de escuchar a tenerla es muy distinto. Si sabíamos que eran unas llagas, que es una molestia con granos o sea muy mal de salud...”. [Miguel]
“Nada, no, nunca había escuchado de la sífilis”. [Juliana]

De acuerdo con lo expresado por los entrevistados son pocos los conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual, después del resultado de la serología es cuando la enfermera del control prenatal les da a conocer a las maternas y sus compañeros todo lo correspondiente a la información que necesitan saber sobre la infección, adquiriendo así otros elementos informativos sobre la misma.

Hay una diferencia del conocimiento que tenían previo y la experiencia vivida, esta última les exigió un cambio en su creencia frente a la susceptibilidad de contraerla. Situación que se presenta, tan sólo después del diagnóstico, lo cual deja ver que no se consideraba posible ser contagiado. Teniendo en cuenta lo anterior se puede establecer que la percepción del riesgo puede estar asociada por un lado a la poca información que tienen las personas, pero por otro a la condición de la exclusividad sexual que se vive en las relaciones de pareja.

Es de anotar que esta exclusividad sexual se enmarca en la creencia de la sociedad occidental sobre la fidelidad. Según Manrique en su libro *Lo Conyugal y Extraconyugal* (2001) la exclusividad sexual y la fidelidad son cuestiones diferentes. Esta última tiene que ver con un pacto o acuerdo en el cual no está el sexo necesariamente inmerso en ella, pero frente a este tema cualquier condición o situación que implique una amenaza frente a la exclusividad se constituye como fuente de conflicto, es así como el diagnóstico en relación con una enfermedad de transmisión sexual se podría tornar como elemento, que por un lado cuestiona este acuerdo que posiblemente fue implícito en estas parejas y por otro reactiva sentimientos de culpa y rechazo, este último reconociendo lo planteado por el autor cuando establece que en las parejas la idea de monogamia sexual y la aspiración de ser el todo para el otro, son los pilares de este tipo de relaciones.

Entonces la información se constituye como una parte fundamental que tienen que ver con la salud tanto de la mujer como del niño, pero creando con el tema del diagnóstico un conflicto latente en la pareja, la información se constituye como un

recurso cognitivo que les permite primero tener un oriente claro sobre qué se debe hacer con la mujer y el niño para no tener consecuencias adversas y segundo para enfrentar la condición de contagio.

Las fuentes de información que utilizan las IPS son actividades de divulgación en promoción y prevención de la enfermedad, estas son las claves para la acción que señala el modelo de creencias en salud, y que abarcan parte de la población, pero es necesario reconocer que su alcance aunque importante es limitado, en la medida que la salud es una dimensión del ser humano que abarca no solo un nivel cognitivo donde llega la información, sino también que tienen que ver con las creencias, las emociones, las interacciones, en ese sentido aunque la divulgación es necesaria, sino hace parte de una estrategia más amplia donde se encuentren las otras dimensiones no tendrá el impacto necesario, más en el caso de las ETS, y sobre todo en relación con la salud y la mujer.

La información para enfermedades como el VIH/SIDA ha tenido una mayor divulgación, por ser la que representa mayor impacto psicológico, familiar y social en las personas infectadas, como lo estima ONUSIDA (2003), la cual señala que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Esta enfermedad ha afectado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más pobres del mundo. Es así que el VIH/SIDA se presenta como una seria emergencia sanitaria mundial. A raíz de estas consecuencias y con el fin de minimizar los efectos de la anterior problemática en salud, se ha priorizado en las acciones preventivas de manera masiva, esto ha permitido que haya más conocimientos en la población sobre el tema y por lo tanto que sea la ETS más conocida, como relatan los entrevistados:

“Si, el VIH y la gonorrea y ahora la sífilis”. [Ximena]

“Si el SIDA, es la más conocida”. [Carlos]

“Si, el VIH, gonorrea, sífilis y otras que se me olvidan”. [Miguel]

“El VIH ya es si más... que he pensado que es una cosa delicadísima. [Juliana]

Sin embargo, no se puede asegurar que la difusión que se realiza de la información de la enfermedad llegue a comprenderse en su totalidad y sobre todo se den los cambios que se esperan con este tipo de acciones, pues tienen el fin de prevenir enfermedades como estas y disminuir significativamente el riesgo a contraerlas.

Otra acción de las cuales se apoya las IPS son las intervenciones se dan de manera educativa a través de los equipos de líderes comunales¹⁸, quienes tienen acercamiento con la población en alto riesgo, esto se evidenció durante el tiempo de práctica preprofesional con las estudiantes de Trabajo Social y sus propuestas de intervención, las cuales estaban orientadas a trabajar con dicha población en los centros de salud de la red pública y apoyar de las líderes en su trabajo comunitario. Cabe recordar que este tipo de estrategia está decretada en la política en salud sexual y reproductiva¹⁹, en cuanto a que se debe fortalecer las competencias en lo que tiene que ver con la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones, a través de las organizaciones comunitarias, evitando los riesgos que pueden asociarse a la gestación y la promover importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud.

Las parejas expresan en sus relatos que, los conocimientos sobre los factores de riesgo están asociados a la falta de cuidado por la salud sexual, las relaciones sexuales sin protección y con múltiples personas, y el desconocimiento del pasado sexual de la pareja:

“Si, por medio de las relaciones sexuales con alguien infectado”. [Ximena]

¹⁸ Estas líderes trabajan con la comunidad a partir de sus propias fortalezas, encontrando así herramientas para mejorar su estado de bienestar, atendiendo sus expectativas de desarrollo individual y social. Trabajan con un lenguaje más próximo y familiar a la población de que se trate.

¹⁹ Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá, febrero 2003.

“Por la misma sexualidad pero con distintas personas, solamente en un momento y que no se cuidan. Por eso hay que conocer el historial, porque supuestas personas serias, que hablan y se expresan bien, que son de casa y que no son vagabundos y son los que más tienen cualquier enfermedad”. [Esperanza]
“Estar con distintas personas”. [Juliana]

Es particular ver como las personas creen que los factores de riesgo están asociados a lo sexual y a su vez desconocen los efectos que puede tener una enfermedad en sus vidas. La severidad de las lesiones que ocasiona en el recién nacido la sífilis congénita, afecta el desarrollo de su vida y tiene efectos sobre la vida familiar y las relaciones sociales de la misma. Es a partir del diagnóstico y de la información que recibe la pareja por parte de los médicos sobre la severidad de la infección, que se construye otra imagen más concreta de la enfermedad y lo que produciría en sus vidas. Es así que los profesionales se constituyen como referentes necesarios e importantes en el momento del diagnóstico, porque brindan información pero es una información que tienen dos particularidades la primera basada en el caso específico de la sífilis y por otro basada en la experiencia de trabajo con dicha enfermedad, constituyendo así una parte fundamental en la significación que las pareja hacen de la misma.

“Fue una enfermera la que nos explicó que puede nacer con labio leporino y que puede nacer con alguna deformidad”. [Juliana]
“No pues que le diera a uno, pero como gestante, a mí me dio muy duro, que me saliera mi hijo enfermo, ¿con quién sabe qué?” [Carlos].

Podría decirse entonces, que las posibles lesiones físicas con las que nacen los bebés es lo que se convierte en una prioridad para las parejas tratarse, más no porque se considere el riesgo que conlleva tener una enfermedad como sífilis, que compromete a largo plazo el sistema nervioso y cardiovascular .

Por lo tanto se puede concluir que en estos casos la información fue prioritaria y valorada como importante para pensar en decidir por el tratamiento, desde el Modelo de Creencias en Salud “la severidad se relaciona con la percepción individual de cuán

severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta”. (Cabrera, Tascón y Lucumí; 2001: 7)

Dándole paso a las creencias frente a las enfermedades de transmisión sexual, los entrevistados en sus narraciones manifiestan como han construido percepciones de rechazo y exclusión para quienes padecen dichas ETS, ya que están arraigas a la falta de valores en sí mismos y al pobre cuidado que se tiene con el cuerpo. Además se han estigmatizado grupos como el de las trabajadoras sexuales, debido al número de parejas con las que tienen contacto y al parecer poca higiene que se le confieren a sus prácticas. Castro (1998) asegura que las ETS se tratan de un fenómeno que además de ser sexual es también mórbido y estas han estigmatizado a sus víctimas en los últimos siglos, porque se les asocia a una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio y, por lo tanto, “inmoral”. Si nos ubicamos por ejemplo, desde el VIH pues es la ETS más conocida, de acuerdo con lo descrito por ONUSIDA (2008) “Las problemáticas causadas por el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH son factores que representan importantes obstáculos frente a las acciones de prevención, disminuyendo su eficacia y efectividad, y aumentando el impacto de la epidemia para las personas que viven con esta enfermedad, el estigma y la discriminación se traducen principalmente en violaciones de derechos humanos”.

Algo similar a lo expuesto anteriormente a cerca del VIH sucede con la sífilis, porque se han construido imaginarios de la enfermedad y de las personas afectadas, como promiscuas, con baja autoestima y poco cuidado con su cuerpo, coartando la posibilidad de tratarse de manera completa y efectiva la infección:

“es algo que no se ve bien, son infecciones aterradorantes”. [Esperanza]
“... hay mucha gente que no se quiere ni ellos mismos y por eso terminan infectados”.

[Juliana]

“lo peor” [Ximena]

“Hay gente que conoce las cosas y todo, no se cuida y no tienen en cuenta nada de eso”.

[Miguel]

En el lenguaje de las parejas entrevistadas se observa que tienden a calificar negativamente los comportamientos de riesgo tanto de hombres como mujeres afectados por esta enfermedad, sin aclarar el de ellos mismos, ni especificar que los llevo a estar contagiados.

“Yo le pongo un ejemplo, yo te conozco (señalando a la entrevistadora) y te pido el examen, (risas de todos) usted qué va a pensar, que uno es quien sabe que... (Risas) pero debería tratarse así más directamente, debe exigirlo”. [Rubén.

Los comportamientos en el ámbito sexual se refuerzan a través de los discursos cotidianos, como lo indica (Castellanos (2002) por medio de los refranes y los chistes que estigmatizan la libertad sexual, y el chisme, que se convierte en un vehículo para la censura generalizada de las actuaciones, ya que el temor al “qué dirán” es determinante en la vida de todos. Es a raíz de puede generarse la externalización de la enfermedad, por temor a los señalamientos que pueda ocasionarle a la pareja por parte de las personas más cercanas a ellos.

Cabe señalar que son las mujeres las que ratifican que fueron ellas las trasmisoras de la infección y a su vez, es en las mismas que recae la responsabilidad del tratamiento y la salud del bebé próximo a nacer; es así como lo expresan los compañeros:

“precisamente yo le digo a ella que cuando se va sacar eso...” [Miguel]
“para mi seria bien que ella se haga tratamiento y que este bien, yo no la voy a juzgar por lo que ha pasado, porque no sea por el embarazo no nos damos cuenta”. [Rubén]

Por otro lado, las parejas reconocen la importancia del pasado sexual de su pareja y su influencia en la salud de ambos, pero no se toca este tema después del diagnóstico ni durante el tratamiento, puesto que podría resultar afectando un valor tan importante en las relaciones de pareja como lo es la confianza; esto es lo que Manrique (1996) define como lo verdadero o falso en las relaciones amorosas, pues este aspecto se une para crear verdades en la relación. “Esta visión exige una gran dosis de confianza en el otro. Cada uno debe convertirse en “confiable”, leal, alguien con quien uno puede

arriesgarse a definir verdades que den sentido a la vida”. (Manrique, 1996 Pp. 211). Es por esto que no se exigen exámenes como la serología y no se comparte con la pareja su pasado sexual, al hacerlo se puede poner en tela de juicio los valores, el criterio y la confianza en la otra persona.

De igual forma, para el modelo de creencias en salud que se viene abordando “la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Dicha percepción puede estar relacionada, por ejemplo, con la idea que uno tiene de su pareja y de lo que significa fidelidad o monogamia; de la edad; de la tendencia sexual; de la autoimagen; de factores culturales, educativos e intelectuales; etc.”(Soto, Gutiérrez y Lacoste 1997:339). Con esto se explica cómo los aspectos relacionados con la personalidad de los miembros de la pareja y sus imaginarios de las relaciones amorosas pueden suscitar exposiciones a los factores de riesgo de contraer una ETS.

En prevención de ETS como la sífilis se han adelantado grandes esfuerzos, uno de ellos es la socialización de métodos como el preservativo o condón en toda la población tanto el femenino y el masculino, pero según Canaval (2010) el uso del condón sigue siendo estigmatizado, pues se compara a la protección que se da en una relación íntima casual. Sin embargo, su conoce la utilidad como lo nombran los entrevistados:

“Con un condón” [Esperanza]
“igual con un condón o una pareja...” [Miguel]
“Si con una pareja estable”. [Ximena]
“Con el condón”. [Carlos]
“con el preservativo, o no buscar relaciones aparte” [Juliana]

La misma autora asegura “que se conocen casos de mujeres latinas en muchas ocasiones no usan condón a pesar de conocer que su compañero tiene alto riesgo de estar infectado por VIH o de saber que lo está, esto por razones de amor e intimidad” Canaval (2010 Pp.48). Las parejas estables son también nombradas como otra forma de evitar el contagio, porque se les atribuye la exclusividad sexual, como se expuso al

inicio del capítulo. Como lo señala Manrique (1996) es lo más importante en las relaciones amorosas, “es la metáfora más perfecta del placer de ser único para otro”. Es por esta exclusividad que no se considera un riesgo la transmisión de una ETS y tampoco se consideraría necesario el uso del preservativo. La exclusividad sexual no es producto de la biología, ni de la naturaleza, ni de supervivencia de la especie; sino una construcción cultural para reafirmar una vez más las exigencias que se tienen sobre el otro.

“pues para una relación no ese sentido no está bien, el condón está bien para fuera de la casa, con otras personas”. [Carlos]
“¿que pienso? que toca usarlo rara la vez pero pues ahora lo uso por ella y por el niño que salga bien y en la calle si hay que usarlo” (risa). [Rubén]

Cabe subrayar que son los hombres quienes creen que el método de barrera es innecesario con las parejas estables y sólo se debería utilizar en las relaciones sexuales esporádicas, manejando una doble postura frente a la exclusividad sexual que es un supuesto fundamental de las relaciones amorosas como se explicó anteriormente.

Aunque también se reflexiona sobre las consecuencias que pueden ocurrir con las relaciones sexuales ocasionales.

“Pues el condón no me gusta, pero son seguros, aunque hay unos que no son seguros porque se rompen. Por eso se debe analizar tener relaciones deportivamente”. [Carlos]

Los entrevistados reconocen que el uso del condón es un método que contribuye en la prevención de las ETS, sin embargo cuando hay contagio de sífilis y se empieza el tratamiento no se reconocen remedios caseros que contribuyan junto con la medicación dada por el especialista a curar la enfermedad. Sin embargo le dan un valor importante a la higiene.

“No conozco ningún método casero (risas de ambos) pero si jabón y lavarse bien eso”. [Rubén]

Finalmente las creencias y los conocimientos ayudan a construir las actitudes que tiene el hombre frente a la enfermedad, a su sexualidad y a su relación de pareja; los conocimientos para la mayoría de parejas son escasos porque no es frecuente la divulgación que se hace de ésta ITS, pero es a partir de lo que se conoce al momento del diagnóstico donde construyen una imagen frente a la severidad y la susceptibilidad de contraer la enfermedad, y como esto genera nuevas percepciones frente a la responsabilidad de la mujer como pareja y como madre. La información es clave para realizar el tratamiento; teniendo en cuenta esto los informantes toman acciones a favor de su salud y la del futuro hijo, reconocen la importancia de la realización de éste como medida de prevención de posibles lesiones al bebé.

Para terminar, las ETS constituyen un serio problema de salud pública, afectando a miles de niños en el mundo, que a su vez generan u aumentan problemas económicos, familiares y sociales. Y aunque la OMS exprese que esta enfermedad puede erradicarse aún no se logra. Y es que no es tan fácil como se dice, pues se puede evidenciar todo lo complejo que tiene consigo una enfermedad y más una que afecta de alguna manera la identidad de las mujeres y los hombres. Han sido grandes cambios lo que se han dando en el transcurso de la historia sobre los imaginarios de género, pero persisten y claramente las desigualdades, que a su vez prolongan creencias que afectan aspectos tan importantes como la salud. Puede concluirse que las ETS son “en buena medida la existencia de actos privados con consecuencias públicas y sociales. Y las políticas sanitarias orientadas a combatir la propagación de la enfermedad se suponen, a la inversa, actos públicos con impacto dentro de la esfera de lo privado”. Castro (1998 Pp. 630).

4.3. Buscando palabras... ¡Eso no se dice!

*“Lo más importante de la comunicación...
...es escuchar lo que no se dice” Peter Drucker.*

La comunicación de los seres humanos es un proceso que se ve influenciado por los diferentes significados que se dan entre las interacciones con los demás, éste proceso permite transmitir sentimientos, pensamientos y acciones las cuales se ven reflejadas en las actitudes. Esto es relevante porque ayuda a configurar el mundo que nos rodea, tanto el individual como el que se comparte en otros ámbitos como el familiar, el laboral, el de pares y con la pareja, es así que todo está relacionado y se va modificando dependiendo de las circunstancias que se viven en la realidad. En las relaciones de pareja es fundamental Los procesos de comunicación que se da dentro de esta porque existe un sin número de significados tanto verbales como no verbales que permite conocer sus temores, sus creencias, lo que quieren de la relación, entre otros aspectos que tienen que ver con la vida en pareja, de esta manera se exploran y crean vínculos únicos que harán particular cada relación.

Por lo anterior se afirma que se hablan diversos temas dentro de la vida en pareja y se comparten unos significados acerca de los mismos, aquí es importante tener presente que los significados como lo manifiesta Gallego (2006) se construyen a partir de las percepciones y las distinciones que se tienen del mundo, es así que estos reflejan experiencias pasadas, situaciones actuales que traen las personas a la hora de comunicarse, por ejemplo en la pareja existen temas que no tocan en medio de su cotidianidad como el de las ETS, exceptuando cuando se enteran del diagnóstico de sífilis. El verbalizar este tema implica remontarse al pasado de la pareja, esto va generar interrogantes de quién fue, por qué, cuándo, dónde, entre otros que suelen ser incómodos para los dos, porque se está tocando con un tema que pertenece al mundo privado de cada uno, además se pone en tela de juicio la fidelidad y la honestidad que debe existir en la pareja o que se cree debe darse en la misma.

“No aquí mismo la doctora (refiriéndose al Centro de Salud) nos

llamo y nos dijo” [Rubén]

*“con los exámenes del control, me llamaron a mí y yo vine...
Y pues me pusieron la contra y pues ahí vamos... [Carlos]*

*“yo le pregunte al médico y nos dijo que las enfermedades
se activan con el embarazo si no hubiera sido por el
embarazo no nos hubiéramos dado cuenta”. [Esperanza]*

*“Yo me di cuenta que estaba en embarazo y con los exámenes
del control prenatal, ahí me di cuenta, que salió reactivo”. [Juliana]*

Con respecto al diagnóstico, cada miembro de la pareja lo percibe de manera distinta, esto produce tensiones, “cada tensión contiene diferentes patrones de comunicación que pueden ser más o menos importantes dependiendo del momento por el que atraviesan” (Gallego, 2006:91). Por otro lado al momento de enterarse del dictamen médico se comparten los sentimientos y emociones a su pareja la cual ha sido la persona con la que han construido una relación de íntima confianza, de ayuda y conocimiento mutuo, tanto en lo corporal como en lo afectivo. De esta manera cuando se comunican cada miembro impacta en el otro al compartirle información personal y de lo que le rodea creando una realidad propia de cada relación.

*“no me angustie, yo soy muy tranquilo uno sabe con quién
ha estado íntimamente, además la infección puede estar
hace mucho tiempo, eso nos dijo el médico. [Carlos]*

*“para mí si fue horrible. (Moviendo la cabeza
en forma de negación). [Esperanza]*

Las parejas a partir de lo que sienten y piensan del diagnóstico crean distintas formas de afrontar la enfermedad, de interactuar con el otro y consigo mismo. Esto puede generar diferentes sentimientos en cada uno, como angustia, temor, confusión, culpa, tristeza entre otros que alteran el estado anímico de las personas. Partiendo de lo anterior, cuando la pareja conoce del diagnóstico de sífilis, expresa emociones y sentimientos de desconcierto que se dan para dar respuesta ante esta noticia.

*“Al principio mucho susto y sorpresa pero ya estamos tranquilos”. [Esperanza]
“Me quede asombrada, me puse a llorar, uno no cree que le va a pasar eso a uno”
[Juliana].*

*“Al principio serio, pero al llegar a casa, yo vomitaba y me sentía mal. Entonces él me dijo
que me apoyaba, que eso tenía solución”. [Ximena]*

Después de conocer el diagnóstico se genera crisis²⁰ en la relación de pareja, aunque posteriormente de recibir información sobre el mismo se tranquilizan y se van adaptando a esta nueva situación utilizando diversos mecanismos para afrontar la realidad.

Expresan que siguen apoyándose igual o hasta más, una de las razones por la que esto se da es que cuando se está atravesando por una situación de cambios y miedos como es el saber del diagnóstico de una enfermedad, para afrontarlos es necesario por momentos, ayuda de los otros, “...que les reaseguren en que sus miedos son normales y que les muestren afecto (apoyo emocional)” (Navarro, 2006:293)

*“Pues nos tenemos más confianza [...] tenemos una
buena comunicación, a mí me da pena hablar
de la enfermedad, pero nos llevamos bien”. [Juliana]*

Después de empezar el tratamiento, este tema se da por cerrado debido a que ya se sienten curados, lo que les preocupa es la salud del recién nacido, esto puede ser por no querer otra vez cuestionarse como llego la infección a la relación. Es interesante como estas parejas creen que al hacerse el tratamiento no se debe seguir hablando del diagnóstico, esto deja entrever que se evita hablar de la enfermedad, no profundizan en cómo se encuentran frente a su salud sexual, esto puede suceder como lo expresa Navarro porque las enfermedades físicas se acompañan de miedos, ansiedades y cambios en la identidad, lo cual genera cierta evitación al tema y a sus consecuencias o si se habla se hace en tercera persona y no se asume como propio.

²⁰ Crisis entendida como “una situación temporal a la cual están expuestas todas las personas que conviven en pareja; que de todos modos cambia la vida de las personas que están involucradas en ella y que, dependiendo del manejo que se haga, se convertirá ya sea en fuente de oportunidades y crecimiento o en un proceso de deterioro y dolor”. (Giraldo L., Rengifo L. 1995, Vol. 8, No. 2)

“No yo estoy tranquilo, casi no hablamos de eso, porque no quiero que se sienta mal”.

“No porque nosotros ya hicimos el tratamiento como lo mandaron, el día que era y todo lo terminamos”. [Carlos]

“No nosotros nunca hablamos de eso porque yo de pronto si le pregunte que quien”. [Miguel]

”Ya casi no porque estamos bien” [Juliana]

“Ya no se toca el tema se trato y ya nos explicaron los médicos y nos da pesar ahora es con el niño...”[Esperanza]

Es interesante observar como las parejas no le dan el nombre que es a la enfermedad, se refieren a “eso”, no haciendo visible la sífilis, puede ser por pena o porque no quieren aceptar lo que implica ésta, además porque está relacionada con un tema tabú que todavía estando en el siglo XXI no se menciona explícitamente como es la sexualidad, y ésta se encuentra íntimamente relacionada con todo lo que realizamos y somos. En palabras de una autora colombiana, la sexualidad “es un producto de una historia en la que se articula lo erógeno y lo fantasioso, lo individual y lo social, lo normativo y lo perverso, la ley y el deseo” (Castellanos, 2002:293). Por estar la sexualidad permeada por los cánones sociales y hasta por la moral, es complejo hablar abiertamente de la misma en la medida que las personas temen ser juzgadas y subvaloradas.

“...precisamente yo le digo a ella que cuando se va sacar eso, la doctora dijo que si otra vez salía positivo la tenían que internan, yo quiero saber ya porque eso es muy incomodo, en el sentido de uno, para mí eso no está bien, que mas puede hacer uno” [Carlos]

Esto se evidencia cuando se les preguntó a estas parejas si le han comentado lo del diagnóstico a alguien, todas responden que no, y esto sucede porque al tener esta enfermedad relación con la sexualidad gran parte de la sociedad mira con cierto prejuicio y discriminación las personas afectadas, emitiendo juicios valorativos que ponen en riesgo su imagen frente a la sociedad.

“No, solo lo sabemos nosotros dos y aquí las que me han atendido” [Juliana]
“sería muy penoso” [Carlos]
“Si a mí por lo menos me daría pena que mi mamá se dé cuenta de una cosa de esas”
[Ximena]
“eso sería bárbaro”. [Carlos]
“Con nadie, solo entre los dos” [Esperanza]
“Nadie sabe, solo los médicos eso queda entre nosotros dos”. [Miguel]

Otros temores que tienen estas parejas está el hecho de que el futuro hijo nazca con alguna secuela de la enfermedad, por esto realizan el tratamiento como se analiza anteriormente, se cuidan con el método de protección más conocido a la hora de tener relaciones sexuales el condón, esto evidencia que quieren prevenir una re infección y que más que preocuparse por el bienestar de ellos como pareja está la salud del bebé. Esto comprueba que la comunicación en la pareja es fundamental para que los miembros de la misma protejan la salud reproductiva de la otra persona. En consecuencia, la comunicación en la pareja, sobre la base de preocupaciones auténticas por la salud desarrolladas mutuamente, es el mejor enfoque para promover el bienestar de la relación.

“No, tratamos de cuidarnos con el preservativo pero lo único que le preocupa a ella es el niño vaya a salir con algo”
[Rubén]

Ahora bien, la comunicación es un pilar en una relación de pareja para la construcción de la realidad, es aquí donde entra en juego la importancia de la conversación y como se postula en el libro *Sexo, Erotismo y Amor* “La relación, el intercambio y el gozo se produce en y a través de la conversación. La conversación supone un intercambio verbal a través del cual se aportan significados y significantes con los que la pareja construye una realidad común surgida de ese intercambio” (Manrique.1996: 380). Cada día que pasa la pareja en medio de su cotidianidad cambia, transforma y edifica su realidad y a partir del tiempo compartido, la convivencia se torna diferente, hay preocupaciones por cuestiones nuevas como el diagnóstico de sífilis, la salud del futuro bebé y los cuidados para no volver a re-

infectarse, esto va estar impregnado en la historia de la relación, así como fue el hecho de que en las tres parejas el embarazo no fue planeado y continuaron con el mismo haciéndose cargo de lo que esto implicaba como sucedió con el tratamiento de la enfermedad.

A manera de conclusión, la comunicación en la pareja es un proceso complejo y lo es más si está de por medio un diagnóstico de sífilis gestacional, como sucede con los entrevistados, en el momento previo a darse cuenta de éste tienen una forma particular de comunicarse y a partir de esta circunstancia se generan ciertas modificaciones, como pasa con los sentimientos y los imaginarios que se tienen de la pareja haciéndolos explícitos en sus conversaciones cotidianas.

En la convivencia y en la interacción construyen una realidad específica la cual permite que se conecten con la sociedad, se apoyen mutuamente y puedan realizar el respectivo tratamiento, sin embargo la comunicación que se da en este ciclo vital de la pareja está influenciada tanto por la sociedad, la cultura y el contexto con sus códigos y normas que hacen muchas veces no se hable temas relacionados con la salud sexual, ni siquiera con la familia por temores a la imagen que se lleven de sus comportamientos, también se da porque la sexualidad aún no es un tema que se trate de manera explícita delante de los demás.

4.4 Mi escudo y mi entorno

*“No es lo nos pasa en la vida,
sino lo que hacemos con lo
que nos pasa” Anónimo*

El embarazo es un momento de la vida de la pareja en donde surge tensión, ansiedad, felicidad y una serie de sentimientos frente a ese nuevo ser, y que da un significado diferente tanto a la relación conyugal, a situaciones y roles que antes no había afrontando, como por ejemplo pensarse en la identidad materna/paterna que ahora asumirán.

Los anteriores eventos hacen que de alguna u otra manera sea estresante el enfrentarse a estos cambios, sin embargo se constituye en una fuente de conflicto un diagnóstico relacionado con la sexualidad como es el de sífilis, con esto se generan cuestionamientos de manera individual y en la pareja; ¿quién fue, cómo fue, seré yo el infectado?, creando ambigüedad en la forma de enfrentar esta situación, y a partir de las creencias y las experiencias surgen las actitudes frente a la enfermedad, de apoyo, de rechazo, de indiferencia, entre otras. Al mismo tiempo se realiza un tratamiento médico para combatir la infección y así mejorar la salud tanto de la materna y su pareja, como detectar tempranamente alguna complicación física del bebé.

El diagnóstico de sífilis gestacional genera una serie de creencias y prejuicios hacia los individuos que tienen esta infección, puesto que la sociedad ha sido permeada desde varios siglos atrás por imaginarios de índole moral y religioso, como por ejemplo cuando las mujeres están contagiadas de cualquier tipo de infección de transmisión sexual son estigmatizadas como de impuras, como lo dice Giddens (2006) tener relaciones sexuales extraconyugales y por ende de llevar una vida pecaminosa; analizando desde la modernidad sigue siendo un tabú el tema del sexo y las enfermedades relacionadas con el, encontrando en las expresiones de los

entrevistados términos relacionados con la “vergüenza”, y de “pena”²¹ al hablar de la infección.

“A mí por lo menos me da vergüenza”. [Carlos]
Es muy importante tener salud, da pena pero toca igual tratarse y todo”... [Miguel]

Es importante analizar como estas parejas aunque tienen unas emociones de pena y vergüenza como lo dicen los relatos anteriores, es la salud el tema que les inquieta, tratan de tener el cuidado adecuado del embarazo como la realización del tratamiento, afirmando que le dan más peso a este último que a las emociones sociales que genera ser diagnosticado de sífilis.

Cuando se habla de vergüenza, se hace referencia a que se ve en juego la imagen de la mujer y el dominio masculino en la esfera pública, con respecto a las relaciones sexuales, según lo afirma la autora Lucy Martínez (2007), ella explica que los hombres cuando se ven expuestos a ciertas situaciones pueden tener sentimientos de impotencia, temor a la desaprobación proveniente de fuentes externas o de imaginarios. Lo anterior puede provocar en el hombre evitación del tema, en este caso de la infección convirtiendo esto en enojo hacia los otros implicados de la situación y creando un ambiente conyugal de estrés.

A raíz de este malestar se va generando en la pareja un estado de tensión, que puede ser superado o no dependiendo de las características personales y las estrategias de afrontamiento de cada individuo, *los esfuerzos cognitivos o comportamentales pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa* (Navarro 2004, Pp. 173). Esto hace que la pareja reaccione dándole prioridad a la forma de manejar la enfermedad, pero de igual manera afrontarlo de manera conyugal, como se puede observar en la siguiente respuesta, no solo se interesa por su bienestar físico sino la relevancia de como lo toma la gestante:

²¹ Las emociones pueden clasificarse en seis emociones primarias universales, como son la alegría, tristeza, miedo, ira, sorpresa y repugnancia y en otras emociones secundarias o sociales como son la vergüenza, pena, celos, culpa y orgullo. (Martínez 2007 Pp. 257)

“Me dio pena y alegría, para mí fue muy importante, él no pensó en la enfermedad como para dejarme, y si lo hubiera hecho hasta ahí llego con el embarazo”. [Esperanza]

La forma en que el cónyuge sano y el enfermo afrontan la enfermedad influye mutuamente, condicionando su bienestar personal y del otro. Por ser la mujer a quién primero se le detecta la sífilis recae sobre ella la responsabilidad tanto de la enfermedad como de la salud del bebé.

El afrontamiento resulta un fenómeno complejo y su análisis responde a la necesidad de conocer los modos afrontar de los eventos estresantes, en distintos contextos y de manera específica en la pareja cada uno dispone de varias estrategias para enfrentar la infección. Por ejemplo, esta situación del diagnóstico de sífilis que no es común en la vida cotidiana genera comportamientos y sentimientos en cada uno de los miembros de la pareja, lo cual puede incidir que la otra persona se sienta temerosa o confiada para afrontar la enfermedad, en las narraciones de los entrevistados se evidencia que la primera reacción es de rechazo.

“Balurdo, como no se va cuidar uno tiene que jugar vivo a toda hora, ¿sí o no?” [Carlos]

Como se enunció anteriormente el afrontamiento depende de las características personales, es por esto no todas las parejas toman la misma actitudes frente a la enfermedad.

“Pues muy tranquilos, nada no, tomé todo tan tranquilo” [Rubén]

Las parejas utilizan el conocimiento que les proporciona el médico sobre la sífilis como recurso indirecto de afrontar la infección, pues tratan de comprender la enfermedad y aceptar sus efectos centrándose en los cambios positivos que han ocurrido durante el diagnóstico y posterior tratamiento de la enfermedad.

“La doctora me explicó porque se transmitió y me dijo que de pronto podría tener problemas con mi esposa por eso, pero no, yo lo tomé como algo muy normal, yo se que antes tuvo otras parejas y todo transparente”. [Rubén]

Ante el diagnóstico también las parejas cambian de una u otra manera los aspectos relacionados con la convivencia: los cuidados de la materna, las relaciones sexuales, los sentimientos, emociones, etc., cuando se habla de afrontamiento en estas parejas se evidencia que se acomodaron a la situación a pesar de que se manifestará al principio rechazo frente a la infección, esto se hace evidente en el apoyo que el hombre le brinda a su pareja, acompañándola en todo el proceso del tratamiento como también los controles prenatales, esto permite ver que se habituaron a la situación. “La habituación puede ser consecuencia del afrontamiento cognitivo donde se desarrollan nuevos recursos, se reordenan los viejos compromisos y se buscan unos nuevos.” (Lazarus 1984 Pp.212)

“Pues al principio ella lloró mucho y se sentía mal porque ella decía que de pronto yo le iba a coger fastidio, que muchas cosas así, es por eso que no tocamos casi el tema, no yo no sentí nada, nunca había pasado por una cosa de esas, más sin embargo nunca pensé nada cuando me dice que ella tenía eso... [Rubén]
“yo con calma, antes al principio tenía mucho miedo, mucho temor porque la palabra es una enfermedad, pero pues ya que uno ha venido sabiendo cómo es que trato tiene y todo es distinto”[Ximena]
“Si, ahora ha cambiado un poquito, no mucho, él es consciente y el trata de tenerme de tratarme bien y todo...” [Juliana]

El apoyo brindado a la materna por parte de su compañero, durante el tratamiento médico, permite observar que se habituaron a la situación. Con respecto a su posición frente a la infección y las relaciones sexuales, los entrevistados manifiestan que el distanciamiento físico es por recomendaciones médicas, pues es necesario por un determinado tiempo para su tratamiento el completo, evitando así una reinfección.; después pueden volver a tener con la misma regularidad en las relaciones sexuales, pero se encontró en las entrevistas que el miedo de los compañeros por retomar su actividad es debido a las precauciones que deben tener por el embarazo. En otros el rechazo hacia la compañera no se expresa de manera verbal, sino que se evidencia por medio de sus actitudes y acciones hacia su pareja como Navarro (2004, Pp. 196) afirma que cualquier enfermedad afecta su vida sexual, las parejas necesitan saber si las dificultades pueden estar

experimentando serán pasajeras o permanentes si las dolencias afectan gravemente al ejercicio sexual éste se convierte en una de tensión y ansiedad en la relación

“Pues hay veces que yo le digo a él yo quiero estar con usted y él a veces me saca el cuerpo, es algo que me hace sentir mal, pero yo lo entiendo, porque sé que es, pero normal de resto no, es en lo único que tenemos algo ahí, yo lo entiendo porque es”...
[Ximena]

Se concluye que las estrategias de afrontamiento que se pudieron observar en las parejas describieron la situación, la evaluaron y le dieron valor para poder enfrentar la misma, dándole paso a un proceso adaptativo y receptivo por parte de los compañeros, los cuales a pesar de la tensión con su pareja logran un apoyo mutuo en el tratamiento y en el transcurso del embarazo.

4.5 En la cama con Sífilis.... ¡tenemos algo en común!

*“Afortunadamente, no respetamos la geometría.
Somos iguales, pero no somos semejantes”.*
Valeriu Butulescu

En este capítulo se abordará la vivencia de la sexualidad de la pareja a partir del diagnóstico de sífilis gestacional, la cual se entenderá como la construcción que hacen estas parejas con respecto a la nueva experiencia de vivir con una ETS, es por eso que cuando se hace referencia a la sexualidad de los hombres y las mujeres, en esta investigación se toma como las diferentes formas de identificarse y relacionarse que tiene el ser humano, ésta se basa en el género y en el sexo, en la orientación sexual, la reproducción, el amor y según Canaval ésta “se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores, actividades, prácticas, roles, relaciones y actitudes” (2010. Pp. 103). En resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, por lo tanto en la sexualidad se fusionan los tres componentes de las actitudes; el afectivo, el cognitivo y el conductual.

La sexualidad como ya se ha venido planteando se basa en elementos como el género y es preciso abordar esta definición en la medida que se quiere conocer cuáles son las actitudes que toma el hombre cuando su compañera estando en embarazo es diagnosticada con sífilis, es decir, este concepto permitió describir como cada miembro de la pareja vivencia la enfermedad desde lo sexual.

Continuando con lo correspondiente al género, en lo biológico de ser hombre o mujer se construye una imagen la cual la sociedad estructura, de acuerdo a los roles ejercidos en un determinado contexto, con el paso del tiempo las expectativas construidas acerca de las funciones de lo masculino y femenino se han ido transformando, creando diferentes formas de relacionarse con los demás y en especial

medida con la pareja, trayendo consigo condiciones nuevas para la maternidad, la concepción de exclusividad sexual sobre todo por parte de la mujer, también las relaciones prematrimoniales, la crianza de los hijos y las funciones paternas, cambios que a su vez han influenciado en las relaciones amorosas haciendo que el hombre también sea participe en las decisiones que atañen a la salud sexual y reproductiva de la misma, un ejemplo de esto es lo que refiere Carlos en la entrevista:

“Siempre yo la acompaño desde el principio y nos dijeron a los dos y nos explicaron lo que teníamos q hacer y así lo hicimos, es que a mí no me iban a ser el tratamiento sin embargo yo pedí que me lo hicieran, es más yo no me había hecho el examen y ya había empezado el tratamiento a ella le mandaron su medicamento y yo también comencé aplicármelo” [Carlos]

Aunque se han presentado transformaciones en las responsabilidades que tiene el hombre como cónyuge y padre, todavía se delega mayor compromiso a la mujer en su salud, proceso de embarazo y crianza de los hijos, lo anterior es explicado desde la maternidad intensiva que es expuesta por Simón (2008), la cual es “muy exigente con la perfección de la tarea de crianza y supone que la madre es o debe ser una experta, especializada y con dedicación absoluta, a sus labores maternas” (Pp. 99).

Por consiguiente, para cada pareja entrevistada el diagnóstico de sífilis gestacional genera sentimientos diferentes, aunque se traten de la misma manera, esto puede deberse a que el ser hombre en la cultura colombiana, permeada todavía por los cánones patriarcales y otra es ser mujer en esta misma sociedad, donde aún siguen naciendo niños con sífilis congénita por re-infección²² pues a veces son los compañeros como lo expresa la Secretaria de Salud Pública de Cali, quienes oponen resistencia para tratarse; esto se relaciona a la influencia del género en los comportamientos masculinos relacionados con la salud. Ligado a esto, existen varios

²² Reinfección es un término utilizado para describir una infección nueva o secundaria por un virus que ya ha infectado a una persona. http://www.projectinform.org/info/reinfection/index_sp.shtml

estudios llevados a cabo en América Latina que indican que los hombres enfermos se resisten a acudir a los centros de atención primaria de salud, pues los consideran adecuados solo para las mujeres y los niños” (Pittman 1997, citado por Hartigan P. 2001). En esta investigación se da cuenta de que los hombres presentan resistencia frente a los tratamientos, pero es claro que en los tres casos ellos consideran importante acudir, tomando en consideración la importancia de la salud del bebe, de la materna y por la propia, pero en sus discursos no se ubica como enfermo, es decir que no asume la condición de contagio.

“Pues él quiere que yo me cure, pero es algo que uno no se aguanta...él me lo dice, él quiere que yo esté bien, que el bebé este bien...”[Ximena]

En cuanto al deseo²³, la atracción y la satisfacción sexual son construcciones que se desarrollan en un contexto histórico, influenciado por factores culturales, religiosos y sociales, los cuales pueden limitar el acceso de las mujeres a la salud sexual y al placer de su cuerpo. “La gran mayoría de las mujeres han sido socializadas para ser objeto de placer de otros, no para acceder a sus derechos como mujer, entre ellos al disfrute de su sexualidad” (Canaval, 2010 Pp. 101). Muchas de ellas creen que su deber es complacer al otro, sin importar sus deseos, o su cuidado respecto al riesgo de adquirir una ETS, si esto sucede el peso de la estigmatización que tienen este tipo de infecciones recae en estas, sintiéndose vulneradas en su imagen como mujer y compañera.

“pena, con mis anteriores parejas no me lo creía, me sentía sucia, cochina, uno se pregunta por qué a uno”.[Juliana]

En relación con el deseo sexual se puede plantear diferencias en las parejas entrevistadas, encontrando en una de ellas la tranquilidad al sentirse sanos mantiene activo éste, mientras en el otro caso ante la resistencia del uso del condón y el temor a

²³ Se denomina Deseo según Manrique (1996) a la acción para la consecución del placer y el gozo.

la infección, entre otras razones hace que la frecuencia en las relaciones sexuales disminuya notoriamente.

“Pues disminuyo (risas nerviosas), si”. [Esperanza]
“Ha aumentado el deseo notablemente, pues ya hay tranquilidad de que estamos sanos”.

[Rubén]

“No, sigue igual, solo que ahora nos cuidamos con el condón”. [Juliana]
“Ahora siento que no puedo hacer nada, no puedo hacer maromas, uno se apaga. Pues ahora por las complicaciones hasta me prohibieron tener relaciones sexuales, y no las tenemos por la salud del bebe”. [Carlos]

“La verdad a disminuido mucho pero es porque ella ha estado delicada... a estado sangrando” [Rubén]

Cuando se da la disminución en la frecuencia de los encuentros sexuales, es por las recomendaciones médicas, pero con ello se refleja el temor al abandono por parte de una de las maternas debido a la diferencia de edad entre la pareja. Ante esta preocupación el compañero en su respuesta condiciona la relación, mientras ella responda a lo que él quiere podrá contar con su cariño.

... “Él me dice que tenemos mucha vida por delante, entonces yo le digo yo soy mayor que él, claro estas guardando para otra, pues ya yo me pongo viejita y ya no me va querer, él me dice que no que el cariño siempre va ser el mismo, mientras yo me porte bien con él, el cariño de él es el mismo” [Ximena].

Según el papel que desempeña el hombre hay una amplia variedad de comportamientos articulados a las disposiciones de masculinidad y la posición de poder que otorga el ser varón. Este ‘poder’ implica responder a su deseo sexual cuando así lo quiera, como lo explica Valcárcel (2001) “Porque se traduce en la posibilidad de acceder más fácilmente a una variedad de prácticas y campos de acción relacionados con el ejercicio de la sexualidad masculina, con la ‘obligación’ de autodefinirse con experiencia sexual”. (Pp. 4)

“De parte y parte” [Carlos]

“Si, de parte y parte no siempre soy yo, él también toma iniciativa” [Ximena]

“Un 50 y 50... (Miradas entre los dos) no, no un 80 y un 20, yo el 80 y ella el 20”
[Rubén].

“El” [Esperanza]

“Los dos” [Rubén]

“Porque no tengo tanto deseo sexual como antes por los cambios que están en mi cuerpo”
[Juliana].
“Yo” (risa) [Miguel]
“Pues de quedar en embarazo ella me buscaba mucho pero ahora no, pues no sé porque ya
no me busca casi” [Miguel].

El diagnóstico influye en los imaginarios sobre la salud en general y en este caso sobre la salud sexual, dejando en la mujer sentimientos que pasan de la confusión a la vulnerabilidad de su autoimagen, según lo expresan las entrevistadas:

“Pues uno se siente mal, incómodo, pues es algo que uno no se espera”...“pues sí, uno ya piensa de otra manera, es algo que no se espera, es como me dice la doctora es algo que tiene remedio, peor fuera algo que no tuviera remedio”. [Ximena].
“No es normal, mal, pero yo hace cuatro años me hice la citología y la serología y todo estaba bien”... [Juliana]
“Pues al principio pensé que era lo peor, pero son cosas que pasan, ahora me he dedicado a otras cosas, y no permito que me digan ve vamos a salir, me da asco”. [Esperanza]

Aunque las mujeres entrevistadas manifestaron que el diagnóstico fue inesperado, tanto para ellas como a sus compañeros, expresan que no se presentan cambios en las formas de dar y recibir placer posterior al enterarse de la infección, como lo referencian en sus relatos:

“Normales, todas” [Miguel]
“si normales” (risas de los dos) [Juliana]
“Todas las que se le vengán a la cabeza a uno... ¿no?, en ese estado cualquier cosa, normal, chévere” [Carlos]
“Las caricias, los besos.” [Ximena]
“Todas, teniendo en cuenta la higiene, el aseo... hay que tener en cuenta el aseo” [Rubén]
J: “Las normales... besos...de todo” [Esperanza]

Partiendo de lo anterior en la búsqueda del placer sexual las parejas validan prácticas como juegos eróticos, sexo genital, oral, anal, diferentes posiciones, con el fin de alcanzar su satisfacción. Resaltando la importancia que tiene la higiene para poder realizarlas, reconociendo el uso del condón como el mejor medio para evitar re infecciones durante el tiempo que se realiza el tratamiento, aunque algunos de los componentes de este puede ocasionar en algunas mujeres irritaciones. Es decir, que

implica la incomodidad para la mujer y de alguna manera dificulta el disfrute de su relación sexual, produciendo tensiones en ese momento.

“en este tiempito como una o dos veces, eso es muy incomodo” [Ximena]

“No, el condón le produce irritación, (Interrumpe O) si me irrita. Y le produce flujo”

[Rubén]

“Si claro, es lo mejor” [Juliana]

J: “Pues el condón no se utiliza por lo de la estimulación” [Carlos]

Finalmente se puede concluir que aún hoy se perpetúan las diferencias entre lo “masculino” y lo “femenino” y más en lo que respecta a las relaciones de pareja y la construcción de la familia; anudado a esto el diagnóstico de sífilis gestacional lo reafirma, pues aunque los compañeros también se encuentren contagiados no lo reconocen y se muestran fuertes frente a la situación tendiendo a minimizarla, por el contrario en las mujeres se ve en juego su imagen y deben asumir la responsabilidad de tener un hijo sano.

CONCLUSIONES

- A lo largo de la investigación fue posible observar cómo los condicionantes de género moldean tanto los significados como las vivencias en torno a la salud sexual y las relaciones de pareja, a su vez esto permitió conocer sus comportamientos frente al tratamiento.
- Las actitudes tanto del hombre y de la mujer están mediadas por las construcciones sociales existentes, respecto a las relaciones de pareja, la sexualidad, la familia y las concepciones de salud y enfermedad. Pero son asumidas por ambos de manera diferente, en el hombre predomina la cultura patriarcal y la resistencia como mecanismo de defensa, en la mujer recae el deber de tener un hijo sano y la imagen negativa que tienen las enfermedades de transmisión sexual.
- Se encontró que en relaciones de pareja las estrategias de afrontamiento se observa que la mujer a diferencia del hombre expresa con más facilidad su percepción sobre la infección, dando a conocer sus sentimientos, mientras estos asumen una actitud comprensiva y protectora frente a su compañera, sin embargo a partir de estas diferencias los dos le hacen frente a esta situación.
- Desde el entramado de las creencias y los conocimientos que tenían las parejas sobre la sífilis, se encontró que son limitados, debido a factores como la escasa divulgación que se hace de esta enfermedad y la poca costumbre de hombres y mujeres en la realización de exámenes médicos de rutina, por lo tanto no se sienten susceptibles a contraerla, sin embargo al momento del diagnóstico conocen aspectos específicos de la severidad de la sífilis, información que es suministrada por las instituciones de salud, de ahí las parejas realizan acciones como el tratamiento, aunque esto no asegura que adquieran comportamientos preventivos a futuro.
- En las parejas antes del diagnóstico no se habla el tema de las ETS, durante el tratamiento se hizo con reservas por salud de la materna y después de este se evade

por no cuestionar o poner en tela de juicio la fidelidad de la pareja y se centran en el cuidado del bebé.

- Se halló que la embarazada se enfoca en el cuidado de su estado a su vez tratando de ocultar la culpa que sienten al ser portadoras de este tipo de esta enfermedad.
- En la vivencia de la sexualidad se observa la resistencia frente al uso del preservativo y el temor a una reinfección, lo cual influyen en la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

RECOMENDACIONES

Para promover una educación sexual integral que abarque una buena cantidad de la población es necesario comprender que existen diferencias de género las cuales permean los imaginarios y actitudes, generando ciertos comportamientos en la vida sexual que llevan los sujetos. De esta manera se puede entender de una manera completa la problemática de salud como es la de la ETS de sífilis gestacional.

Es necesario continuar haciendo investigaciones de tipo cualitativo en todos los temas relacionados a las enfermedades que afectan al ser humano en la actualidad, sin desconocer el componente cuantitativo de las mismas, para comprender las representaciones y prácticas de salud no como hechos aislados ni espontáneos, sino que tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona para que de esta manera se logren mayores resultados.

- La política en salud sexual y reproductiva ha sido encaminada a promover la participación de la sociedad activamente en la tarea de la prevención de las ETS, como se viene haciendo en los diferentes espacios comunitarios. Ahora bien como trabajadores sociales es pertinente plantearnos la necesidad de ampliar los

programas de prevención y promoción en salud, haciéndolos más acorde al perfil de cada actor o grupo específico y actuar responsablemente asumiendo nuestro papel de orientadores, promotores, gestores, e investigadores sociales; buscando difundir los mecanismos necesarios para contribuir en la atención de salud de la población.

- El rol del trabajador social en el campo de la salud se ha encasillado, esto obedece a la ubicación de los profesionales en las instituciones, en donde con frecuencia, el análisis de las desigualdades sociales se traduce a interpretaciones de carácter asistencial, de la atención inmediata sin analizar el contexto y con una mirada social que fragmenta las intervenciones. Se coincide con Celats (1982:54) al plantear que “Se asume que la identidad profesional del Trabajo Social debe recrearse recuperando el vínculo histórico de la profesión con la asistencia como oposición al asistencialismo y rescatando aquellas dimensiones profesionales vigentes capaces de sumarse al cuadro de un nuevo ejercicio profesional acorde con las dinámicas sociales que marcan nuestro tiempo.” Y para crear nuevas metodologías de abordaje en el manejo de este tipo de enfermedades, que según lo plantea la OMS pueden erradicarse.
- Cabe resaltar que la intervención que se inició en la práctica preprofesional de las estudiantes con las parejas diagnosticadas con sífilis gestacional, permitió mostrar el rol que debe desempeñar el trabajador social en las acciones y estrategias de prevención del área de epidemiología; y con la investigación se consolida y aún más esa necesidad. Puesto que a través de las ponencias programadas por la Secretaría de Salud Pública Municipal y donde se fue participe, las instituciones se han interesado por conocer e implementar acciones que contribuyan a mejorar la atención a los parejas que tiene este tipo de diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade A (2002) Actitudes y conducta: Algo más que psicología social. Argentina, ediciones nueva visión.
- Castellanos Gabriela-Accorsi Simone. (2002) *Género y sexualidad en Colombia y en Brasil*, Editorial La Manzana de la Discordia, primera edición, Cali. Capítulos 3 y 4. Pp. 48-56. 290-300.
- Canaval, Gladys E. (2010) Capitulo II. Evolución histórica de la salud de la mujer. En: *Salud de la mujer. Un desafío para el cuidado y un compromiso de todos*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle Pp.48
- Celats; Trabajo Social en América Latina. Balances y Perspectivas; Celats; BsAs: 1982
- Coller, Xavier. (2003) Capitulo XIV. El Interaccionismo Simbólico En: Canon Sociológico. Editorial Tecnos. Grupo Anaya, S.A. Madrid. Pp. 240-243.
- Duque J. Eliécer (2004). *Propuesta de fortalecimiento del abordaje sindrómico para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en el municipio de Santiago de Cali*, Secretaria de Salud Publica Municipal de Cali. (Sin datos de fuentes de ubicación: editorial, país, capítulo de libro o artículo de revista)
- Fernández, M. A. (1998). *El impacto de la enfermedad en la familia*. Facultad de Medicina Familiar. UNAM.
- Gallego, S. (2006). Capítulo I y IV. Comunicación Familiar. En: *Comunicación Familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales*. Editorial Universidad de Caldas. Manizales. Pp.75-290.
- Giddens. A. (1992) *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid. Ediciones Cátedra. Pp.31
- Gogna, (1994) M. *Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual*. Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):81-85, 1998.
- Gordis, L. (2005) *Epidemiología*. Gea Consultoría Editorial. Madrid. Segunda Edición.

- Lazarus, R. Folkman, S. (1984) *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
- Mandell, G. Bennett, J. Dolin R. (2006) *Enfermedades infecciosas, principios y prácticas*. Madrid. Sexta edición, editorial Elsevier. Pp. 1471-1472. Disponible en:

<http://books.google.com.co/books?id=plquQ1vwC34C&pg=PA1471&dq=enfermedades+infecciosas,+estigmatizacion&hl=es&ei=5uf4TO61GIO0lQf56dntBg&sa=X&oi=boo>
- Manrique, R. (1996). *Sexo, Erotismo y Amor. Complejidad y libertad en la relación amorosa*. Madrid. Ediciones Libertarias. (Pp.23-380).
- _____ (2001). *Conyugal y extraconyugal. Nuevas geografías amorosas*. Madrid. Editorial fundamentos. (Pp. 62)
- Martos, Ana (2010). *Breve Historia del Condón y de los métodos anticonceptivos*. Madrid, Ediciones Nowtilus, S.L.
- Montoya Gloria, Zapata Cecilia Inés, (2002) *Diccionario especializado de Trabajo Social*. Universidad de Antioquia Medellín.
- Morales Francisco, et.al (2002). Cap. XII *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: Editorial MC GRAW HILL. Pág. 7-384
- Navarro, José. (2004) Capítulo III y IV *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. España Paidós. Pp. 172-320
- Martínez, M., (1998) *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico práctico*, 3ª edición., México: Trillas.
- Ortega, José. (1940). Ideas y creencias. "Colección Austral", Ed. Espasa-Calpe Buenos Aires,
- República de Colombia. (2001). *Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Sífilis Congénita, Plan de Eliminación*. Quinta Edición.
- Robbins Stanley y Vinay Kumar. (2006). *Patología Humana*. Madrid: Gea Consultoría Editorial. Séptima Edición.
- Rubio, J. María y Anzano Silvia. (2004). Capitulo 3, Modelos explicativos de la psicología de la salud. En: *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial UOC. Pp.63-65

- Sevilla, E. (2003) *El Espejo Roto: Ensayos Antropológicos sobre los Amores y la Condición Femenina en la Ciudad de Cali*. Editorial Universidad del Valle.

- Valladares, L. Marisol. (2003) *Derechos Sexuales. Serias para el debate No. 2. Campaña por la convención de los derechos sexuales y derechos reproductivos*. Lima. Pp. 55. Disponible en:
<http://www.convencion.org.uy/08Debates/Serias2/Lola%20Valladares.pdf>

Consultas por internet

- Báez, J. (2005) *Investigación cualitativa*. ESIC Editorial. Madrid. Disponible en:
<http://books.google.com.co/>

- Boyer, F. (1851) *Tratado de las enfermedades quirúrgicas*. Madrid Universidad Complutense. Disponible en: <http://books.google.com.co>

- Da Silva, et.al (2006) Aspectos culturales en la historia de vida de madres con sífilis: La enfermería desvelando las influencias para el cuidado. Brasil Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/324/304>.

Hernández, F. (2002). *Fundamentos de epidemiología: El arte detectivesco de la investigación epidemiológica*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia. Pp. 240-241. Disponible en: <http://books.google.com/>

Segura, et.al *Educación de las emociones y los sentimientos, introducción práctica al complejo mundo de los sentimientos*, Narcea, S. A. Ediciones, Madrid, España, 2007. Pp. 15. Disponible: <http://books.google.com.co>

ANEXOS

FORMATO DE ENTREVISTA

Información general

1. Nombre de la materna:
2. Edad:
3. Dirección
4. ¿Lugar de procedencia de la gestante?
5. Nombre del compañero:
6. Edad:
7. ¿Lugar de procedencia del compañero?
8. Tipo de unión: Religiosa _____ Civil _____ Unión libre _____
9. Tiempo de relación _____ 10. No de hijos _____
11. Nivel educativo de la materna
 1. __ Primaria incompleta
 2. __ Primaria completa
 3. __ Secundaria incompleta
 4. __ Secundaria completa
 5. __ Técnico / tecnológica incompleta
 6. __ Técnico / tecnológica completa
 7. __ Universidad incompleta
 8. __ Universidad completa
 9. __ Otro cual _____
 10. __ Ninguno
12. Ocupación de la gestante _____
13. Nivel educativo del compañero
 1. __ Primaria incompleta
 2. __ Primaria completa
 3. __ Secundaria incompleta
 4. __ Secundaria completa
 5. __ Técnico / tecnológica incompleta
 6. __ Técnico / tecnológica completa
 7. __ Universidad incompleta
 8. __ Universidad completa
 9. __ Otro cual _____
 10. __ Ninguno
14. Ocupación del compañero _____

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MATERNA

15. Edad Gestacional _____ semanas / Puerperio _____ Días _____
16. ¿cuántos controles prenatales se ha realizado? _____
17. ¿cuántas dosis de penicilina le han suministrado? _____

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS

18. ¿Sabe usted como se transmiten las ITS?
19. ¿Conocen otras ITS?
20. ¿Ha recibido información acerca de las formas de contagio,

manifestaciones clínicas o prevención de las ITS?

21. ¿Tenían usted antes algún conocimiento sobre la sífilis?

22. ¿Cómo adquirió esos conocimientos de la ITS?

23. ¿Ha tenido usted alguna ITS diferente a sífilis?

- ¿Cuál?

-¿realizo tratamiento?

- ¿qué experiencia le dejó?

24. ¿Después del diagnostico ha indagado sobre la sífilis gestacional?

25. ¿Cómo influyo ese conocimiento en la situación que vive actualmente?

26. ¿Cuáles han sido los cuidados frente a la enfermedad?

27. ¿Qué piensan ustedes de las enfermedades de transmisión sexual?

28. ¿En el contexto en que se desenvuelve usted logra identificar algunas creencias sobre las ITS, específicamente sífilis?

29. ¿Qué cree que piensa la gente sobre la sífilis?

30. ¿Cómo cree que se evita la infección?

31. ¿Cuáles cree usted que son los factores que favorecen al contagio?

32. ¿Cree usted que la información que tiene de la infección es suficiente?

33. ¿Utilizaron algún método casero para tratar la infección?

34. ¿Ha hablado con alguien de las ITS?

35. ¿Qué creen sobre los métodos de barrera como el condón en la relación sexual?

COMUNICACIÓN

36. ¿Cómo se entero usted sobre la enfermedad de su pareja?

37. ¿Qué sentimientos surgieron ante lo contado por su pareja?

38. ¿Qué hace con esos sentimientos y emociones?

39. ¿Comparte estos sentimientos con su pareja?

40. ¿Cómo se siente al compartirlos?

41. ¿Cómo percibió la reacción de su compañera?

42. ¿Cuales fueron las opiniones y acciones de su pareja al contarle su diagnostico?

43. ¿Habla con su pareja sobre el tema de la enfermedad?

44. ¿Se han presentado cambios en la comunicación de pareja después del diagnostico?

- ¿Cómo cuales?

45. ¿Planteó temas de infecciones de transmisión sexual en el pasado

con su pareja?

46. ¿Qué situaciones concretas con respecto a la enfermedad han creado dificultades en la relación?

¿Por qué se le ha dificultado?

47. ¿Le ha comentado usted a alguien sobre el diagnóstico?

¿Qué lo motivó a hacerlo?

¿Qué esperaba al comentárselo?

48. ¿Las expectativas frente al embarazo han variado en posterior al diagnóstico?

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

49. ¿Le dio usted importancia a la infección?

50. ¿Ante el diagnóstico de sífilis que fue lo primero que pensó?

51. ¿Cómo han afrontado la enfermedad?

52. ¿Las expectativas que usted tenía respecto al tratamiento y sobre el apoyo de su pareja se han dado?

53. ¿Cómo se sentía antes de la enfermedad en su relación de pareja?

54. ¿Cómo se siente ahora en su relación de pareja?

55. ¿Si se han presentado cambios a partir del diagnóstico, cómo ha influido ese cambio en la relación de pareja?

56. ¿Otras persona(s) los han acompañado en el proceso de afrontamiento?

VIVENCIA SEXUAL

57. ¿Ha influido la enfermedad en usted como mujer?

58. ¿Después del diagnóstico ha notado usted un aumento o la disminución del deseo sexual?

59. ¿Si ha disminuido el deseo sexual por qué cree usted que sucede esto?

60. ¿Ha sentido cambios en el aspecto sexual después del diagnóstico?

61. ¿Quién de los dos al momento de tener relaciones sexuales toma la iniciativa?

62. ¿A parte de las relaciones sexuales genitales que otras formas de dar placer utilizan?

63. ¿Usa métodos de protección (Cuidados) durante la relación sexual?