

T
172
S121
2001



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigación y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública de Nicaragua



Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense



Maestría en Salud Pública Intercultural
1998 - 2001

Tema:

Factores que influyen en la Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos 8 y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS.
Bilwi. RAAN. Febrero 1994 – Diciembre 2000

Informe de Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública

David Dato

Autores: Dr. Christian Schnarf
Dr. Domingo García Solórzano

Tutor: Dr. Miguel Orozco Valladares

Bilwi, Nicaragua
Junio 2001

Alma Lili Pastor

Agradecimiento

La base fundamental de cada investigación médico-social es el ser humano y la búsqueda de su bienestar. Es determinante su participación y su disponibilidad al dar información. Las mujeres del Grupo 9 y los hombres del Grupo 8 nunca rehusaron de darnos este valioso insumo y participaron con interés en todas las actividades.

Nuestro profundo agradecimiento hacia ellas y ellos.

Domingo García
Christian Schnarf

**¡Los Enemigos son las ETS,
no quienes las padecen!**



Resumen

El presente estudio es una investigación descriptiva, retrospectiva con elementos cuantitativos y cualitativos. Trata de determinar los factores que influyen en la eficacia de un programa que lleva la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Puerto Cabezas con dos grupos con comportamiento de riesgo sobre la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Los dos grupos, ubicados en la ciudad de Bilwi, son el grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HRSH), también llamado "Grupo 8" y el grupo de las Trabajadoras del Sexo, llamado "Grupo 9".

La Comisión tienen siete años de trabajar con los dos grupos, ha logrado un grado de avance significativo en lo que respecta a la visibilización del problema en la sociedad porteña y al aumento de conocimientos sobre el VIH-SIDA, pero encuentra limitaciones con relación a la frecuencia de reinfecciones de ETS, con relación a los conocimientos generales sobre las ETS y con relación al grado de liderazgo y organización a lo interno de los dos grupos. Por lo tanto se planteó encontrar los factores que determinan estas limitaciones para poder plantear nuevas estrategias de solución a estos problemas. Además de hacer una revisión exhaustiva de los expedientes médicos de los miembros, se realizó una encuesta con cuestionario y un encuentro de grupo focal con cada uno de los dos grupos, lo que arrojó suficiente información para realizar un análisis profundo de la situación.

De manera resumida se puede observar una prevalencia alarmante de personas con una o más ETS, combinado con una alta frecuencia de reinfección, destacándose sobre todo la Sífilis y en segundo lugar la Gonorrea. Se pudo observar muy claramente que métodos preventivos de ETS que limitan o cortan la actividad sexual como por ejemplo la abstinencia sexual y en cierto grado también la pareja fiel, no son aceptados por los miembros. Hay aceptación para el uso del condón, aunque un porcentaje alto afirma no usarlo. Eso explica la ya mencionada prevalencia alta de ETS. Un eje de trabajo de la CLCS tiene que ser entonces, seguir con el fomento del uso del preservativo masculino. El factor étnico juega un rol importante en el uso de métodos preventivos, no tanto por desventajas socioeconómicas, sino por influencias de costumbres. Con relación a la información general sobre las ETS, hay un nivel más bajo de conocimientos en las mujeres, jóvenes de entre 20 y 29 años y pertenecientes al pueblo indígena miskito.

En lo que respecta al concepto de liderazgo que tienen los miembros de los dos grupos en comparación con el de la Comisión, se detectó una clara diferencia. Estas definiciones en oposición, combinado con la falta de solidaridad entre los miembros, dan pautas de un futuro trabajo de la Comisión con los grupos.

Indice

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Justificación	8
IV.	Planteamiento del problema	10
V.	Objetivos	10
	Objetivo General	10
	Objetivos Específicos	10
VI.	Marco de referencia	11
	Origen de la población en la Costa Atlántica de Nicaragua	11
	Reseña histórica de Puerto Cabezas – Bilwi	12
	Los Miskitos	13
	Los Sumu-Mayangnas	14
	Los Mestizos	14
	Los Creoles	15
	Cosmovisión Indígena	16
	Interculturalidad	18
	La Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi	19
	Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos 8	
	— y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi	22
	Organización de los Grupos 8 y 9	25
	Homosexualidad y Prostitución	28
	La homosexualidad	28
	La prostitución	34
	Las Enfermedades de Transmisión Sexual	38
VII.	Diseño metodológico	40
	Matriz de Descriptores	42
	Operacionatización de Variables	43
VIII.	Resultados obtenidos	48
	Datos generales	49
	Situación socioeconómica	50
	Tipos de ETS y su frecuencia de reinfección del grupo de los HRSH y de las	
	Trabajadoras del Sexo	53
	Factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS	56
	Conocimientos sobre ETS	68
	Factores que influyen en la organización de los dos grupos	73
IX.	Análisis de los resultados	77
	Tipos de ETS	77
	Reinfección de ETS	78
	Factores que influyen en el uso de métodos de prevención	80
	Conocimientos sobre ETS	87
	Factores que influyen en el poco interés de organizarse	92

X.	Conclusiones	96
XI.	Recomendaciones	98
XII.	Bibliografía	99
XIII.	Anexos	103
1.	Formulario de Revisión de Expediente Clínico	104
2.	Guía de Preguntas de Grupo Focal	105
3.	Cuestionario	107
4.	Tablas y Gráficos de ETS del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo diagnosticados en la consulta médica	111
5.	Principales tablas de resultados de la encuesta	117
6.	Tablas y Gráficos de ETS en la RAAN y en el Municipio de Puerto Cabezas	123
7.	Cuadro de elementos a tomarse en cuenta en la incorporación de la interculturalidad a diferentes trabajos y ámbitos	129
8.	Tablas de distribución de condones de la CLCS y del SILAIS RAAN	130
9.	Glosario	131
10.	Abreviaciones	134
11.	Las ETS de más alta prevalencia (con excepción de VIH-SIDA)	135
12.	Mapa de las Comunidades del Municipio de Puerto Cabezas	145
13.	Mapa de la Ciudad de Bilwi	146

I. Introducción

Debido a la situación problemática en cuanto a VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en la RAAN y especialmente Puerto Cabezas como ciudad más importante de la región, diferentes grupos de investigadores realizaron varios estudios sobre la problemática ETS. El resultado común de todos estos trabajos de investigación es un índice elevado de ETS que tiende a aumentar en grupos sociales específicos de la región.

Un trabajo importante en relación a la prevención de las ETS realiza la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS, un programa del Centro Clínico Bilwi (ONG), que se formó hace 7 años (finales de 1993). Un grupo de salubristas de Bilwi tomó la decisión de crear un movimiento para promover formas de vida sanas que permitiesen prevenir las ETS.

Para poder realizar esta labor la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS (CLCS) decidió trabajar con barrios y comunidades de Puerto Cabezas y con varios grupos homogéneos de la ciudad de Bilwi.

Dos de estos grupos reciben una atención especial dado su situación particular y su comportamiento de riesgo. Son el grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HRSH)¹ y el grupo de las trabajadoras del sexo (prostitutas), también llamados Grupo 8 y Grupo 9 respectivamente. El tipo de trabajo que se está llevando a cabo con los dos grupos son reuniones quincenales donde se trata de apoyar en la formación de una identidad de grupo, abordando temas como las diferentes ETS, VIH-SIDA, autoestima, comunicación, manualidades e identidad. Además se realizan talleres de capacitación sobre VIH-SIDA, ETS y autoestima. Cuatro veces al año se les ofrece a los dos grupos una atención médica (laboratorio, consulta), para detectar ETS y se les brinda su respectivo tratamiento. Además se les provee de dos consultas eventuales al año, que son para otros motivos.

El Grupo 8 (autollamado Grupo de "Las Missis") nació en el seno de la Comisión de Lucha contra el SIDA/ETS de Bilwi el 2 de Febrero de 1994. Al principio hubo poca participación, lo más que participaban eran 4 HRSH que llegaban a las reuniones con mucho temor. Exigían que se cerraran todas las puertas y las cortinas para evitar que alguien les mirara. Pasando los años se

¹ En toda la monografía se utiliza el término de Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HRSH) en vez de homosexual, dado la interpretación por parte de muchas personas con orientación homosexual que solamente el rol pasivo en la relación sexual define ser "homosexual". Eso significa que, según los miembros del Grupo 8, solo el que es pasivo (el que se deja penetrar) es homosexual.

captaron más personas, llegando a 40 personas de HRSH o bisexuales que regularmente participan en las reuniones quincenales y en los talleres. El Grupo 8 organiza sus fiestas de aniversario, día de los padres y fin de año y es conocido públicamente en la ciudad de Bilwi.

El Grupo 9 (autollamado "Krabutangni" = Flor de Nancite) nació el 25 de Abril del 1994. Igual como el Grupo 8 nació a través de la iniciativa de la Comisión. Inicialmente participaron pocas trabajadoras del sexo en las reuniones. También con este grupo hubo bastante miedo de parte de las participantes de ser reconocidas por otras personas, se cerraban las puertas y cortinas en las reuniones. En la actualidad el grupo consiste de 35 mujeres que de manera regular participan en las reuniones y talleres. El Grupo organiza también sus fiestas de aniversario, día de las madres y de fin de año.

A pesar de la atención especial que reciben el Grupo 8 y el Grupo 9 desde hace ya varios años, todavía no se ha podido lograr un fortalecimiento de los miembros y una identidad de grupo. Tanto los HRSH como las trabajadoras del sexo tienen una carencia de liderazgo y la organización interna quedó a un nivel muy bajo.

Con la realización de la consulta médica se detectó también una alta prevalencia de ETS en los dos grupos. Esta alta prevalencia está combinada con una alta reinfección de ETS, dado que muchos miembros de los dos grupos a pesar de haber recibido después de cada consulta el tratamiento adecuado, presentan varias ETS en cada atención médica. (Ver Anexos 4: Tablas y Gráficos de ETS de los Grupos 8 y 9)

II. Antecedentes

-La Región Autónoma del Atlántico Norte abarca un territorio de más de 34,000 km², ubicado al NE de la República de Nicaragua. Está organizada administrativamente en siete municipios con las siguientes estimaciones de población para el año 1999:

Municipio	Cabecera Municipal	Habitantes	Hombres	Mujeres
Puerto Cabezas	Bilwi	49.594	23.842	25.752
Wangki	Waspam	39.129	18.877	20.252
Rosita	Rosita	17.649	8.855	8.794
Siuna	Siuna	66.758	33.836	32.922
Bonanza	Bonanza	14.153	7.157	6.996
Prinzapolka	Alamikamban	6.037	2.991	3.046
Waslala	Waslala	-	-	-
Total		193.320	95.558	97.762

(Fuente: División de Planificación y Sistemas de Información, SILAIS-RAAN 1999)

La región limita al Norte con la República de Honduras, al Oeste con los departamentos de Matagalpa, Jinotega y Chontales, al Sur con la Región Autónoma del Atlántico Sur y al Este con el Mar Caribe.

Esta Región es considerada como un territorio multiétnico y pluricultural ya que su población en su mayoría se autodefine como perteneciente al pueblo indígena miskito (50%), el 40% son mestizos, aproximadamente el 8 % se definen como indígenas mayangnas y el restante 2% como pertenecientes a la minoría afrocaribeña. Sin embargo esta distribución no es homogénea. Hay un predominio neto de miskitos en los Municipios de Puerto Cabezas (83%), Wangki (96%) y Prinzapolka (95%), mientras que en el sector minero se puede observar un predominio de mestizos. En Bonanza hay una concentración fuerte de mayangnas, mientras que en Rosita confluyen los tres grupos más importantes (mestizos, mayangnas, miskitos). (Región Autónoma del Atlántico Norte. El desafío de la Autonomía. Pagina 252).

En lo que se refiere a la situación demográfica del Municipio de Puerto Cabezas, según el Censo Nacional de 1995 en el Municipio de Puerto Cabezas viven 37,854 personas. Según un informe sociodemográfico del Municipio elaborado con el apoyo del FNUAP en Septiembre de 2000, el Municipio de Puerto

Cabezas cuenta con 51.993 habitantes². Eso significa un crecimiento de casi 15.000 personas en 5 años y según el mismo artículo del periódico una triplicación de la población en 24 años. Según MINSA-SILAIS de la RAAN para 1999 se estimó la población en 49.594 habitantes. (MINSA-SILAIS: División de planificación y sistemas de información: Estimación de población por SILAIS y Municipio 1999). Se piensa que el dato más acertado lo logró un estudio socio-económico del Municipio de Puerto Cabezas en 1999³, el cual establece el número de habitantes en 49.367.

El idioma más usado está condicionado por el predominio de los diferentes pueblos indígenas y comunidades étnicas. Sin embargo se puede observar que una mayoría de la población miskita entiende y habla el español y el inglés, mientras que los mestizos utilizan exclusivamente el español.

Las religiones más importantes son la Morava (sobre todo en territorio de predominio mayangna y miskito) y la Católica Apostólica Romana (en territorio de predominio mestizo). Existen asimismo algunas denominaciones de menor relevancia como los Adventistas, los Anglicanos, los Evangélicos y los Bautistas.

Las principales fuentes de ingreso de la población son la agricultura de subsistencia, la pesca, el trabajo forestal, la minería artesanal (guirisería) y el comercio en pequeña escala.

A pesar de que la Región es una de las más ricas en Centroamérica en lo que se refiere a recursos pesqueros, de minería, forestales y de reserva hidroenergética, su población es una de las más pobres de todo el istmo. Esta realidad se refleja en los más altos índices de analfabetismo de Nicaragua⁴, tasa alta de mortalidad materna que llegó a 411.0 por 100.000 nacidos vivos en el primer semestre del 2000 (Programa Materno-Infantil del MINSA-SILAIS de Puerto Cabezas)⁵, tasa alta de muerte infantil en niños y niñas con menos de un año de edad llegando en el primer semestre del 2000 a una tasa de 24.1 por mil nacidos vivos (Programa Materno-Infantil del MINSA-SILAIS de Puerto Cabezas)⁶, bajos

² Algunos resultados de este informe sociodemográfico fueron publicados por María Lourdes Tercero en el periódico "El Nuevo Diario" del 10/09/2000 bajo el título: Durante 24 años en Puerto Cabezas. Población triplicada.

³ Estudio realizado por la Alcaldía Municipal de Puerto Cabezas.

⁴ En las Regiones Autónomas de la Costa Caribe el 43% de la población mayor de 10 años es analfabeta y en las zonas rurales es de 55%, con mayor índice entre la población femenina que sobrepasa el 60% (Grupo Propositivo de Cabildeo e Incidencia: Cómo y dónde invertir los recursos de la condonación, Managua, 1999, Pagina 6)

⁵ En comparación en el 1999 la tasa de muerte materna era de 309.0, mientras la tasa nacional siempre del 1999 era de 133.0 por 100.000 nacidos vivos (Avendaño Néstor, Espinoza Jaime. El Sistema de Salud en Nicaragua. 2000. Pagina 10)

⁶ En comparación en el quinquenio 1996 – 2000 la tasa nacional de mortalidad infantil era de 39.5 por mil nacidos vivos, mientras que en el quinquenio 1991 – 1995 era de 48.0 por mil nacidos vivos. Se piensa que esa disminución se explica por la atención del embarazo y del parto, la promoción de la lactancia materna y el control a través de vacunas (Avendaño Néstor, Espinoza Jaime. El Sistema de Salud en Nicaragua. 2000. Pagina 10)

ingresos familiares, altos niveles de hacinamiento en las casas y pobre acceso a los servicios básicos.⁷ Esto debe relacionarse a la historia de la Costa del Caribe Nicaragüense que durante decenios ha sido sometida a una explotación irracional por empresas con una economía de enclaves en la que la inversión social era prácticamente nula. De todas las riquezas naturales, los beneficios eran invertidos en el exterior, a la población de la Región sólo le quedó la miseria y el desaliento.

La historia de la Costa del Caribe de Nicaragua es distinta a la del resto del país, ya que mientras en el pacífico la Colonia Española dominó durante la época previa a la independencia, en el Atlántico fueron los británicos los que ejercieron el poder, hasta que a inicios del presente siglo, por presiones de la hegemonía Norteamericana, el territorio de la Costa Caribe fue anexado a Nicaragua. Posteriormente fueron las grandes empresas transnacionales de la madera, las empresas mineras y las bananeras, las que definieron el contexto de la Región.

En la década de los 80, este territorio y su población fue víctima de la guerra entre hermanos, debiendo emigrar más del 60% de la población de la Región. Una buena parte de pobladores (más de 30,000) emigraron hacia Honduras, el resto al interior de la región. Esta realidad bélica condicionó el entorno social de los últimos años y a pesar de que ya no existe la guerra, la ausencia de condiciones de estabilidad aún es notoria, lo que no deja de influenciar en las estructuras de la familia y la comunidad. (Centro Clínico Bilwi, Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. Proyecto de Apoyo a la Promoción de la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en el casco urbano de Bilwi y en las 71 comunidades de Puerto Cabezas. Bilwi, Junio 1997).

Si bien el SIDA aún no se ha manifestado de manera explosiva como un problema de salud a nivel de la Región Autónoma del Atlántico Norte, eso no se puede afirmar de las demás Enfermedades de Transmisión Sexual que tienen una alta incidencia en la Región. Por los siguientes factores se consideran las ETS como un problema de envergadura:

- una gran parte de la población aún tiene hábitos y costumbres sexuales de alto riesgo (elevada promiscuidad, tabúes sexuales que impiden el uso de preservativos, etc.).
- una buena parte de la población aún tiene desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, sus orígenes y posibilidades de prevenirlas.

⁷ En un artículo de Nidia Ruiz López sobre la reducción de la pobreza en Nicaragua en el periódico La Prensa del 19 de Octubre 2000, se presenta un mapa de pobreza, donde se describe toda la RAAN y la parte norte de la RAAS como territorio de pobreza severa. Los porcentajes de pobreza de los Municipios de la RAAN son los siguientes:

Puerto Cabezas	57.1	Siuna	76.5
Waspam	83.0	Prinzapolka	90.9
Rosita	66.1	Waslala	78.4
Bonanza	60.3		

- aunque se ha trabajado en torno a la información, aún perduran hábitos y creencias que no protegen al individuo.
- una buena parte de la población durante la guerra vivió en campamentos en territorio de Honduras, que hoy en día es el país de mayor incidencia de SIDA en Centroamérica.

Una señal histórica en todo este proceso marca la aprobación de la ley No. 28 el 2 de septiembre del 1987, titulada "Estatuto de Autonomía para las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua", ya que es el punto de partida del Modelo de Salud de la RAAN. El Estatuto está organizado en 46 artículos y reivindica el derecho a la autogestión de su desarrollo y el uso de sus recursos humanos autóctonos.⁸

Tomando como base la implementación de la ley de Autonomía en la Costa Atlántica, el Consejo Regional Autónomo a través de la Comisión de Salud empezó a diseñar un modelo de salud que estuviera acorde a la situación y a las necesidades de los pobladores de las dos regiones (RAAN y RAAS). Era necesario contar con un modelo que se ajuste a la realidad de la Región, para poder enfrentar con más eficiencia la problemática de salud que afecta a la zona. Para tal efecto se trató de colaborar y tomar en consideración los diferentes actores sociales como el mismo Gobierno Regional Autónomo para la elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la RAAN, el Ministerio de Salud sobre el proceso de descentralización, la Comisión de Salud en la capacitación de los recursos humanos, URACCAN y CIES para el acompañamiento en todo el proceso y el SILAIS-RAAN y las autoridades municipales para posibles formas de implementación del modelo.

El resultado fue un Modelo de Salud, aprobado por el Consejo Regional Autónomo de la RAAN el 10 de Noviembre del 1996, que refleja la situación particular de salud que enfrenta la RAAN. El Modelo parte de un análisis de la situación histórica de la Costa Atlántica del Norte, que se caracterizó por una explotación en todo sentido desde la conquista.

El Modelo hace referencia a los principales problemas de salud, mencionando entre otros la mortalidad infantil (EDA, IRA, desnutrición), la malaria, TB, violencia y las ETS, para llegar a una descripción de la situación del sistema de salud que se caracteriza por una infraestructura en deterioro, el limitado acceso geográfico, económico y cultural de la población, el modelo centralizado existente, una deficiente integración de la sociedad civil y recursos humanos no preparados para una atención integral.

⁸ Rocha Octavio. La autonomía en la percepción de los mestizos de Las Minas. Revista Universitaria del Caribe. No 1, pagina 56.

El objetivo principal del Modelo de Salud es el mejoramiento del nivel de salud de los pobladores de la RAAN, considerando las particularidades de cada pueblo indígena y comunidad étnica. Para tal efecto el Modelo de Salud trata de fortalecer los elementos de la interculturalidad ya que ejerce presión en lo que es el reconocimiento de las autoridades regionales y reclama su espacio para el ejercicio de poder y toma de decisión.

El Modelo de Salud de la RAAN, aunque aprobado por el Consejo Regional de la Región Autónoma Atlántico Norte, para las autoridades centrales del Ministerio de Salud representa una amenaza de autodeterminación fuera del Estado Nacional y no un paso hacia la descentralización del Sistema de Salud. En la Reunión del Grupo Consultivo en Estocolmo en Mayo 1999 se habló de descentralización, pero no se mencionó el Modelo de Salud planteado por el Gobierno Regional de la RAAN. Sin embargo en esa reunión se lograron también pasos significativos, en el sentido que por primera vez se mencionaron los Gobiernos Regionales en un documento oficial del Gobierno de Nicaragua y se utiliza el término de "Pueblos indígenas".⁹

Desde hace ya más de siete años la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS está regularizando la información hacia los diferentes grupos de la sociedad, incluyendo el Grupo 8 y Grupo 9. Por ejemplo el programa radial de la Comisión, que habla no solamente de VIH-SIDA, sino también de todas las ETS y sus medidas preventivas, es escuchado por más de un 70% de los oyentes.¹⁰ La mayoría de los jóvenes ya tiene una noción generalizada de las ETS y sus orígenes. Sin embargo hay que constatar que:

- a pesar de que la población tiene conocimientos de lo que son las Enfermedades de Transmisión Sexual, el SIDA y sus causas y efectos, una mayoría aún piensa que es un problema ajeno a su persona (a mi no me puede suceder eso).
- a pesar de que se conocen de manera teórica las diversas formas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, la población aún no las practica, el aumento de conocimiento aún no ha transformado el hábito y las costumbres de manera sustancial.

⁹ González Pérez Miguel. Las consecuencias de la Reunión del Grupo Consultivo en Estocolmo, vistas desde la Costa Caribe de Nicaragua. Revista Universitaria del Caribe. No 1, pagina 107.

¹⁰ URACCAN: Documento de la consulta sobre el programa radial del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, Bilwi, 1º trimestre 1997.

III. Justificación

Según datos recabados de los informes mensuales del Policlínico Ernesto Hodgson Wrights de Puerto Cabezas y del SILAIS-RAAN se pudo detectar un aumento considerable de ETS de la población del Municipio de Puerto Cabezas. En lo que es la Región Autónoma Atlántico Norte en primer lugar se coloca la Gonorrea que ocupa entre el 30 y 50% de los casos detectados seguido por Tricomoniasis Vaginal, Condiloma Acuminado, Sífilis, y Chancroide (Fuente: Informes mensuales de ETS del Policlínico Ernesto Hodgson Wrights, Puerto Cabezas, 1997 – 1998 y datos del SILAIS-RAAN 1998 - 2000).¹¹

Todos los estudios realizados en los últimos años con estudiantes de diferentes colegios de la secundaria y grupos poblacionales de Bilwi, confirman este aumento preocupante de ETS.

La Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS ofrece desde hace 3 años una atención médica a dos grupos que fueron formados por la Comisión hace 7 años: los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HRSH) y las Trabajadoras del Sexo. A raíz de la observación del aumento de ETS en Bilwi y a solicitud de los miembros de los grupos de HRSH y trabajadoras del sexo, se empezaron a realizar pruebas de laboratorio de las diferentes ETS con consulta médica y su respectivo tratamiento. En la mayoría de las consultas se detectaron varias ETS y una alta reinfección de una consulta a otra, reflejando así la situación general de Bilwi.

El estudio pretende aportar información al programa de prevención de ETS sobre los factores particulares de los dos grupos que influyen en la alta prevalencia de ETS y en la alta reinfección. Todo eso con el propósito de realizar ajustes en el programa de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y mejorar la situación de salud de los miembros del Grupo 8 y del Grupo 9, formando Consejeros Voluntarios conscientes del riesgo, que apoyan el trabajo preventivo de la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS.

En el transcurso de los últimos 7 años, en los dos grupos también se pudo observar un bajo nivel organizacional. Prácticamente los dos grupos carecen de liderazgo que pueda apoyar al grupo y guiarlo hacia una vida más saludable y con menos comportamiento de riesgo. La conformación de los dos grupos por parte de la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS era un primer paso hacia una discusión abierta de la problemática “homosexualidad” y “prostitución”. La organización interna de los dos grupos sería el segundo paso para lograr mayor consciencia y

¹¹ En lo que se refiere al grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres y al grupo de las Trabajadoras del Sexo de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi en primer lugar está la Sífilis con más del 50% de los casos (datos de la consulta médica a los dos grupos).

asegurar desde un comportamiento de menos riesgo bajar el índice de ETS y, si es posible, evitar la reinfección.

El fortalecimiento de un liderazgo basado en valores, que promueve un sentido comunitario en los dos grupos y que logre energizar a los miembros de los dos grupos a fin de que actúen en apoyo de propósitos comunes, superiores y no por intereses personales y donde los líderes se comprometan seriamente con los miembros, garantiza una mayor autoestima, fortalece la identidad de grupo y mejora las medidas de protección de su propio cuerpo. El estudio pretende también proporcionar posibles pasos de intervención de parte de la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS para mejorar en cada grupo el liderazgo y así mejorar la situación de salud.

Además se puede afirmar que impactando sobre la salud de los miembros de estos dos grupos se mejoraría no solamente la calidad de vida de las personas involucradas y sus familias sino se impactaría también sobre la incidencia global de las enfermedades de transmisión sexual en Bilwi y en el Municipio de Puerto Cabezas.

Un punto importante del estudio es contribuir a la incorporación de la discusión sobre la orientación homosexual y el fenómeno de la prostitución en la agenda de la sociedad civil, logrando así una mayor visibilidad del problema. Visibilidad garantiza una discusión más abierta sobre el respeto a la diversidad y promueve una participación ciudadana activa de los miembros. Además fundamenta la lucha por el derecho efectivo a la salud de los miembros de los dos grupos.

IV. Planteamiento del Problema

Después de 7 años de trabajo de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS con el Grupo 8 (HRSH) y con el Grupo 9 (Mujeres Trabajadoras del Sexo) se observa un alta prevalencia y una alta frecuencia de reinfección de ETS en los dos grupos y un bajo nivel organizativo de los mismos. El estudio pretende buscar algunos factores que permitan a la Comisión plantear nuevas estrategias de solución del problema. Por lo tanto el planteamiento de esta investigación es: ¿Cuáles son los factores que determinan la alta prevalencia y reinfección de ETS en los dos grupos? Y ¿Cuáles son los factores que influyen en la organización de los dos grupos?

V. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la eficacia del programa de prevención de ETS dirigida a los miembros de los Grupos 8 (HRSH) y Grupo 9 (Mujeres Trabajadoras del Sexo) de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi en el período de Febrero 1994 a Diciembre 2000.

Objetivos específicos

- a) Determinar los tipos de ETS y su frecuencia de reinfección del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo.
- b) Identificar los principales factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo.
- c) Identificar el nivel de conocimientos sobre ETS de los miembros del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo.
- d) Identificar los factores que influyen en la organización tanto del grupo de los HRSH como del grupo de las trabajadoras del sexo.

VI. Marco de referencia

Origen de la población en la Costa Atlántica de Nicaragua

Nicaragua, por su posición estratégica entre dos masas terrestres grandes, era lugar de tránsito obligatorio de todos los pueblos que se dirigían del Norte al Sur o del Sur al Norte. Lo que todavía no está muy claro es, si los primeros pobladores de la Costa Atlántica de Nicaragua vinieron del Norte o llegaron desde el Sur del Continente Americano.

Una primera teoría plantea que los primeros pobladores de la zona Atlántica de Nicaragua provenían del Norte, más específicamente de México, por las semejanzas de las lenguas indígenas habladas en México y en la Costa Atlántica (Miskito, Sumu-Mayangna, Rama). Todo eso hace unos 6,000 a 8,000 años. (Smutko Gregorio. La presencia Capuchina entre los Miskitos 1915 – 1995. Pagina 17)

Una segunda teoría afirma la procedencia de los pueblos indígenas de la Costa Atlántica de Nicaragua del Sur de América y más específicamente de Colombia hace unos mil años, basando la argumentación sobre las similitudes en costumbres e idiomas. Para afirmar esta teoría se menciona la ausencia de costumbres similares en México, lo que indicaría el origen Suramericano. (Smutko Gregorio. La Mosquitia. Pagina 37)

Independientemente del origen de los pueblos autóctonos de la Costa Caribe, lo que se sabe es que cuando llegaron los europeos a la región, encontraron una gran variedad de culturas, pueblos y lenguas, asentados sobre todo en la cercanía de los grandes ríos.

Actualmente conviven en el Municipio de Puerto Cabezas de la Región Autónoma Atlántico Norte cuatro grupos indígenas y étnicos, siendo esas las siguientes:

- Miskitos
- Mestizos
- Creole
- Sumu-Mayangna

Según un estudio socio-económico del Municipio de Puerto Cabezas en 1999 el número de habitantes era de 49.367 con la siguiente distribución étnica:

Indígena/Etnia	Número	%	Urbano	Rural
Miskito	35.692	72,3	16.418	19.274
Mestizo	10.713	21,7	8.742	1.971
Creole	2.814	5,7	2.786	28
Sumu-Mayangna	148	0,3	92	56
Total	49.367	100	28.038	21.329

(Fuente: Diagnóstico socio-económico de Puerto Cabezas. 1999)

Reseña histórica de Puerto Cabezas - Bilwi

El Municipio de Puerto Cabezas se encuentra ubicado en la franja costera del Atlántico Norte de Nicaragua. Perteneció a la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN).

Sus límites geográficos actuales son:

Norte: Municipio de Waspam
 Sur: Municipio de Prinzapolka
 Este: Mar Caribe
 Oeste: Municipio de Rosita y Waspam

Recientemente (2 de Junio 1996), por la reforma a la Ley No. 59 que trata sobre la división política y administrativa de la República de Nicaragua, la cabecera Municipal recuperó su antiguo nombre "Bilwi", siendo también la sede del Gobierno Regional Autónomo (Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal. Asociación de Municipios de Nicaragua: Municipio de Puerto Cabezas; Proyecto de Transmisión de Gobiernos Locales. Septiembre 1996).

Bilwi está ubicado a orillas del Mar Caribe, limita al norte con la comunidad de Tuapí, al sur con la comunidad de Wawa Bar, al este con el Mar Caribe y al oeste con la comunidad de Kamla.

Bilwi se fundó hace aproximadamente 120 años cuando frente a sus costas naufragó un barco de un pirata inglés apellidado Bragman. En una punta rocosa (hoy barrio El Cocal – Punta Fría) estableció su guarida, llamándola punta Bragman's Bluff (Punta de Bragman). Anteriormente este territorio era conocido con el nombre de "Bilwi" que en lengua mayangna significa "hoja de serpiente". Otros señalan que su nombre es derivado de la expresión en lengua inglesa "Bill Way", que quiere decir "el camino de Bill", por un caserío donde actualmente se ubica el barrio El Cocal y para llegar hasta este lugar había que pasar por la casa de un extranjero llamado Bill. (Rigby B., Bush D., Davis S. Reseña Histórica de Puerto Cabezas hasta los años 70. 1996).

La ciudad y el municipio de "Puerto Cabezas" se crearon en Febrero 1929. La nueva localidad fue nombrada así en memoria del General Rigoberto Cabezas, líder en la reincorporación de la Mosquitia a Nicaragua y nombrado Gobernador Civil de la Costa Atlántica en 1894. (Romero Vargas. Historia de la Costa Atlántica. 1996. Pagina 137)

El crecimiento de la ciudad de Bilwi se da por las concesiones realizadas por el Gobierno de Zelaya en los años de 1900 a empresas norteamericanas para la explotación de recursos forestales (pino) y para el cultivo de bananos de exportación:

- Bragman's Bluff Lumber Company
- Standard Fruit Company
- Long Leaf Pine Lumber Company (NIPCO)

El crecimiento demográfico de Bilwi ha venido fluctuando como producto de las actividades económicas de las compañías madereras y bananeras. (Rigby B., Bush D., Davis S. Reseña Histórica de Puerto Cabezas hasta los años 70. 1996).

Año	Habitantes de Bilwi
1921	alrededor de 20 personas (en un caserío)
1929	350 personas
1935	1.200 personas
1940	aproximadamente 8.000 personas (compañías extranjeras)
1995	19.713 personas (Censos Nacionales. Cifras oficiales preliminares 1995)
2000	28.038 (Diagnóstico socioeconómico de Puerto Cabezas. 1999)

Los Miskitos

Está aceptada la teoría, que en el año 1641 naufragó en las aguas de Cabo Gracias a Dios, en el extremo norte de Nicaragua, una nave portuguesa con esclavos negros a bordo. Parece que éstos se habían apoderado de la nave y naufragaron por falta de experiencia en el mar. Los esclavos supervivientes fueron capturados por los indígenas de la zona: los Tawira y los Bawihka. Con el pasar de los años los esclavos lograron integrarse a la cultura indígena, se casaron con mujeres indígenas y formaron así el pueblo miskito. (Smutko Gregorio. La Mosquitia. Pagina 52)

No hay evidencias claras sobre el nombre "miskito". Algunos autores se refieren a la expresión española de "indios mixtos", hablando de la sangre mezclada entre indígenas y negros. Otros piensan que los miskitos fueron los únicos en poseer armas de fuego que los ingleses llamaron "musket". (Smutko Gregorio. La Mosquitia. Pagina 72). De allí el nombre actual. La gran mayoría de los investigadores coinciden en que el nombre de miskitos nada tiene a que ver con el insecto mosquito.

El grupo de los miskitos tomó auge con la llegada de los ingleses y las relaciones comerciales que se establecieron entre ellos. A raíz de estas relaciones en el año 1661 fue coronado el primer rey de la Mosquitia: Old Man I. (Ronald Brooks. Notes on the history of the Nicaraguan Caribbean Coast. Pagina 65). La

monarquía duró hasta el año 1894 (último rey¹²: Chief Robert Henry Clarence) y el papel que jugó la monarquía y sus conexiones con los ingleses fue de mucha importancia para los miskitos. El contacto con los ingleses los convirtió en el grupo más poderoso de la zona. Tenían armas de fuego y lograron perfeccionar las técnicas de navegación utilizando embarcaciones más grandes e impulsados por velas. Esto les permitía viajar más rápidamente, con más frecuencia y a lugares más lejanos, sometiendo a su poder grandes territorios.

Los Sumu-Mayangnas

El nombre "Sumu" es un término genérico que se les daba a todos los grupos indígenas que no eran Miskitos, incluyendo un sinnúmero de subgrupos, de los cuales actualmente solamente tres existen todavía: Tuahka, Panamahka y Ulwa. Por ser un nombre de connotaciones despectivas, una parte de este grupo indígena se dio el nombre de "Mayangna", que significa "Hijos del Sol". Hay que mencionar que no todos los grupos están de acuerdo con ese nombre, así que generalmente se les da el nombre de "Sumu-Mayangna".

Los Sumu-Mayangnas han experimentado una constante reducción demográfica desde la llegada de los Europeos a la región. Factores que determinaron esta disminución eran la dominación y esclavización a la cual fueron sometidos por parte de los Miskitos, la asimilación de algunos grupos a culturas dominantes (ejemplo: los Matagalpas en la zona de Matagalpa) y diferentes enfermedades infecciosas que diezmaron poblados enteros (ejemplo: cólera, influenza y malaria). (centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica (CIDCA/UCA). Demografía Costeña. Notas sobre la historia demográfica y población actual de los grupos étnicos de la Costa Atlántica Nicaragüense. Pagina 23).

Los Sumu-Mayangnas siempre han vivido y todavía mantienen esa costumbre, en las riberas de los grandes ríos de la región, viviendo de la pesca, caza y la agricultura. Los tres grupos actuales existentes todavía mantienen su lengua y viven en territorios relativamente bien delimitados: la Reserva de Bosawas, el Río Bambana y Tungki, el Norte del departamento de Jinotega, Karawala (Río Grande de Matagalpa) y Sikilta (Siuna).

Los Mestizos

A principio del siglo XVI se mira en todo el territorio Centroamericano un proceso de interacción entre los conquistadores europeos y la población indígena.

¹² El primer rey recibió su título de los Ingleses en el año 1661, a partir del 1860 con el Contrato de Managua entre Inglaterra y Nicaragua, cambiaron el título de "rey" a "chief" (Meschkat Klaus et. al. Mosquitia. Die andere Hälfte Nikaraguas. Über Geschichte und Gegenwart der Atlantikküste. Junius. Hamburg. 1987)

El resultado es la sociedad mestiza. La Conquista Española se distinguió por su destrucción y matanza, mientras la Conquista Británica era menos violenta, pero por eso no menos dramática. Los primeros contactos de los indígenas del Atlántico con Europeos los establecieron piratas ingleses y comerciantes que aprovecharon la ausencia de los españoles del Pacífico. El interés de los piratas consistía en acumular riquezas, en ese caso con el apoyo de los aliados Miskitos y de los comerciantes, conquistar nuevos mercados para ganancias propias y para la corona inglesa. (Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica (CIDCA/UCA). Demografía Costeña. Notas sobre la historia demográfica y población actual de los grupos étnicos de la Costa Atlántica Nicaragüense. Pagina 43).

Las primeras presencias de Mestizos en la Costa Atlántica datan después de 1860 y la migración mestiza hacia la Costa aumentó substancialmente después de la incorporación militar a finales del siglo pasado. A pesar de eso, hasta los años 30 el idioma principal para las actividades económicas todavía era el inglés. La mayor migración de Mestizos hacia la Costa ocurrió después de los años 1950. La situación agraria del Pacífico obligó a muchos Mestizos a buscar nuevas tierras para la sobrevivencia, encontrando la salida a este problema en la migración hacia la Costa Atlántica. Desde ese momento sigue desplazándose la frontera agrícola de Nicaragua hacia el Atlántico. (Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica (CIDCA/UCA). Demografía Costeña. Notas sobre la historia demográfica y población actual de los grupos étnicos de la Costa Atlántica Nicaragüense. Pagina 44).

Actualmente las zonas de mayor concentración Mestiza son las Minas, especialmente el Municipio de Siuna y la ciudad de Bilwi.

Los Creoles

La población étnica Creole de la Costa Atlántica tiene su origen en el comercio de esclavos desde el Continente Africano a partir de 1565. Para el trabajo en las diferentes plantaciones (tabaco, algodón, azúcar) se necesitaba mano de obra, ya que la población indígena estaba en una etapa de exterminio.

En lo que se refiere a la RAAN, fueron relativamente pocos los Creoles que llegaron a esta región como esclavos. La gran mayoría llegó a finales del siglo XIX desde las islas del Mar Caribe, buscando trabajo asalariado en las diferentes empresas ya como personas libres. De esta manera se establecieron sobre todo en las ciudades de Bluefields y Bilwi y en las zonas rurales de Corn Island y Laguna de Perlas.

Los negros, desde su traída a América, fueron sometidos a un proceso violento de aculturación, perdiendo sus raíces culturales y sus lenguas y empezando así un proceso de mestizaje que llegó a formar el actual grupo étnico

de los Creole. La población Creole de la Costa Atlántica por ende no es puramente africana, sino una mezcla de rasgos africanos, amerindios y europeos.

Para poderse comunicar con sus "amos" y con sus compañeros esclavos, tenían que adoptar una lengua ajena, formando así la lengua Creole. Con el transcurso de los años se formó una cultura propia, con su forma de religiosidad, su gastronomía, sus ritmos musicales y sus danzas. (Rigby Betty et al. Los Creoles de Bilwi. Una descripción etnográfica. 1997).

Cosmovisión indígena

La Cosmovisión indígena (Miskita y Sumu-Mayangna) es el resultado de una acumulación de experiencias por centenares o miles de años, pasando de generación a generación conocimientos sobre recolección de frutas, caza, pesca, las plantas medicinales, los seres supremos y mitológicos, los sukias y ditalyang, la utilización de recursos naturales para la construcción de viviendas, el vestuario, la división de trabajo, el comercio, los viajes por los ríos y el mar, la preparación de comidas, el arte en forma de música, danzas, cuentos y poemas y por fin las reglas sociales de convivencia. Mucho de la cultura Miskita y Sumu-Mayangna se ha perdido en los últimos 100 años debido a las grandes migraciones causadas por la presencia e influencia de empresas extranjeras de explotación bananera, pesquera, minera y forestal y por la llegada de religiones foráneas (Iglesia Morava y Católica) a la región con una imposición de nuevas creencias y valores. En las comunidades más lejanas de las ciudades de la Costa Atlántica todavía hay grupos que mantienen costumbres ancestrales, mientras en Puerto Cabezas, las Minas y en Waspam, se observa la influencia de otras culturas con otros valores y un alto grado de transculturación.

Características que todavía se mantienen muy arraigadas en la población indígena es el uso de la lengua miskita y sumu-mayangna, la forma de vivir en familias muy extensas con una relación muy estrecha y un alto sentido de unidad y el uso de la medicina tradicional autóctona con el apoyo de plantas medicinales utilizadas por curanderos, sobadores, profetas y sukias/ditalyang. En lo que respecta al grupo indígena Sumu-Mayangna, todavía mantienen muy arraigados el patriarcado y raramente se casan o se juntan con personas de otro grupo.

En toda la literatura existente sobre la historia de la cultura Miskita y Sumu-Mayangna, se encuentra muy poca referencia sobre la prostitución y nada sobre la homosexualidad. En relación a la prostitución, solamente Eduard Conzemius menciona que ésta nunca fue una práctica institucionalizada entre los Miskitos y que se ha vuelto común en los asentamientos donde había un alto porcentaje de extranjeros y de "ladinos". (Eduard Conzemius. Miskitus y Sumus. Estudio etnográfico sobre los Indios de Honduras y Nicaragua. Pagina 293). Lo mismo vale

para el grupo de los Creoles. No existe ninguna referencia bibliográfica sobre la percepción de la prostitución y/o homosexualidad en la etnia Creole.

En una entrevista con Avelino Cox¹³, él menciona dos acontecimientos históricos fundamentales que marcaron la temática de la homosexualidad y de la prostitución: la llegada de la Iglesia Morava (1849) sobre todo para la homosexualidad y la llegada de las transnacionales bananeras (1880 – 1940) y madereras (siglo diecinueve y principios del siglo veinte)¹⁴ para la prostitución.

Anteriormente, según información de Avelino Cox, las personas con orientación homosexual no sufrieron humillación por parte de la comunidad, solamente eran vistos como personas sin voluntad, como más mujeres que hombres. Se menciona también que no podían defenderse. Con la llegada de la Iglesia Morava se agravó la situación y empezó el rechazo abierto en forma de crítica, de maltrato y de verlos como enviados del diablo. A las personas homosexuales se les daba el nombre de "suri" en el pueblo miskito y "malaipi" en los indígenas sumu-mayangnas. Los dos nombres eran apodos que se habían dado a dos personas con orientación homosexual (Suri de Asang Río Coco y Malaipi de una comunidad Sumu-Mayangna) y los nombres quedaron generalizados. Actualmente se han perdido un poco estos términos.

La llegada de las transnacionales y empresas extranjeras a la región favoreció el surgimiento de la prostitución a escala más grande. Anteriormente existía la prostitución, pero muy limitada a las comunidades más grandes, donde se podía garantizar un mínimo de anonimato. Esa necesidad de mantenerse en incógnita fue posible con el crecimiento de los campamentos de los trabajadores y el crecimiento de la ciudad de Bilwi. Se menciona la llegada a Bilwi de mujeres de Francia, Alemania y otros países, traídas por las compañías extranjeras, que cambiaron la forma de prostitución en esta ciudad. Generalmente en las comunidades indígenas las mujeres trabajadoras del sexo han tenido una vida más fácil que los HRSH, apoyadas por su independencia económica han sabido defenderse y han tenido liderazgo dentro de las comunidades. Para decirlo con las palabras de Avelino Cox: "...era más aceptable una prostituta que un homosexual". Avelino Cox observa otra característica muy interesante del Pueblo Indígena Miskito: la mayoría de los padres y de las madres preferían tener hijas en vez de hijos, porque éstas aseguraban y garantizaban más la vejez de los padres, aún a través de la prostitución. En ese sentido no era mal vista la salida de la comunidad de una mujer, porque con su trabajo mandaba semanal o mensualmente una "caja" para los padres, proporcionándoles así un apoyo económico a la familia. El nombre que generalmente se les daba era de "yabal mairka" que significa mujer del camino (mujer de la calle).

¹³ Avelino Cox es un reconocido historiador e investigador del Pueblo Indígena Miskito que publicó la primera obra sobre la Cosmovisión del Pueblo Miskito. Entrevista con Avelino Cox en Bilwi el 27 de Febrero 2001.

¹⁴ Información sobre la llegada de la Iglesia Morava y la llegada de las Transnacionales bananeras y madereras tomada de libro de Germán Romero Vargas, Historia de la Costa Atlántica, paginas 116 y 147.

Interculturalidad

En lo que respecta al trabajo que las diferentes instituciones y organismos están realizando en el ámbito de salud de la RAAN, la interculturalidad no puede ser un principio que se incluye en un momento específico durante el proceso de abordaje a un problema, sino tiene que ser un eje que atraviesa todo los esfuerzos que se están haciendo; en nuestro caso el trabajo de parte de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS con los dos grupos: HRSH y trabajadoras del sexo.

Como menciona Myrna Cunningham en su trabajo "Interculturalidad y salud", la interculturalidad no se refiere a un pueblo o a un grupo en particular, sino que involucra a toda la sociedad. En ese sentido, "interculturalidad significa relaciones entre culturas dinámicas. Significa aprovechar lo mejor de cada cultura. Se trata de que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas".¹⁵ En ese sentido Jaime Ibacache Burgos en su artículo "La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural" habla de "Epidemiología Intercultural" entendiéndola como una "herramienta analítica que nos permite comprender los eventos relacionados con salud y enfermedad en poblaciones de diferentes culturas"¹⁶, y tal vez se podría agregar a este punto y en relación a nuestro trabajo: y con poblaciones o grupos con diferente problemática social.

En una reunión sostenida por la OPS en 1998 sobre interculturalidad y formación de recursos humanos en salud se presentó un cuadro de elementos a tomarse en cuenta en la incorporación de la interculturalidad en los diferentes trabajos que se están llevando a cabo con diferentes grupos. El cuadro resume de manera muy clara la importancia del abordaje intercultural en todos los ámbitos de salud y en particular también en el trabajo con grupos marginados como el Grupo de los HRSH y el Grupo de las Trabajadoras del Sexo.¹⁷ (Ver cuadro completo en Anexo 7)

¹⁵ Cunningham Mirna. Interculturalidad y Salud. Dossier Maestría en Salud pública intercultural. Bilwi 1999.

¹⁶ Ibacache Jaime Burgos. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Texto Internet. Pagina 8.

¹⁷ El cuadro fue publicado en la pagina 12 del trabajo "Interculturalidad y Salud" de Cunningham Myrna.

La Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi

Debido al inminente peligro de la expansión de la epidemia del SIDA hacia la Región Autónoma del Atlántico Norte, a fines de 1993 un grupo de salubristas de Bilwi decidió tomar la iniciativa de crear un movimiento para promocionar formas de vida sanas que permitiesen prevenir esta enfermedad. De esta iniciativa desde la sociedad civil surgió la Comisión de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual de Bilwi, que se propuso dar inicio a las actividades en el casco urbano de Puerto Cabezas (Bilwi).

Para su funcionamiento, la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS solicitó financiamiento al Centro Clínico Bilwi, que presentó un proyecto a las organizaciones no gubernamentales ÖED de Austria y SAIH¹⁸ de Noruega. La Comisión inició sus labores en septiembre de 1993.

En primera instancia se organizó el trabajo desde la perspectiva de prevención por medio de información. Para conocer más sobre los conocimientos, costumbres, hábitos y actitudes sobre la vida sexual, se realizó un estudio CACP (Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas) sobre ETS, VIH y SIDA con la población de Bilwi, que fue de gran utilidad para el diseño del modelo de prevención.¹⁹ Uno de los resultados más importantes de dicho estudio fue el reconocimiento de que los diferentes grupos sociales o de interés tenían formas muy diferentes de percibir el fenómeno y reaccionaban de manera dispar ante una posible intervención de educación en salud. Es por ello que la Comisión decidió crear grupos de trabajo de acuerdo a los diferentes perfiles sociales. Estos grupos de trabajo serían los siguientes:

- jóvenes
- religiosos
- trabajadores de la salud
- militares
- maestros escolares
- mujeres
- buzos
- **HRSH**
- **mujeres trabajadoras del sexo**

¹⁸ ÖED = Österreichischer Entwicklungsdienst (Servicio Austríaco de Cooperación para el Desarrollo). SAIH = Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpesfond (Fondo de Asistencia internacional de los Estudiantes y Académicos Noruegos).

¹⁹ El Estudio CACP fue realizado a finales del 1993 por la investigadora Lic. Josefina Pauw en colaboración con la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y sirvió como línea de base para el inicio de trabajo de la Comisión.

Cada uno de estos grupos tiene su propio abordaje del problema, de acuerdo a la forma de percibirlo.

En un inicio las actividades de la Comisión abordaban el problema desde una óptica de población en riesgo. Sin embargo a medida que el trabajo se fue desarrollando, el enfoque varió hacia un enfoque de actitud, prácticas y comportamiento de riesgo, elemento que permitió un trabajo sin aquellos elementos discriminativos que inicialmente se percibían en torno a los HRSH y las mujeres trabajadoras del sexo.

Al cabo de dos años de trabajo de prevención en el casco urbano de Bilwi, en el que predominaron las actividades informativas, la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS decidió ampliar sus actividades hacia el territorio rural del Municipio de Puerto Cabezas, para lo que definió un plan de intervención al respecto. A partir de ese momento se separaron los proyectos de financiamiento, asumiendo el proyecto financiado por SAIH el trabajo con los nueve grupos a nivel del casco urbano y el financiado por el OED Austria las actividades a nivel de las comunidades. Esto no sólo permitió la ampliación de la cobertura hacia las comunidades, sino que permitió brindar un impulso diferenciado a los grupos y facilitó el manejo administrativo de los proyectos. A partir de enero de 1999 la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS logró extender su trabajo preventivo hacia Waspam, cabecera del Municipio de Wangki, creando una oficina permanente en el casco urbano de Waspam. En febrero del mismo año empezaron los talleres de capacitación a diferentes sectores de Waspam y un programa radial con el apoyo de una coordinadora del proyecto y una promotora/facilitadora.

En siete años de labores de promoción, la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS se ha transformado en una verdadera expresión de la organización desde la sociedad civil, que ha coordinado sus esfuerzos con las demás instancias gubernamentales y no gubernamentales involucradas al problema. Actualmente participan de manera activa en las labores de promoción de una sexualidad libre de riesgo el Ministerio de Salud a nivel local, el Ministerio de Educación Cultura y Deporte, la Iglesia Morava y Católica, otras denominaciones eclesiásticas menores, el Centro Clínico Bilwi, el Movimiento de Mujeres, entre otros. Se puede considerar que la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS se ha transformado en un punto de referencia para este tipo de problemas, no sólo a nivel local, sino que también a nivel de la Región.

En la actualidad el trabajo con los HRSH (Grupo 8) y con las Mujeres Trabajadoras del Sexo (Grupo 9) es una de las actividades principales contemplada en el "Proyecto de Apoyo a la Promoción de la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en el casco urbano de Bilwi y en las 71 comunidades de Puerto Cabezas" elaborado en Junio de 1997 con terminación en Agosto del año 2001. El proyecto tiene como objetivo principal "impulsar cambios en el nivel de conocimientos, en las formas de actitudes y creencias y así promover prácticas sexuales más seguras que le permitan a la población del casco urbano de Bilwi y de las 71 comunidades rurales de Puerto Cabezas una

mayor protección en relación al SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, creando nuevas capacidades para enfrentar este problema social" (Ver Anexo 12: Mapa de Bilwi y Municipio de Puerto Cabezas). A través de cuatro objetivos específicos (Capacitación a la población; Promoción de comisiones en otros Municipios de la región; Creación de una red de Consejeros Voluntarios; Fortalecimiento de los Consejeros Voluntarios) se delimitan una serie de actividades que se centran alrededor de la promoción de prácticas sexuales seguras, capacitación mediante técnicas de la educación popular, la participación de la sociedad y la coordinación intersectorial de los diferentes actores sociales del Municipio de Puerto Cabezas. Las siguientes actividades menciona el proyecto:

- a) Captación y Capacitación a Promotores²⁰
- b) Realización y transmisión de programas de radio en diferentes lenguas por diferentes emisoras en Bilwi
- c) Capacitación y seguimiento a Consejeros Voluntarios²¹
- d) Elaboración de materiales impresos
- e) **Realización de actividades concomitantes a la promoción y fortalecimientos de dos grupos con comportamiento a alto riesgo: HRSH, Mujeres trabajadoras del sexo**
- f) Capacitación del equipo e intercambio de experiencia
- g) Establecimiento de puestos de distribución de preservativos (condones)
- h) Puesta de rótulos
- i) Realización de charlas a los buzos

En relación al punto e) de las actividades, el proyecto dice textualmente lo siguiente:²²

Metodología

Para que los diferentes grupos sociales que desarrollan actividades en relación a la promoción de una vida con opciones a disminuir el riesgo de enfermarse con SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, se fortalezcan en su identidad y logren mayores niveles de empoderamiento, es pertinente la realización de ciertas actividades que complementen las actividades de capacitación y seguimiento. Sobre todo los grupos 8 y 9 (HRSH y trabajadoras del sexo respectivamente) demandan actividades que van más allá de la mera capacitación en torno a la protección contra el SIDA. Estas actividades deben

²⁰ Promotores son personas capacitadas en talleres de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS con un bajo nivel de compromiso en realizar actividades de promoción y prevención.

²¹ Consejeros Voluntarios o CV son personas que participan con regularidad en las capacitaciones de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y tienen un nivel más alto de compromiso en realizar actividades de promoción y prevención.

²² Texto literal del Proyecto de Apoyo a la Promoción de la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en el casco urbano de Bilwi y en las 71 comunidades de Puerto Cabezas entregado por el Centro Clínico Bilwi y la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi en Junio 1997

tender a fortalecer la identidad de estos grupos, a empoderarse de sus actividades y a fortalecer su autoestima. Se plantea por un lado realizar intercambios de experiencias con grupos similares en el país y el istmo centroamericano y capacitaciones en torno al manejo y desarrollo de proyectos, para lograr mayores niveles de autogestión. Por otro lado se considera pertinente la solicitud de estos grupos para que se les brinde una atención en salud calificada en torno a enfermedades de transmisión sexual y a salud reproductiva. Esta solicitud fue planteada en múltiples ocasiones. Se realizarán en este componente las siguientes actividades:

- Atención médica calificada a los aproximadamente 200 miembros de estos grupos, que incluye elementos curativos, de prevención y promoción, así como la realización de tests VIH a demanda de los / las pacientes.
- Realización de intercambios de experiencia con otros grupos afines en el país.
- Participación en talleres de capacitación relacionados a la organización y participación

Resultados esperados

- Se prestaron un total de 1600 consultas integrales (8 por persona al año)
- Se realizaron 400 exámenes VIH al año
- Los grupos trabajaron de manera regular y sistemática.
- Se ha elevado la capacidad de autogestión de los grupos
- Los grupos realizan actividades de promoción en coordinación con la Comisión de Lucha contra el SIDA.
- El nivel de participantes en los grupos se ha mantenido o elevado
- Los grupos participan en la planificación y evaluación de las actividades

Indicadores

- Porcentaje y cantidad de participantes en los grupos
- Cantidad de actividades realizadas por los grupos
- Nivel de satisfacción de los participantes
- Nivel de apropiación por parte de los integrantes (organización, evaluación, ejecución de actividades)
- Cantidad de intercambios realizados
- Nuevas formas de trabajo incluidas
- Cantidad de consultas prestadas
- Cantidad de consultas por paciente
- Cantidad de exámenes VIH realizados

Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos 8 y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi.

Durante el transcurso de los últimos siete años la Comisión de Lucha Contra el SIDA ha realizado una serie de actividades con el Grupo 8 (Hombres

que tienen Relaciones Sexuales con Hombres) y el Grupo 9 (Mujeres Trabajadoras del Sexo). Uno de los objetivos principales del trabajo con los dos grupos es impulsar cambios en el nivel de conocimientos de los miembros de los dos grupos, impulsar un cambio de actitud en relación a prácticas sexuales más saludables y concientizar a la población en torno a la homosexualidad y la prostitución.

Para tal fin se diseñó un proyecto que contemplaba la formación de los dos grupos y el trabajo con ellos/as. Al principio el esfuerzo se concentró sobre todo a la transmisión de conocimientos sobre el VIH-SIDA y todas las ETS a través de talleres de capacitación y encuentros. Más adelante se integraron diferentes temas que apoyaron el proceso de fortalecimiento de los dos grupos: autoestima, comunicación, identidad de grupo, homosexualidad, prostitución etc.

La Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS se dio cuenta, que no bastaba solamente garantizar la transferencia de información y la realización de talleres sobre diferentes temas, sino que era necesario incluir en el trabajo actividades recreativas, fiestas, encuentros etc., para así lograr una mayor consolidación y cohesión de los dos grupos.

Otro paso para mejorar el trabajo con los dos grupos era ofrecer a los miembros una consulta médica con exámenes de laboratorio, consulta médica y los respectivos medicamentos en caso de necesidad. Con la consulta médica se les garantizó a los miembros de los dos grupos conocer su estado de salud y apoyar el proceso preventivo y de auto-cuido.

A la par de eso el equipo de trabajo de la Comisión trató en un cuarto paso impulsar y fortalecer el liderazgo interno, la identidad grupal y la autodeterminación de los dos grupos.

El programa ha sido eficaz en relación con la transmisión de información básica sobre VIH-SIDA y ETS. La gran mayoría de los miembros de los dos grupos tienen información y conocimientos sobre las causas, los síntomas y la prevención de estas enfermedades. Esto se puede constatar, cuando miembros de los dos grupos realizan pequeñas charlas a lo interno de los grupos sobre las diferentes ETS. El nivel de conocimientos se refleja también en los repasos que se realizan en las reuniones semanales y en los talleres.

Durante el transcurso de los años siempre se han repartido condones a los miembros de los dos grupos. Desde su principio no se han encontrado problemas con los dos grupos. Mencionaron que sí utilizaron los condones y llegaron en varias ocasiones fuera de las reuniones a pedir más condones. Analizando los resultados de las consultas médicas, se puede observar un alto índice de ETS y una alta tasa de reinfección. El esfuerzo realizado por el equipo de trabajo con relación a disminuir la prevalencia de ETS no ha logrado el cumplimiento de los objetivos. Hay que diseñar y validar estrategias más adecuadas para incrementar

el uso adecuado del condón. (Ver Anexo 4: Resultados de Revisión de Expedientes Clínicos de los Grupos 8 y 9).

La Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi valoró desde sus inicios, hace siete años, el uso del preservativo como una de las opciones más efectivas para disminuir el riesgo de infectarse de alguna enfermedad de transmisión sexual. Para tal efecto la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS empezó la distribución gratuita de condones desde el año 1994. Ésta se realizó mediante puestos de distribución gratuita de condones en diferentes puntos estratégicos de Bilwi (bares, hospedajes, ventas, librerías, casas de Consejeros Voluntarios etc.), a través de la repartición de preservativos en los talleres del área rural y urbana y la entrega de condones a personas que lo solicitaron, además del abastecimiento con condones de diferentes puestos de salud del Municipio de Puerto Cabezas, la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Waspam y el Centro de Salud en la Mina Rosita. Revisando los datos estadísticos de la Comisión y del MINSA-SILAIS de Bilwi, se observa un ascenso sustancial de entrega de condones a la población.²³ (Ver Tablas en Anexo 8)

A partir del año 2000 la Comisión adoptó una nueva estrategia en la distribución de condones, limitando su entrega gratuita a las comunidades rurales, los participantes de los talleres y personas que los solicitan directamente en la oficina de la Comisión. Los puestos de distribución gratuita se transformaron en puestos de venta de condones, garantizando un precio accesible y variedades de condones. Todo eso con el fin de comprometer a los usuarios de hacer un pequeño esfuerzo propio para lograr una vida sexualmente sana.

En cuanto a la cantidad de preservativos que se repartió en el año 2000 a los dos Grupos 8 y 9, los informes de la Comisión reflejan los siguientes números: para el Grupo de las Trabajadoras del Sexo la cantidad de 2.500 y para los HRSH 2.800 condones.²⁴

Con relación a la identidad de grupo y el liderazgo de los miembros del Grupo 8 y 9 se piensa que es necesario incrementar los esfuerzos de parte de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi. Se pueden observar los primeros pasos en el Grupo de los HRSH ya que a través de una carta dirigida a la Comisión están pidiendo varios cambios para fortalecer la identidad de grupo y mejorar el trabajo con la Comisión. En el Grupo de las trabajadoras del sexo se observa un más alto nivel de conflictos y una segregación más acentuada entre los diferentes miembros.

²³ La Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS empezó en el año 1994 con la distribución de 10.000 condones para llegar en el año 2000 a la cantidad de 60.000. El Minsa-Silais de la RAAN reporta para los años 1999 y 2000 en lo que es la distribución gratuita de condones en el Municipio de Puerto Cabezas los siguientes números: 1999: 6.368 condones y 2000: 13.803 condones.

²⁴ Fuente: informes internos de la Comisión de Lucha Contra el SIDA. 2000.

Para poder hablar de eficacia del programa de la Comisión dirigido a los dos grupos hay que tomar en cuenta lo antes mencionado, por lo tanto, eficacia se alcanza cuando:

- Los miembros de los dos grupos llegan con regularidad y voluntariamente a las consultas médicas.
- La prevalencia de ETS en los dos grupos baja considerablemente.
- La frecuencia de reinfección de los miembros de los dos grupos es controlada y baja.
- Los dos grupos se encuentran regularmente en reuniones semanales. Una reunión con la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y una solamente el grupo.
- El nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA y las demás ETS es alto.
- Los miembros de los dos grupos hacen propuestas de temas que tocar en los talleres y proponen facilitadores.
- Del seno de los dos grupos salen propuestas para el fortalecimiento y el avance de los dos grupos.
- El nivel de participación en los talleres de capacitación es alto.
- El número de miembros de los dos grupos está aumentado.
- A través de gestiones de los dos grupos y con el apoyo de la Comisión hay contacto e intercambio de experiencias con otros grupos en Nicaragua y Centroamérica.
- Los miembros de los dos grupos participan en la planificación y la evaluación de las diferentes actividades.
- Los miembros de los dos grupos realizan actividades de promoción y prevención en coordinación con y la Comisión de Lucha Contra el SIDA y diferentes organismos e instituciones.
- Los dos grupos tienen una directiva elegida y funcionante.
- Los dos grupos logran para el futuro una autogestión con fondos administrados y ejecutados por ellos mismos.
- La administración de los fondos y de los materiales de los dos grupos es transparente.

Organización de los Grupos 8 y 9

Los dos grupos existen desde ya siete años y nacieron en el seno de la Comisión de Lucha contra el SIDA/ETS de Bilwi. Para conocer más sobre los conocimientos, costumbres, hábitos y actitudes sobre la vida sexual, la Comisión realizó un estudio CACP con la población de Bilwi. Uno de los resultados más importantes de dicho estudio fue el reconocimiento de que los diferentes grupos sociales o de interés tenían formas muy diferentes de percibir el fenómeno y reaccionaban de manera dispar ante una posible intervención de educación en salud. Es por ello que la Comisión decidió crear grupos de trabajo de acuerdo a

los diferentes perfiles sociales. Dos de estos grupos fueron entonces el grupo de los HRSH y el grupo de las trabajadoras del sexo.

Además de tener una percepción diferente de la problemática ETS y su posible prevención, los dos grupos presentan un comportamiento de riesgo que influye considerablemente en la alta prevalencia y frecuencia de reinfección de ETS. Tomando en cuenta los comportamientos sexuales de riesgo de los miembros de los dos grupos hay una exposición mayor del problema hacia la comunidad y de ésta hacia los miembros de los grupos. Además, la situación socio-económica actual que vive el país, la región y de manera especial los dos grupos, hacen los miembros más vulnerables a tener conductas y hábitos no saludables y por ende dificulta de manera significativa la organización interna, la búsqueda de identidad, el fortalecimiento del grupo como tal y el liderazgo. A todo esto se suma el rechazo social histórico al cual han sido sometidos y en el cual han tenido que sobrevivir.

En el ámbito de la Maestría en Salud Pública Intercultural de URACCAN - CIES en el módulo de Problemas de Salud se realizó un plan de intervención proponiendo estrategias que enfatizan un abordaje integral al trabajo con los dos grupos. En resumen se mencionó que es necesario trabajar con el componente capacitación elevando más los conocimientos sobre las ETS para fomentar prácticas sexuales saludables, elevando los conocimientos prácticos a través de cursos para crear posibles fuentes alternativas de ingresos y mejorar la situación integral de los miembros para mejorar y favorecer la organización interna, así como la identidad grupal y social de todos los integrantes de los grupos 8 y 9. (Ch. Schnarf, D. García. Plan de Intervención para incidir en la alta frecuencia de reinfección de ETS en los miembros del Grupo 8 y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS.)

Uno de los problemas fuertemente sentido por el Equipo de trabajo de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y en parte también por los miembros del Grupo 8 y del Grupo 9, es la falta de organización interna de los dos grupos. Con otras palabras, hay un vacío de liderazgo que influye negativamente en la identidad y cohesión de los dos grupos.

A mediados del año 2000 el grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres logró salir un poco de esa apatía y planteó a la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS una serie de aspectos que tienen que ver con la identidad de grupo, con su autodeterminación y con exigencias de transparencia.²⁵ La Comisión mira ese paso con optimismo, ya que confirma la existencia de preocupación por parte de algunos miembros en lo que es el salir adelante y el fortalecimiento de su identidad. Queda con el equipo de trabajo de la Comisión en

²⁵ La petición de los miembros del Grupo 8 habla de capacitación técnica, actividades deportivas, culturales y recreativas, intercambio local y nacional de experiencias, transparencia, créditos, mejoramiento de la confianza mutua y creación de condiciones para que el grupo lleve sus propios registros y listados.

conjunto con los miembros activos del Grupo 8 involucrar y motivar al resto del grupo y tratar de impulsar el mismo trabajo en el grupo de las Mujeres Trabajadoras del Sexo

Una de las definiciones de liderazgo lo explica como la capacidad de "moldear una organización (o grupo) de manera tal que sus valores, normas e ideales tengan un gran atractivo para todos sus miembros..." (Liderazgo impulsado por valores Pagina 68). Generalmente se piensa que liderazgo tiene que ver con las acciones y las actitudes de una sola persona, lo que crea lealtad hace esa misma persona por parte de los miembros del grupo. Ese concepto de dejar todo en mano de una sola persona, fue el que caracterizó y todavía caracteriza el funcionamiento de los dos grupos. Tanto el Grupo 8 como el Grupo 9 actúan bajo lo que piensa el "líder" de cada grupo, sin tomar en cuenta que los miembros necesitan sentirse orgullosos de su participación, que quieren dejar huellas de su manera de pensar o actuar y que quieren contribuir a lograr una meta común. (Liderazgo impulsado por valores Pagina 75). Esa situación de vacío se agrava todavía cuando el "líder" actúa para beneficio propio y el resto del grupo lo acepta pensando que llegó la hora que le toca al "líder" actual de aprovechar y sacar beneficios, en algún momento me tocará a mi.

Homosexualidad y Prostitución

Un hecho histórico de amplias proporciones para la sociedad en general jugó la "Revolución Sexual" de los años 60 y 70. Además de proporcionar avances científicos en el campo de la sexualidad, permitió algo de mucha más trascendencia: la tematización pública de la sexualidad. Obviamente poder hablar abiertamente sobre sexualidad y sus diferentes aspectos, no es permitido de manera uniforme en todo el mundo. Hay territorios y países que por su constelación político-religiosa no lo miran con buenos ojos y hasta persiguen y condenan personas e instituciones que trabajan con esta temática.

En lo que respecta la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS de Puerto Cabezas, fue ella la que inició la concientización de la población sobre la importancia de hablar abiertamente sobre sexualidad, sin caer en lo vulgar, respetando sentimientos religiosos y creencias. Esto incluye tematizar las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, la homosexualidad y la prostitución, temas cubiertos todavía de muchos tabúes.

La homosexualidad

Aunque como ya se mencionó, la "Revolución Sexual" desmitificó la homosexualidad y mejoró su imagen, esto no significa que está totalmente aceptada, creando así todavía problemas de marginación, discriminación y culpabilización.

La homosexualidad está definida como "el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo" (J.L. Álvarez-Gayou 1986). "Es la atracción sexual y emocional que sienten los hombres hacia los hombres y la atracción sexual y emocional que sienten mujeres hacia las mujeres. A esto se les llama también atracción hacia el mismo sexo" (free to be me. Texto Internet). A los hombres generalmente se les da el nombre de "gay", mientras a las mujeres se les llama "lesbianas".

Esto significa, que cualquier relación sexual con una persona del mismo sexo es una relación homosexual.

Esta teoría científica contrasta totalmente con el sentir popular, sobre todo de la población latinoamericana, sobre quien es homosexual y quien no. Para ellos el termino homosexual tiene un significado más limitado.

En síntesis afirman, que el hombre activo en la relación sexual (el que penetra) no es homosexual, sino sigue siendo "macho" y el hombre pasivo (el que se deja penetrar) juega el papel femenino y es homosexual.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y son activos, o sea que no se sienten homosexual, dan las siguientes razones (Aráuz Rita. Sexo Inseguro. Nimehuatzin 1997. Pagina 22):

- No sienten placer
- Aunque prefieren el sexo con homosexuales mantienen el rol activo
- Sienten lo mismo con los homosexuales que con mujeres

Es importante ver estas explicaciones del papel "activo" y "pasivo" de la relación sexual bajo una óptica machista y homofóbica.

Para salir de ese dilema, muchos investigadores prefieren hablar de HSH (hombres que se auto-identifican como heterosexuales y tienen relaciones con hombres) o HRSH (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres). Muchos investigadores dedican capítulos diferentes a "Homosexuales" y a "HRSH", ya que tienen importantes implicaciones en lo que son las ETS, incluyendo SIDA y su prevención.²⁶

Los mismos miembros del grupo de los HRSH de Bilwi expresan su homosexualidad de las siguientes formas:

"... la naturaleza mi eligió ser homosexual..."

"Desde la edad de 7 años, cuando yo me enamoré de un muchacho de 10 años... desde ese momento yo me di cuenta que soy homosexual, aunque era bastante niño, pero sabía lo que estaba haciendo." (Informes internos de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. 2000).

Surge la pregunta de ¿cuántas personas con orientación homosexual hay en el mundo? Según estudios realizados por Alfred Kinsey en los finales de los años 40, el 10% de la población tiene preferencia de relacionarse afectiva y/o eróticamente con personas del mismo sexo. Este porcentaje ha sido considerado demasiado elevado en los últimos años mencionando una serie de investigaciones recientes que llegan a determinar un porcentaje de entre 2 a 4% de la población con preferencia homosexual (free to be me. Texto Internet). Tomando un porcentaje de 2%, eso significaría unos 560 HRSH²⁷ para la ciudad de Bilwi.

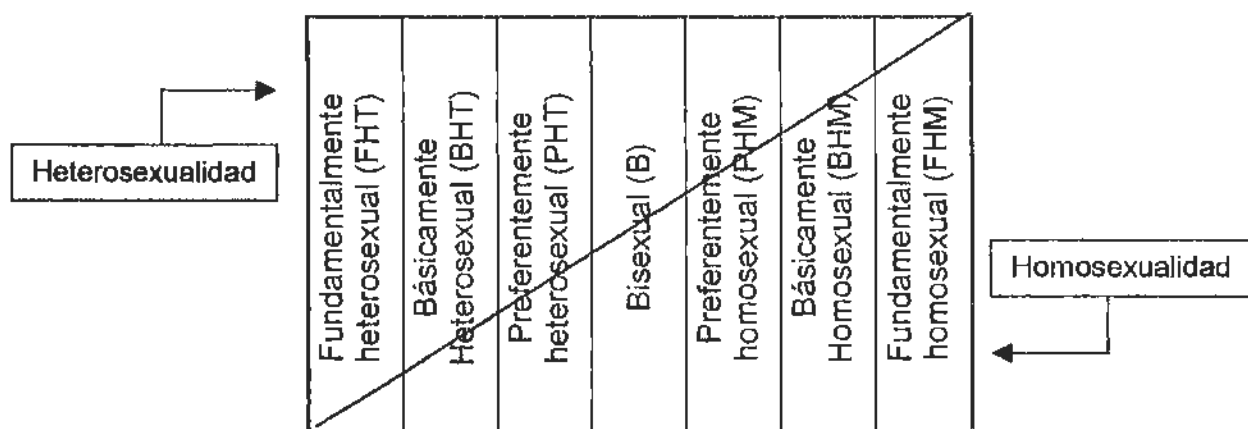
²⁶ Por ejemplo la investigación realizada por Nimehuatzin "Sexo Inseguro" sobre comportamientos sexuales de alto riesgo respecto al SIDA en Puerto Cabezas (Bilwi) y otras tres ciudades de Nicaragua (Bluefields, Corinto y Managua), dedica los capítulos 2 y 3 a "Homosexuales" y "Hombres que tienen sexo con hombres" respectivamente.

²⁷ Tomando como población urbana de Bilwi la cantidad de 28.038 habitantes según el Diagnóstico Socioeconómico de Puerto Cabezas del 1999.

Según observaciones y experiencias nuestras, estimamos una cantidad real de 300 HRSH en Bilwi.

En los diferentes estudios sobre el comportamiento sexual de las personas se detectó que no existe una frontera rígida entre heterosexualidad, bisexualidad y homosexualidad, sino más bien se habla de un 'continuo heterohomosexual', donde cada ser humano se coloca en algún punto. Alfred Kinsey fue el primero en 1948 a proponer este continuo en un gráfico, el cual fue modificado por varios autores en el transcurso de los años.

Cuadro de Kinsey modificado por Lizárraga (Álvarez-Gayou J. L. Sexoterapia integral. 1986. Pagina 21):



Cada uno de los niveles significa un grado de atracción (Alvarez Gayou J. L. Que no te da pena preguntar. Texto Internet):

Fundamentalmente heterosexual (FHT)

Sólo siente atracción por personas del otro género (otro sexo) y no tiene ninguna atracción, ni reconoce belleza en personas de su mismo género.

Básicamente heterosexual (BHT)

Sólo se siente atraído por personas del otro género (otro sexo) pero puede reconocer belleza y por ende cierta atracción por personas de su mismo género.

Preferentemente heterosexual (PHT)

Le atraen más las personas del otro género (otro sexo), pero también le atraen bastante las personas de su mismo género.

Bisexual (B)

Le atraen por igual las mujeres que los hombres, realmente no le atrae más ninguno de los dos géneros (sexos).

Preferentemente homosexual (PHM)

Le atraen más las personas de su mismo género (sexo) pero también le atraen bastante las personas del otro género (sexo).

Básicamente homosexual (BHM)

Sólo se siente atraído por personas de su mismo género (sexo) pero puede reconocer belleza y por ende cierta atracción por personas del otro género.

Fundamentalmente homosexual (FHM)

Sólo siente atracción por personas de su mismo género (sexo) y no tiene ninguna atracción, ni reconozco belleza en personas del otro género.

En cuanto a la etiología de la homosexualidad, fundamentalmente existen tres teorías, pero ninguna satisface ni las exigencias científicas ni la opinión de los HRSH, ya que tienen como punto de partida la opinión que considera la homosexualidad como enfermedad, desviación o perversión. Sólo hasta en 1973 la *Asociación Psiquiátrica Americana* decidió no quitar, sino sólo cambiar la homosexualidad en su 'Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders' de "enfermedad y trastorno" a "orientación sexual que crea conflictos" (Álvarez-Gayou J. L. Sexoterapia integral. 1986. Pagina 26). Sólo algunos países europeos ya no miran la homosexualidad como diagnóstico psiquiátrico.

A continuación tres teorías de origen de la homosexualidad (Álvarez-Gayou J. L. Sexoterapia integral. 1986. Pagina 22):

El origen genético:

Hoy en día no hay elementos que sustenten esta teoría

El origen hormonal:

Hay resultados en estudios científicos de alteraciones y diferencias hormonales en HRSH que a veces son contradictorios entre ellos y no son concluyentes.

Teorías psicológicas:

Existen varias teorías (Freud, Bieber, Bene) que mencionan condiciones sociales-familiares para explicar la orientación homosexual. La más aceptada en la actualidad es el enfoque de Marmor, cuando señala que la homosexualidad es "multideterminada por factores psicodinámicos, socioculturales, biológicos y situacionales".

Un cierto auge lograron en los últimos años teorías que afirman que la orientación homosexual se puede cambiar a una orientación heterosexual si la persona realmente lo quiere. Esta teoría, apoyada sobre todo de grupos de

iglesias cristianas, cambia el abordaje a la problemática y deja lugar a culpabilización. Muchas veces se pueden leer preguntas tales como ¿es posible para una persona gay volverse normal?, lo que automáticamente induce a pensar que una conducta u orientación homosexual es "anormal" (free to be me. Texto Internet).

A pesar de los estudios y el avance científico existe en Nicaragua el Artículo 204 del Código Penal que penaliza la homosexualidad y el lesbianismo. Textualmente el artículo dice lo siguiente:

Artículo 204: "Comete delito de sodomía el que induzca, promueva, propagandice o practique en forma escandalosa el concubito entre personas del mismo sexo. Sufrirá la pena de uno a tres años de prisión. Cuando uno de los que lo practican, aun en privado, tuviere sobre el otro poder disciplinario o de mando, como ascendiente, guardador, maestro, jefe, guardián o en cualquier otro concepto que implique influencia de autoridad o de dirección moral, se le aplicará la pena de la seducción ilegítima, como único responsable." (Código Penal de Nicaragua 1992).²⁸

Muchos países ocupan diferentes formas de represión y discriminación contra los HRSH; actualmente Nicaragua es el único país de América Latina y del Caribe donde la conducta homosexual está penalizada. Los países Chile y Ecuador, que también tenían leyes penales contra la conducta homosexual hace poco cambiaron su legislación (ONUSIDA. Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH-SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe. Texto Internet 1999. Pagina 4).

En el ámbito internacional están aumentando las voces que piden el involucramiento activo de la sociedad civil, demandando la incorporación de la diversidad sexual en su agenda. Es de fundamental importancia que personas con una orientación homosexual gocen y ejerzan plenamente los derechos humanos, sean esos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Para tal efecto se están postulando los siguientes puntos: el reconocimiento de la autonomía en las decisiones sobre su propio cuerpo, garantizar el respeto a la diversidad sexual a través de la visibilización, el derecho a la diferencia como parte de los derechos humanos, la lucha en contra de la discriminación económica, quebrar el monopolio heterosexista con relación al reconocimiento matrimonial, la lucha por el derecho efectivo a la salud y por último garantizar una verdadera participación ciudadana. (Hinojosa Claudia y Incháustegui Teresa. La agenda de la sociedad civil respecto

²⁸ A pesar de protestas nacionales e internacionales y de la opinión popular que este artículo sí existe pero no se aplica, el artículo 204 fue aplicado recientemente (1999) en Niquinohomo, llevando a la cárcel una joven que sostenía una relación amorosa con otra joven. (La Boletina # 43. Las lesbianas tienen derecho a la vida. Pagina 76)

a la diversidad sexual. En: La Agenda de la Sociedad Civil respecto a la Diversidad. Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas)

En relación a la problemática de infectarse de una ETS o de VIH-SIDA, en la comunidad de los HRSH se ha realizado un enorme trabajo a nivel mundial. Dado que los primeros 13 pacientes diagnosticados con SIDA en 1981 en los Estados Unidos tenían una orientación homosexual o bisexual, se pensaba primeramente que era una nueva enfermedad que atacaba principalmente a estas personas y se habló de "epidemia de homosexuales" (Tilam. Revista de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, # 6. Pagina 10). Las reacciones eran campañas de información y prevención muy grandes, dirigidas a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRSH). Esta presión tenía y todavía tiene como resultado que los HRSH manifiestan la menor tasa de crecimiento de casos de VIH positivos y de SIDA a nivel mundial y son el grupo poblacional con uno de los niveles más altos de información sobre las ETS. Sin embargo en relación a datos de América Latina y el Caribe la transmisión homo- y bisexual representa todavía casi la mitad (48%) de los casos de SIDA y el 25% corresponde a la transmisión heterosexual. (ONUSIDA. Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH-SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe. Texto Internet 1999. Pagina 4).

Algo similar parece haber sucedido en Bilwi. Un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA y Sexualidad en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Bilwi en el año 1994, revela que casi todos los encuestados empezaron a protegerse con condones después de haber recibido información sobre las ETS y SIDA. En comparación, menos de la mitad de la población general de Puerto Cabezas menciona haber cambiado su comportamiento (Anton Luger, Felipe Jackson, 1994).²⁹ Eso subraya la importancia y el impacto que pueden tener campañas informativas, preventivas y de promoción de hábitos sexuales sanos en una población y período determinado. Suponiendo que el estudio CAP refleja realmente la situación momentánea del Grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en relación al uso del condón, queda la inquietud porqué los grupos 8 y 9 de Bilwi perdieron esa costumbre, ya que actualmente hay una alta prevalencia de ETS y una alta frecuencia de reinfección, lo que indica una ausencia del uso de condones.

²⁹ El estudio fue realizado por Felipe Jackson, miembro del Grupo 8 y Anton Luger, asesor de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS en el año 1994. Fue la primera pequeña investigación sobre SIDA y Sexualidad en HRSH que se realizó en Bilwi.

La prostitución

Prostitución se puede definir como la práctica por parte de una persona de relaciones sexuales continuas, repetidas u ocasionales, de manera libre y con cualquier otra persona que se lo solicita, siendo su propósito esencial la ganancia económica y no el placer de la parte que consigue dicha ganancia. Si en una relación sexual hay presencia de afecto y emociones no se aplica la definición de "prostituta" o "trabajadora del sexo", aunque siga recibiendo algún beneficio. Lo mismo vale para personas que mantienen relaciones frecuentes con diferentes personas sin beneficio alguno. En este caso más bien se habla de promiscuidad; sin embargo, socialmente esta práctica es considerada como prostitución. (Gutiérrez L. Ledia. Causas psicológicas de la prostitución) Aunque existan diferentes variantes, la prostitución femenina sigue siendo la principal en el mundo. (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo. Pagina 439).

Según documentos y códigos antiguos ya en el siglo XVII a. C. existía la prostitución y hay referencias sobre ella en los textos griegos y romanos. Los mismos romanos fueron los primeros en tratar de reglamentar la prostitución y la sujetaron a impuestos. Durante la Edad Media se decidió suprimir y también reglamentar la prostitución. En un código, por ejemplo, se establecieron 300 latigazos para la prostituta y 100 al padre y a la madre de ella. (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo. Pagina 441).

Las consideraciones sobre la prostitución cambiaron a lo largo de la historia dependiendo de la sociedad, cultura y religión. Habían tiempos cuando la prostitución se consideró como una forma de dar ofrendas a los dioses. En otros tiempos se miró como una válvula de escape a las tensiones de los hombres o también como una forma denigrante de la sexualidad (Gutiérrez L. Ledia. Causas psicológicas de la prostitución).

La historia moderna de la prostitución está marcada por un hito crucial: la Conferencia Internacional de 1949 sobre prostitución auspiciada por la ONU. Un gran número de países se adhirió a los acuerdos clasificándolos en tres grupos bien definidos (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo. Pagina 442).:

- a) prohibicionistas: la prostitución constituye un delito que debe ser reprimido y castigado;
- b) reglamentistas: la prostitución debe ser confinada en espacios determinados, bien reglamentados y controlados por las autoridades;
- c) abolicionistas: cada persona es responsable del uso de su propio cuerpo, siempre que no perjudique a un tercero.

Los países prohibicionistas son más de 30 entre los cuales se encuentran los Estados Unidos de América del Norte, China, Cuba y Dinamarca. En lo que son países reglamentistas se encuentran Portugal, Bolivia, Uruguay y Corea del Sur entre otros. El mayor número de países se clasificó como abolicionista: España, Italia, Alemania, México y África del Sur, para mencionar solamente algunos, ya que su número va en aumento. En los países abolicionistas no se prohíbe la prostitución en sí, sino la explotación, la exhibición pública y el trata de blanca.

La posición que defiende la ONU desde la conferencia del 1949 es la de los abolicionistas. (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo. Pagina 442).

La ley nicaragüense establece como prostitución "...el ejercicio del comercio carnal por precio, entre personas del mismo o diferente sexo" (Artículo 202 Código Penal) y define como delito el que instale o explote lugares de prostitución y el que promueva, favorezca y facilite prostitución.³⁰ En ese mismo capítulo IX del Código Penal que habla de "Corrupción, Prostitución, Proxenetismo o Rufianería, Trata de Personas y Sodomía", menciona como delito la trata de blancas.³¹ Por lo tanto se puede clasificar Nicaragua como un país prohibicionista.

Según lugar donde se está ejerciendo la prostitución se distingue:

- la calle
- bar, discotecas
- casas de tolerancia

En lo que se refiere al número de trabajadoras del sexo que ejercen este oficio en la ciudad de Bilwi, estimamos que hay unas 350 – 400 mujeres en la calle, bares, discotecas y cantinas. A estas trabajadoras del sexo se suman unas 250 – 300 mujeres jóvenes, en su mayoría estudiantes, que no se autodefinirían como trabajadoras del sexo, pero que se mantienen con los regalos de los hombres que las buscan. Mantienen relaciones sexuales con los hombres en cambio de atención, viajes a Managua con gastos pagados, regalos e invitaciones a fiestas y discotecas.

¿Cuáles pueden ser las causas de la prostitución? De manera general se puede afirmar que existe prostitución porque donde hay hombres que demandan el servicio, hay mujeres que lo ofrecen, ya que el ejercicio de la prostitución se rige

³⁰ Código Penal, Capítulo IX, Artículo 202, Párrafo 1.: El que instale o explote lugares de prostitución, o con ánimo de lucro, mediante violencia física o moral, abuso de autoridad o cargo, de maniobras engañosas o valiéndose de cualquier otra maquinación semejante, haga que una persona ingrese a ellas o la obligue a permanecer en las mismas, o a dedicarse en cualquier otra forma al comercio sexual.

³¹ Código Penal, Capítulo IX, Artículo 203: Comete delito de trata de personas el que reclute o enganche a personas con su consentimiento, o valiéndose de amenazas, ofrecimientos, engaños o cualquier otra maquinación semejante, para ejercer la prostitución dentro o fuera de la república, o introduzca al país personas para que le ejerzan.

por las reglas de la oferta y demanda. (Gutiérrez L. Ledia. Causas psicológicas de la prostitución) Pero hay que diferenciar entre el punto de vista de la mujer y el punto de vista del hombre que demanda el servicio.

En lo que respecta a la mujer hay causas psicológicas, económicas y sociales. Un rol fundamental para la mujer juega la situación socio-económica de una población, es decir la situación de hacinamiento que facilita la relación sexual precoz, una educación sexual deficiente y la pobreza con todas sus características que empuja hacia la calle. Todo eso combinado con problemas como divorcio, embarazo accidental, alcoholismo, drogadicción y el desempleo hace el paso hacia la prostitución todavía más fácil. A nivel mundial se habla que el 90% de las trabajadoras del sexo provienen de hogares humildes y pobres. (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo. Pagina 443).

Nicaragua en este sentido no es ninguna excepción. Se piensa que, entre otros efectos, la crisis económica que vive el país, hace aumentar el número de las trabajadoras del sexo. En la mayoría de los casos estas trabajadoras se dedican a esta actividad como parte de una estrategia de supervivencia. (Tilam. Revista de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, # 8. Pagina 13). En un mapa de pobreza publicado recientemente, el Municipio de Puerto Cabezas alcanza el 57.1% de pobres con un porcentaje de brecha extrema de pobreza de 18.5 (Nidia Ruiz López. Reducción de la pobreza aún en papel. La Prensa 19/10/2000).

Un estudio sobre la prostitución en relación al VIH-SIDA en cuatro ciudades de Nicaragua (Managua, Corinto, Bilwi, Bluefields) demostró también, que las trabajadoras del sexo también son madres, jefas de hogar, comerciantes ocasionales, confirmando la necesidad económica como causante de la prostitución. (Aráuz Rita, et al, Sexo inseguro. 1997. Pagina 19).

Esta situación pone las trabajadoras del sexo en una posición de marcada desventaja. Antes los pedidos de los clientes de no utilizar el condón, a menudo se encuentran en la situación de tener que escoger entre correr el riesgo de enfermarse de una ETS, tener una inmediata pérdida de ingresos o tiene que enfrentarse a la agresión de los clientes.

En muchas ocasiones las mujeres trabajadoras del sexo de la ciudad de Bilwi nos confirmaron esa situación, mencionando que ellas por su situación económica difícil no pueden permitirse el lujo de rechazar un cliente que no quiere utilizar el condón, aumentando así considerablemente el riesgo de adquirir una ETS o infectarse con el virus VIH.

La mayoría de las trabajadoras del sexo de Bilwi además de tener ingresos por su trabajo sexual se dedican también a diferentes actividades de venta, sobre todo comida (pasteles, horneados, empanadas, sándwich, maní, refrescos) hecha en casa o chicles, confites y gaseosas. Esta actividad se ejerce en situaciones de baja afluencia de clientes, por ejemplo en situación de atraso de pago a

trabajadores de empresas y del estado, barcos pesqueros y langosteros que se atrasaron en llegar a Puerto Cabezas.

Un estudio realizado por el Instituto de Investigación Mujer y Cambio y la Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social TESIS en 1999 sobre la prostitución en diferentes lugares de Managua, afirma que las trabajadoras del sexo logran sobrevivir y cubrir la canasta básica con los ingresos a través de sus clientes. Esto refleja una diferencia entre la situación de las trabajadoras del sexo de la Capital Managua y de Bilwi. (Chévez Alarcón Johana. et. al. La prostitución, más allá de mitos y creencias. Instituto de Investigación Mujer y Cambio, Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social TESIS. Pagina 21).

En el transcurso de los últimos decenios se trató de encontrar otras posibles causas de prostitución afirmando que las trabajadoras del sexo son mujeres frías y el dinero por lo tanto es el único beneficio que obtienen del sexo. Explicaciones más analíticas hablan de una huida de parte de las mujeres de tendencias homosexuales (lesbianas) reprimidas que les lleva a una expresión heterosexual exagerada. Otros explican la prostitución como una actitud de rebelión y agresividad hacia los valores sociales de comportamiento. Se llegó también a tratar de demostrar que trabajadoras sexuales tienen trastornos de personalidad y un coeficiente intelectual por debajo de lo normal.

Lo cierto es, que las trabajadoras del Sexo son mujeres con características iguales que el resto de la población y hasta la fecha no se conoce ninguna razón que pueda explicar con satisfacción porque algunas mujeres se prostituyen y otras no, porque algunos hombres demandan el servicio y otros no. (Gutiérrez L. Ledia. Causas psicológicas de la prostitución).

En relación a la situación de salud y más específicamente las enfermedades de transmisión sexual, ese mismo estudio del Instituto de Investigación Mujer y Cambio y la Asociación TESIS, refleja que el 76% de las mujeres encuestadas jamás han padecido de una ETS, mientras solamente el 9% admite de haber tenido una ETS y 9% sospechan de tener una en el momento del estudio. (Chévez Alarcón Johana. et. al. La prostitución, más allá de mitos y creencias. Instituto de Investigación Mujer y Cambio, Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social TESIS. Pagina 26). Eso contrasta significativamente con la situación de las trabajadoras del sexo atendidas por la Comisión de Lucha Contra el SIDA de Bilwi. Según exámenes de laboratorio y consultas médicas realizadas con el grupo 9 durante los años 1998, 1999 y 2000, el 97% de las mujeres padece de una o varias ETS. (Ver Anexo 4: Tablas y Gráficos de ETS de los Grupos 8 y 9).

Las Enfermedades de Transmisión Sexual

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), también llamadas ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) o Enfermedades Venéreas son contagiosas y se transmiten de una persona enferma o infectada a otra persona sana a través del contacto sexual. Las ETS son producidas por diferentes microorganismos tales como.

- bacterias
- virus
- parásitos
- hongos

La medicina conoce más de 25 enfermedades que son propagadas a través del contacto sexual, incluyendo el SIDA (Ver Anexo 11: Las ETS de más alta prevalencia) y son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños (ONUSIDA/OMS/OPS. Pautas para la vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual. Pagina 7). Estas enfermedades han vuelto a ser una rama importante de la medicina después de que, por algunos años, se pensó que podría erradicarlas por medio de tratamiento con antibióticos. Hoy se observa un incremento considerable de su incidencia.

Algunas causas del incremento de la incidencia son las siguientes (Tilam. Revista de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, # 1. Pagina 14):

◆ Causas demográficas:

- A nivel mundial la mayor proporción de la población infectada son jóvenes, debido a la precocidad de sus actividades sexuales.

◆ Causas médicas:

- Disminución del temor a las ETS porque hay mayores y mejores facilidades para su diagnóstico y tratamiento.
- El autodiagnóstico y la automedicación.
- Fracaso de algunos tratamientos por la aparición de cepas resistentes.

◆ Causas socioeconómicas:

- La afluencia que favorece la movilidad poblacional y el turismo.

- La pobreza como determinante principal de la prostitución.
- Otros factores pueden ser la urbanización, la industrialización, poblaciones flotantes, migratorias y de refugiados.

◆ Causas culturales:

- La deficiente educación sexual.
- La permisividad sexual.
- Los estímulos eróticos a través de los medios de comunicación.
- La disolución de la familia.

◆ Otros factores que influyen en la incidencia de ETS son:

- La promiscuidad
- Relaciones sexuales sin medidas de protección
- El inadecuado control de la transfusión de sangre
- Compartir objetos contaminados con sangre infectada
- El uso de drogas, incluyendo alcohol, porque modifican la capacidad de decisión

Como en todo el mundo, también en Nicaragua y en el Municipio de Puerto Cabezas, se está registrando un alarmante aumento de la incidencia de ETS en la población, siendo la más afectada la de 15 a 34 años. El período de 15 a 34 años comprende la fase de la adolescencia, donde comienza la actividad sexual y la fase de los jóvenes adultos, donde la persona empieza a formar la familia propia y establecerse en la vida profesional. La adquisición de una ETS en ese período de vida tiene por lo tanto múltiples efectos negativos: adolescentes no visitan o buscan a médicos o centros de salud en caso de infección, el comportamiento de promiscuidad en los y las jóvenes aumenta la propagación de las ETS y la mayoría de los y las jóvenes no tienen información acerca de las enfermedades de transmisión sexual, sus efectos, consecuencias y los métodos preventivos.

Se estima que cada año se producen en el mundo más de 250 millones de nuevos casos de Gonorrea y más de 50 millones de casos de Sífilis. (Aguilar Isidro, et al. Vida Amor y Sexo, Enciclopedia familiar. 1991. Pagina 456).

En lo que se refiere a la situación en la RAAN y más específicamente en el Municipio de Puerto Cabezas en relación a las ETS, los datos estadísticos para los años 1998, 1999 y 2000, presentados en las tablas en anexo 6, hablan por sí solos.³² Es claramente visible el aumento de ETS en la Región, lo que significa que se necesita dar a ese problema su debida importancia y aumentar las coordinaciones entre todos los organismos, instituciones y sociedad civil.

³² Según información informal de varios trabajadores de la salud de Puerto Cabezas, también hay que tomar en consideración el alto grado de subregistros en la región

VII. Diseño metodológico

El presente estudio es una investigación descriptiva retrospectiva de carácter participativo. Es un trabajo cualitativo y cuantitativo sobre los factores que influyen en la eficacia del programa de prevención de ETS dirigida a los Grupos 8 y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS en Bilwi en el período de Febrero 1994 a Diciembre 2000.

El universo del estudio son los miembros del grupo de los HRSH (Grupo 8) y los miembros del grupo de las trabajadoras del sexo – prostitutas (Grupo 9) que recibieron atención médica del programa de la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS. Se tomaron en cuenta todas las consultas médicas desde su principio hasta la fecha (finales 2000). La atención médica empezó el 14 de Marzo 1998 para las Trabajadoras del Sexo y el 21 de Marzo 1998 para los HRSH.

La muestra del estudio eran todos los miembros de los dos grupos (HRSH y Trabajadoras del Sexo) que recibieron atención médica de parte del programa de la CLCS. La muestra representaba el 100% del Universo; esto correspondió a 29 personas masculinas del Grupo 8 y a 32 personas femeninas del Grupo 9, llegando a un total de 61 personas a entrevistar.

Para la parte cualitativa del estudio se organizaron encuentros de grupos focales con los miembros de los dos grupos que pasaron consulta médica, utilizando una guía de preguntas. Para la elaboración de la guía de preguntas de los grupos focales se tomó como base la matriz de descriptores previamente elaborada. Se conformaron dos grupos focales (uno de cada grupo) con la participación de 6 miembros del grupo de las Trabajadoras del Sexo y 7 miembros del grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres, los cuales se seleccionaron a conveniencia. El contenido de las sesiones de los grupos focales se respaldó con grabaciones en cassette y apuntes por escrito. Para la convocación de los dos grupos focales se les invitó por escrito, entregándole la invitación individualmente y personalmente. Se les planteó a los miembros invitados que no se podría realizar la discusión sin la presencia de al menos 6 personas, lo que significaría un cambio de fecha de la actividad. Por tal razón se invitaron 8 miembros de cada uno de los grupos. Al finalizar el grupo focal se les garantizó a los/las participantes una cena como estímulo.

Para la parte cuantitativa se realizó una encuesta a profundidad con cuestionario y una revisión de expedientes médicos a los miembros de los dos grupos que pasaron consulta médica. Para la elaboración del cuestionario se tomó como base la operacionalización de los variables previamente elaborada. Para la revisión de expediente se elaboró un formulario de revisión de expediente. En

cuanto a la realización de la encuesta se visitó personalmente a los miembros de los dos grupos, logrando encuestar a un total de 45 personas (20 miembros del Grupo de los HRSH y 25 miembros de las Trabajadoras del Sexo).

Para lograr mas información de la encuesta se realizaron cruces de las variables significativas.

Tanto el cuestionario como la guía de preguntas del grupo focal fueron validados con grupos afines al trabajo de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, pero que no tenían contacto directo con los miembros de los dos grupos, para aplicar correcciones y adaptaciones necesarias.

Las fuentes primarias del estudio fueron las mujeres y hombres de los dos grupos a través de cuestionario y grupos focales. La fuente secundaria era la revisión de los expedientes médicos de los miembros del Grupo 8 y del Grupo 9 que pasaron consulta médica.

Antes de iniciar la investigación se habló con los dos grupos, informándoles sobre la actividad, presentando una pequeña propuesta y pidiendo el permiso a los miembros.

La recolección de la información (cuestionario y grupos focales) no presentó mayores dificultades. En los dos grupos encontramos una buena disposición de dar la información y todos los miembros de los dos grupos tenían suficiente tiempo disponible para poder llenar los cuestionarios y participar en los encuentros de los grupos focales. Los miembros seleccionados para los grupos focales demostraron una alta participación.

Cada entrevista con cuestionario duró entre 15 y 25 minutos, tiempo suficiente para una profundización de las contestaciones. Los grupos focales duraron 65 minutos (Grupo de las Trabajadoras del Sexo) y 85 minutos (Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres).

De manera general se puede hablar de un alto grado de completamiento de las preguntas del cuestionario. Una única pregunta (relacionada al consumo de droga), según criterios y observaciones nuestras, no se contestó de manera honesta y verídica. De igual manera se pudo observar un alto grado de completamiento de las preguntas en los dos grupos focales. A cada pregunta contestaron varios miembros de los grupos y se desarrolló una buena discusión alrededor de las preguntas planteadas.

Después de la obtención de los datos se pasó al procesamiento de la información. Los datos del cuestionario se procesaron con el programa SPSS y en parte de forma manual ya que se trata de un estudio mayoritariamente cualitativo y la muestra era relativamente pequeña.

Matriz de Descriptores

Objetivo Especifico	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Determinar los tipos de ETS y su frecuencia de reinfección del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo.	Tipo de ETS	Expediente clínico de los miembros de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo	Revisión documental	Formulario de revisión documental
	Tipo de infección			
	Intervalo de reinfección			
	Numero de consultas			

Objetivo Especifico	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Identificar los principales factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo	Creencias	Miembros del Grupo de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo que pasaron consulta médica	Grupo Focal	Guía de preguntas del grupo focal
	Modelos de los padres			
	Modelos educativos			
	Consumo de droga y alcohol			
	Pertenencia a grupo Social			
	Autoestima			
	Concepción propia de la salud y enfermedad			
	Uso de condón			
	Pareja fiel			
	Abstinencia sexual			
Información sobre prevención				

Objetivo Especifico	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Identificar los factores que influyen en la organización tanto del grupo de los HRSH como del grupo de las trabajadoras del sexo	Liderazgo	Miembros del Grupo de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo que pasaron consulta médica	Grupo Focal	Guía de preguntas del grupo focal
	Solidaridad grupal			
	Autoayuda			
	Identidad grupal			
	Factores culturales			

Operacionalización de los Variables

Objetivo específico	Fuente	Instru- mento	Variable	Tipo de variable	Definición	Valor/ Escala
Identificar los principales factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo	Miembros del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo que pasaron consulta médica	Cuestio- nario	Edad	Cualitativa	Numero de años cumplidos al momento de la entrevista	12 – 19 años 20 – 29 años 30 – 49 años 50 años y más
			Sexo		Diferencia física constitutiva del hombre y de la mujer	Masculino Femenino
			Etnia		Agrupación natural de individuo de igual idioma y cultura	Mestizo Miskito Creole Sumu/Mayangna
			Estado civil		Condición de la persona en lo que respecta a su relación conyugal y en la sociedad	Soltero/a Casado/a Acompañado/a Viudo/a
			Religión		Virtud que promueve a dar a dios el culto debido	Morava Católica Evangélica
			Situación laboral		Estado de una persona en relación a su situación laboral	Empleado Independiente Desempleado
			Grado de Escolaridad		Grado académico alcanzado	Primaria: grado Secundaria: año Universidad: año
			Profesión		Actividad de empleo u oficio a que se dedica la persona	Ama de casa Obrero/Trabajador Estudiante Profesional Otro

Objetivo específico	Fuente	Instrumento	Variable	Tipo de variable	Definición	Valor/ Escala
			Calidad de vivienda	Cualitativa	Condiciones materiales en las cuales se encuentra el edificio en el cual la persona vive y duerme	Buena Regular Mala
			Ingresos de dinero	Cuantitativa	Cantidad de dinero que percibe mensualmente la persona	Menos de 500 501 – 1000 1001 – 1500 1501 y más
			Estrato social	Cualitativa	Nivel que ocupa la persona en una escala social	Bajo Medio Alto
			Número de personas en la casa		Cantidad de hombres y mujeres que comparten una sola vivienda	0 – 5 personas 6 – 10 personas 11 y más pers.
			Tamaño de la casa (Hacinamiento)		Ancho y largo de una casa para vivienda en pies. Metros cuadrados a disposición por persona.	0 a 3 m ² /pers 3,1 a 6 m ² /pers 6,1 a 10 m ² /pers 10,1 a 15 m ² /pers 15,1 m ² /per y más
			Consumo de droga		Utilización inadecuada de una sustancia que causa dependencia para satisfacer una necesidad	Si No
			Tipo de droga		Clasificación según categoría de las diferentes sustancias que causan adicción	Marijuana Cocaína Crack Otro Ninguna
			Consumo de alcohol		Utilización inadecuada de alcohol que causa dependencia para satisfacer una necesidad	Si No
			Frecuencia de consumo de alcohol		Intervalos de repetición del uso inadecuado de alcohol	Diario Fin de semana Cada 15 días 1 vez al mes Por allá No consumo

Objetivo específico	Fuente	Instru mento	Variable	Tipo de variable	Definición	Valor/ Escala
			Tipo de barrio	Cualitativa	Características que determinan la forma organizativa de un barrio	Urbano/céntrico Suburbano/periférico
			Participación social		Involucramiento de la población en actividades para resolver sus problemas	Mucho Poco No
			Pertenencia a un grupo social		Acción de pertenecer a un conjunto de personas que comparten algún interés común	Si No
			Tipo de Grupo social		Características que determinan el conjunto de personas	Grupo cultural Grupo religioso Partido político Otro Ninguno
			Momento en que se busca atención médica		Momento en que se busca una atención en relación a priorizar la medicina curativa o preventiva	- Cuando me siento enfermo/a - Cuando siento dolor - De vez en cuando - Con regularidad aunque no me sienta mal - Cuando tengo dinero - Sin dato

Objetivo específico	Fuente	Instrumento	Variable	Tipo de variable	Definición	Valor/ Escala
Identificar el nivel de conocimientos sobre ETS de los miembros del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo	Miembros del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo que pasaron consulta médica	Cuestionario	Definición ETS	Cualitativa	Proposición por medio de la cual se definen las Enfermedades de Transmisión Sexual	Contestación del entrevistado
			Tipos de ETS		Clasificación según categoría de las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual	Gonorrea Sífilis Condiloma Chancroide Linfogranuloma Sarna Ladilla
			Modo de transmisión de ETS		Acción de transmitir una enfermedad de transmisión sexual de una persona a otra a través de un determinado comportamiento	Contestación del entrevistado
			Síntomas de ETS		Señales que revelan un trastorno funcional o una lesión	Contestación del entrevistado
			Prevención de ETS		Acción de prevenir la aparición de una enfermedad de transmisión sexual	Contestación del entrevistado
			Consecuencias de ETS		Efectos y resultados en la vida de una persona con una Enfermedad de Transmisión Sexual	Contestación del entrevistado

Objetivo específico	Fuente	Instrumento	Variable	Tipo de variable	Definición	Valor/ Escala
			Como recibió información	Cualitativa	Forma de cómo se transmitió una información	Reunión/charla Taller Radio/TV Libros/plegables Reunión, charla, taller Taller, libros, plegables Otros Sin datos Charla, taller, radio, TV
			De quien recibió información		Persona, medio u organización que brinda información relativa a ETS	CLCS Centro de Salud ONG CLCS y ONG CLCS y Centro de Salud Otros Sin datos Líderes
			Multiplicación, Promoción		Acción de reproducir e impulsar información relativa a ETS	- Platica individual/charla - Taller - Repartición de plegable y condón - Otro - No realizo
			A quienes ha brindado información		Personas a las cuales brindó información (trabajo de multiplicación)	Amigos/as Vecinos/as y gente barrio Compañeros/as trab. y clase Amigos/as y gente de barrio Otros No realizó Mujeres Jóvenes
			Percepción del uso del condón		Opinión de la persona sobre la aceptación o no del uso de un preservativo como medida preventiva de ETS	Positiva Neutra Negativa
			Uso del condón		Aceptación o no del uso del condón como medida preventiva de VIH-SIDA y ETS	Si No De vez en cuando

VIII. Resultados obtenidos

La revisión de los expedientes clínicos se realizó en el mes de Diciembre, después de las últimas consultas médicas de los dos grupos, logrando abarcar así el período completo de tres años (inicio de 1998 – finales 2000). La información estaba disponible en forma de expedientes personales e individuales de cada persona que en el período de los tres años pasó una o varias veces consulta médica. No se encontró ninguna dificultad o problema en sistematizar la información de los expedientes según el formulario de revisión de expedientes clínicos previamente elaborado.

La encuesta con cuestionario con los miembros de los Grupos 8 y 9 (Grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres y el Grupo de las Trabajadoras del Sexo respectivamente) que en los últimos tres años pasaron por lo menos una vez la consulta médica, se realizó en el mes de Enero del 2001. Según la revisión de los expedientes de consulta médica de los miembros de los dos grupos se llegó al siguiente número:

Grupo 8	29 miembros
Grupo 9	32 miembros
Total	61 miembros

La encuesta se realizó de manera individual con los miembros de los dos grupos, visitando a la gran mayoría en sus casas de habitación y en algunas ocasiones se les invitó a pasar por la oficina de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS para realizar la encuesta.

De los 29 miembros del Grupo de los HRSH se lograron entrevistar 20 personas, llegando así a un porcentaje de 69%. De las 32 Mujeres Trabajadoras del Sexo, se entrevistaron finalmente 25, correspondiente a 78%. De manera general se lograron entrevistar al 73.8% de los miembros de los dos grupos.

Las causas por las cuales no se lograron encuestar al 100% de los miembros de los grupos eran que varios/as miembros se habían trasladado a Managua, Bluefields, Waspam y Honduras, varios en el momento de la encuesta se encontraron trabajando en el mar y otros/as habían ido a sus comunidades de procedencia.

En la obtención de la información a través de las encuestas no se tuvo ningún problema. Todas las personas contactadas personalmente e individualmente dieron toda la información para llenar el cuestionario. El encuestador pronunció la pregunta y apuntó la respuesta en el formato. El grado de completamiento de la información se puede valorar de muy alto, ya que la

encuesta personal e individual garantizó el llenado completo de las preguntas. Igualmente la disponibilidad, tanto del grupo de los HRSH como del grupo de las Trabajadoras del Sexo, fue muy alta. Únicamente con una pregunta, relacionada con el consumo de drogas, se observó que los encuestados no contestaron de manera honesta y verídica.

En cuanto a la realización de los dos grupos focales, estos se realizaron en el mes de Febrero del 2001. El grupo focal de las Trabajadoras del Sexo se realizó el 12 de Febrero. Se habían invitado de manera individual y personal 8 mujeres del grupo. Al encuentro participaron 6 mujeres. Para el grupo de los HRSH que se realizó el 19 de Febrero se habían invitado, igualmente de manera individual y persona a 8 personas, de las cuales llegaron 7. El encuentro se realizó en un lugar cerrado y reservado, garantizando así la intimidad de la discusión. En los dos grupos se pudo observar una alta disposición de dar la información. La discusión nunca se estancó y siempre había alguien compartiendo sus experiencias. Tanto las mujeres, como los hombres demostraron una alta disponibilidad en tomarse el tiempo y llegar al encuentro. Como estímulo se les garantizó a los participantes una cena en el lugar de discusión. En cuanto a la participación de los miembros de los dos grupos se pudo observar que era muy alta. Solamente una persona de cada grupo participó de manera reservada. El grupo focal de los HRSH duró casi una hora y media, mientras el de las Trabajadoras del Sexo un poco más de una hora. Durante ese lapso de tiempo se tocaron todos los temas previstos en la guía de preguntas del grupo focal y el grado de completamiento de las preguntas se pudo clasificar de muy alto.

Datos Generales

En la encuesta con cuestionario se entrevistaron a 20 personas del sexo masculino y a 25 personas del sexo femenino. Esto corresponde a 20 hombres del grupo de los HRSH y 25 mujeres de las Trabajadoras del Sexo.

La gran mayoría, tanto de los varones que de las mujeres, tiene la edad comprendida entre los 20 a 29 y de los 30 a 49 años. A cada uno de los grupos pertenece un miembro con menos de 19 años y un miembro con 50 y más años. Existe un balance entre los jóvenes adultos y personas adultas.

La gran mayoría pertenece al pueblo indígena miskito (80%, 36 personas), algunos pocos mestizos y una persona de la etnia Creole y Sumu-Mayangna.

En relación con su estado civil el 55.6% está soltero/a. Sacando la relación por grupo observamos un 75% de varones solteros y solamente un 40% de mujeres solteras. De consecuencia hay un porcentaje más alto de mujeres

casadas y acompañadas que varones. Solamente una mujer del grupo de las Trabajadoras del Sexo es viuda.

La **religión** más importante en los dos grupos es la Iglesia Morava. El 45% de los HRSH y el 56% de las Trabajadoras del Sexo pertenece a ella. La segunda iglesia es la Católica con el 40% de los hombres y el 28% de las mujeres. De menos importancia son diferentes denominaciones evangélicas a las cuales pertenecen alrededor del 15% de los miembros de los dos grupos.

Situación Socio-Económica

En lo que respecta a la **situación laboral** de los miembros de los dos grupos, hay un porcentaje más alto de desempleo en las mujeres que en los hombres. El 30% de los HRSH está desempleado, mientras casi el doble de las Trabajadoras del Sexo (52%) está en esa misma situación.

Un porcentaje bastante bajo de mujeres declara tener un empleo: 28%. Este dato tiene que ver con la profesión/ocupación que tienen las mujeres, donde un 80% es ama de casa. Tradicionalmente las mujeres que son amas de casa se miran a sí mismas como desempleadas, no tomando en cuenta el trabajo que están realizando en las casas. El 60% de los hombres tiene empleo. Eso corresponde con el porcentaje alto del 75% de los varones que son obreros/trabajadores.

Porcentajes relativamente bajos, el 10% de los hombres y el 20% de las mujeres, ocupan la casilla de ser "independiente".

En estrecha relación con la situación laboral de los encuestados está la **profesión** que tienen los miembros de los dos grupos. Ya se mencionó el porcentaje de amas de casa y de obrero/trabajadores. Un dato interesante refleja la persona del grupo de los HRSH que declara ser ama (amo) de casa. Con relación a ser "profesional", solamente el 15% (3 personas) de los hombres y el 4% (1 persona) de las mujeres lo es.

En los dos grupos solamente dos personas son estudiantes. Las dos personas son mujeres del grupo de las Trabajadoras del Sexo.

En cuanto a la **escolaridad**, se nota que los hombres tienen el nivel más alto. Mientras ninguna Trabajadora del Sexo llegó a terminar la secundaria y ninguna está frecuentando la universidad, los hombres en un 5% tienen la secundaria completa y un 25% (5 personas) está en la universidad. Estos datos se acentúan, revisando las personas que mencionaron nunca haber frecuentado una clase: el 100% son mujeres.

El grupo de las mujeres también lleva la desventaja en relación a **los ingresos mensuales en Córdoba**. Mientras el 44% de ellas tienen menos de quinientos (C\$ 500.00) Córdobas mensual a su disposición, entre los hombres

sólo es el 35%. Al otro lado son las mujeres las que tienen el porcentaje más alto en ingresos de 1500.-_Córdobas y más con un 16%; en comparación del 10% de los hombres.

En una pregunta del cuestionario se les preguntó a los miembros de los dos grupos a que **estrato social** pertenecen. De los hombres ninguno se clasifica a sí mismo como perteneciente al estrato social alto, mientras dos mujeres mencionan ocupar un estrato alto en la escala social. La mayoría tanto del grupo de las Trabajadoras del Sexo como de los HRSH pertenecen al estrato social bajo (52% y 65% respectivamente).

De que **barrio**, céntrico o periférico, provienen los miembros de los grupos. De manera general se detectó que la mayoría de las mujeres (88%) provienen de barrios céntricos, mientras la mayoría de los hombres provienen de barrios periféricos (60%).

En una de las preguntas se investigó, si los miembros de los dos grupos **pertenecen a un grupo social**, entendiendo como grupo social un conjunto de personas que comparten algún interés común como por ejemplo las diferentes organizaciones, instituciones, asociaciones, grupos culturales, grupos de apoyo, grupos religiosos y grupos políticos. Tanto en el grupo de las Trabajadoras del Sexo como en el grupo de los HRSH el 20% contestó que sí, mientras la gran mayoría con el 80% no pertenece a ningún grupo social.

En lo que respecta al **tipo de grupo**, de los pocos que afirman pertenecer a uno, la mayoría indica ser miembro de algún partido político. Un hombre menciona pertenecer a un grupo cultural y una mujer a un grupo religioso.

Un porcentaje bastante bajo de personas mencionan **participar en las diferentes actividades** sociales que diversos organismos e instituciones organizan en los barrios (sobre todo actividades de limpieza, de salud, de vacunación etc.). El 20% de los varones afirma participar mucho, mientras la misma respuesta sólo la da el 4% de las mujeres. El 64% de las mujeres menciona no participar en ninguna actividad. La mitad de los hombres participa poco en las actividades.

Los y las que afirman participar en las actividades sociales mencionan como razón el interés y la voluntad de contribuir y apoyar, dicen que es bueno y es para el bien de todos. La gran mayoría de los/las que no participan en las actividades sociales mencionan que no tienen tiempo, fundamentalmente por el mucho trabajo que tienen. Varios confirman que nunca se les invita y nunca se les avisa. Un miembro de los HRSH afirma que no participa porque lo "ofenden".

Información interesante en relación a conceptos de prevención en salud que tienen los miembros de los dos grupos nos dio la pregunta sobre **cuándo buscan atención médica**. La escala de posibles preguntas contempló:

- cuando me siento enfermo
- cuando siento dolor
- de vez en cuando

- con regularidad aunque no me sienta mal
- cuando tengo dinero

La mayoría de los dos grupos solamente busca atención médica cuando se sienten enfermo, el 65% de los varones y el 60% de las mujeres. En lo que representa la pregunta que deja entrever conceptos de prevención (con regularidad aunque no me sienta mal) solamente el 25% de los HRSH y el 12% de las Trabajadoras del Sexo contesta de esta manera. Solamente dos mujeres del grupo de las Trabajadoras del Sexo mencionan visitar un puesto de salud o un médico cuando tienen dinero.

Solamente el 16% de las mujeres del Grupo 9 tienen una buena calidad de vivienda, mientras los varones del Grupo 8 mencionan en un 40% que su casa está en buen estado. Un porcentaje parecido menciona tener una mala casa: el 25% de los hombres y el 28% de las mujeres. En todas las viviendas encontramos una gran cantidad de familiares que viven allí, en casos extremos hasta más de 30 personas. Eso influye significativamente en la situación de hacinamiento en el cual se encuentra la gran mayoría de las personas encuestadas. Calculando que una persona necesita por lo menos 10 m² para un buen desarrollo y desenvolvimiento, encontramos que solamente el 6.6% tiene a disposición por lo menos esa cantidad de metros cuadrados. Todo el resto de los miembros de los dos grupos (93.4%) se encuentra en una situación de hacinamiento y en porcentajes muy altos en hacinamiento extremo con espacios muy limitados para vivir.

De mucha relevancia para cualquier medida de prevención de una enfermedad y sobre todo para las ETS que involucra una parte muy íntima de las personas es el consumo de alcohol y de drogas. No se encontró ninguna resistencia o problema en recibir de parte de los encuestados información sobre sus hábitos de consumo de alcohol. No así con relación al consumo de drogas, ya que tiene que ver con actos ilegales combinado con el tráfico de drogas y la clandestinidad. La totalidad de las 45 personas encuestadas refiere no consumir ningún tipo de droga. Por observaciones propias sabemos que varios miembros de los dos grupos tienen problema con el consumo de drogas ilegales, decidimos no ir más a fondo, ya que la respuesta en la encuesta siempre fue un rotundo "no consumo ningún tipo de droga", sin dejar lugar a discusión.

En relación al alcohol, como ya se mencionó, todas las personas nos dieron abiertamente la información. De manera general hay un alto consumo de alcohol en los dos grupos: el 80%. Segregando mujeres y hombres encontramos lo siguiente: las Trabajadoras del Sexo consumen alcohol en un 72%. Esto aumenta al 90% en el caso de los HRSH.

La frecuencia en el consumo de alcohol llega al 40% el "fin de semana" y al 25% "cada 15 días" en los hombres, mientras las mujeres refieren que consumen "el fin de semana" en un 16%, "una vez por mes" (24%) y "por allá" (28%). Tanto en el grupo de los hombres como en el grupo de las mujeres hay una persona que admite tomar diario.

Los hombres del grupo de los HRSH empiezan el consumo de alcohol a la edad de 12 a 15 años en un 45%. El 35% empieza a ingerir licor en la edad entre

los 16 y los 20 años de edad. En comparación las mujeres que comienzan a tomar entre los 12 y los 15 años sólo son el 8%. Un porcentaje considerable de mujeres, el 28%, empieza su consumo entre los 16 y los 20 años. La mayor parte de las mujeres empieza a tomar después de los 20 años: 36%.

Con relación a como los miembros de los dos grupos recibieron la información sobre las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual, más de la mitad afirma haberla adquirido a través de la participación en reuniones, charlas y talleres: 65% los varones y 52% las mujeres. Un porcentaje relativamente alto considera haber recibido los conocimientos a través de la combinación de varias fuentes (reunión, charla, taller, libros, plegables, radio, televisión): 25% los HRSH y 28% las trabajadoras del Sexo. Llama la atención la poca importancia para los dos grupos de libros, plegables, radio y televisión como única forma de conseguir conocimientos sobre las ETS.

La gran mayoría de los encuestados de los dos grupos recibió la información sobre las diferentes ETS de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS: 80% de los hombres y 76% de las mujeres. Este porcentaje aumenta todavía añadiendo las personas que no recibieron información exclusivamente de la Comisión, sino en conjunto con otras ONG's y el Centro de Salud: 90% los varones y 92% las mujeres.

Los miembros de los dos grupos afirman en la encuesta de realizar actividades de promoción y multiplicación en porcentajes de 70% los HRSH y 76% las Trabajadoras del Sexo. La actividad que más se realiza son pláticas individuales y charlas. Las personas a quienes se da la información son en su mayoría amigos/as, vecinos y gente del barrio. También se mencionan a mujeres y jóvenes como beneficiarios de la multiplicación de la información.

Tipos de ETS y su frecuencia de reinfección del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo

Según la revisión de expedientes de los miembros del grupo de los HRSH y del grupo de las Trabajadoras del Sexo que en los últimos tres años (período de Marzo 1998 – Noviembre 2000) pasaron consulta médica, hay un alarmante índice de ETS. Este número está más acentuado todavía en el Grupo de las Trabajadoras del Sexo.

El número de personas correspondiente a cada grupo es casi igual:

32 mujeres del Grupo de las Trabajadoras del Sexo

29 hombres del Grupo de los HRSH.

En relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual en los dos grupos encontramos que casi el 97% (31 personas) de las mujeres y más del 72% (23 personas) de los hombres en una o varias de las consultas médicas estaban infectados de una o varias ETS. Con relación a las distintas ETS que se detectaron en los dos grupos, sobresale la Sífilis. El 75.8% de los HRSH y el 96.9% de las Trabajadoras del Sexo padecen de esta enfermedad. Mientras los hombres "solamente" tienen un 17.2% de infecciones de Gonorrea las mujeres la presentan en un 62.5%.³³ (Ver tablas y gráficos en Anexo 4) La tercera ETS de importancia es Tricomoniasis Vaginalis con un 18.7% en las mujeres.

La afectación elevada por Sífilis en los miembros de los dos grupos es una característica típica de personas con comportamiento de riesgo, ya que existe una costumbre muy baja de hacerse chequeos médicos preventivos. Además hay que tomar en cuenta que la Sífilis en las mujeres en sus primeras dos fases prácticamente es asintomática.

En lo que respecta a la Gonorrea, se presenta un cuadro parecido con la diferencia que esta ETS en la mayoría de las mujeres no causa dolores o molestias, mientras en el hombre si, lo que empuja a los varones del Grupo de los HRSH a buscar remedio inmediatamente. Eso explica el porcentaje más alto de Gonorrea en las mujeres.

Es significativo también el porcentaje alto de mujeres con Tricomoniasis Vaginal, una ETS muy común y persistente en las mujeres.

Comparando la reinfección de las tres ETS más frecuentes (Sífilis, Gonorrea, Tricomoniasis) entre el grupo de las mujeres y el grupo de los varones, se nota que las Trabajadoras del Sexo superan a los hombres. En lo que es la infección por Sífilis, tanto en los casos de una sola reinfección, como también en los casos de dos o más reinfecciones, hay una marcada diferencia entre los sexos. Inclusive en los casos de ausencia de reinfección por Sífilis las mujeres salen con desventaja presentando menos casos.

En lo que respecta a la enfermedad por Gonorrea no hay ningún caso de reinfección en el grupo de los HRSH, concentrándose exclusivamente al grupo de las Trabajadoras del Sexo.

En el caso de Tricomoniasis Vaginal, ETS bastante frecuente en el grupo de las mujeres (18.7%), y donde se registró también un caso en el grupo de los hombres, solamente se observan reinfecciones en las Trabajadoras del Sexo.

³³ Más información sobre las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual en "las ETS de más alta prevalencia (con excepción del VIH-SIDA) en Anexo 11.

Un dato significativo es el número de personas con dos o más Enfermedades de Transmisión Sexual a la vez. El 71.9% (23 casos) de las Trabajadoras del Sexo que pasaron consulta en los últimos tres años presentan un cuadro de dos o más enfermedades a la vez. Los HRSH sólo presentan en un 6.9% (dos casos) esa problemática. –

Se puede observar claramente una diferencia entre los dos grupos con relación a padecer dos y más ETS. Hay una marcada diferencia también en el porcentaje de "ninguna ETS". Mientras los varones del grupo de los HRSH en un 21% (6 personas) no presentaron Enfermedades de Transmisión Sexual, este porcentaje se reduce al 3% (1 persona) en el caso de las mujeres Trabajadoras del Sexo.

El alto grado de reinfecciones de parte de los miembros del grupo de las Trabajadoras del Sexo está directamente relacionado con los conocimientos generales que tienen sobre las ETS. El 68% de las mujeres tienen información regular sobre estas enfermedades. En comparación los hombres tienen 55% de respuestas regulares. Aunque en los varones haya más respuestas buenas que en las mujeres, los conocimientos siguen siendo no satisfactorios. Contradictoriamente las mejores respuestas obtenidas de los encuestados de los dos grupos era la pregunta sobre las formas de prevención de las ETS. Contestan de manera bien en un 80% los hombres y en un 88% las mujeres. Mencionaron en su gran mayoría el uso del condón como forma preventiva más efectiva. La pregunta que peor resultado tuvo era sobre los síntomas de las ETS con un porcentaje de entre "contestación mal" y "no sé" de 65% de los varones y 76% de las mujeres.

La alta tasa de reinfección en los dos grupos y sobre todo en el grupo de las Trabajadoras del Sexo está relacionado también con el nivel de escolaridad de los miembros. Mientras de manera general el 33% no completó su primaria, se presenta un cuadro diferente en separar los dos grupos. Las mujeres no lograron terminar su primaria en un 44% en comparación con tan sólo el 20% de los hombres. Ninguna mujer del grupo de las Trabajadoras del Sexo llegó a frecuentar una universidad, mientras los HRSH frecuentan en un 25% la universidad. De las personas que no frecuentaron ninguna clase o escuela solamente eran mujeres en un 12% (tres personas).

Relacionando la alta tasa de reinfección con la pregunta sobre cuando buscan atención médica, el porcentaje de hombres que tienen una conducta de regularidad y prevención en la búsqueda de atención médica es de 25%. El porcentaje de las mujeres es más bajo con un 12%. La gran mayoría de las personas, tanto del grupo de los HRSH como del grupo de las Trabajadoras del Sexo, buscan la atención cuando se sienten enfermos/as y tienen dolores en un 66%.

Factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS

Según el objetivo específico número dos, donde se trató mediante la encuesta identificar los principales factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS del grupo de los HRSH y del grupo de las trabajadoras del sexo se observa que casi todos/as las personas de los dos grupos conocen el condón. La gran mayoría de los encuestados contesta esa pregunta bien, pero en pocas encuestas mencionan otras medidas preventivas que se podrían utilizar para disminuir el riesgo de contagiarse con una de las ETS.

Las pocas otras medidas que se mencionan en la encuesta son las siguientes:

- pareja única y fiel
- abstinencia sexual
- usar jeringas nuevas
- no usar sangre infectada

Con relación al uso del condón son las mujeres las que dicen utilizarlo en un 40% y el 24% lo usa de vez en cuando. Los hombres sólo en un 25% admiten usarlo y el 40% menciona que lo utiliza de vez en cuando. Con relación al total de los que admiten no utilizar el condón, el 43.7% corresponde a los HRSH y el 56.3% a las mujeres trabajadoras del sexo.

Retomando el número de 5.300 condones repartidos por parte de la Comisión en el año 2000 a los dos grupos y calculando que los dos grupos cuentan con unos 60 miembros activos, se llega a la cantidad de 88 condones por persona por año. Cantidad muy por debajo de lo que debería usarse.

De manera general el 91.1% de los miembros de los dos grupos tiene una opinión positiva sobre el uso del condón. Solamente el 8.9% tiene una posición ambigua, indecisa o neutra y ninguna persona se expresa negativamente sobre el preservativo. De los pocos que tienen una posición neutra sobre el preservativo, el 50% menciona no utilizarlo, el 25% de vez en cuando y el 25% siempre. Las respuestas de los/las que tienen una opinión positiva sobre el uso del condón giran alrededor de tres ejes:

- es importante para proteger la vida,
- es necesario para la prevención y
- es bueno para que no pasen las enfermedades.

Las personas que tienen una opinión neutra simplemente contestaron que no saben nada.

En cuanto a la edad de los encuestados, entre las dos personas jóvenes de menos de 19 años de edad, una menciona que sí usa el condón y la otra que lo usa de vez en cuando. Las edades comprendidas entre los 20 y los 29 años

demuestran el mayor porcentaje de no-utilización del condón con un 52.4%. En la tercera fase de edad de 30 a 49 años sobresale el porcentaje de 45% de los que usan el condón de vez en cuando.

Las personas que tienen una opinión neutra sobre el uso del preservativo pertenecen todas al grupo de edad entre los 20 y 29 años, mientras del total que expresan tener una opinión positiva la gran mayoría pertenece a las edades entre 20 – 29 (41.5%) y de 30 – 49 (18.8%).

Las mujeres del grupo de las Trabajadoras del Sexo utilizan el condón en un mayor porcentaje que los hombres de los HRSH (40% y 25% respectivamente). Un porcentaje casi igual menciona que nunca utiliza el condón: 36% las mujeres y 35% los varones. En lo que se refiere a la opinión que tienen sobre el uso del condón hay un porcentaje muy parecido entre las mujeres y los hombres que tienen una posición positiva (92% y 90% respectivamente). Del total que opinan tener una posición neutra la mitad son mujeres y la otra mitad son hombres.

La gran mayoría de los miembros de los dos grupos pertenecen al pueblo indígena miskito: el 80%; un pequeño porcentaje a la etnia de los mestizos (15.6%) y una persona a la etnia de los creole y los sumu-mayangnas respectivamente. Separando los indígenas y etnias en relación al uso del condón se detectó que un porcentaje más alto de mestizos (42.8%) menciona utilizar el condón siempre, un porcentaje de 28.6% dice utilizarlo de vez en cuando y un 28.6% lo usa nunca. De los miskitos solamente un tercio confirma el uso del condón y el 36.1% dice de no usarlo. Un porcentaje muy parecido (30.5%) dice usarlo de vez en cuando. (Ver gráficos en Anexo 5)

De todos los que tienen una opinión neutra en relación con el uso del condón, el 100% pertenece al grupo indígena miskito.

Un porcentaje bastante bajo, solamente el 28%, de las personas solteras mencionan el uso del condón. En comparación el 55.5% de los/las casados/as lo usa. En relación a usar el condón de vez en cuando, los/las solteros/as mencionan su uso en un 40%, los/las casados/as en un 11.1% y las personas acompañadas en un 30%. Pero con relación al total de los que contestan no usar condón el 50% son solteros/as. El porcentaje bajo de solteros/as que utilizan el condón corresponde al porcentaje bastante alto de posiciones neutras que tienen. Del total que expresan ser neutrales el 75% son solteros/as.

La religión predominante es la iglesia Morava, eso tanto en el grupo de las mujeres, como en el grupo de los hombres. La segunda iglesia por importancia es la Católica seguida por diferentes denominaciones evangélicas. El mayor porcentaje de uso del condón lo mencionan los miembros de las iglesias evangélicas (57.1%), el menor uso lo tienen los feligreses de la iglesia Morava (26.1%). El mayor porcentaje en no-utilización lo tiene la iglesia Católica (40%) seguido por muy de cerca de la iglesia Morava (39.1). A lo interno del grupo que no utiliza el condón, más de la mitad (56.2%) son feligreses de la iglesia Morava.

Los miembros de los dos grupos que tienen una opinión indecisa sobre el uso del condón son de la iglesia Católica en un 26.7%.

La situación socio-económica de los miembros de los dos grupos está caracterizada por:

- un porcentaje bastante alto de desempleo (42.2%),
- un porcentaje alto de madres amas de casas y hombres obrero/trabajadores, pocas personas profesionales,
- un porcentaje muy alto de personas con ingresos mensuales de menos de 500.- Córdobas y entre 500.- y 1000.- Córdobas (40% y 40%),
- la mayoría perteneciente a un estrato social bajo (57.8%),
- la casi total ausencia de participación en otros grupos, asociaciones e instituciones (80%),
- el poco o nulo interés en participar en actividades sociales del barrio (40% y 48.9%),
- un porcentaje alto de casas en regular estado (46.7%),
- una situación extrema de hacinamiento: el 75.5% con menos de 6 m² y el 22.2% entre 6 y 10 m²,
- un alto porcentaje de miembros que consumen alcohol (80%) y empiezan el consumo entre los 12 y 20 años (55.5%).

En esa situación difícil, las personas desempleadas son las que más utilizan el método preventivo del condón (47.4%), seguido por los miembros que están independientes (42.8%). Los hombres y las mujeres que tienen un empleo solamente en un 15.8% refieren usar el preservativo. A lo interno del grupo de los que no usan el condón, la mitad (50%) tienen empleo. En cuanto a la opinión neutra sobre el condón, del total de neutros el 50% son desempleados.

En relación con los ingresos mensuales en Córdobas, se detectó muy poca diferencia en el uso del condón entre los diferentes estratos de ingresos. Todos los niveles de ingresos monetarios se mueven alrededor de un tercio usa el condón, un tercio lo usa de vez en cuando y el último tercio no lo usa. Mirándolo desde el punto de vista de la totalidad de los/las que usan condones, la mitad (46.6%) tienen menos de quinientos (C\$ 500.00) Córdobas de ingresos mensuales.

Una situación parecida se encontró con relación al estrato social al cual pertenecen los miembros de los dos grupos. Está bastante equilibrado, solamente en el estrato bajo, al cual pertenece el 57.8%, hay un porcentaje levemente más alto en no usar el condón (38.4%). Todos los/las que no tienen una opinión claramente definida con respecto al condón se clasifican en el estrato social bajo. La situación cambia un poco observándolo desde el punto de vista del total de los/las que no usan condones. El 62.5% pertenece al estrato social bajo y solamente el 6.2% al estrato social alto. Esta situación se repite en relación a la posición neutra sobre el condón; el 100% de lo que opinan de esta manera se clasifican en el estrato social bajo.

Igualmente en la pregunta sobre la pertenencia a un grupo, a una organización o institución social y el uso o no uso del condón, hay equilibrio (alrededor de 33%), solamente en lo que no pertenecen a ningún grupo social hay un leve incremento del porcentaje que no usa el preservativo (36.1%).

Datos interesantes nos revelan las contestaciones a la pregunta sobre la participación en actividades sociales. Casi la mitad menciona que no participan en estas actividades. De ellos/ellas la mitad refiere no usar el condón. Los que participan poco en actividades sociales tienen un porcentaje más alto de uso del preservativo (38.9%), mientras los que participan mucho en su mayoría (60%) usa el condón de vez en cuando. Los/las que participan mucho en las actividades colectivas en un 100% tienen una opinión positiva sobre el uso del condón. Del total de las personas que tienen una posición neutra en lo que es el uso del condón, el 75% no participa en actividades sociales.

La calidad de la vivienda parece no tener ninguna influencia en la utilización de métodos preventivos. Aunque la casa sea buena, regular o mala, hay un equilibrio en el uso o no-uso del preservativo. Donde se pudo observar un dato significativo, son las personas que tienen entre 3.1 y 6 m² a su disposición, situación que podríamos llamar hacinamiento severo; un 53.3% refiere no usar el condón. La situación mejora en las personas con hacinamiento extremo (de 0 a 3 m²) y hacinamiento leve (de 6.1 a 10 m²); tienen porcentajes de 26.3% y 25% respectivamente. Del total de las personas que no usan el preservativo, el 93.7% están en situación de hacinamiento, o sea tienen menos de 10 m² a su disposición.

Con relación al consumo de drogas, el 100% de los encuestados refiere no consumir ningún tipo de droga; por lo tanto no hay ningún dato sobre los tipos de drogas y su frecuencia de uso.

En cuanto al consumo de alcohol se puede observar lo siguiente: en las mujeres y hombres de los dos grupos que consumen alcohol el casi mismo porcentaje menciona usar y no usar el condón (30.5% y 33.3% respectivamente). La misma situación se observa en los que no consumen alcohol: el 44.4% usa el preservativo y el mismo porcentaje dice no usarlo. En cuanto al total de personas que dice usar el condón de vez en cuando, el 92.8% refiere consumir alcohol. La situación cambia un poco tomando en cuenta la frecuencia de consumo de alcohol. Las dos personas que mencionan consumir alcohol diario no usan el preservativo nunca. La mayoría de lo que consuman cada 15 días o 1 vez por mes tampoco usan el condón (60% y 57.2%). De lo que consumen alcohol cada fin de semana solamente el 16.6% menciona no usar preservativo y de usarlo de vez en cuando en un 58.3%. Al otro lado hay que observar también que de los que no consumen alcohol, un 44.4% dice no usar condón. La edad en la cual empezaron a consumir alcohol parece tener una cierta influencia. Lo que empezaron a tomar entre los 12 y 15 años en un 45.4% no usan condón. Lo que empezaron entre los 16 y los 20 en un 42.8% no lo usan y los que empezaron después de los 20 años de edad no usan el condón solamente en un 9.1%. Los/las que tienen una opinión neutra sobre el uso del preservativo en un 75% no toman alcohol; mientras los/las

que tienen una opinión positiva sobre el uso del condón en un 85.4% consumen alcohol.

En la pregunta sobre cuándo buscan atención médica, donde se refleja un poco un pensamiento de prevención, hay una marcada diferencia entre los que van al médico cuando se sienten enfermos/as o con dolores y los que van con regularidad aunque no se sientan mal. Los/las que buscan atención solamente cuando se sienten enfermos/as no usan el condón en un 40% y lo usan en un 23.3%, los/las que van con regularidad no lo usan en un 25% y los usan en un 50%. Del total de las personas que no usan el condón, 75% busca atención médica cuando se sienten enfermos o con dolores. Una posición neutra en cuanto al uso del condón tienen solamente personas que buscan la atención médica cuando se sienten enfermas.

De manera general se puede observar que hay un nivel bastante bajo de escolaridad de los miembros del grupo de los HRSH y del grupo de las Trabajadoras del Sexo. Solo el 15.6% tiene la primaria completa, el 2.2% tiene la secundaria completa, solo el 11.1% cursa la universidad y el 6.7% no frecuentó nunca un aula de clase. Los más altos porcentajes en no usar el condón se detectaron en los que no frecuentaron ninguna escuela (66.6%), en los universitarios (40%) y en los que tienen la secundaria incompleta (42.8%). Al otro lado los que no terminaron su secundaria también tienen el porcentaje más alto en usar el condón (50%). En comparación los que no completaron la primaria utilizan el preservativo en un 33.3% y los que tienen los seis grados de la primaria lo usan en un 28.6%. Tomando como punto de referencia el total de personas que sí utilizan el condón, el 46.6% tiene la secundaria incompleta. Del total de los/las que solamente de vez en cuando usan el preservativo el 42.8% tienen la primaria incompleta. Las posiciones neutras y de indiferencia en cuanto al uso del condón sólo se encuentran en las personas que tienen la primaria incompleta (50%), primaria completa (25%) y la secundaria incompleta (25%). En los niveles más altos de escolaridad (secundaria, universidad) todos tienen una opinión positiva.

Resumiendo, se observa que las personas que contestan mal las preguntas de conocimientos de la encuesta en su mayoría no usan el condón, mientras las personas que contestan bien las preguntas utilizan más el preservativo. Los miembros de los dos grupos que contestan mal las preguntas, también tienen una opinión neutra sobre el uso del preservativo en un 100%.

Con relación a como los encuestados han recibido la información sobre las ETS, el 46.6% del total que usan el condón menciona haber adquirido los conocimientos a través de reuniones, charlas y talleres y un tercio a través de una combinación de los diferentes medios: reuniones, charlas, talleres, plegables, libros, televisión y radio. Del total que no usan el condón el 68.7% afirma haber recibido la información a través de reuniones, charlas y talleres.

Un dato interesante nos proporciona la comparación de los que adquirieron conocimientos solamente a través de reuniones, charlas y talleres y los/las que la

adquirieron a través de una combinación de medios. Casi la mitad de lo que usan la variedad de los diferentes medios menciona utilizar el condón, mientras casi la mitad de los/las que usan solamente reuniones, charlas y talleres no lo usan.

El 50% de las personas que dieron una opinión neutra en relación con el uso del condón, no pudieron dar ninguna información sobre como recibieron información sobre las diferentes ETS.

El 91.1% de los miembros de los dos grupos ha recibido la información sobre las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual en las diferentes actividades (reuniones, charlas, talleres, plegables) que organiza la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS (en algunos casos mencionan también otras ONG's y Centro de Salud que trabajan con temas relacionadas con las ETS). El porcentaje entre los/las que usan métodos preventivos y los/las que no lo usan y recibieron la información de la CLCS es equilibrado: 34.1% usa el condón, 36.6% no lo usa. Existe un equilibrio de porcentaje en los/las que realizan actividades de promoción y multiplicación y los/las que no las realizan con relación al uso o no-uso del preservativo. Las personas que opinan de manera neutra sobre el uso del condón han recibido la información sobre las ETS en la CLCS (2 personas) y los demás miembros (2 personas) con la opinión neutra no dieron datos sobre quien les brindó la información sobre las ETS. El 100% de los/las que tienen una opinión neutra no realizan actividades de promoción y multiplicación.

Con relación a los factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS, en los dos grupos focales se recogió la siguiente información.³⁴

Aspecto Cultural:

¿A qué grupo étnico-cultural pertenecen?

Todos los participantes del grupo focal de las Trabajadoras del Sexo (Grupo 9) pertenecen al pueblo indígena miskito.

Lo mismo vale para el grupo de los HRSH (Grupo 8) que también en su totalidad pertenecen al pueblo miskito.

¿Cómo definirían ustedes su grupo étnico-cultural?

Con relación al Grupo de las Trabajadoras del Sexo, ellas relacionan su grupo étnico a expresiones culinarias (comida típica) y artísticas (bailes). También mencionan los sukias y los spirit como agentes de salud tradicionales muy importantes. Para las mujeres los sukias son los que hacen brujería, por ende son malos y los spirit son escogidos por los truenos y curan a las personas. "Hay dos

³⁴ El orden de las preguntas y contestaciones respeta el orden según guía de grupo focal (ver Guía de preguntas Grupo Focal en Anexo 2)

tipos de gente. Hay sukia que es la brujería y los spirit... que han tenido spirit de los truenos, esos son los que curan". Varias de las mujeres expresan no creer en "esas cosas", pero hablan con mucho entusiasmo y cuentan experiencias personales.

- Para los varones el grupo cultural se define por la lengua, las características físicas (pelo, ojos) y mencionan también los alimentos típicos. Mencionan una característica en relación a la vida sexual que es una forma tradicional de dar los besos, una forma que poco a poco se está perdiendo: *"Por ejemplo por parte de nosotros, la raza miskita, nosotros besamos, o sea nosotros olemos con la nariz. Para dar besos nos olemos nosotros. Pero hay mucha gente que para dar besos la da un besito y ya pasó. Pero como dicen los viejos, el mejor beso es por la nariz, dicen, por eso se siente mejor, dicen, el tufo que lleva fulano".*

¿Qué significa "ser líder" en su grupo étnico?

Las mujeres relacionan el liderazgo primeramente a las actividades de salud. Los spirit los caracterizan como líderes (los sukias no) al igual los curanderos y las parteras. Hasta en segundo lugar mencionan también los elegidos por el pueblo para resolver problemas de la comunidad.

De manera resumida se puede afirmar que el grupo de los HRSH define a un líder como una persona *"que dirige a un grupo en una comunidad, donde ellos pueden juzgar, ellos pueden condenar en un problema dado en una situación dada, dentro de la comunidad".* A su vez juega un rol importante la "responsabilidad" o el "ser responsable de algo" y se mencionan diferentes cargos: enfermero, maestro, pastor, ancianos.

Mucho se habla de creencias en relación a salud sexual: ¡Mencionen algunas de esas creencias!

En primer lugar mencionan las costumbres de utilizar hierbas para evitar los embarazos y hierbas para agilizar un parto: *"Le dan agua de estómago de gallina. ... Lo ponen a secar, como la mujer no puede tener, en la fecha que decían que iba a tener, ya estando seco lo ponen a remojar y eso le da de tomar".* En cuanto a la creencia de que hay que aceptar los/as hijos/as que Dios manda, las mujeres del Grupo 9 tienen una opinión muy pragmática. Mencionan que *"es bueno tener los regalos"* refiriéndose a regalos de Dios en forma de hijos/as, pero mencionan también que es bueno cuidarse para no tener muchos niños/as en estos tiempos difíciles. Hablaron también de la pareja fiel como práctica de salud sexual, opinando que no hay fidelidad.

Los hombres conocen varias creencias que están relacionadas con el cuidado de las mujeres embarazadas. Las mujeres no tienen que salir bajo la luna llena porque puede afectar al niño. Igualmente no debería salir de la casa temprano en la mañana porque *"han pasado un sinnúmero de cosas, de cosas diabólicas toda esta noche y puede ser que lo siente el mismo niño, porque en la mujer al sentir*

este olor va directamente al niño y nace ese niño enfermo". Se conoce también la costumbre de dejar descansar a la mujer después del parto. Eso incluye no salir de la casa por dos meses, envolverse en sabanas si tiene que salir de la casa, abstenerse de relaciones sexuales. A esto el Pueblo Miskitos le dicen "damni wan": "en este lapso de tiempo tampoco tiene que hacer el acto sexual. La dejan un tiempo para que la mujer esté bien fuerte y tranquila", y no salir cuando hay eclipse, para evitar deformaciones y manchas en el niño/a. Los miembros del Grupo 8 lo miran como algo muy positivo el dejar descansar a la mujer en ese momento, para garantizar la salud del niño y también de la madre, afirmando que esta costumbre se va perdiendo: "yo lo miro algo positivo, porque en aquellos tiempos esas mujeres se cuidaron mucho por eso cuando se mira que tienen 35, 40 años, se miran fuertes todavía, porque se cuidaron muy bien. Y ahora, después de parir, un día, dos días, tres días, ya están allí en la calle, salen a lavar, cosas así. En la mañana se levantan, a veces ya van a las fiestas, cosas así".

¿En qué sentido sus padres eran modelos en salud sexual?

Todas las integrantes del grupo focal de las mujeres trabajadoras del sexo se criaron sin su padre biológico y tienen un concepto negativo de la paternidad. Mencionan que son infieles, que sólo persiguen a las mujeres, que las dejan embarazadas y se van. Todo lo contrario de las madres. *"Mi madre nos enseñó, que era un modelo como evitar y como caminar juntos con los hijos".*

Para los hombres las madres y padres eran modelos en salud sexual en el sentido que respetaron las creencias, observando también que a los indígenas miskitos no les gusta la planificación familiar y que desde hace muchos años las familias son muy numerosas. Eso trae pobreza, falta de comida y ropa y necesidades en la casa: *"no les gusta planificar, el niño es bendición de dios. Según ellos paren, paren, paren... y otra cosa también hablando de salud sexual, no le gusta usar el condón, mejor dicen que directo es mejor"*

¿Cómo definirían ustedes el modelo educativo de sus padres y madres?

Una parte de las mujeres no conoció a sus padres, fueron por ende educados solamente por sus madres. Se habla que sí fueron castigados y regañados pero que *"no era tan duro"*. Una integrante del grupo lo resume al final con las siguientes palabras: *"nuestros padres nos abandonaron. Solo la mamá sufre, como criar"*.

De manera general mencionan los varones del Grupo de los HRSH que su educación era más estricta de la que se está utilizando ahora con los niños/as y jóvenes. Observan también que hay cambios sustanciales en la educación. Mientras antes no había espacio para discutir o cuestionar algo de los adultos ahora sí tienen bastante libertades. El respeto a las personas mayores era algo muy importante y exigido. Igualmente mencionan el maltrato como algo normal en la educación de los niños/as de antes: *"Porque yo recuerdo mis padres me decían:*

mirá..., usted me va a hacer esto y quiero que me cumpla y yo tenía que cumplir porque si no me malmataba”.

Aspecto Salud:

¿Nos podrían dar una definición propia de lo qué es “salud” y de lo qué es “enfermedad”?

Todas las mujeres limitan su concepto de salud y enfermedad a lo físico-orgánico. Explican que salud es cuando no tienen ninguna enfermedad, cuando están buenas y sanas. Enfermedad es cuando me siento mal o sencillamente *“cuando uno sale con una enfermedad”*. Resumiendo la discusión se puede mencionar que uno de los factores más importantes para definir enfermedad es la presencia de dolor. *“Lo principal es que tiene dolor, dolor de cabeza, así”*.

Se puede observar que los hombres en las contestaciones no limitan la definición de salud solamente a lo físico-orgánico, sino presentan una definición mucho más amplia que incluye diferentes aspectos de la vida social de una persona: *“Salud significa tener el cuerpo sano sin ningún problema, entonces el cuerpo tiene que estar sano, tener comida, tener dinero, tener educación. Para mí todo eso es salud porque me siento bien, estoy tranquilo, no tengo problema. Entonces para mí eso es salud, porque me puedo movilizar en cualquier parte, en cualquier lado, a donde quiera sin problema porque mis condiciones de vida están bien”*. Sin embargo presentan también definiciones muy simplificadas: *“En síntesis podemos decir que salud es cuando una persona esta sana y enfermedad significa cuando una persona llega a contagiarse con cualquier tipo de enfermedad”*. Como base de la salud se menciona también la higiene. En la definición de “enfermedad” se observa una limitación a lo orgánico, o sea presencia de diferentes enfermedades o sufrimiento de un accidente.

¡Cuenten algunas experiencias propias que han tenido con el uso de alcohol!

Hubo bastante resistencia en contestar esa pregunta. Todas mencionaron que no han tenido ninguna experiencia y hacen señas de no saber que contestar. Solamente una mujer respondió que sí ha tomado pero no sabe decir nada al respecto.

Los hombres sí compartieron con el resto del grupo algunas experiencias en relación al uso y abuso de alcohol. Se contaron algunas historias de caídas de gradas, de cosas que se pierden, de que amanecen en la casa y no saben como llegaron y se mencionó un problema en relación a la salud sexual: *“Otras de las consecuencias que podemos ver a veces, negativamente, uno pierde el conocimiento y no se sabe con quien se va. Porque por esas veces suceden tantas cosas en la vida nuestra también. Porque uno no sabe con quien, si va con el diablo o no sé con quien va, pero usted va y eso es una de las partes negativas”*.

¿Qué significa prevención de ETS?

La primera respuesta que dan las mujeres trabajadoras del sexo al escuchar la palabra prevención es con relación al condón. *"...tienen que cuidarse como con condones, pues cuidando, usando condones para no transmitir. Uno tiene que prevenir para que no traigan enfermedades"*. También existe el concepto de prevención a través de la revisión de la pareja sexual antes de tener una relación sexual: *"...ustedes tienen que ver, antes de acostarse con hombres, aunque al que tenés, tenés que ver y revisarlo primero... Porque muchos se niegan, siempre buscan la oscurana, nunca buscan luz"*.

Igualmente como las mujeres, los hombres también en su mayoría y como primera respuesta mencionan el condón. En segundo lugar se relaciona la prevención con amarse a sí mismo: *"Si yo me amo a mí mismo yo tengo que prevenirme"*. La definición que se da lo relacionan con conocimientos previos: *"...uno tiene que conocer antes lo que va suceder y lo que va a venir. Entonces, mientras uno conoce antes de lo que va a pasar entonces uno ya sabe a donde no ir porque ya conoce, pero a veces sin saber, nosotros sin conocer nos metimos y hasta después cuando percatamos ya estamos metidos en esta situación donde no debería meterse. Entonces creo que la palabra prevenir es conocer antes las cosas que nos van a pasar"*. Igualmente en los varones existe la tendencia de ver como método preventivo la revisión de la pareja sexual antes del acto sexual: *"...prevención sería conocer a las personas con quien vas a tener relaciones"*.

¡Mencionen algunas medidas preventivas!

Hay pocos conocimientos sobre medidas preventivas con excepción del condón. Solamente mencionan las jeringas infectadas, posibles problemas con el uso de cepillos dentales y los tatuajes. No pueden mencionar ningún otro método preventivo de enfermedades de transmisión sexual.

A parte del uso del condón los varones mencionan una serie de medidas preventivas: tener la pareja fiel, no usar jeringas usadas ni maquinas de afeitar, cuidado con las transfusiones de sangre, no intercambiar ropa íntima, el problema de los cepillos dentales

¿Qué piensan del uso del condón?

Todas las mujeres tienen una opinión positiva sobre el uso del condón afirmando que es bueno para evitar enfermedades y que la relación con o sin condón *"da igual"*. A la par mencionan pero también que dejaron de usarlo porque los hombres no quieren: *"pero por los hombres lo dejé. Cuando dicen, metete el condón, para que p... bueno, para que voy usar esta chochada"*. Agregan que las expresiones de los hombres más comunes sobre los condones son las siguientes: *"eso da asco", "sin condón es mejor", "con condón no siente eso"*.

La opinión general del grupo de los hombres sobre el uso del condón es positiva. Dicen que es la *"base principal para prevenir"*.

¿Están ustedes utilizando el condón?

Había bastante sinceridad en contestar esta pregunta. Todas están conscientes de la importancia de su uso pero ellas sólo lo utilizan *"por allá"*. *"Bueno yo soy muy sincera, yo, por allá uso el condón. Por allá"*. Una integrante del grupo piensa que hasta nadie de las presentes en la discusión utiliza el condón.

La situación en cuanto al uso personal del condón de los hombres del grupo de los HRSH es bastante diferenciada. Hay personas que los usan siempre y rechazan relaciones sexuales sin condón: *"Hay mucha gente que no quiere, casualmente hoy en la tarde uno no quiso por eso me arreché y me vine. No le gusta que le de asco allí. Le dije si a vos te da asco a mi me das asco también"*. Hay miembros que no lo utilizan del todo y hay otros que últimamente han reflexionado y tratan de utilizarlo, aunque sea solamente de vez en cuando: *"Yo antes no lo usaba yo llevaba pero no lo usaba ni que lo usara. Así descuidadamente, pero en estos últimos momentos he reflexionada un poco y si no quiere el condón, pues nada y he tratado de usarlo"*. Un punto importante es no tener al alcance condones en el momento: *"Tal vez en el momento preciso no tenés y podemos perder esta oportunidad, tenés que tenerlo. Ya en el momento que lo tenés, entonces lo usas"*. Algo interesante mencionó un miembro al compartir su experiencia con un amigo íntimo: *"Yo una vez fui con una persona y la persona el mismo me dijo: ay usted que siempre llega a la Comisión y me decís: para que vas a usar y él me dijo: si no usas no vamos. Es al contrario la cosa pues, pero en sí lo tenía que usar"*.

¿Tenían Ustedes un momento en su vida donde utilizaron con más frecuencia y regularidad el condón? ¿Porqué?

Se mencionó que antes (antes que la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi empezara su trabajo de información y prevención) nadie utilizó el condón. Dicen que no se sabía nada de las diferentes ETS y que del todo no se utilizó el preservativo. *"Antes no sabía que es condón, que es que cosa. Que es condón, nada de eso había antes. Hasta ahora"*. Lo que sí había eran consejos de familiares o demás personas como cuidarse (y como curarse): *"para ayudar como cuidar sí, pero no de los condones"*.

Los hombres afirman que antes no se sabía nada sobre el uso del condón. Los conocimientos sobre su uso se adquirieron en los últimos años. Mencionan que están observando un aumento del uso del preservativo, inclusive en las comunidades que llegan a pedir condones a los miembros del Grupo 8.

¿Cómo consideran el concepto de la pareja fiel?

Fidelidad para las mujeres del grupo es ser verdaderamente esposa y marido "...antes de Dios y antes la Tierra" y es respeto. Que haya fidelidad no lo creen las integrantes del grupo y si existe, solamente en algunas pocas personas. Se mencionan porcentajes: 75% infiel, 25% fiel a su pareja. Una mujer del grupo lo resume muy claramente: "aquí nadie es fiel".

Igualmente los hombres no creen mucho en la fidelidad. Ellos también mencionan un porcentaje, pensando que de 100 tal vez una persona es fiel: "La palabra fiel no existe, no existe. Bueno, yo creo que de cien pueda haber uno fiel. Puede haber uno, pero todo el resto no es fiel". Hay opiniones que la misma sociedad hace imposible que una persona sea fiel: "Ahora, peor en estos tiempos, para ser fiel, de muchas ganas, uno no puede ser fiel, porque de todo lo que mira, le da gana de hacer y entonces uno no va a decir: yo voy a ser fiel". Al otro lado existe en el grupo de los varones la convicción de que sí la fidelidad es posible haciendo un esfuerzo grande: "Para llegar a conseguir esto tenés que luchar, hacer ese esfuerzo para que esta persona llegue a cumplir...". "...uno tiene que buscar la manera de llegar a esta persona. A como decimos que esa persona tiene que comprender quien es usted, quien es y como sos para llegar a esta persona y para que el te comprenda, allí es donde uno tiene que ser fiel". Afirman que la fidelidad existe, solamente hay que ponerse de acuerdo y no ir "alborotados...haciendo todo un montón de cosas que no es fiel".

¿Cómo consideran el concepto de abstinencia sexual?

Hay una pequeña diferencia de opinión con relación a la existencia de la abstinencia sexual como método preventivo de ETS. Mientras una integrante piensa que "ya no existe", "no creo en eso" y "Jóvenes no creo, viejos ya con la edad de 40 años, por allí, pueden no tener relación sexual, pero ya jóvenes, es difícil, no creo" otra piensa lo siguiente: "Mientras una mujer está sola en un lugar y no le ponga mente en la sexualidad, no le molesta. Estos son los que le dicen abstinencia sexual. Mientras que una mujer está sola y sin poner mente en la sexualidad no molestan las hormonas. Y mientras un hombre está solo en un lugar, también no les molestan".

Se mencionó también en la discusión que ahora desde muy jóvenes las niñas están interesadas en los chavalos y andan detrás de ellos. "ahorita las niñas, las chavalitas ya de 12 años comienzan y los buscan y tienen en su mente como buscar a un chavalito. Me gusta este chavalito y va detrás de este chavalito y así anda".

Un punto de discusión tocó la creencia que una mujer sin hijos/as es sexualmente abstinentes, lo que, según las mujeres trabajadoras del sexo, no es cierto. "Hay muchas mujeres que no tienen hijos pero siempre pasan relación sexual, pero nunca tienen hijos. Por eso uno no puede decir que esa no tiene hijos por eso esa está señorita. No puede decir eso. Esa no tiene hijos porque no pasa, no hace relación sexual".

Con relación a la abstinencia los varones del grupo del los HRSH, ellos igualmente lo miran muy difícilmente realizable. Piensan que tal vez es posible

abstenerse por un período corto o con el apoyo de algunos medicamentos, pero de manera permanente no: *“Eso, diría yo, sería una cosa que costaría mucho, pues. Aunque se puede llegar a un tiempo, digamos un mes pues, digamos un año, pero de allí uno por fuerza tiene que buscar con alguien. O solamente que existen otras cosas que lleguen a, digamos, como una inyección, pastillas o algunas cosas para no llegar a tener relaciones con otra persona”.*

¿Cuándo busca Usted atención médica?

Una mujer del grupo focal afirma no buscar atención médica. Aunque esté enferma no busca una consulta médica. Las demás mencionan que si llegan con regularidad a las consultas que ofrece la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS cuatro veces al año. La influencia del trabajo de la Comisión está reflejada en la siguiente respuesta: ella busca la atención *“...cuando me siento enferma y cuando está la hora de consulta. Cuando es hora de consulta yo busco para ver si estoy enferma o no. Aunque esté buena y sana siempre busco la atención médica para examinar mi cuerpo”.*

El Grupo 8 reconoce que hay una costumbre que ellos relacionan al pueblo miskito, que solamente buscan atención médica cuando la persona se siente mal y enferma. Además de eso buscan atención médica cuando se sienten enfermos y mencionan también el chequeo preventivo: *“Yo en mi caso hay tiempo, aunque yo no esté enfermo, yo busco”.* Ese chequeo preventivo está limitado pero por *“si hay facilidades”*, no explicando si la presencia de esas facilidades reduce problemas de accesibilidad, de tiempo o de dinero.

Conocimientos sobre ETS

En cuanto al objetivo número tres que identifica los conocimientos sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual se lograron los siguientes resultados.

General:

El 62.2% (28 personas) de todos los encuestados de los dos grupos tienen un conocimiento regular sobre los diferentes aspectos de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Un buen conocimiento lo tiene el 24.4% (11 personas) el 13.3% (6 personas) se clasifica como mal conocimiento.

¿Que es una Enfermedad de Transmisión Sexual?:

El 48.9% sabe lo que es una ETS, el 20% responde mal y el 26.7% no sabe, el 4.4% restante tiene un conocimiento regular.

¿Mencione las principales Enfermedades de Transmisión Sexual?:

El 13.3% de los encuestados responde muy bien, el 46.7% conoce bien las enfermedades, un 31.1% regular y un 8.9% no sabe nada.

¿Cómo se transmiten las Enfermedades de Transmisión Sexual?:

Solamente el 6.7% responde muy bien a esta pregunta, mientras el 33.3% tiene un buen conocimiento. Más de la mitad, el 51.1% contesta regular y el 8.9% entre mal y no sabe.

Mencione los principales síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual

El 11.1% responde bien a esta pregunta. El 17.8% contesta de manera regular y un porcentaje alto de 71.1% contesta mal o no sabe.

Mencione las principales formas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual:

Un porcentaje pequeño, el 2.2%, sabe muy bien como prevenir. Un porcentaje alto, el 82.2%, tiene buen conocimiento sobre este aspecto. Porcentajes bastante pequeños quedan para los que contestan regular: 4.4% y de lo que contestan mal y no saben: 11.1%.

¿Cuáles son las consecuencias de las Enfermedades de Transmisión Sexual?

Sobre las consecuencias que pueden resultar de las infecciones por ETS, el 77.8% conoce bien las consecuencias. El 6.7% tiene un conocimiento regular y el 15.6% no sabe nada de consecuencias.

Resumiendo se puede observar que los miembros de los dos grupos tienen los mejores conocimientos en relación con la pregunta de cómo prevenir las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual. Igualmente bien contestan los encuestados al preguntarles sobre las consecuencias de las ETS. Las preguntas que se contestaron entre bien y regular fueron: las formas de transmisión de las ETS y el mencionar las diferentes ETS. Las ETS que más se mencionan son las siguientes:

Gonorrea (38), Sífilis (31), VIH-SIDA (24), Chancroide (19), Ladilla (14) y en menor cantidad Condiloma (5) y Herpes (1).

Donde se observa una falta bastante grande de información por parte de los encuestados, es en relación a los síntomas de las ETS y en definir que es una ETS.

Referente al grupo de los varones y de las mujeres con relación a los conocimientos generales sobre los diferentes aspectos de las enfermedades de transmisión sexual, las mujeres tienen un 12% de conocimientos malos contra un 15% de los varones. En cuanto a los conocimientos buenos salen mejor los varones con un 30% contra un 20% de las mujeres.

El grupo de edades con mayores conocimientos generales es el de 30 a 49 años con un 30% de conocimientos buenos, 65% regulares y 5% malos. El grupo de edades que presenta el mayor porcentaje de conocimientos malos es el de 20 a 29 años con un 23.8%. El total de las pocas personas jóvenes (12 a 19 años de edad) de los dos grupos tienen regulares conocimientos.

El grupo con mejores conocimientos generales es la etnia mestiza, ya que presenta un 42.9% de buenos conocimientos y un 57.1% de regular conocimiento. Los indígenas miskitos presentan un 61.1% de conocimientos regulares y un 16.7% de conocimientos malos.

En cuanto al estado civil de los encuestados, el grupo de los casados/as tiene un 44.4% de buenos conocimientos, el de los acompañados/as tiene un bajo porcentaje de buenas respuestas (10%) y el 90% regular. Mas de la mitad de los solteros/as (60%) tienen un regular conocimiento general sobre las ETS. El grupo con el mayor porcentaje de contestaciones malos es el de los casados/as con un 22.2%.

Los miembros de los dos grupos encuestados que pertenecen a diferentes iglesias evangélicas presentan los mejores conocimientos generales con el 28.6% de conocimientos buenos y 71.4% de conocimientos regulares. El grupo que presenta conocimientos malos en mayor porcentaje son los pertenecientes a la iglesia Católica con un 33.3% y los Moravos con un 4.3%.

Situación laboral: se puede observar que en general no hay ninguna diferencia en cuanto a los tres resultados, ya que en los conocimientos buenos entre empleados/as, desempleados/as e independientes los porcentajes son 26.3%, 21.0% y 28,3% respectivamente. La situación se repite en cuanto a conocimientos regulares y malos. Revisando la situación laboral por etnia, se detectó que los miskitos tienen el porcentaje más alto de desempleo con un 47.2% mientras más de la mitad de los mestizos/as tienen empleo (57.1%).

Los/las que se clasificaron como profesionales tienen los mejores conocimientos generales con un 50% de conocimientos buenos y 50% regulares: mientras los estudiantes presentan un 50% de conocimientos regulares y 50% malos. Las amas de casa tienen el porcentaje de conocimientos malos en un 9.5% y los obreros/trabajadores en 17.6%.

Los/las encuestados se clasificaron en 4 grupos de ingresos. El grupo con mejores conocimientos generales es el de ingresos de 1001.- a 1500.- Córdoba con un 66.7% de buen conocimiento y 33.3% de conocimiento regular. El grupo con mayor porcentaje de conocimientos malos es el de ingresos de 1500.- y más con un 33.3%, seguido del grupo con ingresos de 500.- o menos con 16.7%.

En cuanto al estrato social, el grupo con mejores conocimientos generales es el "alto" con un 50% de buenos conocimientos y 50% de conocimientos

regulares. El estrato social medio presenta 35.3% de buen conocimiento y 64.7% de regular conocimiento, mientras el de estrato social bajo tiene el 15.4% de buen conocimiento y 23.1% de conocimientos malos.

Los que viven en barrios céntricos presentan un porcentaje de 33.3% de buenos conocimientos y en 10.0% de malos conocimientos, mientras los que viven en barrios periféricos presentan un 6.7% de buenos conocimientos y un 20% de conocimientos malos.

Prácticamente no existe mucha diferencia en cuanto a los conocimientos generales y el pertenecer o no a un grupo social, ya que el 11.1% de los que pertenecen a un grupo social tienen buenos conocimientos y el 27.8% de los que no pertenecen a un grupo tienen también buen conocimiento. El 11.1% de los que pertenecen a un grupo social tienen malos conocimientos y el 13.9% de los que no pertenecen tienen malos conocimientos.

¿Cuál es el tipo de grupo social al cual pertenecen los miembros encuestados con relación a sus conocimientos? De los pocos que mencionan pertenecer a un grupo (el 20%) solamente los que pertenecen a un partido político presentan un 16.7% de conocimientos malos y el 83.3% de regular.

En cuanto a la participación en actividades sociales los que participan mucho tienen el mejor porcentaje de conocimientos generales regulares con un 80.0%. El mejor porcentaje de conocimientos buenos tienen los que poco participan en las actividades: 27.8%. El más alto porcentaje de malos conocimientos presenta el grupo de los que no participan en ninguna actividad social: 18.2%.

El grupo que tiene mejores conocimientos es el que busca atención médica con regularidad con 37.5% de buenos conocimientos y 62.5% de conocimientos regulares. El grupo que busca atención médica cuando se siente mal es el que contesta mal las preguntas de conocimientos del cuestionario: 14.3%.

Con relación a la situación de la vivienda y la problemática de hacinamiento, los encuestados tienen los siguientes conocimientos sobre las ETS: los/las que tienen la vivienda en regulares condiciones en su mayoría tienen regulares conocimientos (57.1%) y en un 33.3% buenos conocimientos. De los/las que tienen la casa en mala condición el 75.0% presenta regular conocimiento. El porcentaje de malos conocimientos más alto lo tienen las personas que tienen las casas en buenas condiciones: 25.0%.

El grupo que tiene de 0 – 5 personas viviendo en la misma casa, tiene el mejor porcentaje de buenas contestaciones: 45.4%. El grupo que tiene los porcentajes más altos en malos conocimientos es el que tiene de 6 a 10 personas viviendo en la casa: 20.0%. Los que tienen 11 y más personas en la casa tienen un 71.4% de contestaciones regulares.

En lo que respecta el hacinamiento de los encuestados se presenta el siguiente cuadro: los/las que viven en hacinamiento, el 23.8% tienen buenos conocimientos, el 64.3% regulares conocimientos y de los que no viven en hacinamiento tienen un tercio en cada grupo: bueno, regular y malo.

Consumo de alcohol y conocimientos sobre las ETS: podemos reflejar que el consumo de alcohol no interfiere en los conocimientos, ya que el 66.7% de los que consumen alcohol tienen regular conocimiento contra el 44.4% de los que no consumen. De los/las que si consumen, el 5.6% contesta mal las preguntas, mientras los/las que no consumen tienen malos conocimientos en un 44.4%.

De los/las que ingieren licor diario el 50% tiene regulares conocimientos y el 50% tiene malos conocimientos. Los/las que toman cada fin de semana o cada 15 días en un 70.6% tienen regulares conocimientos y el 5.9% los tiene malos. Los/las que ingieren licor una vez al mes o por allá en un 64.7% tienen regulares conocimientos y en un 35.3% buenos conocimientos. Llama la atención el porcentaje de 44.4% de malas contestaciones en personas que afirman no consumir licor.

Con respecto a los conocimientos y la edad en la cual comenzaron el consumo de alcohol, el grupo que tiene mejores conocimientos es el que empezó el consumo de alcohol entre los 16 y 20 años de edad con un 42.9%, solamente el 7.1% tiene malos conocimientos. Los/las que comenzaron el consumo entre los 12 y lo 15 años el 72.7% contesta regular y relativamente pocos contestan mal: 9.1%.

En lo que se refiere a la escolaridad en relación con los conocimientos generales sobre las ETS, el 100% de lo que no asistieron a la escuela tienen conocimientos regulares y el 60% de los que tienen estudio universitario incompleto tienen buenos conocimientos. Los únicos que tienen malos conocimientos pertenecen a los que tienen la primaria incompleta (13.1%), primaria completa (28.6%) y secundaria incompleta (14.3%).

La mayoría de los encuestados/as refiere haber recibido la información sobre las distintas ETS a través de reuniones, charlas y talleres, seguido por los/las que la recibieron a través de una combinación de diferentes medios. Los que recibieron información por medio de las diferentes formas, tienen un porcentaje de 41.7% de buenos conocimientos y 50% de conocimientos regulares. Los que no mencionan a través de que medios adquirieron la información (sin datos) tienen un 40% de buenos conocimientos y un 40% de malos conocimientos.

El 20% de los que recibieron información de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS tienen buen conocimientos y el 68.6% tiene conocimientos regulares, el 11.4% lo tiene malos. Los/las que recibieron información de la CLCS, ONG's y el Centro de Salud el 66.7% tiene buenos conocimientos y el 33.3% regulares. El 100% de los sin datos tiene malos conocimientos.

Del total que tienen buenos conocimientos un 81.8% realiza pláticas individuales y charlas, de los que tienen regulares conocimientos un 75% realiza

esta misma actividad. El 100% de los que tienen malos conocimientos no realizan ninguna actividad.

El 63.6% del total que tienen buenos conocimientos brindan la información a amigos y personas del barrio. Un 39.3% de los que tienen regulares conocimientos brindan información a amigos/as

Con relación al uso del condón, el grupo con buenos conocimientos refiere utilizar el condón siempre en un 54.5%, el 27.3% de vez en cuando y el 18.2% no lo utiliza. Lo que tienen regular conocimiento utilizan el condón en un 25%, el 35.7% lo usa de vez en cuando y el 39.3% no lo utiliza. Del total del grupo con malos conocimientos el 33.3% refiere utilizarlo, un 16.7% de vez en cuando y un 50% refiere no utilizarlo nunca.

De los que tienen una opinión positiva sobre el condón, el 26.8% tienen buenos conocimientos y un 68.3% regulares conocimientos. Los que tienen una posición neutra en un 100% tienen malos conocimientos.

Factores que influyen en la organización de los grupos

Referente al objetivo específico número cuatro sobre el poco interés de los dos grupos en organizarse, los grupos focales dieron los siguientes resultados.

¿Qué significa para ustedes estar en un grupo?

Las mujeres del Grupo 9 consideran de mucha importancia la existencia de su grupo. *"...yo me siento bien porque yo no sabía. Muchas cosas que no sabíamos sobre la enfermedad, como viene la enfermedad así. Ahora sí sabemos, ya estamos caminando así. Ya sabemos como viene la enfermedad. Que clase de enfermedad viene a uno, de relación sexual"*.

Los hombres del Grupo 8 también consideran de mucha importancia la existencia del grupo: *"sabemos que ante la sociedad somos los últimos, así los miran ellos. Pero viéndolo bien de que yo me siento orgulloso porque yo cuando me siento para platicar con ellos y me siento para hablar y hablamos entre nosotros y nos damos cuenta de nuestras cosas en que estamos y por eso este grupo es importantísimo para mí..."*. Se mira también la importancia del grupo en cuanto a la posibilidad de poder aprender algo sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual, información que se consigue a través de talleres, reuniones y charlas. También se mencionó la posibilidad de identificación del propio yo y la solución de problemas sociales relacionados a su opción sexual: *"Estar organizado en el grupo también es algo importante porque me estoy desahogando un poco o identificándome lo que soy yo...es algo que nos puede llevar a identificarnos y también para que la sociedad también tenga confianza al Grupo 8."*

Te apoya moralmente para que usted también es parte de esta sociedad y que la sociedad te mire como persona”.

¿Cuáles son las actitudes de solidaridad en un grupo?

El término solidaridad las trabajadoras del sexo lo relacionan con el apoyo de organismos o países extranjeros. Se habla de la ayuda y de la solidaridad de los países. En cuanto a la necesidad de solidaridad a lo interno del grupo piensan que sí es necesaria, porque permite saber si una persona está enferma cuando no llega a las reuniones. Aunque se sabe de la importancia de la solidaridad, todas están de acuerdo que en el grupo de las Trabajadoras del Sexo no existe.

La mayoría del grupo focal de los hombres piensa que no hay mucha solidaridad a lo interno del grupo. Están conscientes que debería haber solidaridad en el grupo para garantizar la sobrevivencia del grupo y garantizar la seguridad de los miembros del Grupo: *“porque tal vez...en la calle...van a querer golpear, que se yo, alguna cosa, pero otro dice, mirá éste está organizado, es del grupo, tiene sus amigos, cuidado. Entonces son cosas que ya te vienen a la mente, mirá esta gente está organizada”*. Lograr mayor solidaridad lo miran como un esfuerzo que hay que hacer y *“un reto para nosotros”*.

¿Qué significa ser líder/tener liderazgo de un grupo?

El grupo lo definió como una persona que tiene el papel de consejero, que llama al grupo y que habla conjuntamente con el grupo.

La definición sobre “líder” que dan los varones del grupo 8 es un poco más compleja. Afirman igualmente que líder es la persona que organiza a la gente. Además busca la solución de cualquier problema y es *“el cabecilla de todos los demás”*. Se menciona que para poder ser líder *“tiene que tener más relaciones humanas con todas las personas del grupo”*, y es la persona responsable que *“se ha puesto encima de todo”*. Un miembro del grupo lo resume de la siguiente manera: ser líder es *“ver, resolver, buscar...perspectivas, buscar hacia delante y no para atrás”*.

¿Qué hay que hacer para poder ser líder en un grupo?

Para las integrantes del grupo focal las cualidades que tiene que tener un líder son: responsabilidad y transmisor.

Con relación a la cantidad de líderes que pueda tener un grupo, la opinión de las mujeres se limita a funciones preestablecidas: presidente, vicepresidente, secretario, vocal etc. Para ellas los diferentes líderes de un grupo (y también el Grupo 9) son los elegidos de la Junta Directiva. Preguntándole si son varias personas que realmente deciden y mandan, la contestación es unánime: *“una nada más”*.

Son varios los líderes que pueden existir en un grupo, según opinión de los hombres. Ellos, al igual de las mujeres, también mencionan la Junta Directiva como los líderes del grupo, cayendo después de nuevo en el liderazgo de una sola persona: *"tiene que ser una persona activa"*. Para eso se necesita una persona responsable que sea *"guiador del grupo y velador del grupo para ver los intereses del grupo"*.

¿Qué es un grupo de autoayuda?

"Autoayuda es el que ayuda unò a otro". Existe el concepto que si una persona no sabe algo la otra tal vez lo sabe y puede ayudar; tiene que ver con un concepto de intercambio de información.

El concepto de autoayuda que tienen los miembros del grupo focal de los HRSH se limita al apoyo financiero.

¿Ustedes se consideran un grupo de autoayuda?

Los miembros del grupo de las Trabajadoras del Sexo no se considera como un grupo de autoayuda.

El grupo B limitó inicialmente el concepto de autoayuda a ayuda monetaria. En ese sentido los miembros del grupo coinciden que no son ningún grupo de autoayuda. Ampliando el concepto de autoayuda a otros aspectos coinciden en que pueden aportar y ayudar en la parte psicológica, mencionando sobre todo el intercambio de información, solución de problemas relacionados al ser homosexual y la confianza de uno a otro en el grupo.

¿Porqué es importante tener una autoestima alta?

La definición de la propia autoestima de las integrantes del grupo focal está relacionada con conceptos de salud y bienestar. La autoestima es importante *"para cuidarse"*. Hay que cuidar la salud y el propio cuerpo: *"Si uno no cuida su cuerpo nadie lo va a hacer, entonces uno tiene que cuidar su cuerpo para amar. Si no se cuida se enferma"*.

Para los hombres es importante tener la autoestima alta para tener garantizados derechos fundamentales: *"de esta manera nosotros podemos sentir de que somos también humanos, que tenemos derecho de vivir en esta vida"*. Están conscientes que la autoestima alta hace que ellos mismos se valoran y le garantiza su lugar en la sociedad.

¿Que cada participante defina su nivel de autoestima!

Se les pidió a las participantes del grupo focal de realizar una autovalorización de su propia autoestima, colocándose en la siguiente escala: 1 = autoestima baja, 2 = autoestima regular, 3 = medio, 4 = bien, 5 = muy bien. Todas

las mujeres sin excepción se colocaron en el "5": *"Saliendo de todos los problemas sigo adelante, estímandome"*.

Los miembros del grupo de los HRSH, en comparación, se colocaron en autoestima media (3), explicando que la persona homosexual tiene problemas de rechazo social y familiar y es mal visto en todas partes y por ende no puede ser alto. *Tampoco están en lo más bajo porque saben que no son lo más bajo de la sociedad, aunque los traten así. "Medio, porque que sería yo hacerme, sentirme grande, hacerme sentir el más elevado, cuando ante la sociedad siempre a nosotros los homosexuales siempre nos critican y donde quiera que vayamos, yo creo que hay más porcentaje de personas que nos critican que a favor de uno. Entonces yo estoy conforme con ese nivel regular medio". "Yo también diría que estoy en medio, porque yo también tengo problemas en la casa, que tengo rechazo. Entonces no puedo decir que estoy bien bien. Estoy en medio".* Coinciden también que para lograr una autoestima hay que luchar y hay que hacerse respetar y eso depende del comportamiento de cada uno.

IX. Análisis de los resultados

Tipos de ETS

Todas las estadísticas de los últimos años de las ETS en la Región Autónoma Atlántico Norte tienen la Gonorrea como la ETS de más alta prevalencia, llegando siempre entre el 30 y 50% del total de las ETS registradas. En segundo lugar se posiciona la Tricomoniasis y en tercer lugar la Sífilis. Revisando y comparando los datos del grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres y de las Trabajadoras del Sexo no se mira reflejado el patrón general de prevalencia en la Región. En los dos grupos encontramos la Sífilis como principal ETS. Este fenómeno se explica tomando en cuenta tres factores:

- Las características sintomatológicas de la Sífilis;
- Hábitos preventivos de la población;
- Hábitos de higiene personal.

La Sífilis en su etapa primaria y secundaria prácticamente no causa ningún dolor, molestia, malestar o inconveniente. Eso vale tanto para los hombres como para las mujeres. Por lo tanto los miembros de los dos grupos no encuentran razón obvia para visitar un médico o Centro de Salud y curarse de algo que no se siente y casi no es visible. La presencia de dolor, molestia, enfermedad etc. es fundamental para visitar a un agente de salud.³⁵ En la encuesta realizada se les preguntó cuando buscan atención médica y el 66,7% confirma que lo hacen solamente cuando se sienten enfermos y/o con dolor. Esta actitud no integra conceptos de prevención y por ende hace más difícil la detección de Sífilis y su curación. Esta situación de ausencia de conceptos preventivos de la salud tiene que verse también en relación a la propia definición que los miembros tienen sobre "salud" y "enfermedad". Se observa una clara diferencia entre lo que piensan los hombres y lo que piensan las mujeres con respecto a la salud. Las Trabajadoras del Sexo limitan su concepto a lo físico-orgánico y a la presencia de dolor. Los HRSH, a su vez, integran conceptos más integrales mencionando la movilización, tener comida, dinero y educación. Con respecto a la enfermedad los miembros de los dos grupos solamente mencionan la presencia de dolor y/o sufrimiento de un accidente. Hay que incluir también aspectos de la cultura en lo que se refiere a la visita regular de centros de salud y chequeos con frecuencia. No existe una tradición de prevención apoyada por la cultura miskita.³⁶

³⁵ Incluyendo también a los agentes tradicionales de salud, que juegan un papel muy importante en la cosmovisión miskita.

³⁶ Pueblo indígena al cual pertenece el 80% de los miembros de los dos grupos.

Mencionamos también como un factor los hábitos de higiene personal. Hay que explicar en este momento que en ningún momento esto se refiere a la frecuencia de bañarse y el grado de limpieza de cada uno de los miembros. Más bien se refiere a la costumbre (o necesidad) de bañarse con ropa puesta por la ausencia de lugares apropiados que respetan la intimidad de la persona. De consecuencia no es posible un auto-chequeo visual de los órganos reproductores, lo que pudiera ayudar en encontrar los granos que causa la Sífilis en su primera etapa. (Ver Anexo 11: Las ETS de más alta prevalencia).

Todo lo contrario sucede con la Gonorrea. Especialmente en el hombre causa dolores y ardores agudos y en hombres y mujeres un flujo de pus maloliente y visible. Los miembros de los dos grupos mantienen relaciones sexuales con varones y en caso de presencia de Gonorrea con su sintomatología visible, la pareja sexual lo puede detectar con más facilidad y reaccionar de manera adecuada. Sin embargo hay que mencionar el porcentaje relativamente alto de mujeres con Gonorrea que llega a 62.5% (en comparación los hombres llegan a 17.2%). Pensamos que esta diferencia se explica a un lado por los síntomas de dolor que causa en el varón lo que lo empuja a buscar curación e interrumpe así la cadena de infección. La mujer no siente, en la mayoría de los casos, este dolor y está además en la posición de desventaja de tener que sostener relaciones sexuales para su sobrevivencia. La aceptación de una relación sin condón aumenta además las entradas en dinero.

Una posible respuesta para el hecho que en los dos grupos hay más casos detectados de Sífilis que de Gonorrea, encontramos también en los conocimientos sobre las ETS. Los miembros de los dos grupos en su mayoría tienen un regular conocimiento. Conocen bastante bien los métodos preventivos, pero les hace falta información en relación a los síntomas de las ETS. Es mucho más difícil detectar Sífilis que Gonorrea y por ende hay menos automedicación de Sífilis que de Gonorrea.

Reinfección de ETS

La revisión de los expedientes nos dio toda la información necesaria sobre los casos de reinfección de los dos grupos. Reinfección significa que la persona miembro de uno de los grupos pasa consulta médica detectando una ETS. Bajo vigilancia médica recibe el tratamiento adecuado. Al volver a hacerse el examen médico en un período entre tres a cuatro meses, vuelve a presentar otra vez la misma ETS.³⁷ Las mujeres del Grupo de las Trabajadoras del Sexo están en clara desventaja con relación a los casos de reinfección de una misma ETS durante el

³⁷ Según el Manual de Programa de Control y Prevención de las ETS/VIH/SIDA los criterios de reinfección (página 21) son los siguientes: 1. Aparición de nuevas lesiones primarias, 2. Elevación en dos o más diluciones en la reactividad del VDRL respectivo al título serológico más bajo obtenido después del tratamiento.

transcurso de las consultas médicas que se realizaron en los últimos tres años. Presentan un cuadro alto de reinfección tanto de Sífilis como de Gonorrea.

¿Porqué esta marcada diferencia entre los dos grupos? A primera vista no hay explicación: los dos grupos presentan un comportamiento similar de alto riesgo, fueron formados en el seno de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS hace siete años, recibieron la misma cantidad de charlas y talleres y el mismo tipo de información, recibieron desde hace tres años una consulta médica con laboratorio y medicamentos, reciben de parte de la sociedad un similar trato de rechazo y desprecio, presentan una problemática interna parecida y carecen de un liderazgo efectivo. Analizando el nivel de conocimiento entre los dos grupos, el nivel de escolaridad, el nivel de hacinamiento, los ingresos mensuales en dinero, la situación laboral y cuando buscan atención médica, miramos que las mujeres están en una situación desfavorable en relación al grupo de los varones. Se piensa que todo esto tienen que ver con la cultura del machismo que se traduce, en nuestro caso, en niveles más altos de casos de ETS y en una frecuencia más alta de reinfección en las mujeres. Es cierto que los hombres con orientación homosexual sufren más las consecuencias del concepto de vida basado en el machismo que los heterosexuales, pero parece que todavía hay más margen de aceptación para el hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre que para la mujer.³⁸

Un factor que hay que tomar en cuenta cuando se habla de altos niveles de reinfección en inclusive en la alta prevalencia de ETS, es la cantidad de relaciones sexuales sin protección en un período determinado. Según nuestra observación en el trabajo con los dos grupos, es el grupo de las mujeres el que supera a los hombres. Ellas tienen más relaciones sexuales en cantidad y con la mayor tasa de promiscuidad, es decir, siempre con otras personas. Se puede observar prostitución entre los varones de los HRSH pero en menor escala y las relaciones se concentran más a una sola persona por un cierto período. Todo esto hay que observarlo en el marco de la búsqueda de estrategias de sobrevivencia en el caso de las mujeres.

De la misma manera (desventaja por reglas basadas en machismo, hacinamiento, alto número de relaciones sexuales con diferentes personas) se puede explicar el porcentaje más alto de mujeres con ETS que varones (97% contra 79% respectivamente) y el número mucho más alto de mujeres con varias ETS a la vez que los hombres (71,9% contra 6,9%).

Observando los datos de infección y frecuencia de reinfección de ETS en los miembros de los dos grupos y la situación más difícil de las Trabajadoras del Sexo, automáticamente se piensa en una falta de uso del condón que se acentúa más todavía en las mujeres. Contradictoriamente son las Trabajadoras del Sexo

³⁸ Avelino Cox, historiador e investigador de la cultura miskita, habla, con relación a la percepción de la homosexualidad entre los miskitos, de hombres que fueron vistos como personas sin voluntad, más mujer que hombre.

las que mencionan más el uso (siempre) del condón, mientras hay un balance entre los dos grupos en lo que es la opinión que tienen sobre el uso del condón.

Según datos de la Comisión de Lucha Contra el SIDA en el año 2000 se repartieron de manera gratuita un poco más de condones a los hombres que a las mujeres (2.800 contra 2.500). Sacando la relación de cantidad de condones distribuidos a los miembros de los dos grupos y calculando un número de 30 miembros de cada grupo se llega a la siguiente cantidad:

Miembros del Grupo de los HRSH: 93 condones cada uno en un año

Miembros de las Trabajadoras del Sexo: 83 condones cada una en un año

Esta cantidad queda muy por debajo de la necesidad real de preservativos para poder garantizar una vida sexual más sana. Además no se está tomando en cuenta el gran número de compañeras de trabajo de las mujeres que no participan en los talleres y charlas de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y que están pidiendo preservativos a las mujeres del grupo, lo que disminuye todavía más el número de condones a disposición de cada una. Queda la pregunta, si a los condones se les está dando el uso apropiado. Pensamos que sí, ya que hay pocas actitudes de rechazo de parte de los miembros de los grupos en el momento de la entrega de condones, nunca se pudieron observar condones sellados tirados en la calle y niños/as jugando con chimbombas de condones.

Factores que influyen en el uso de métodos de prevención

El método de prevención de ETS que la gran mayoría de los miembros menciona es el condón. Efectivamente, en los últimos años, no solamente la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, sino también el MINSA y otros organismos que trabajan en Bilwi, hicieron énfasis sobre el uso del preservativo. La Comisión en los talleres y charlas además menciona siempre los demás métodos preventivos. Los miembros los pueden indicar y se recabó información al respecto tanto en el cuestionario como en el grupo focal, pero los miembros siempre dejan entrever la "imposibilidad" que significa usar esos métodos. Fundamentalmente es el hecho de la limitación de las relaciones sexuales, la limitación del placer de relacionarse sexualmente con diferentes personas y la limitación de ingresos financieros, pensando sobre todo en la paraje única y fiel y la abstinencia sexual.

En este sentido parece ser muy difícil y hasta imposible retomar la fidelidad como un método de prevención ya que encuentra bastante rechazo en los miembros de los dos grupos. Se reconoce su existencia pero a la par se menciona el gran esfuerzo que habría que hacer para lograrlo. Un miembro del grupo de las Trabajadoras del Sexo lo resume muy drásticamente sin dejar espacio a una posible salida de las ETS a través de esta vía: "aquí nadie es fiel".

Una cierta influencia parece haber tenido la ausencia de la figura paterna. Todas las mujeres del grupo focal crecieron sin padre y tienen un concepto negativo de la paternidad.

Una discusión parecida se está llevando a cabo con relación a la abstinencia sexual. No es posible como método preventivo por las miles de influencias desde todos lados que, como ellos lo nombran, "dan ganas"; además de la influencia de las "hormonas que molestan". La situación real en Bilwi confirma esa posición, donde la sexualidad genital es algo muy importante y central en la vida de las personas. En el contacto laboral directo con los miembros de los dos grupos pudimos observar lo difícil que es la aceptación de la abstinencia sexual. Se menciona y se discute en reuniones y talleres, pero en la gran mayoría sólo causa una pequeña sonrisa, no integrándola como una real alternativa de prevención.

Existe todavía un concepto muy peligroso con relación a la prevención de las ETS: conocer a la pareja sexual. Se piensa que el hecho de conocer a la persona, de saber quien es y de donde viene es suficiente para aceptar una relación o no. Ese conocer a la persona no necesariamente significa revisar físicamente a la persona antes de la relación sexual, lo que por lo menos, en muchos casos, permitiera detectar la presencia de gonorrea. Si se realiza la revisión corporal de la pareja, a como lo mencionan las mujeres, explicaría también la alta prevalencia de Sífilis, ya que esta ETS es difícilmente detectable a través del chequeo corporal de persona no experta en la materia.

Hay algunos métodos preventivos que, podríamos decir, no están directamente relacionados con la actividad sexual. Por lo tanto observamos una más fácil aceptación de parte de los miembros. Se trata sobre todo de métodos que tienen que ver con la higiene personal de los miembros, en el sentido de tener sus propios utensilios de higiene y no intercambiarlos. Eso va desde los cepillos dentales, maquinas de afeitar, tatuajes y cortaúñas hasta la ropa interior, la ropa de cama y las toallas. Sabemos que son prácticas ampliamente usadas y sólo necesitan reforzarse de vez en cuando en talleres de capacitación o encuentros.

Lo mismo vale para el aspecto preventivo que toca la medicina. Es decir el uso de jeringas nuevas y el chequeo de cualquier sangre donada. Los miembros de los grupos conocen esos métodos y en los centros de salud, hospital o clínicas no se pudieron observar violaciones de estas reglas básicas en los últimos años. Lo que pasa con este tipo de métodos preventivos es que quedan un poco fuera del actuar de los miembros de los grupos y se limitan solamente a avisar al personal de salud de tomar las medidas necesarias de prevención y precaución. No exige un cambio de actitud o comportamiento por parte de los hombres y/o mujeres. Por lo tanto es más fácil de integrarlo como método de prevención de las ETS.

Revisando lo anteriormente expuesto, podemos resumir que los métodos que limitan la actividad sexual de las mujeres y los hombres y que limitan o cortan los ingresos financieros sobre todo a las mujeres pero hasta un cierto grado también a los HRSH, no son aceptados ni practicados. Queda prácticamente sólo un método preventivo ampliamente aceptado pero todavía no ampliamente usado: el preservativo.

Cuando se habla que es ampliamente aceptado, se refiere al 91,1% de los miembros del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo que opinan positivamente sobre su uso, sabiendo que sirve para proteger la vida y para que no pasen las enfermedades. En el grupo focal los dos grupos afirmaron lo que expresaron en la encuesta: la opinión positiva con relación al uso del preservativo. Lo denominan como la "base principal para prevenir".

Revisando los resultados obtenidos con la encuesta, es bastante difícil encontrar un patrón común que marque con claridad los factores que pudieran tener alguna influencia en el uso de métodos preventivos que tienen que ver directamente con su actividad sexual. Sin embargo se vislumbraron algunos puntos que trataremos de analizar seguidamente.

Según los datos de las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual que padecen los miembros de los dos grupos, lo más lógico sería que los hombres utilicen más el preservativo, ya que tienen porcentajes más bajos de ETS. Contradictoriamente, según encuesta, son las mujeres. Una posible respuesta a este fenómeno lo encontramos en el número más alto de relaciones sexuales por parte de las mujeres. Eso combinado con un número limitado de condones a disposición, la situación de hacinamiento y la resistencia de algunos hombres de aceptar el preservativo en una relación donde ellos pagan y por ende ellos deciden como la quieren. Hay que tener en consideración la situación financiera de las mujeres, donde cada entrada de dinero garantiza la sobrevivencia no solamente de la misma mujer, sino de una familia con hijos, hijas y, en la mayoría de los casos, la madre y abuela. Es costumbre generalizada en la cultura miskita que las hijas se encargan de los padres ancianos. Lo mismo sucede con las mujeres del Grupo, aunque tengan solamente a cargo las madres, ya que, como refieren ellas, se criaron y crecieron sin la figura paterna.

Al otro lado, el número de ETS más alto en el grupo de las mujeres Trabajadoras del Sexo, se confirma con lo que expresan los miembros en los grupos focales. Mientras las mujeres con sinceridad confirmaron la no utilización del condón, los hombres tienen una opinión un poco más diferenciada que va desde el uso siempre, la reflexión sobre su importancia para llegar a un uso por lo menos de vez en cuando hasta no usarlo nunca.

El uso permanente del preservativo como método preventivo tienen que ver con hábitos sexuales que se adquieren en la adolescencia, cuando los y las jóvenes empiezan su vida sexual, cuando comienzan a formar su propia identidad sexual y cuando empiezan a tener sus primeras experiencias. Eso significa que

para lograr una mayor aceptación del condón hay que fomentar este hábito en los jóvenes de ambos sexos. Eso a un lado en las relaciones sexuales donde está de por medio un aspecto afectivo y de placer. Vale pero también para las relaciones transaccionales³⁹ de los integrantes de los dos grupos. Los y las que menos usan el condón en nuestros dos grupos son los que se encuentran en la etapa de 20 a 29 años de edad. Podríamos decir que es la fase de vida donde ya hicieron sus primeras experiencias y están en la etapa de terminar de formar su identidad sexual. Significa que es más difícil incidir en ellos y ellas con relación a un cambio de actitud hacia el uso más frecuente del preservativo.

Donde sí hay más posibilidades de influir, es la edad comprendida entre los 12 y 19 años. Con más facilidad aceptan comportamientos y hábitos, pero necesitan el apoyo de los adultos, ya que ellos marcan los modelos que seguir e imitar. Los pocos miembros de los grupos que tienen esta edad entre los 12 y los 19 años, nadie menciona que no usa el condón. Es un dato alentador que deja un margen de optimismo y combinado con el modelo de los que tienen entre 30 y 49 años de edad, que en un porcentaje alto mencionan el uso del condón siempre, hay posibilidades de invertir la situación a favor del uso más masivo del preservativo.

De manera general se observa un porcentaje levemente más alto de no usar el condón en los integrantes de los dos grupos, seguido por los miembros que lo usan siempre y los que lo usan de vez en cuando. Llama la atención que este dato cambia, sacando la relación del uso del condón por pueblo indígena y comunidad étnica. En nuestro caso nos interesa sobre todo la relación entre Mestizos y Miskitos. Son los Mestizos que afirman el uso del condón con más frecuencia (Mestizos 42%, Miskitos 33%). Pensamos poder explicar esto, analizando el cruce de las variables con la variable indígena/etnia, considerando encontrar un grupo (miskito o mestizo) en una situación desfavorable. No fue así, puesto que hay un cierto equilibrio: los integrantes del pueblo miskito tienen menos miembros desempleados, tienen más profesionales, un mayor ingreso mensual y consumen menos alcohol, mientras la etnia mestiza tiene mayores conocimientos buenos sobre las ETS, menos hacinamiento, mayor número de integrantes en estrato social alto y más comportamiento preventivo buscando atención médica con regularidad.

Por otro lado hay que mencionar también que todos los miembros que afirman tener una posición indecisa y neutra respecto al condón, pertenecen al pueblo indígena miskito.

Un factor decisivo para el constante uso del condón lo encontramos en las variables que integran un pensamiento o concepto de prevención en la vida de los

³⁹ Término utilizado en la investigación cualitativa 'Sexo Inseguro' sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua de la Fundación Nimehuatzin, definiendo el sexo transaccional como un intercambio sexual con carácter de una transacción en lo que no siempre está presente el dinero y que se realiza en un ámbito de desigualdad.

integrantes de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo. Eso lo encontramos en la participación en actividades sociales, ya que eso tiene que ver, en la mayoría de los casos, con jornadas de salud, limpieza de barrios y vacunaciones de niños y niñas, tiene a que ver con el nivel de escolaridad y de conocimientos ya que el interés al estudio tiene como base el pensamiento hacia el futuro y tiene que ver con la actitud preventiva de buscar chequeo médico aún en ausencia de síntomas.

En los tres casos es evidente una relación. Los que participan con frecuencia en actividades sociales que se realizan a nivel de los barrios, donde se encuentra una buena cantidad de pobladores y tratan de resolver conjuntamente algunos problemas, son personas con un sentido social alto, comprometidos con los demás y con una visión de un futuro mejor. Aunque actúen en lo pequeño de su barrio o vecindad, logran atacar un problema y garantizan mejoras. Ninguna de estos miembros de los dos grupos afirmó por ejemplo que nunca usa el condón, sino que lo usa entre siempre y de vez en cuando. Obviamente la gran mayoría (75%) de los que no tienen una opinión clara sobre el uso del preservativo participan tampoco en las actividades sociales. Esos datos refuerzan lo anteriormente expreso en relación al concepto preventivo que determina el actuar de estas personas.

Lo mismo se puede afirmar del nivel de escolaridad, aunque la situación entre el último grado o año aprobado y el uso del condón es más compleja. Sin embargo, la gran mayoría de los/las que nunca frecuentaron un aula de clase tampoco usan el condón. Podemos afirmar que con el aumento del nivel de escolaridad también aumenta, de manera leve, la disposición de usar métodos preventivos como el condón. Esta tendencia está reflejada también en lo que es el nivel de conocimientos sobre las ETS en los integrantes del grupo de los HRSH y Trabajadoras del Sexo. El uso constante del condón está relacionado con conocimientos entre buenos y regulares, el uso de vez en cuando está relacionado con conocimientos regulares y el no-uso del condón está en personas que tienen sus conocimientos entre regular y mal. Significa que miembros con interés de autosuperarse, con una mejor base de conocimientos y con la voluntad de aprender más, tienen menos probabilidades de enfermarse de una ETS, puesto que tienen más motivación de ponerse o exigir el uso de un preservativo. Está claro también que una persona con un cierto grado de escolaridad y conocimientos no deja someterse tan fácilmente, lo que apoya la exigencia al compañero sexual o al cliente de usar siempre el condón y mejora la autoestima. En este sentido la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS estaba y está en lo cierto en determinar la información sobre ETS a través de charlas, reuniones y talleres como una estrategia fundamental para disminuir la prevalencia de ETS y cambiar hábitos sexuales.

El tercer componente preventivo que toca las costumbres de visitar un agente sanitario según situación de salud, habla por sí solo. Las pocas personas que preventivamente consultan a un médico en su mayoría afirman el uso del condón, mientras lo contrario sucede con las personas que sólo visitan a un

médico o enfermera en caso de presencia de enfermedad o dolor. Estos miembros igualmente tienen una opinión indecisa y de indiferencia con relación al condón.

En este punto hay que tocar un aspecto que está directamente relacionado con el nivel de conocimiento que tienen los miembros de los dos grupos. Es la pregunta cómo recibieron la información que poseen sobre las ETS. Cuando se habla de cómo recibieron la información nos referimos a través de cuales medios consiguieron la información, entendiendo como medios las reuniones, charlas, talleres, la radio y/o televisión, libros y plegables. Como es de esperarse la gran mayoría recibió la información a través de reuniones, charlas y talleres en la mayoría de los casos impartidos por la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS y en algunos casos también por las demás organizaciones que trabajan sobre este tema. Lo que se menciona muy poco son los libros y plegables. Este dato nos extrañó un poco, ya que la Comisión en todos estos años trabajó sobre todo con plegables, repartiéndolos en todos los talleres y teniéndolos accesibles todo el tiempo. Que no hay cultura de lectura de libros en los dos grupos está relacionado con el grado de escolaridad y es, observando la población de la región, una actividad no muy practicada. Igualmente extraña la información que solamente una persona menciona haber recibido la información a través de la radio. El programa de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS que se transmite semanalmente en diferentes emisoras es, según diferentes encuestas y sondeos, muy conocido y escuchado por los habitantes de Bilwi. Con relación a los integrantes de los dos grupos se menciona este medio y el programa en las reuniones y talleres. La información que más nos interesa es que casi la mitad de los/las que consiguieron los conocimientos exclusivamente a través de reuniones, charlas y talleres no utiliza el preservativo. En comparación, los/las que recibieron información sobre las ETS de una combinación de los diferentes medios, casi la mitad usa el condón siempre. Es decir son miembros que participaron en las actividades de la Comisión, participan en los talleres, leen los plegables, escuchan los programas en la radio y miran los programas en la televisión. Eso significa que hay que adoptar estrategias que combinan los diferentes medios y que utilizan una combinación de técnicas y metodología para garantizar que la mayor cantidad posible de información llega a las personas. En este sentido hay que tomar en serio el proverbio chino que dice: "Si lo oigo, lo olvido. Si lo veo, lo recuerdo. Si lo hago, lo sé hacer".

La pregunta entonces es, ¿qué mecanismos adoptar para crear, impulsar, aumentar y/o fortalecer este sentido preventivo en las personas? Ese sentido preventivo que favorece las relaciones sociales y de colaboración, que incrementa los conocimientos, facilita cambios de actitud e integra chequeos médicos regulares en los conceptos de salud-enfermedad. La única manera de atacar este problema complejo es un acercamiento integral y holístico al mismo, que mira aspectos de salud y medicina física, salud mental, esparcimiento y recreo, la vida social en una ciudad pluricultural como Bilwi, los conocimientos y escolaridad, las perspectivas de trabajos alternativos, la aceptación de minorías sexuales, la seguridad ciudadana y la situación de pobreza y desigualdad generalizada.

Observando la situación general de la vivienda en Bilwi, se puede observar una problemática aguda de hacinamiento. Tomamos como tamaño de referencia 10 m² de espacio en casa por persona. Es el espacio necesario para poderse desarrollar como individuo de manera adecuada. La situación de los integrantes de los dos grupos en ese sentido es muy difícil. El 93.3% vive en situación de hacinamiento y de esos un porcentaje bastante alto en hacinamiento severo (42.2%) con menos de 3 m² a su disposición. Como ya se mencionó, un problema para los miembros es la falta de espacio, inclusive para bañarse en su intimidad y aprovechar la situación para un auto-chequeo corporal, lo que ayudaría en muchos casos a una detección temprana de algunas ETS. Con relación al uso del condón no encontramos una situación claramente definida. Solamente se logró detectar un leve aumento de rechazo al condón en los miembros que viven en hacinamiento.

Una situación parecida nos dieron los resultados en relación al consumo de alcohol. Sin revisar los datos, uno se inclina a pensar que las personas con un consumo de alcohol entre diario, cada fin de semana o cada 15 días, deberían tener un menor porcentaje de uso de condón. Además está ampliamente confirmado que el comportamiento causado por el consumo de alcohol, aumento notablemente el riesgo de contraer una ETS y se expresa en inhibición, pérdida de razonamiento, pérdida de cuidado y aumento de disposición a correr riesgos. Los mismos miembros lo expresan cuando hablan de esta "parte negativa" del alcohol, afirmando que uno bajo influencia de guaro no sabe con quien va, pero algo está seguro y es el hecho de que sí va.

Nosotros no encontramos datos significativos que confirman lo anteriormente dicho. Resumimos las contestaciones y las agrupamos en tres categorías. Los/las que toman, los/las que toman poco y los/las que no toman del todo. Las personas que no consumen en igual porcentaje usan y no usan el preservativo. De las que toman solamente hay un pequeño aumento en el no uso del condón.

Lo mismo sucede tomando el total de los que usan condón: el mismo porcentaje consume y no consume y tomando el total de los/las que no usen el preservativo hay un aumento pequeño en los que toman. Únicamente en el caso de las dos personas que afirmaron consumir alcohol todos los días, las dos no usaron nunca el preservativo.

El consumo de alcohol en cualquier situación tanto de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres como de las Trabajadoras del Sexo⁴⁰, es una práctica tan generalizada que en muchos momentos causó risa cuando se les preguntó sobre su consumo. "Claro que sí", fue la contestación, dejando entender que no comprendieron la pregunta, porque es una situación

⁴⁰ Muchas de las mujeres y también algunos hombres tienen que tomar licor, ya que la mayoría de los clientes lo exigen para poder estar con ellos.

completamente normal. La CLCS notó inclusive en varias ocasiones la presencia de miembros de los dos grupos en las reuniones quincenales bajo efecto de licor.

Un dato significativo nos reveló la edad en la cual empezaron el consumo de alcohol. Lo que menos usan métodos preventivos son los jóvenes de ambos sexos. Igualmente los que comenzaron joven a consumir alcohol no usan en mayor escala el preservativo. Eso significa que otra vez se confirma la necesidad de organizar cualquier trabajo en relación a prevención de ETS y/o consumo de alcohol/droga con un enfoque de jóvenes.

Con respecto a las drogas no logramos obtener información alguna. Sabemos de observaciones propias que el consumo de las drogas ilegales es una práctica muy común en los diferentes lugares y parques donde se mantienen los integrantes de los dos grupos. Hablar sobre drogas ilegales y admitir el consumo de las mismas puede ser un paso demasiado riesgoso para los miembros y prefieren no dar ninguna información.

De manera resumida se puede afirmar que las personas, miembros del grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres o del grupo de las Trabajadoras del Sexo, que en menor porcentaje usan el preservativo llevan las siguientes características:

- Son personas que tienen entre los 20 y 29 años de edad
- Pertenecen al pueblo indígena miskito
- No participan en actividades sociales, tales como las limpiezas colectivas del barrio, las jornadas de salud y de vacunación
- Empezaron con el uso de alcohol antes de llegar a la edad de 20 años
- Buscan atención médica solamente cuando se sienten enfermas o con dolores
- Tienen un bajo nivel de escolaridad o no frecuentaron nunca un aula de escuela
- Tienen conocimientos malos sobre los diferentes aspectos de las Enfermedades de Transmisión Sexual
- Adquirieron información sobre las ETS solamente a través de un sólo medio

Conocimientos sobre las ETS

Una base fundamental del trabajo de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS desde su inicio hace siete años, es la promoción de hábitos sexuales sanos a través de diferentes actividades de capacitación. Para tal efecto se empezó a

diseñar una estrategia de aumento de conocimientos sobre las diferentes ETS en los integrantes del Grupo de los HRSH y del Grupo de las Trabajadoras del Sexo. Mediante la ejecución de talleres de capacitación y charlas en reuniones quincenales se trató de transmitir, aunque sea información básica, sobre los diferentes aspectos de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Si es cierto que solamente el aumento de los conocimientos no automáticamente garantiza un cambio de actitud hacia una vida sexual más sana, sabemos, que es la base de cada cambio y que éste tiene que ser acompañado por una serie amplia de otras actividades.

Se trató en la encuesta de conseguir información no solamente sobre aspectos generales de las ETS, sino también se entró un poco en las particularidades como la transmisión, los síntomas, la prevención y las consecuencias y se trató de identificar a través de quienes consiguieron la información, a través de que medios y si los integrantes de los dos grupos realizan algunas actividades de promoción, es decir si tratan de multiplicar los conocimientos adquiridos.

En lo que respecta a los conocimientos básicos sobre las ETS, además de tomar en cuenta la contestación cualitativa de los entrevistados, se elaboró un esquema para poder clasificar las contestaciones entre "muy buenas", "buenas", "regulares", "malos" y "no sabe".

Calculando una media general de las preguntas de conocimientos, se detectó un conocimiento mayoritariamente regular (62.2%), seguido por los/las de buen conocimiento y por último las personas con malos conocimientos. No se halló ninguna persona de la cual se puede decir que tiene muy buenos conocimientos generales sobre los diferentes aspectos de las ETS. Después de siete años de trabajo se pensaba que los conocimientos generales iban a ser un poco más altos, aunque un porcentaje de 62.2% de contestaciones regulares todavía es aceptable, calculando el nivel educativo relativamente bajo de los integrantes de los grupos.

Revisando los planes metodológicos y de contenido de los talleres realizados por la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, se encontró mayor peso sobre VIH/SIDA, las cinco ETS básicas⁴¹ y prevención, además de otros temas relacionados con la problemática de los grupos.

Efectivamente estos temas se reflejaron con un buen conocimiento en la encuesta. Los miembros tienen buenos conocimientos en nombrar las principales ETS y tienen buenos conocimientos sobre como se pueden prevenir. Donde

⁴¹ La CLCS elaboró a finales del año 1997 un plegable sobre las siguientes cinco ETS: Sífilis, Gonorrea, Chancroide, Candidiasis y Ladilla. El plegable contiene la información básica sobre estas enfermedades y fue repartido masivamente en los talleres de la Comisión, inclusive los grupos de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo.

deberían tener mayores conocimientos es en relación a que es una ETS, o sea cual puede ser una definición de este tipo de enfermedad y la pregunta sobre como se transmiten.

Llama la atención que los integrantes de los dos grupos mencionan exactamente aquellas ETS que explica el folleto de la Comisión. Significa que de una u otra manera los conocimientos fueron adquiridos en las actividades de la CLCS. También llama la atención, que mencionan, según resultado de la revisión de los expedientes médicos, todas las ETS de las cuales padecen, con excepción de la Tricomoniasis Vaginal.

Con relación a la prevención de las ETS, se hizo bastante énfasis en el uso del condón, en la fidelidad y todas las medidas higiénico-médicas para disminuir los riesgos. Siempre se mencionó también la abstinencia sexual. Como ya se abordó anteriormente es el condón el cual tiene el mayor grado de aceptación, aunque no utilizado siempre y por todos/as. En el caso de la fidelidad y la abstinencia sexual son muy pocas que la mencionan y seguramente menos todavía quienes la practican.

El hecho de que un porcentaje bastante grande no sepa definir con claridad lo que es una ETS no extraña mucho. La capacidad de abstraer y manejar conceptos teóricos sobre una problemática no es tan sencillo y en la mayoría de los casos no tienen un gran importancia y significado práctico. A los HRSH y las Trabajadoras del Sexo sirve saber como prevenir una ETS, tiene importancia para la vida que llevan, pero no le pueden sacar mucho provecho para la resolución de sus problemas diarios si pueden definir lo que es una ETS.

Lo que sí tiene más transcendencia es el hecho de que muchos miembros no conozcan los principales síntomas de las diferentes ETS. En las contestaciones se mencionaron una serie de padecimientos que absolutamente nada tienen que ver con las enfermedades de transmisión sexual. Esta falta de conocimientos podría tener consecuencias drásticas, tomando en consideración que existe un nivel muy alto de automedicación tanto en la región como a lo interno de los dos grupos y la fácil accesibilidad a todo tipo de medicamento y droga sin prescripción y control médico.

En los talleres y charlas de la Comisión, al igual que los métodos preventivos, siempre se tocan todos los síntomas de cada enfermedad. No es por eso entonces que los conocimientos son bajos. Una posible explicación a esto lo encontramos en lo que normalmente sucede con muchos síntomas. Se mencionan en la consulta médica (occidental o tradicional) y la interpretación y diagnóstico se deja en manos del experto, ya que es el que supuestamente tiene toda la información. Por lo tanto no se le mira mucha necesidad de profundizar los conocimientos sobre síntomas, puesto que existen las autoridades para esto.

Los conocimientos sobre las ETS se concentran más en los hombres. Son ellos quienes, según encuesta, tienen más información. Eso explicaría en parte el

menor índice de ETS entre los varones, presumiendo que más información significa mayor espectro de posibilidades de protección y mayor poder de decisión sobre lo que sucede. A esto hay que sumar el nivel general de escolaridad, menor en las mujeres que en los hombres.

Hay que tratar de aumentar los conocimientos en los adultos jóvenes entre los 20 y 29 años de edad. Lo que normalmente sucede, es que ésta es la edad, donde ya no están en clase (con excepción de los que frecuentan las Universidades) y no quieren saber nada de estudio. Los jóvenes todavía tienen frescos algunos conocimientos adquiridos en la secundaria y los de 30 años y más pueden contar con una experiencia de vida más amplia. El resultado es un nivel de conocimiento bastante bajo en las personas en esta etapa de edad.

Entre las personas que tienen menos oportunidades en la región se encuentran los pueblos indígenas miskito y sumu-mayangna. Dado que la gran mayoría de los integrantes de los grupos pertenecen al pueblo miskito y solamente una persona al pueblo sumu-mayangna, se concentrará el análisis al primer grupo indígena. Los que tienen malos conocimientos, todos pertenecen al grupo miskito y ninguna persona de la etnia mestiza. Si se habló de falta de oportunidades, también incluyen las barreras lingüísticas, las barreras de accesibilidad geográfica y la identidad cultural que define autoestima y autovaloración. Apoyado por el Modelo de Salud de la RAAN, vigente desde hace cinco años en la región, la Comisión trató desde su inicio de tomar en serio la problemática de la inaccesibilidad geográfica, incluyendo en su plan de trabajo todas las comunidades rurales del Municipio de Puerto Cabezas. Igualmente se transmitieron todos los programas radiales tanto en español como en miskito y los plegables y revistas también siempre se tradujeron en la lengua miskita. Donde tal vez había un atraso es en la atención a los dos grupos en su lengua materna. Anteriormente las reuniones y los talleres solamente se realizaron en español y en algunos pocos casos individuales en creole. Solamente desde hace un año una persona del grupo indígena miskito trabaja con los dos grupos y las reuniones y talleres se realizan en su gran mayoría en la lengua miskita. Un año de trabajo en la lengua madre todavía es muy poco tiempo para lograr mejoría en los conocimientos.

Con relación a la participación en actividades sociales ya se analizó que los/las que menos compromiso social demuestran, es decir las personas que no ayudan en las diferentes jornadas que se organizan, tampoco utilizan el preservativo y tienen un nivel de escolaridad bajo. Hay correlación también en este sentido con el nivel de conocimientos de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo. Los/las que no participan en nada, también tienen el porcentaje más alto de malas contestaciones.

Reafirmando que participar en actividades sociales tiene que ver con la incorporación de conceptos de prevención en la vida, está obvio que las personas que buscan atención médica con regularidad también tienen un nivel alto y/o regular de conocimientos sobre las ETS. La atención médica que ofrece la CLCS

de manera gratuita a los miembros de los dos grupos, ayudó enormemente en fomentar este sentimiento y concepto de prevención. Varias personas confirman eso al decir que antes nunca se chequearon con regularidad, hasta que la Comisión comenzó a atender a los miembros. Efectivamente hay integrantes de los dos grupos que nunca faltaron en las consultas, pero hay que mencionar también el número relativamente grande de miembros que en los tres años solamente asistieron a una consulta y varias personas que no se presentaron nunca.

Nos parece bastante claro, que el hecho de haber asistido por algún tiempo a la escuela, aumenta el grado de conocimientos. No tanto porque en la escuela se toca y se estudia con énfasis esta temática, sino por la costumbre y las mayores habilidades de manejar información y por la más fácil accesibilidad a todo tipo de información. Analizando este punto, se reafirma la importancia de los programas educativos en las emisoras radiales locales. Con facilidad se llega a un alto porcentaje de personas de los hogares, incluyendo los de los dos grupos, se llega a personas con bajo nivel escolar y personas analfabetas y se pueden usar las diferentes lenguas habladas en la región.

Directamente relacionado con la escuela, los libros, la radio etc. está la pregunta a través de que medios se adquirieron los conocimientos. Encontramos el mismo patrón que ya habíamos analizado con relación al uso de métodos preventivos. Una variedad de medios que dan información llega a más personas y aumenta el grado de conocimientos. Lo mismo vale si existe una variedad de instituciones y/o organismos que abordan la temática de las ETS y problemas relacionados. Si bien es cierto que el trabajo de la CLCS aumentó el nivel de conocimientos no solamente en los miembros de los dos grupos, sino en la población general del Municipio de Puerto Cabezas, también es cierto que la combinación de esfuerzos incrementa todavía los niveles. Los resultados hablan claros. El trabajo exclusivo de la Comisión logra el 20% de conocimientos buenos, la Comisión en combinación con otras ONG's y el Centro de Salud logran un porcentaje de 66.7. Una posible respuesta a la problemática de la falta de información y conocimiento está entonces en la oferta de una vasta gama de medios de adquisición de información y la coordinación y cooperación con todos los actores institucionales y sociales de la región. Con otras palabras, es necesario un acercamiento multifacético, interdisciplinario e interinstitucional al problema.

Concluyendo y de manera general se puede observar que la persona con conocimientos malos tiene un rostro bien definido: es mujer del grupo de las Trabajadoras del Sexo, tiene la edad entre los 20 y 29 años, pertenece al pueblo indígena miskito, viene del estrato social bajo, no participa en actividades sociales, busca atención médica solamente cuando se siente mal o enferma, tiene algunos años de clase de la primaria o tal vez la primaria completa, no realiza actividades de promoción y multiplicación de informaciones adquiridas y tiene una opinión y posición ambigua e indecisa sobre el uso del preservativo.

Factores que influyen en el poco interés de organizarse

Para poder hablar de una organización de un grupo, hay que definir un término muy relacionado con esto: el liderazgo. Uno de los problemas más sentidos a lo interno de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS con relación al trabajo que se está realizando con los dos grupos, es la falta de liderazgo y la falta de identidad grupal. En las diferentes reuniones y en los encuentros con los miembros de los grupos se abordó este problema y analizando los resultados de los grupos focales detectamos una definición diferente sobre que es liderazgo y cual es el papel del líder.

Mientras en los primeros años el trabajo se concentró sobre todo sobre la conformación de los grupos, lograr la aceptación social del trabajo que realiza la Comisión e incrementar los conocimientos sobre VIH-SIDA, ETS y prevención, en una segunda fase se trató de fortalecer los grupos, incluyendo nuevos temas en la agenda y adoptando nuevas metodologías. En esta segunda fase se realizó la visita de intercambio con grupos parecidos en San Salvador (El Salvador) con la participación de representantes de los dos grupos y recientemente el uso de la lengua miskita en los diferentes encuentros y actividades.

Para la CLCS lograr un liderazgo real y efectivo es fundamental para el seguimiento del trabajo, ya que hasta cierto punto determina la sobrevivencia del grupo y, en un próximo paso, la independencia de los grupos de la Comisión. Como liderazgo se entiende entonces una visión colectiva de las metas que alcanzar, que deja a un lado los intereses personales y empuja a los integrantes a valorar con energía los propósitos comunes. En el plano individual eso significa tener líderes con un alto sentido de colectividad y con un compromiso serio hacia el grupo.

¿Cuál es la definición de liderazgo a lo interno de los dos grupos? Según ellos en la cultura miskita el líder es el que fue elegido por la comunidad para resolver los problemas y dirigir el grupo. Un concepto muy parecido se aplica a la organización interna de los grupos: es la persona que organiza la gente y busca la solución de cualquier problema. Los hombres lo determinan muy claramente: es "el cabecilla de todos los demás". Aunque más adelante se relativiza un poco esta expresión hablando de una persona responsable y "guiador" del grupo, queda la opinión sobre el líder que manda y el grupo que cumple. Y eso es desde años la situación en los grupos. Hay una persona que es reconocida como líder del grupo. Esta persona tiene autoridad en el grupo, pero no tiene una visión de colectividad, donde el beneficiario de cualquier acción, apoyo o proyecto no es el grupo, sino un pequeño grupo alrededor del líder y por supuesto el líder mismo.

Un término significativo en toda la discusión sobre liderazgo es la solidaridad. Los miembros están conscientes de la importancia y de su necesidad, pero coinciden que a lo interno no existe. El grupo de los hombres amplía la

definición de la solidaridad incluyendo conceptos como sobrevivencia y seguridad del grupo. Esto está determinado por las necesidades particulares de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres frente a reacciones de rechazo y homofobia de los pobladores de Bilwi.

Las necesidades de solidaridad y de contar con el apoyo y la ayuda de los demás impulsa a pensar en conceptos de grupo de autoayuda. Con relación a este concepto los dos grupos también están bien claros que no lo son. La definición que dan es que los miembros de un determinado grupo se apoyan mutuamente frente a un mismo problema o una misma situación. Mientras el grupo de las Trabajadoras del Sexo estaría dispuesto a aceptar el intercambio de información y conocimientos relacionados a las ETS como momento de apoyo mutuo, miran las otras situaciones más bien con ojo de competencia, donde cada miembro se transforma en rival. Los varones miran la autoayuda en términos financieros; que los miembros del grupo se ayuden mutuamente en situaciones financieras difíciles. Ver el funcionamiento de un grupo de autoayuda de esta forma es entendible, conociendo la situación financiera de los varones del grupo de los HRSH.

En varios talleres con los grupos se habló sobre el tema de la autoestima como característica fundamental para la vida de cada miembro. Los grupos lo relacionan sobre todo con conceptos de salud y bienestar, con el concepto de cuidarse, de usar o exigir el uso del condón y de no infectarse con una ETS. Toda esta información la recibieron en los talleres. Por un lado afirma que sí están aprendiendo en los talleres y por otro lado enseña que los miembros no siguen la línea de pensamiento, aplicando la información a otras situaciones. Pensamos sobre todo en la aplicación de conceptos de autoestima en momentos de rechazo, de discriminación, de defensa de su propio ser y hacer y en situaciones de ser indígena y homosexual o de ser indígena, mujer y trabajadora del sexo.

Para lograr aclarar un poco la información y determinar donde se encuentra la Comisión con relación al trabajo con los grupos, realizamos un análisis de integración y cohesión (Gestión Norsud: Trabajo en Equipo. Modulo 3, pagina 123) de los miembros del Grupo de las Trabajadoras del Sexo y del Grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres. Definimos integración y cohesión de la siguiente manera:

- Integración: aspecto que indica hasta qué punto los objetivos del grupo y de sus miembros se integran a los objetivos de la organización (en nuestro caso la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS).
- Cohesión: aspecto que determina el grado de unión que existe entre los miembros del grupo y se expresa en términos de interrelación, comprensión y cooperación interpersonal.⁴²

⁴² Gestión Norsud. Trabajo en Equipo. Modulo 3. Página 123

Llegamos al siguiente resultado:

		Cohesión	
		Alta	Baja
Integración	Alta	Situación 1 Alta Integración Alta Cohesión	Situación 2 Alta Integración Baja Cohesión
	Baja	Situación 3 Baja Integración Alta Cohesión	Situación 4 Baja Integración Baja Cohesión

El Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo se pueden definir como un continuo entre una alta integración y baja cohesión (Situación 2) y una baja integración y baja cohesión (Situación 4). Lo analizamos como un continuo entre la Situación 2 y 4 porque varía según el momento, según problemática actual y según asistencia en las reuniones y actividades. Hay momentos donde los miembros de los dos grupos están conscientes del trabajo de la Comisión, coinciden los objetivos, pero cada uno trabaja y actúa por sí sólo. También hay momentos donde no existe interrelación, contacto y cooperación entre los miembros y tampoco hay una identificación con los objetivos del grupo a un lado y los objetivos de la Comisión al otro lado.

Pensamos entonces que esta situación difícil de baja cohesión de los miembros del grupo y el mal concepto de liderazgo, generalizado en la región, hace imposible o muy difícil la apertura de los grupos hacia un liderazgo basado en valores como colectividad y comunidad. El comportamiento de los líderes asentado sobre intereses propios destruye además cualquier sentido de solidaridad y de apoyo mutuo. Miramos como cierta la valoración de no ser un grupo de autoayuda. No fue su objetivo inicial y no funciona en este sentido.

Una posible solución del problema de los dos grupos es organizar estos grupos y brindarles apoyo en forma de capacitaciones e instrucciones bien entendibles acerca de las diferentes ETS y sus posibilidades de protegerse. Además de la información técnica sobre estas enfermedades y su prevención hay

que abordar temas como la autoestima frente al rechazo social, el tema de la identidad individual y grupal frente al ser homosexual o al ser trabajadora del sexo y por fin también temas como comunicación efectiva y liderazgo interno. Además hay que garantizar un acompañamiento del grupo que va más allá de solamente talleres de capacitación y que incluya la integralidad de los miembros.

X. Conclusiones

- Sífilis es la ETS de más alta prevalencia en los dos grupos con un índice más alto todavía en las mujeres del grupo de las Trabajadoras del Sexo. Esto se debe a las características sintomatológicas de la Sífilis que no causa dolores, a los hábitos preventivos de los miembros de los grupos que buscan atención médica solamente cuando se sienten enfermos o con dolores y a los hábitos de higiene personal que conllevan consigo una falta de auto-chequeo del cuerpo.
- Las mujeres del Grupo de las Trabajadoras del Sexo están en clara desventaja con relación a los casos de reinfección tanto de Sífilis como de Gonorrea. Esta desventaja de las mujeres se caracteriza por niveles más bajos de escolaridad, nivel más alto de hacinamiento, más bajos niveles de ingresos mensuales y más casos de desempleo.
- La cultura del machismo determina una subordinación de las mujeres la cual se refleja en un número mucho más alto de mujeres con varias Enfermedades de Transmisión Sexual en relación a los hombres.
- Los métodos de prevención de ETS que limitan la actividad sexual física y que reducen o cortan los ingresos financieros de las mujeres y de los hombres no son aceptados ni practicados. Queda prácticamente sólo un método preventivo ampliamente aceptado pero todavía no ampliamente usado: el preservativo
- Los Mestizos afirman que usan el condón con más frecuencia. No por desventajas socioeconómicas del pueblo miskito, sino por influencia de costumbres y tradiciones culturales.
- El aumento del nivel de escolaridad también aumenta de manera leve, la disposición de usar métodos preventivos como el condón. Las personas que no tienen esa disposición tienen un bajo nivel de escolaridad o no frecuentaron nunca un aula de escuela.
- Los miembros del grupo de los HRSH y del grupo de las Trabajadoras del Sexo, que en menor porcentaje usan el preservativo tienen las siguientes características:
 - Son personas que tienen entre los 20 y 29 años de edad
 - No participan en actividades sociales, tales como las limpiezas colectivas del barrio, las jornadas de salud y de vacunación
 - Empezaron con el uso de alcohol antes de llegar a la edad de 20 años
 - Buscan atención médica solamente cuando se sienten enfermas o con dolores

- Tienen conocimientos bajos sobre los diferentes aspectos de las Enfermedades de Transmisión Sexual
 - Adquirieron información sobre las ETS solamente a través de un sólo medio
-
- La mayoría de los miembros de los dos grupos tienen un nivel general de conocimientos sobre las ETS que se puede clasificar de regular. En lo específico tienen buenos conocimientos para nombrar las principales ETS y su prevención. Tienen bajos conocimientos con relación a definir una ETS y cuales son los principales síntomas.
 - La utilización de una variedad amplia de medios que dan información, combinado con diferentes instituciones y/o organismos que abordan la temática de las ETS aumenta el grado de conocimientos.
 - La persona con conocimientos bajos tiene un rostro bien definido: es mujer del grupo de las Trabajadoras del Sexo, tiene la edad entre los 20 y 29 años, pertenece al pueblo indígena miskito, viene del estrato social bajo, no participa en actividades sociales, busca atención médica solamente cuando se siente mal o enferma, tiene algunos años de clase de la primaria o tal vez la primaria completa, no realiza actividades de promoción y multiplicación de informaciones adquiridas y tiene una opinión y posición ambigua e indecisa con respecto al uso del preservativo.
 - Existe una diferencia en la definición de liderazgo entre la Comisión de Lucha Contra el SIDA y los miembros de los grupos de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo. La definición de colectividad y compromiso serio hacia el grupo contra la definición del líder que busca la solución de cualquier problema y es el cabecilla.
 - No existe solidaridad a lo interno de los dos grupos.
 - Hay momentos en los cuales existe una integración e identificación de los miembros de los grupos con los objetivos de la CLCS y hay momentos donde no existe. Además se detectó una baja cohesión entre los miembros, ya que no existe interrelación, contacto y cooperación entre ellos.

XI. Recomendaciones

Las recomendaciones elaboradas van dirigidas hacia la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, ya que la investigación plantea la búsqueda de estrategias nuevas para la solución de problemas con relación a los grupos 8 y 9 con los cuales trabaja esta Comisión.

- Promoción masiva del uso del condón y ampliación de la red de distribución (gratuita y venta) en Bilwi y sus comunidades, tanto de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS como de las demás ONG y del MINSA.
- Elaboración de un plan de salud integral específico para los grupos 8 y 9 con la participación de sus miembros.
- Coordinar con ALFALIT y TESIS cursos de alfabetización para los miembros de los dos grupos.
- Elaboración de un plan de capacitación para profundizar temas como autoestima, género, salud sexual y reproductiva y otros temas de interés de los grupos, continuando con los temas de las ETS en general.
- Mantener estrecha relación con instituciones, organismos y medios de comunicación para hacer llegar la información sobre las actividades de los grupos a la población y contribuir así a la visibilización del problema.
- Elaboración de un programa especial con todas las recomendaciones mencionadas para el grupo etáreo de 20 a 29 años de los miembros de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo.
- Elaboración de un plan de desarrollo de capacidades manuales de los dos grupos como alternativa de conseguir recursos económicos. Gestionar su financiamiento ante diferentes organismos donantes.
- Hacer efectivos los intercambios de experiencia con grupos afines tanto a nivel nacional como internacional a fin de fortalecer la identidad de grupo, el liderazgo y la autoayuda.
- Contratar personas con experiencia en trabajo con estos grupos con el fin de cohesionar a sus miembros.
- Acompañamiento de los miembros en el desarrollo de su autogestión.
- Organización y realización de reuniones de intercambio y coordinación entre las ONG's afines y el MINSA-SILAIS para así garantizar una mayor apertura de la sociedad civil hacia el tema de la homosexualidad y la prostitución.

XII. Bibliografía

1. Aguilar Isidro, et al. "Vida Amor y Sexo". Enciclopedia familiar. Madrid 1991
2. Alcaldía Municipal Puerto Cabezas. "Diagnóstico socio-económico de Puerto Cabezas". 1999
3. Álvarez-Gayou J. L. "Sexoterapia integral". Editorial Manual Moderno, México 1986
4. Alvarez - Gayou J. L. "Que no te de pena preguntar". Texto Internet. www.comaf.com.mx
5. Aráuz Rita, et al. "Sexo inseguro". Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua. Fundación Nimehuatzin. Managua, Nicaragua 1997
6. Avendaño Néstor, Espinoza Jaime. "El Sistema de Salud en Nicaragua". Evolución reciente y principales retos. Documento de trabajo. Octubre 2000
7. Benenson Abram S. (editor). "Manual para el control de las enfermedades transmisibles". OPS. Publicación Científica No. 564. Decimosexta edición. Washington 1997.
8. Brooks Ronald. "Notes on the history of the Nicaraguan Caribbean Coast". URACCAN. Managua, Nicaragua 1999
9. Centro Alexander Von Humboldt, Centro de Apoyo a Programas y Proyectos (CAPRI). Región Autónoma del Atlántico Norte. "El desafío de la Autonomía". Capri, Centro Humboldt. 1992
10. Centro Clínico Bilwi, Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. "Proyecto de Apoyo a la Promoción de la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en el casco urbano de Bilwi y en las 71 comunidades de Puerto Cabezas". Bilwi, Junio 1997
11. Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica (CIDCA/UCA). "Demografía Costeña". Notas sobre la historia demográfica y población actual de los grupos étnicos de la Costa Atlántica Nicaragüense. Julio 1982
12. Chévez Alarcón Johana. et. al. "La prostitución, más allá de mitos y creencias". Instituto de Investigación Mujer y Cambio, Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social TESIS. Managua. 1999
13. Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. "Informes y Documentos internos de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS de Bilwi".
14. Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. "Informe de investigación sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Practicas sobre ETS, VIH, SIDA (CACP) e Incidencia de ETS, en la Ciudad de Puerto Cabezas, RAAN". Noviembre 1993 – Marzo 1994.

15. Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS. Anton Luger, Felipe Jackson. "Estudio sobre Creencias Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA y ETS de la población de Bilwi". Bilwi 1994
16. Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. "Tilam". Revista de la Comisión de Lucha contra el SIDA-ETS. No. 1 – 11. Bilwi, Mayo 1998 a Octubre 2000
17. Conzemius Eduardo. "Miskitus y Sumus". Estudio etnográfico sobre los indios de Honduras y Nicaragua. San José, Costa Rica 1984
18. Cunningham Myrna. "Interculturalidad y Salud". Dossier Maestría en Salud Pública Intercultural. Bilwi 1999.
19. Delgado Hernandez Beatriz. "Manual de Programa de Control y Prevención de las ETS/VIH/SIDA". Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 1994
20. Egger Matthias, et al. "Enfermedades de Transmisión Sexual en 400 Mujeres de Puerto Cabezas, RAAN, Nicaragua". Bilwi, Marzo/Abril 1994
21. Fonseca Navarro Hazel. "Guía didáctica sobre sexualidad para la prevención de las ETS y el VIH-SIDA". Fundación Xochiquetzal, Managua 1996
22. Foro de la Sociedad Civil en las Américas. La Agenda de la Sociedad Civil respecto a la Diversidad. Cuadernos del Foro. Año 1 N. 2. Cuernavaca, Morelos, México, 25-26 de septiembre 1998.
23. Free to be me. "Preguntas comunes acerca de la homosexualidad". Texto Internet. 2000. www.freetobeme.com
24. García D., Schnarf C. "Plan de Empresa del Centro Clínico Bilwi". Bilwi, Diciembre 1999
25. González Pérez Miguel. "Las consecuencias de la Reunión del Grupo Consultivo en Estocolmo, vistas desde la Costa Caribe de Nicaragua". Revista Universitaria del Caribe. No 1, pagina 107. Managua, Nicaragua 1999
26. Gutiérrez L. Ledia. "Causas psicológicas de la prostitución". En Salud y Sexualidad, suplemento de El Nuevo Diario. El Diario para los Nicaragüenses. Managua, Nicaragua, 15/09/2000. Pagina 3
27. Gutiérrez L. Ledia. "Quiénes y por qué buscan a las prostitutas". En Salud y Sexualidad, suplemento de El Nuevo Diario. El Diario para los Nicaragüenses. Managua, Nicaragua, 5/9/1999. Pagina 3
28. Hooker Blandford Alta. "El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte". URACCAN. Managua, Abril 1998
29. Ibacache Burgos Jaime. "La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural". Texto Internet. www.soc.uu.se/mapuche

30. Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal. Asociación de Municipios de Nicaragua. "Municipio de Puerto Cabezas". Proyecto de Transmisión de Gobiernos Locales. Septiembre 1996
31. La Boletina. Un aporte de Puntos de Encuentros a la comunicación entre mujeres. N° 43, Julio – Octubre 2000. "Las lesbianas tienen derecho a la vida". Pagina 76
32. Luger Anton. "Argumentos para un debate sobre homosexualidad". Revista Entre Amigos, No. 5, Julio 1997, Pagina 4 – 5
33. Luger Anton, Felipe Jackson, Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. "Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA y Sexualidad en hombres que tienen relaciones con hombres". Puerto Cabezas, RAAN, 1994
34. Meschkat Klaus et. al. "Mosquitia". Die andere Hälfte Nikaraguas. Über Geschichte und Gegenwart der Atlantikküste. Junius. Hamburg. 1987
35. Ministerio de Salud. "Manual de Salud reproductiva". Managua 1996
36. ONUSIDA. "Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH-SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe". Texto Internet. Ginebra 1999. www.unaids.org
37. ONUSIDA/OMS/OPS. "Pautas para la vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual". Distribución por Internet. 1999. www.unaids.org
38. OPS. "Manual para el control de las enfermedades transmisibles". Publicación científica No. 564. Decimosexta edición. Washington 1997
39. Pedro Rupilius. "Informe de la Evaluación del Proyecto Prevención del SIDA en las Comunidades de Puerto Cabezas". Bilwi, 15/11/99 - 21/12/99
40. Piura López Julio. "Introducción a la Metodología de la Investigación Científica". Publicación Científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua, CIES. Tercera Edición. CIES-UNAN-Managua 1998
41. Pizarra Ana María. "A tu salud". Si Mujer. Managua 1996
42. Quintanilla Angélica. et. al. "Investigación diagnóstica de grupos focalizados de mujeres en situación de prostitución". Asociación de Mujeres Flor de Piedra. San Salvador. Diciembre 1999
43. República de Nicaragua. "Censos Nacionales 1995". Cifras oficiales preliminares. INEC. Nicaragua, Septiembre 1995
44. República de Nicaragua. "Código Penal". Managua. 1974
45. Rigby Betty et al. "Los Creoles de Bilwi". Una descripción etnográfica. Bilwi, Junio 1997

46. Rigby B., Bush D., Davis S. "Reseña Histórica de Puerto Cabezas hasta los años 70". Escuela de Sociología. URACCAN. Bilwi, Diciembre 1996
47. Rocha Octavio. "La autonomía en la percepción de los mestizos de Las Minas". Revista Universitaria del Caribe. No 1. Pagina 56. Managua, Nicaragua 1999
48. Romero Vargas Germán. "Historia de la Costa Atlántica". CIDCA-UCA. Managua 1996
49. Ruiz López Nidia. "Reducción de la pobreza aún en papel". La Prensa. El Diario de los Nicaragüenses. Managua, 19/10/2000
50. Schifter Jacobo. "Amor de macho". Lo que la abuela nunca nos contó sobre las cárceles, San José 1998
51. Schnarf Christian. "El componente de la Accesibilidad en el Modelo de Salud de la RAAN". Bilwi Julio 2000
52. Schnarf Christian, García Domingo. "Plan de intervención para incidir en la alta frecuencia de reinfección de ETS de los miembros de los Grupos 8 y 9 de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS". Bilwi, Septiembre 2000
53. Servicio Austriaco de Cooperación para el Desarrollo ÖED. "Desarrollo Organizacional". Desarrollo organizacional como instrumento para la participación. Gestión Norsud. Trabajo en Equipo. Modulo 3. Recopilación de Textos. Septiembre 1999
54. Servicio Austríaco de Cooperación para el Desarrollo ÖED. "Desarrollo Organizacional. Desarrollo organizacional como instrumento para la participación". Liderazgo impulsado por valores. Capítulo 3. Recopilación de Textos. Septiembre 1999
55. Smutko Gregorio. "La Mosquitia". Historia y Cultura de la Costa Atlántica. Editorial La Ocarina. Managua 1985
56. Smutko Gregorio. "La presencia Capuchina entre los Miskitos 1915 – 1995". URACCAN y Vice Provincia de los Capuchinos de América Central y Panamá. Covaoc-Cartago, Costa Rica, 1996
57. Tercero María Lourdes. "Durante 24 años en Puerto Cabezas". Población triplicada. El Nuevo Diario. El Diario para los Nicaragüenses. Managua, Nicaragua 10/09/2000
58. Tripp C. A. "La cuestión homosexual" EDAF. Madrid 1978
59. Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua (URACCAN). "Documento de la consulta sobre el programa radial del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario". Bilwi, 1º trimestre 1997
60. Van Wichen Helmien, et al. "Es tiempo de actuar". La situación de VIH-SIDA en Nicaragua. Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo/UNFPA. Managua. Noviembre 1995



XIII. Anexos

Anexo 1:

Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, Puerto Cabezas

Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos de los HRSH y Trabajadoras del Sexo.

Formulario de revisión de Expediente Clínico a miembros del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo para detectar tipo y frecuencia de reinfección de ETS

#	Fechas de consulta	Tipos de ETS

Anexo 2:**Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, Puerto Cabezas****Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos de los HRSH y Trabajadoras del Sexo.****Guía de preguntas Grupo Focal con miembros del Grupo de los HRSH y Trabajadoras del Sexo****1. Identificar los principales factores que influyen en el uso de métodos preventivos de ETS:****Aspecto Cultural:**

- ¿A qué grupo étnico-cultural pertenecen?
- ¿Cómo definirían ustedes su grupo étnico-cultural?
- ¿Qué significa "ser líder" en su grupo étnico?
- Mucho se habla de creencias en relación a salud sexual: ¡Mencionen algunas de esas creencias!
- ¿En qué sentido sus padres eran modelos en salud sexual?
- ¿Cómo definirían ustedes el modelo educativo de sus padres y madres?

Aspecto Salud:

- ¿Nos podrían dar una definición propia de lo qué es "salud" y de lo qué es "enfermedad"?
- ¡Cuenten algunas experiencias propias que han tenido con el uso de alcohol!
- ¿Qué significa prevención de ETS?
- ¡Mencionen algunas medidas preventivas!
- ¿Qué piensan del uso del condón?
- ¿Están ustedes utilizando el condón?
- ¿Tienen Ustedes un momento en su vida donde utilizaron con más frecuencia y regularidad el condón? ¿Porqué?
- ¿Cómo consideran el concepto de la pareja fiel?
- ¿Cómo consideran el concepto de abstinencia sexual?
- ¿Cuándo busca Usted atención médica?

2. Identificar los factores que influyen en el poco interés de los dos grupos en organizarse:

- ¿Qué significa para ustedes estar en un grupo?
- ¿Cuáles son las actitudes de solidaridad en un grupo?

- ¿Qué significa ser líder/tener liderazgo de un grupo?
- ¿Qué hay que hacer para poder ser líder en un grupo?
- ¿Qué es un grupo de autoayuda?
- ¿Ustedes se consideran un grupo de autoayuda?
- ¿Porqué es importante tener una autoestima alta?
- ¡Que cada participante defina su nivel de autoestima!

Anexo 3:**Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS, Puerto Cabezas****Eficacia del Programa de Prevención de ETS dirigida a los Grupos de los HRSH y Trabajadoras del Sexo.****Cuestionario a miembros del Grupo de HRSH y Trabajadoras del Sexo****A) DATOS GENERALES**

- 1) Edad: _____ 2) Sexo: masculino femenino
- 3) Indígena/Etnia: _____
- 4) Estado civil: soltero/a casado/a acompañado/a viudo/a
- 5) Religión: _____

B) ASPECTO SOCIO-ECONOMICO

- 6) Situación laboral: empleado desempleado independiente
- 7) Grado de escolaridad: Primaria: Grado _____
 Secundaria: Año _____
 Universidad: Año _____
- 8) Profesión: _____
- 9) Calidad de vivienda: buena regular mala
- 10) Ingreso de dinero: menos de 500.-
 501 – 1000.-
 1001 – 1500.-
 1501 y más
- 11) Estrato social: alto medio bajo

- 12) Numero de personas que viven en la casa: _____
Tamaño de la casa en pies: _____ x _____
- 13) Consume drogas: si no Desde cuando: _____
Que tipo: _____
- 14) Consume alcohol: : si no con que frecuencia: _____
Desde cuando: _____
- 15) Tipo de barrio en que vive: céntrico periférico
- 16) Participa en actividades para resolver problemas de la población:
mucho poco no
Porque? _____

- 17) Pertenece a un grupo social (organización, institución, asociación, grupo cultural,
grupo de apoyo, grupo religioso etc.): si no
- 18) ¿Qué tipo de grupo? _____

- 19) ¿Cuándo busca atención médica?
Cuando me siento enfermo/a
Cuando siento dolor
De vez en cuando
Con regularidad aunque no me sienta mal
Cuando tengo dinero
Sin dato

C) CONOCIMIENTOS

- 20) ¿Qué es una Enfermedad de Transmisión Sexual?

21) Menciona las principales Enfermedades de Transmisión Sexual

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

22) ¿Cómo se transmiten las Enfermedades de Transmisión Sexual?

- a) _____
- b) _____
- c) _____

23) Mencione los principales síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

24) Mencione las principales formas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

25) ¿Cuáles son las consecuencias de las Enfermedades de Transmisión Sexual?

26) ¿Cómo ha recibido toda esta información?

27) ¿Quién le ha brindado la información?

28) ¿Qué actividades de promoción y multiplicación de esta información ha realizado?

29) ¿A quiénes ha dado la información?

30) ¿Qué piensa del uso del condón?

31) ¿Usa usted el condón? si no de vez en cuando

Anexo 4:

Tablas y Gráficos de ETS del Grupo de los HRSH y de las Trabajadoras del Sexo diagnosticado en la consulta médica

Tabla 1: Distribución de porcentaje de personas con una ETS diagnosticado en la primera consulta médica

Grupo 8		Grupo 9	
Número	porcentaje	número	porcentaje
19	65.5	31	96.9

$n_8 = 29, n_9 = 32$

(Fuente: Expediente médico CLCS)

Tabla 2: Distribución de porcentaje de personas con una ETS diagnosticada en las diferentes consultas médicas

Grupo 8		Grupo 9	
Número	porcentaje	número	porcentaje
23	79.3	31	96.9

$n_8 = 29, n_9 = 32$

(Fuente: Expediente médico CLCS)

Tabla 3: Distribución porcentual de tipos de ETS diagnosticado en la consulta médica

Diagnóstico de casos de ETS en las diferentes consultas	Grupo 8		Grupo 9	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Sífilis primaria	21	72.4	31	96.9
Sífilis secundaria	1	3.4	-	-
Gonorrea	5	17.2	20	62.5
Condiloma	1	3.4	1	3.1
Tricomoniiasis	1	3.4	6	18.7
Ladilla	1	3.4	-	-
Herpes	1	3.4	-	-
Escabiosis	1	3.4	-	-
Candidiasis	-	-	2	6.2
Gardnerella	-	-	2	6.2

$n_8 = 29, n_9 = 32$

(Fuente: Expediente médico CLCS)

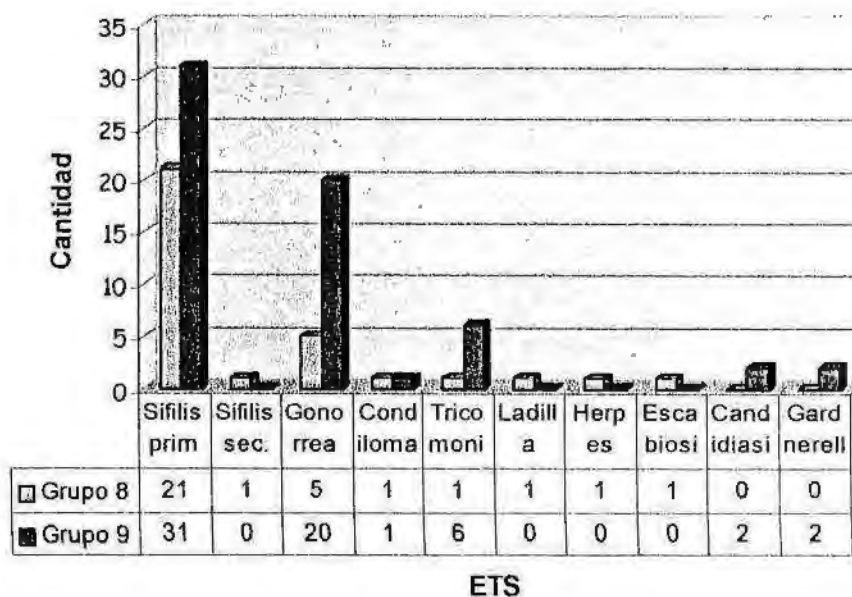
Tabla 4: Distribución porcentual de reinfección de ETS diagnosticado en la consulta médica

Diagnóstico de reinfecciones en las diferentes consultas	Grupo 8		Grupo 9	
	número	porcentaje	número	porcentaje
Número y porcentaje de personas sin reinfección por Sífilis	3	10.3	2	6.2
Número y porcentaje de personas con reinfección por Sífilis	9	31	19	59.4
Número y porcentaje de personas con una reinfección por Sífilis	3	10.3	8	25
Número y porcentaje de personas con dos o más reinfecciones por Sífilis	6	20.7	11	34.4
Número y porcentaje de personas sin reinfección por Gonorrea	-	-	7	21.9
Número y porcentaje de personas con reinfección por Gonorrea	-	-	10	31.2
Número y porcentaje de personas con una reinfección por Gonorrea	-	-	5	15.6
Número y porcentaje de personas con 2 o más reinfecciones por Gonorrea	-	-	5	15.6
Número y porcentaje de personas con reinfección por Tricomoniiasis	-	-	1	3.1
Número y porcentaje de personas con 2 o más ETS a la vez	2	6.9	23	71.9

$n_8 = 29, n_9 = 32$

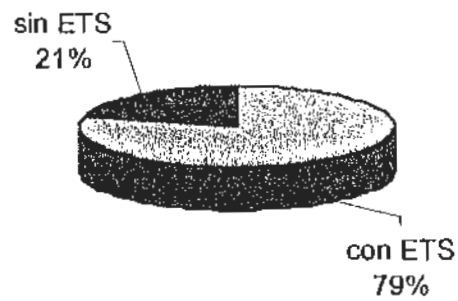
(Fuente: Expediente médico CLCS)

Gráfico 1: Número de casos de ETS de los dos grupos



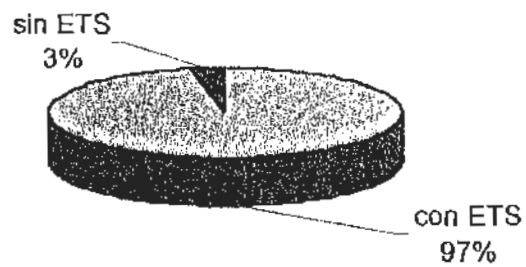
Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 2: Porcentaje de ETS de miembros del Grupo 8



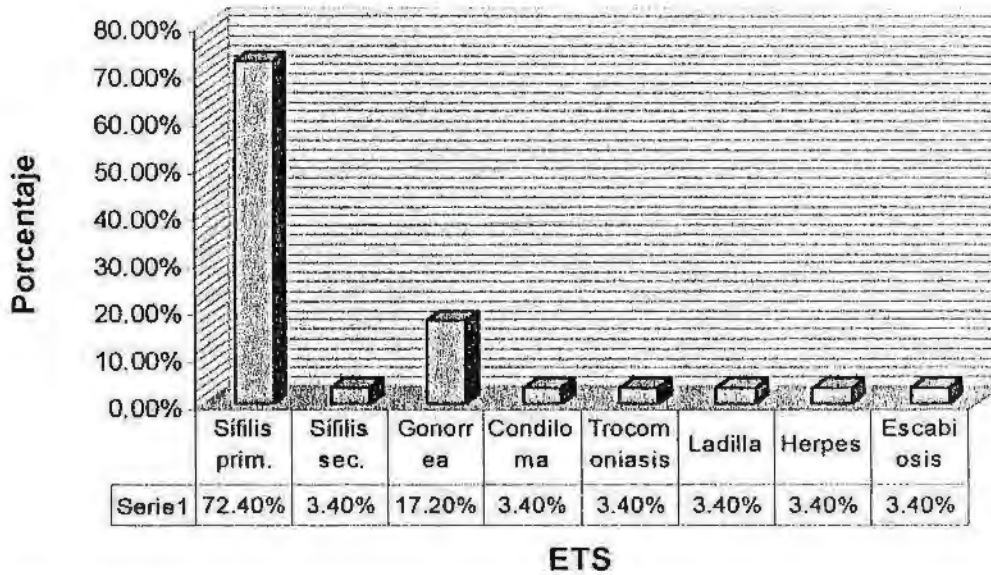
Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 3: Porcentaje de ETS de miembros del Grupo 9



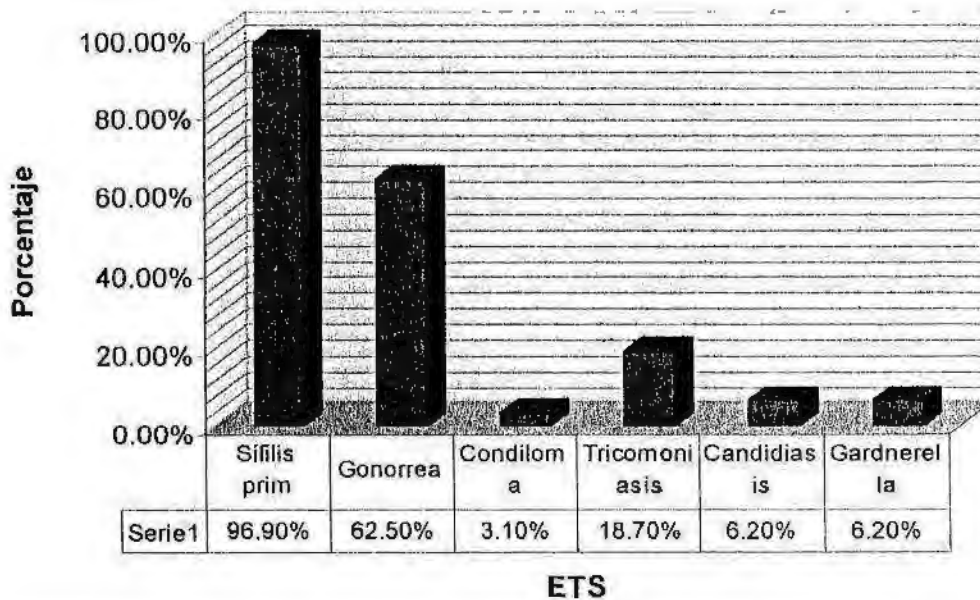
Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 4: Porcentaje de tipos de ETS en el Grupo 8



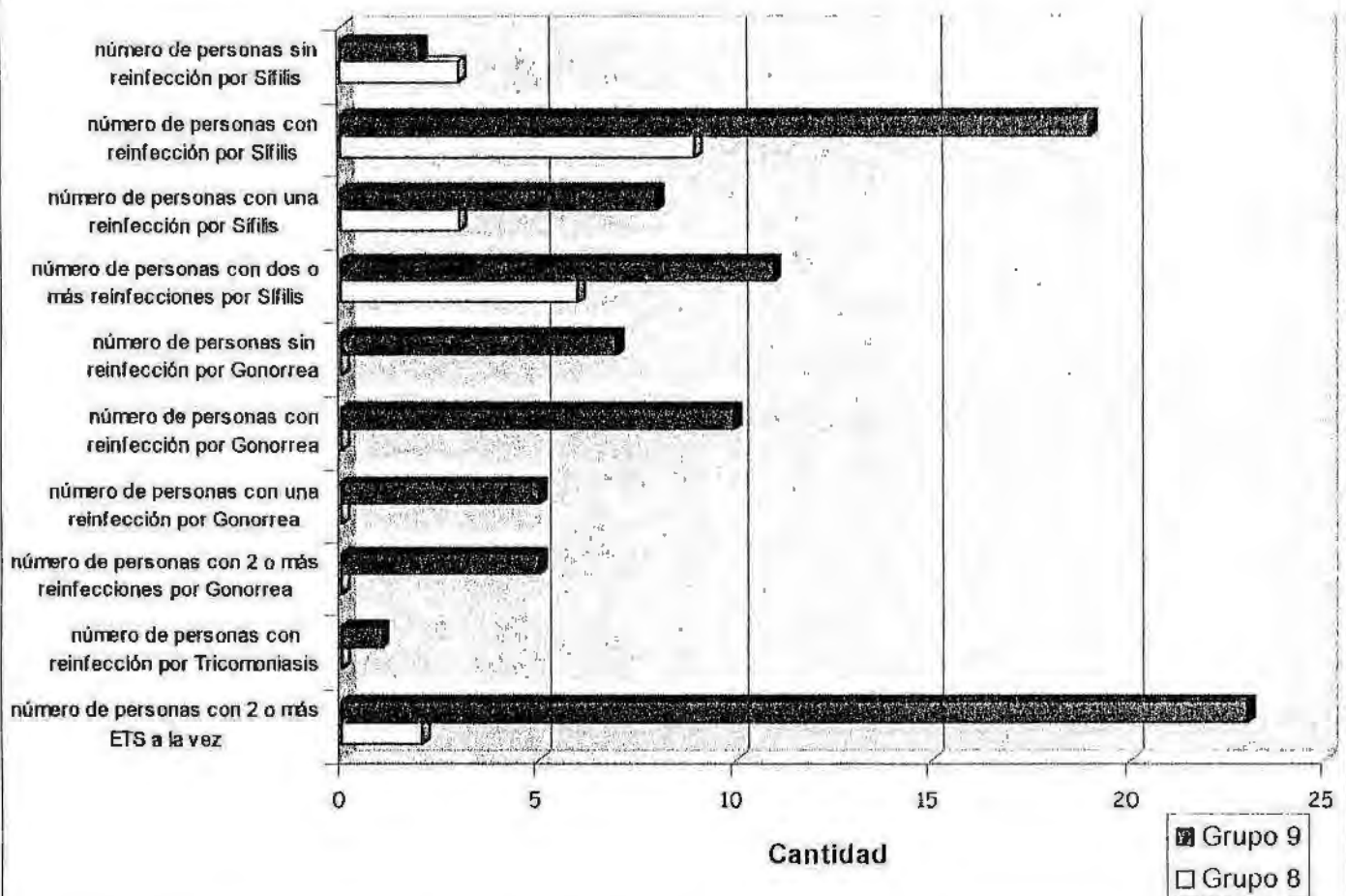
Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 5: Porcentaje de tipos de ETS en el Grupo 9

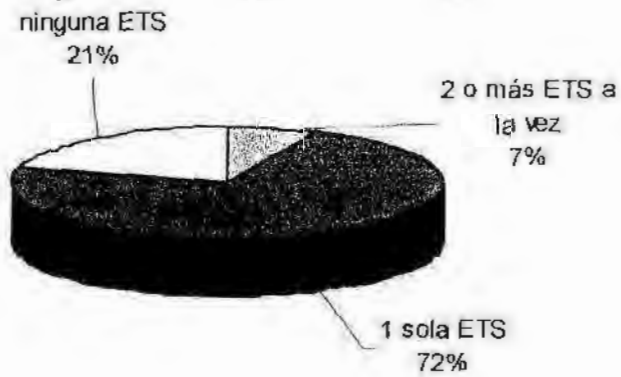


Fuente: Expediente médico CLCS

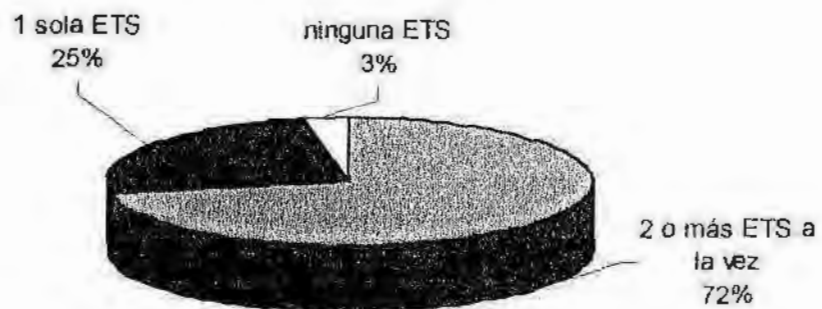
Gráfico 6: Comparación entre Grupo 8 y 9 de reinfección de ETS



Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 7: Situación de ETS del Grupo 8

Fuente: Expediente médico CLCS

Gráfico 8: Situación de ETS del Grupo 9

Fuente: Expediente médico CLCS

Anexo 5:

Principales tablas de resultados de encuesta realizada a miembros del Grupo de los HRSH y del Grupo de las Trabajadoras del Sexo

Tabla 1: Distribución de los dos grupos según pertenencia a grupo indígena/etnia.

	Mestizo/a	Miskito/a	Creole	Sumu/Mayangna
Masculino (HRSH)	3 (15%)	16 (80%)		1 (5%)
Femenino (Trab. d. Sexo)	4 (16%)	20 (80%)	1 (4%)	
Total	7	36	1	1

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 2: Distribución de los dos grupos según escolaridad

	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria incompleta	Secundaria	Universidad	No frecuente
Masculino (HRSH)	4 (20%)	3 (15%)	7 (35%)	1 (5%)	5 (25%)	
Femenino (Trab. d. Sexo)	11 (44%)	4 (16%)	7 (28%)			3 (12%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 3: Distribución de los dos grupos según ingreso mensual en Córdoba

	Menos de 500.-	501.- a 1000.-	1001.- a 1500.-	1500.- y más
HRSH	7 (35%)	9 (45%)	2 (10%)	2 (10%)
Trab. d. Sexo	11 (44%)	9 (36%)	1 (4%)	4 (16%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 4: Distribución de los dos grupos según hacinamiento

	0 – 3 m ²	3.1 – 6 m ²	6.1 – 10 m ²	10.1 – 15 m ²	15.1 m ² y más
HRSH	8 (40%)	5 (25%)	5 (25%)	1 (5%)	1 (5%)
Trab. d. Sexo	11 (44%)	10 (40%)	3 (12%)	1 (4%)	-

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 5: Distribución de los dos grupos según medios a través de los cuales han recibido la información sobre las ETS

	Reunión, charla, taller	Radio, TV	Libros y Plegables	Todos los anteriores	Sin dato
Masculino (HRSH)	13 (65%)		1 (5%)	5 (25%)	1 (5%)
Femenino (Trab. d. Sexo)	13 (52%)	1 (4%)		7 (28%)	4 (16%)

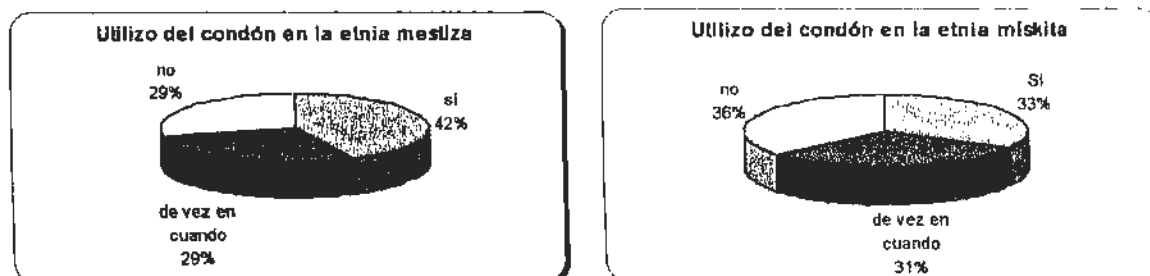
Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 6: Distribución de uso de condón según edad

Uso del condón	12 a 19 años	20 a 29 años	30 a 49 años	50 años y más
Si	1 (50%)	6 (28.5%)	7 (35%)	1 (50%)
De vez en cuando	1 (50%)	4 (19%)	9 (45%)	-
No	-	11 (52.4%)	4 (20%)	1 (50%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Gráfico 1: Distribución de uso de condón según grupo indígena/etnia



Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 7: Distribución de uso de condón según consumo de alcohol (resumen)

Uso del condón	Consumo de alcohol		
	Tomo	Tomo poco	No tomo
Uso el condón	4 (21.0%)	7 (41.1%)	4 (44.4%)
Uso el condón de vez en cuando	8 (42.1%)	5 (29.4%)	1 (11.1%)
No uso el condón	7 (36.8%)	5 (29.4%)	4 (44.4%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 8: Distribución de uso de condón según desde que edad consume alcohol

Uso del condón	12 a 15 años	16 a 20 años	Edad de 20 y más	No consumo
Si	2 (18.2%)	3 (21.4%)	6 (54.5%)	4 (44.4%)
De vez en cuando	4 (36.4%)	5 (35.7%)	4 (36.4%)	1 (11.1%)
No	5 (45.4%)	6 (42.8%)	1 (9.1%)	4 (44.4%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 9: Distribución de uso de condón según participación en actividades sociales

Uso del condón	Participación en actividades sociales		
	mucho	Poco	No
Uso el condón	2 (40%)	7 (38.9%)	6 (27.2%)
Uso el condón de vez en cuando	3 (60%)	6 (33.3%)	5 (22.7%)
No uso el condón		5 (27.7%)	11 (50%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 10: Distribución de uso de condón según cuando busca atención médica

Uso del condón	Cuando busca atención médica		
	Cuando me siento enfermo o con dolores	Con regularidad	Cuando tenga dinero
Uso el condón	7 (23.3%)	4 (50%)	2 (100%)
Uso el condón de vez en cuando	11 (36.6%)	2 (25%)	
No uso el condón	12 (40%)	2 (25%)	

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 11: Distribución de uso de condón según conocimientos sobre las ETS

Uso del condón	Conocimientos sobre ETS		
	Buen conocimiento	Regular conocimiento	Bajo conocimiento
Uso el condón	6 (54.4%)	7 (25%)	2 (33.3%)
Uso el condón de vez en cuando	3 (27.3%)	10 (35.7%)	1 (16.6%)
No uso el condón	2 (18.2%)	11 (39.3%)	3 (50%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 12: Distribución de uso de condón según medios a través de los cuales han recibido la información sobre las ETS

	Reunión, charla, taller	Radio, TV	Libros y Plegables	Todos los anteriores	Sin dato
Si lo uso	7 (26.9%)			5 (41.6%)	3 (60%)
De vez en cuando	8 (30.8%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (25%)	1 (20%)
No lo uso	11 (42.3%)			4 (33.3%)	1 (20%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 13: Conocimientos sobre ETS de los miembros de los dos grupos

	Frecuencia	Porcentaje
Buen conocimiento	11	24.4
Regular conocimiento	28	62.2
Mal conocimiento	6	13.3

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 14: Conocimientos sobre ETS según pertenencia a grupo indígena/etnia

	Mestizo/a	Miskito/a	Creole	Sumu/ Mayangna
Bien	3 (42.9%)	8 (22.2%)		
Regular	4 (57.1%)	22 (61.1%)	1 (100%)	1 (100%)
Mal		6 (16.7%)		

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 15: Conocimientos sobre ETS según ingresos mensuales

	Menos de 500.-	501.- a 1000.-	1001.- a 1500.-	1500.- y más
Bien	3 (16.7%)	5 (27.8%)	2 (66.7%)	1 (16.7%)
Regular	12 (66.7%)	12 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (50.0%)
Mal	3 (16.7%)	1 (5.6%)		2 (33.3%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 16: Conocimientos sobre ETS según hacinamiento

	Hacinamiento	No hacinamiento
Bien	10 (23.8%)	1 (33.3%)
Regular	27 (64.3%)	1 (33.3%)
Mal	5 (11.9%)	1 (33.3%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 17: Conocimientos sobre ETS según medios a través de los cuales han recibido la información sobre las ETS

	Reunión, charla, taller	Radio, televisión	Libros, plegables	Todos los anteriores	Sin datos
Bien	4 (15.4%)			5 (41.7%)	2 (40.0%)
Regular	19 (70.1%)	1 (100%)	1 (100%)	6 (50.0%)	1 (20.0%)
Mal	3 (11.5%)			1 (8.3%)	2 (40.0%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 18: Conocimientos sobre ETS según quién brindó la información sobre las ETS

	CLCS	CLCS, ONG's y Centro de Salud	Otro	Sin datos
Bien	7 (20.0%)	4 (66.7%)		
Regular	24 (68.6%)	2 (33.3%)	1 (100%)	
Mal	4 (11.4%)			2 (100%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Tabla 19: Conocimiento sobre ETS según opinión sobre el uso del condón

	Opinión positiva	Opinión negativa
Bien	11 (26.8%)	
Regular	28 (68.3%)	
Mal	2 (4.8%)	4 (100%)

Fuente: Encuesta a HRSH y Trab. d. Sexo

Anexo 6:

Tablas y Gráficos de ETS en la RAAN y en el Municipio de Puerto Cabezas

Tabla 1: Distribución de ETS por Municipio de la RAAN en el año 1998

ETS	Municipio					Total
	Pto. Cab.	Waspam	Rosita	Siuna	Bonanza	
Gonorrea	366	31	14	-	6	417
Tricomoniasis	83	-	11	-	55	149
Condiloma	47	5	12	-	3	67
Sífilis	41	8	2	-	-	51
Linfogranuloma	3	-	-	-	-	3
Candidiasis	-	-	-	-	50	50
Gardnerella	1	-	1	-	-	2
Moniliasis	-	-	14	-	1	15
Herpes Genital	-	-	-	-	-	-
Chancroide	35	6	-	-	1	42
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	-	-	-	-	4	4
Total	576	50	54	-	120	800

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Tabla 2: Distribución de ETS por Municipio de la RAAN en el año 1999

ETS	Municipio					Total
	Pto. Cab.	Waspam	Rosita	Siuna	Bonanza	
Gonorrea	162	51	24	2	11	250
Tricomoniasis	76	-	52	3	63	194
Condiloma	54	23	17	-	10	104
Sífilis	66	42	12	1	1	122
Linfogranuloma	30	-	-	-	-	30
Candidiasis	1	-	-	5	43	49
Gardnerella	-	-	-	-	-	-
Moniliasis	-	-	50	-	-	50
Herpes Genital	13	-	-	-	-	13
Chancroide	88	13	4	-	2	107
Total	490	129	159	11	130	919

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Tabla 3: Distribución de ETS por Municipio de la RAAN en el año 2000

ETS	Municipio					Total
	Pto. Cab.	Waspam	Rosita	Siuna	Bonanza	
Gonorrea	249	112	23	14	2	400
Tricomoniasis	109	4	29	81	71	294
Condiloma	72	11	29	10	2	124
Sífilis	184	35	25	1	1	246
Linfogranuloma	20	4	1	1	-	26
Gardnerella	-	-	-	12	-	12
Herpes Genital	-	-	1	4	-	5
Chancroide	119	8	3	3	1	134
Hepatitis B	-	5	-	-	-	5
Pediculosis	1	2	-	-	-	3
Candidiasis	8	9	-	84	48	149
Clamidia	-	-	-	-	1	1
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	-	-	-	8	1	9
Total	762	190	111	218	127	1408

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Tabla 4: Distribución de ETS por Grupos etáreos de la RAAN del año 1998

ETS	Grupo etáreo					Total
	1-4 años	5-14	15-34	35-49	50 y más	
Gonorrea	3	10	337	63	4	417
Tricomoniasis	-	5	132	11	1	149
Condiloma	-	2	60	5	-	67
Sífilis	-	6	36	5	4	51
Linfogranuloma	-	-	3	-	-	3
Candidiasis	-	3	31	15	1	50
Gardnerella	-	-	2	-	-	2
Moniliasis	-	-	12	3	-	15
Herpes Genital	-	-	-	-	-	-
Chancroide	-	1	38	3	-	42
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	-	-	2	2	-	4
Total	3	27	653	107	10	800

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Tabla 5: Distribución de ETS por Grupos etáreos de la RAAN del año 1999

ETS	Grupo etáreo					Total
	1-4 años	5-14	15-34	35-49	50 y más	
Gonorrea	1	8	191	49	1	250
Tricomoniasis	-	-	161	31	2	194
Condiloma	6	-	89	9	-	104
Sífilis	1	-	101	16	4	122
Linfogranuloma	-	-	18	12	-	30
Candidiasis	-	1	40	7	1	49
Gardnerella	-	-	-	-	-	-
Moniliasis	-	-	40	10	-	50
Herpes Genital	-	-	8	4	1	13
Chancroide	-	-	63	42	2	107
Total	8	9	711	180	11	919

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Tabla 6: Distribución de ETS por Grupos etáreos de la RAAN del año 2000

ETS	Grupo etáreo						Total
	- 1año	1-4 años	5-14	15-34	35-49	50 y +	
Gonorrea	-	2	9	339	47	3	400
Tricomoniasis	-	-	4	224	63	3	294
Condiloma	-	2	6	90	23	3	124
Sífilis	-	-	-	212	30	4	246
Linfogranuloma	-	-	4	14	7	1	26
Gardnerella	-	-	-	10	2	-	12
Herpes Genital	-	-	-	5	-	-	5
Chancroide	-	2	-	110	22	-	134
Hepatitis B	-	-	-	5	-	-	5
Pediculosis	-	-	-	2	1	-	3
Candidiasis	-	2	4	95	42	6	149
Clamidia	-	-	-	1	-	-	1
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	-	-	-	8	1	-	9
Total	-	8	27	1115	238	20	1408

(Fuente: SILAIS-RAAN)

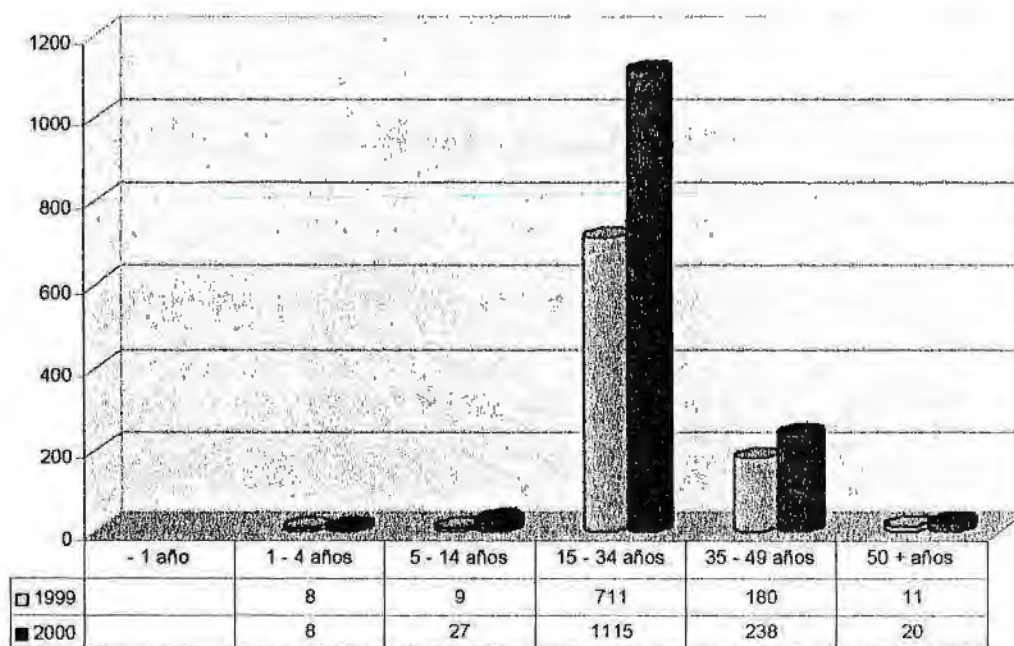
Tabla 7: Distribución de ETS por Sexo de la RAAN de los años 1998, 1999 y 2000

ETS	1998			1999*			2000		
	Masc.	Feme	Total	Masc.	Feme	Total	Masc.	Feme	Total
Gonorrea	242	175	417	-	-	250	258	142	400
Tricomoniiasis	-	149	149	-	-	194	-	294	294
Condiloma	48	19	67	-	-	104	59	65	124
Sífilis	36	15	51	-	-	122	130	116	246
Linfogranuloma	3	-	3	-	-	30	21	5	26
Gardnerella	-	2	2	-	-	-	-	12	12
Herpes Genital	-	-	-	-	-	13	2	3	5
Chancroide	39	3	42	-	-	107	115	19	134
Candidiasis	1	49	50	-	-	49	-	149	149
Moniliasis	-	15	15	-	-	50	-	-	-
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	4	1	5
Pediculosis	-	-	-	-	-	-	2	1	3
Clamidia	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	-	4	4	-	-	-	-	9	9
Total	369	431	800	-	-	919	591	817	1408

* no hay datos de ETS por sexo del año 1999

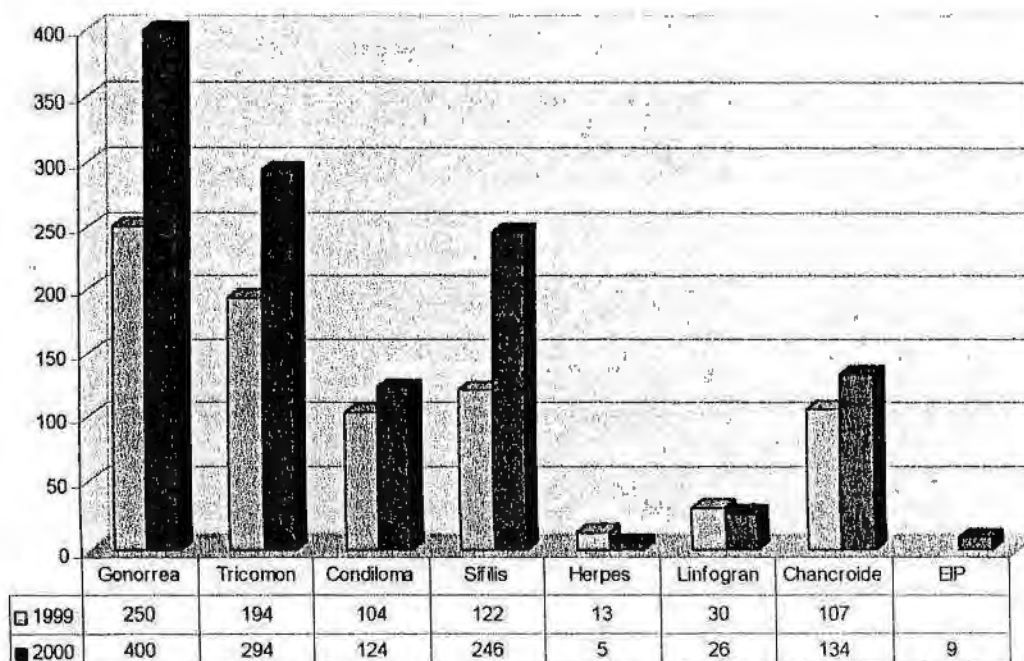
(Fuente: SILAIS-RAAN)

Gráfico 1: Enfermedades de transmisión sexual por grupo etareo SILAIS RAAN 1999 - 2000



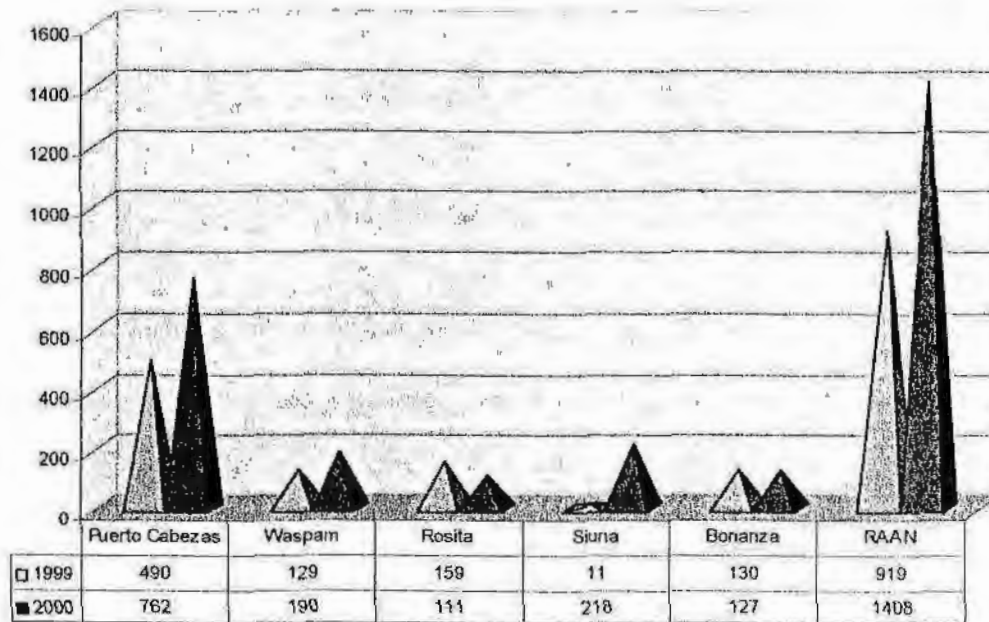
Fuente: SILAIS-RAAN

Gráfico 2: Comportamiento de ETS comparativo SILAIS RAAN 1999 - 2000



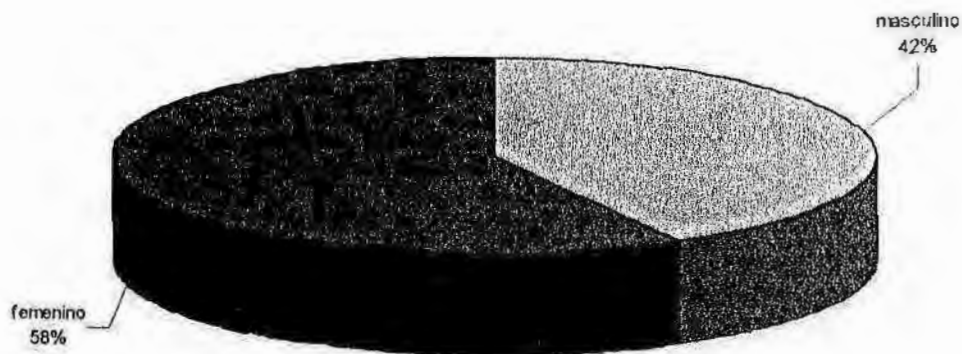
Fuente: SILAIS-RAAN

Gráfico 3: Comportamiento de ETS por Municipio SILAIS RAAN 1999 - 2000



Fuente: SILAIS-RAAN

Gráfico 4: Distribución de ETS por Sexo SILAIS RAAN 2000



Fuente: SILAIS-RAAN

Anexo 7:

Cuadro de elementos a tomarse en cuenta en la incorporación de la interculturalidad a diferentes trabajos y ámbitos:

Dimensión de análisis	Paradigma unicultural	Paradigma intercultural
Concepto de sociedad	Prestigia una cultura nacional dominante	Hace defensa de la diversidad cultural de la nación. Es fuente de orgullo
Definición del concepto de salud	Oficial, integral, pero fragmentado en la práctica	Integral en su conceptualización y práctica
Base legal. Código de salud	Reconocimiento de la diversidad étnica, lingüística y cultural del país	Pleno reconocimiento de la diversidad con equidad y derecho a la diferencia. Democracia cultural
Sistema de información	Las estadísticas no están desagregadas e invisibilizan la problemática de salud según etnia	Se cuenta con estadísticas desagregadas y toma de decisión participativa
Sistema educativo de salud	Enfoque predominantemente biotecnológico. Es inequitativa étnica, lingüística, cultural y geográficamente. Ignora aportes de las culturas indígenas	Valora y aplica el conocimiento universal. Promueve el rescate, valoración, investigación, difusión de ciencia en salud indígena y nacionales
Recursos Humanos	Escaso personal calificado para trabajar en contextos plurilingües y pluriétnicos. La disposición de personal bilingüe es insuficiente. La distribución de personal carece de pertinencia cultural	Personal calificado y sensible a las necesidades de salud. Hay personal que ofrece el servicio en el idioma local. La comunidad participa en la selección del personal.
Formación y capacitación de personal de Salud	La formación y la capacitación en los diferentes niveles es poco pertinente a las realidades pluriculturales y multilingües del país.	Se forma y capacita con enfoque de procesos de educación permanente, en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano en salud. Se aborda sistemáticamente la cultura y problemática local
Curriculum	Enfasis en objetivos cognitivos. Enseñanza y materiales educativos con enfoque cultural y en idioma dominante.	Enfasis integral en objetivos cognitivos de desarrollo de actitudes, prácticas y valores étnicos, nacionales y universales.
Sistema de salud	Excluyente. Los sistemas tradicionales son rechazados y subestimados	Incluyente. Reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas
Oferta de servicios de salud	Irregular. Baja cobertura, inequitativa étnica y geográficamente. Escasa o ninguna pertinencia cultural	Regular. Equitativo y con pertinencia cultural. Provee coberturas integrales y acceso a todos los niveles de atención. El servicio se provee en el idioma local
Organizaciones indígenas	Ninguna o débil participación en la provisión de servicios de salud con enfoque occidental	Plena participación en la prestación de servicios de salud. Incorporación de enfoque indígenas. Poder compartido.

(Fuente: Cunningham Myrna. Interculturalidad y Salud. Dossier Maestría en Salud Pública Intercultural. Pagina 12)

Anexo 8:**Tabla 1: Distribución de condones en el Municipio de Puerto Cabezas de parte de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS:**

Año	Cantidad de Condones
1994	10.000
1995	15.000
1996	25.000
1997	37.000
1998	41.000
1999	50.000
2000	60.000
TOTAL	238.000

(Fuente: Informes Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. 2000)

Tabla 2: Distribución de condones a los Grupos de los HRSH y las Trabajadoras del Sexo en el año 2000 de parte de la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS:

Grupo	Cantidad de Condones
Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres	2.800
Trabajadoras del Sexo	2.500
TOTAL	5.300

(Fuente: Informes Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS. 2000)

Tabla 3: Distribución de condones en los Municipios de la RAAN en los años 1999 y 2000 de parte del SILAIS-RAAN:

Año	Municipio					Total
	Pto. Cab.	Waspam	Rosita	Siuna	Bonanza	
1999	6.368	-	4.408	-	185	10.961
2000	13.803	4.769	2.358	380	5.203	26.540
Total	20.171	4.769	6.766	380	5.388	37.501

(Fuente: SILAIS-RAAN)

Anexo 9:

Glosario

Autoestima: Conjunto de sentimientos que uno tiene acerca del mayor o menor valor de su propia persona; es la impresión que tiene una persona de sí misma.

Bisexualidad: La persona se siente atraída sexual y emocionalmente por ambos sexos. Puede presentarse tanto en mujeres que en hombres.

Capacitación: Actividades realizadas por la CLCS y cualquier otro organismo, institución o grupo para facultar a una persona o a un conjunto de personas sobre un tema específico. Capacitación en forma de talleres, reuniones, charlas y encuentros.

Consejero Voluntario: Habitantes de los diferentes barrios de Bilwi y pobladores de las comunidades del Municipio de Puerto Cabezas que han recibido una secuencia de capacitaciones por parte de la CLCS y realizan trabajos de promoción y multiplicación de manera voluntaria.

Cosmovisión: Conocimientos acumulados por un grupo poblacional por centenares o miles de años, pasados de generación a generación sobre los diferentes aspectos de la vida social, espiritual, económica, religiosa etc.

Gay: nombre que generalmente se usa para hombres con una orientación homosexual.

Grupo 8: Nombre del Grupo de los Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres atendido por la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS.

Grupo 9: Nombre del Grupo de Trabajadoras del Sexo atendido por la Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS.

Hacinamiento: Menos de 10 m² de espacio disponible en una casa para una persona.

Heterosexualidad: La persona se siente atraída sexual y emocionalmente por el sexo opuesto.

Homofobia: Cualquier actitud de rechazo y desprecio hacia personas con una orientación homosexual.

Homosexualidad: Atracción sexual y emocional hacia personas del mismo sexo.

Identidad: Actitudes, conductas y atributos físicos determinados por el sujeto, condicionados por la sociedad en la que se desarrolla. Está estrechamente relacionado con conceptos de masculinidad y feminidad.

Identidad Grupal: Actitudes, conductas y atributos físicos determinados por el colectivo, condicionados por la sociedad. Grado de identificación con un grupo y unión de los miembros de un grupo.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada en un período determinado

Interculturalidad: Herramienta que propugna alcanzar relaciones de respeto y armonía entre las distintas culturas y etnias. No es una herramienta que busca tolerancia y relaciones horizontales sino verdadera participación y espacios para la toma de decisiones y el ejercicio de poder.

Lesbianas: nombre que se usa para mujeres con una orientación sexual hacia su mismo sexo.

Liderazgo: Situación de un grupo en la cual el grupo mismo logra moldearse de tal manera que sus valores, normas e ideales tengan un gran atractivo para todos sus miembros. Es una visión colectiva de las metas de un grupo que deja a un lado intereses personales y va hacia propósitos comunes. No es el mando de una sola personas.

Modelo de Salud de la RAAN: Modelo de salud aprobado por el Consejo Regional de la RAAN el 10 de Noviembre 1996, elaborado por el Consejo Regional de Salud a través de la Comisión de Salud y con la colaboración de los diferentes actores sociales y la sociedad civil de la región que toma en cuenta la situación y las necesidades particulares de la población de las dos regiones (RAAN y RAAS).

Morava: Principal iglesia de la Costa Atlántica, fundada hace 143 años (1858).

Multiculturalidad: Existencia de distintas culturas en una región determinada.

Multiplicación: Acción de parte de pobladores o Consejeros Voluntarios de reproducir conocimientos e información adquirida en capacitaciones.

Prevalencia: Número de personas de una población determinada que tienen una enfermedad en un momento dado.

Prevención: Conjunto de actividades y medidas adoptadas por la CLCS y cualquier otro organismo, institución o grupo para evitar el aumento de casos de ETS en la región y la propagación de VIH-SIDA. Tiene un enfoque de riesgo.

Promiscuidad: Realización de relaciones hetero, bi u homosexuales frecuentes sin beneficio alguno (dinero, regalos, favores). La sociedad mira esta actividad como prostitución.

Promoción: Actividades realizadas por pobladores o Consejeros Voluntarios de la ciudad de Bilwi o de las comunidades del Municipio de Puerto Cabezas, dirigidas a mejorar su situación de salud y ejercer un mayor control sobre su propia salud. Va más allá de una simple multiplicación de información. Tiene un enfoque poblacional.

Prostitución: Realización de relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos o favores. Es esencial la presencia de ganancias económicas y la ausencia de afecto y emociones en la persona que recibe la ganancia.

Reinfección: Contaminación repetida por un agente infeccioso que causa una Enfermedad de Transmisión Sexual, de la cual la persona ya se había curado por lo menos una vez.

Sexualidad: Es un instrumento de placer y de cultura, ya que valores como normalidad y perversidad están profundamente unidas a la cultura. El aspecto de la reproducción de la especie en la sexualidad es relegado a un segundo plano.

Transnacionales: Empresas con capital extranjero que operaron en diferentes partes de la Costa Atlántica entre los años 1880 y 1940 sobre todo en la explotación de madera, bananos y minería.

Anexo 10:**Abreviaciones**

CACP	Estudio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas
CIDCA	Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica
CLCS	Comisión de Lucha Contra el SIDA-ETS
CV	Consejero Voluntario
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
HRSH	Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres
MINSA	Ministerio de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa de VIH-SIDA de la Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud
TESIS	Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano

Anexo 11:

Las ETS de más alta prevalencia (con excepción del VIH-SIDA)

Gonorrea

Esta enfermedad es conocida desde la antigüedad, los faraones egipcios, los filósofos griegos (Aristóteles, Platón) y algunos chinos e hindúes han hecho referencia de ella en sus obras.

La Gonorrea es una de las ETS más frecuentes en el mundo que afecta a los heterosexuales, HRSH y bisexuales independientemente de sus edades. Cada año unos 250 millones de personas alrededor del mundo son infectadas.

Es también una de las enfermedades de transmisión sexual más conocida y difundida en la región del Atlántico Norte.

Otros nombres de la enfermedad son: "purgación," la gota", "lechería".

La Gonorrea es provocada por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo (gonococo de Neisser) y su periodo de incubación es de 2 a 7 días, a veces más.

En el hombre la gonorrea causa uretritis, ardor al orinar y secreción y pus amarillenta o blanquecina por el pene. En la mayoría de los casos la infección en la mujer es asintomática, pero existen algunos casos con síntomas. Si hay molestias causa aumento de la secreción vaginal (verdosa), inflamación en trompas y ovarios, irregularidades menstruales, ardor al orinar, dolores abdominales y sensación de cansancio.

Si una persona no busca tratamiento contra la infección los gonococos pueden causar graves daños en los órganos internos causando infección del sistema nervioso (meningitis), infección del corazón (endocarditis, puede causar la muerte), hígado, riñones, huesos, articulaciones (artritis), otros órganos importantes, epididimitis (infección del epidídimo) y orquitis (inflamación de los testículos), enfermedad inflamatoria pélvica (fiebre, escalofrío, malestar general, náuseas, vómito, dolor abdominal, sangrados anormales (salpingitis), esterilidad e infección en los ojos (ceguera).

Sífilis

Tiene una alta incidencia en el mundo y también en la Costa Atlántica. Comúnmente es conocida como Lúes o Mala Sangre.

La Sífilis es causada por una bacteria o microbio cuya forma es de una espiral llamada Treponema Pallidum o Espiroqueta Pálida.

a) Sífilis primaria:

Lesiones (chancro duro) en los órganos sexuales; sin dolor, desaparece, aun sin tratamiento. El periodo de incubación es de 2 – 3 semanas, pero puede ser tan breve como de 6 días.

b) Sífilis secundaria:

Erupciones en la piel en forma de granitos de un color rojo pálido en cualquier parte del cuerpo y especialmente en la palma de la mano y en la planta del pie, sin dolor ni molestias, desaparece sólo, aún sin tratamiento. Periodo de incubación: 1 semana a 6 meses.

c) Sífilis terciaria

La persona que sufre de sífilis en la tercera etapa, presenta lesiones destructivas en diferentes sitios del cuerpo por ejemplo: los huesos, la piel, el hígado, el estómago y daños graves en corazón y en el sistema nervioso central. Periodo de incubación: 3 – 10 años (hasta 40 años)

Para detectar Sífilis se realiza un examen de laboratorio llamado V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory) o R.P.R. (Test Rápido de Reaginas Plasmáticas).

Chancroide

La enfermedad es causada por una bacteria llamada Haemophilus Ducreyi.

El periodo de incubación es entre 4 y 10 días.

El Chancroide inicia con una costra sensible rodeada de ronchas como salpullido que se desarrollan rápidamente transformándose en grano y luego en úlceras. El chancro blando produce una lesión dolorosa.

El 50% de los pacientes del Chancro Blando sufren de inflamación del ganglio inguinal, provocando mucho dolor. Sin medicamento estos ganglios afectados (también conocidos como bubón o seca) pueden llegar a romperse dejando salir una sustancia infectada espesa y pegajosa. Estos bubones tienden provocar fiebre, escalofrío y malestar.

Aunque las úlceras desaparecen sin tratamiento es importante saber que la enfermedad, el Chancro Blando, no desaparece y en algunos casos las lesiones tienden a multiplicarse.

La enfermedad inicia con bullitos, que más tarde son convertidos en úlceras o llagas. Las lesiones del Chancroide son dolorosas y sangran con facilidad. Además provoca dolor al orinar o defecar. La lesión puede ser única o varias, tienden a tener mal olor. Puede aparecer inflamación (seca, bubón) en la ingle (pegue de la pierna).

Tricomoniasis vaginal

Esta ETS es causada por un parásito llamado Trichomona Vaginalis.

Además de las relaciones sexuales puede ser transmitida por contacto con secreciones vaginales y uretrales y en el contacto con objetos contaminados.

El período de incubación está entre 4 y 20 días (promedio de 7 días).

La mujer presenta un flujo vaginal de color amarillento, espumoso y de mal olor. Causa picazón en las partes íntimas y un malestar local. Causa dolores al realizar el acto sexual, ardor y dificultades para orinar. Si no se le da tratamiento puede aumentar el riesgo de una inflamación pélvica aguda y cervicitis.

En el hombre causa un deseo de orinar frecuente y doloroso y una secreción por el pene. Invade la próstata, la uretra o las vesículas seminales y persiste en tales órganos pero rara vez produce síntomas o lesiones demostrables.

La tricomoniasis vaginal es una enfermedad común y persistente de los órganos genitales femeninos. Los hombres pueden ser portadores sin ningún síntoma.

Condiloma acuminado

Esta enfermedad tiene una alta incidencia en todo el mundo y también en Puerto Cabezas (ver estadística de casos de ETS en Puerto Cabezas en los años 1998, 1999, 2000).

Popularmente se les llama: Caballitos, Verrugas genitales, Mezquinos o Cresta de Gallo.

El Condiloma acuminado es causado por un virus: Virus Humano de Papiloma. En el mundo existen 70 diferentes tipos de virus que causan condiloma y el período de incubación es de 1 a 6 meses.

Los síntomas son pequeños bultos duros y no dolorosos que crecen en torno a los órganos genitales o el recto. Pueden ser pequeños hasta una masa grande carnosa con aspecto de coliflor. Cuando hay una cantidad grande de llagas causa picazón y ardor. Los bultos pueden aumentar de tamaño y propagarse a otras zonas. En la mujer pueden producir resultados anormales en el PAP y pueden producir condiciones que a la larga pueden resultar en cáncer.

Una madre embarazada puede transmitir la enfermedad a su bebé en el momento del parto.

Linfogranuloma venéreo

Esta enfermedad es causada por una bacteria llamada Chlamydia Trachomatis.

Periodo de incubación: después del contacto sexual con la persona infectada, las primeras lesiones pueden aparecer entre los primeros 3 días a un mes.

El Linfogranuloma Venéreo se caracteriza por una inflamación en los ganglios cercanos y la aparición de úlceras o llagas en los genitales que con frecuencia no se notan. Los ganglios se llenan de pus y se vuelven dolorosos, produciendo abscesos (maduración) que drenan al destriparse solos. Causa hinchazón de genitales y de piernas.

El hombre infectado con esta infección presenta los síntomas de fiebre, dolor muscular, aumento de volumen en la ingle (entre las piernas), inflamación de los ganglios y pequeña lesión en los genitales. Una mujer infectada con el Linfogranuloma venéreo sufre de lesiones en la vagina o en los genitales internos, facilitando así que éstas no sean notables.

Candidiasis genital

Candidiasis genital es una Enfermedad de Transmisión Sexual que se conoce también con el nombre de Moniliasis o Muguet.

Esta enfermedad es producida por un hongo que se llama Cándida Albicans y como todo los hongos necesita un ambiente húmedo y oscuro para poderse

desarrollar. El hongo afecta las capas superficiales de la piel y las membranas mucosas del cuerpo. Este hongo se encuentra en todo el mundo.

El periodo de incubación es variable: de 2 a 5 días.

Los síntomas de Candidiasis genital normalmente aparecen, cuando las defensas de las personas son deficientes. En mujeres es frecuente que esta enfermedad se manifiesta cuando toman o se inyectan antibióticos por cualquier otra enfermedad.

En el hombre causa una fuerte irritación de la piel afectada, generalmente en y alrededor del órgano sexual, con fuerte picazón, ardor y enrojecimiento. En la mujer produce un flujo blanco espeso, arenoso con hinchazón, malestar y picazón intensa en los genitales.

El condón es un método preventivo adecuado para Candidiasis genital, pero hay que tomar en cuenta que esta enfermedad no se transmite solamente a través de las secreciones genitales, sino también por el contacto con la piel alrededor de los genitales y a través de ropa y toallas contaminadas.

Si una persona no busca la atención médica y el respectivo tratamiento, el hongo puede producir úlceras. Hay posibilidad también que pasen semillas por la sangre produciendo lesiones en otros órganos como: riñones, pulmones, hígado, ojo, cerebro y corazón.

Pediculosis

Pediculosis, mejor conocida como Ladilla, es causada por un parásito de tipo piojo.

Prácticamente no hay período de incubación. Los síntomas son inmediatos. Las larvas salen de los huevos en 10 días.

La enfermedad causa prurito en la región de los órganos genitales, axilas y cejas de los ojos. Si no se le da tratamiento agrava el prurito y el malestar y puede causar infecciones en la piel.

En las estadísticas de Puerto Cabezas casi no aparecen casos de Ladilla, ya que la gran mayoría se automedica y los pocos casos fueron detectados por casualidad dándole consulta y tratamiento por otras enfermedades.

Herpes genital

El Herpes es transmitido en las relaciones sexuales o en el contacto directo con las llagas por un Virus: Herpes tipo 2 (VHS 2).

El período de incubación es de 2 a 20 días.

El Herpes produce vesículas dolorosas. Las ampollas o lesiones aparecen en los órganos genitales en las nalgas o en la boca o cerca de ella. Causa picazón o ardor antes de que aparezcan. Las ampollas (lesiones o llagas) desaparecen espontáneamente y pueden volver en situaciones de tensión y estrés. Algunas personas no presentan síntomas aunque tengan la enfermedad.

Hasta la fecha no se conoce ninguna cura para este virus.

La mujer embarazada con herpes lo puede transmitir a su bebé durante el parto, causándole grave enfermedad o la muerte.

Escabiosis

La Escabiosis, también conocida como Sarna, es producida por un ácaro o parásito llamado *Sarcoptes Scabiei* var. *Hominis*. La sarna causa lesiones papulosas que produce intenso picazón en horas de noche.

Las lesiones producidas por la sarna son localizadas en los pliegues cutáneos y no afectan la cara, el cuero cabelludo ni la palma de la mano o planta del pie. Para el diagnóstico de esta infección es necesario detectar este parásito por medio de un microscopio.

La escabiosis o sarna es transmitida de una persona a otra por medio de las relaciones sexuales y en algunos casos por las prendas de vestir y/o ropas de cama.

La escabiosis es curable; las personas infectadas con esta infección deben asistir al Centro de Salud o alguna clínica donde les darán las indicaciones necesarias. Es importante saber que tanto la personas infectadas como sus parejas íntimas deben ser tratados. Es importante el cuidado y el aseo personal y las ropas de vestir y de cama deben ser lavados para destruir el parásito.

Gardnerella

Es una ETS que es frecuente en la RAAN. Todos los años se reportan algunos casos de Gardnerella en mujeres.

La Gardnerella, también llamada Vulvo vaginitis, es una enfermedad causada por una bacteria inespecífica, que se transmite por relaciones sexuales. La enfermedad causa un flujo vaginal mucoso con olor a pescado. No causa dolor en la persona afectada. Lo peligroso de la enfermedad es que abre las puertas a una cervicitis.

La Gardnerella se diagnostica a través del Pap (exudado). Es raro que mujeres consulten directamente a un médico o personal de salud por esta enfermedad. En la mayoría de los casos se detecta en un examen ginecológico.

Clamidia

La Clamidiasis es causada por un microbio que tiene características parecidas a los virus y las bacterias. Estos microbios crecen dentro de las células de las personas.

La Clamidiasis es una enfermedad de transmisión sexual parecida a la gonorrea. Algunos estudios afirman que generalmente 4 a 5 personas de cada 10 pacientes con gonorrea tienden a estar infectados por clamidia.

Los síntomas más frecuentes en la mujer son picazón en el órgano genital, inflamación de la uretra, causando ardor y dolor al orinar, inflamación del cuello uterino (cervicitis), fiebre, dolor en la parte baja del vientre y secreciones vaginales.

La Clamidia también puede causar esterilidad o embarazos ectópicos (embarazos fuera del útero). Las mujeres embarazadas e infectadas con Clamidias pueden transmitir esta infección a sus bebés a la hora del parto. En el hombre causa picazón en el órgano genital (pene), inflamación y dolor en los testículos, frecuentes deseos de orinar y dolor o ardor al orinar, igualmente fiebre y secreciones matutinas antes de orinar (sustancia amarillenta - pus).

Una Clamidia no atendida tiende a complicar el bienestar y la salud de las personas infectadas; existe un tratamiento eficaz para esta enfermedad de transmisión sexual.

Vaginitis

Es una infección por microorganismos. Puede ser causado por el embarazo, un tratamiento de antibióticos, las pastillas anticonceptivas, la menstruación o la diabetes.

El período de incubación es variable.

La vaginitis causa cambios en la secreción vaginal (copiosa, color diferente, olor desagradable) y dolor en la vagina. Si no se trata esta enfermedad el malestar puede agravarse. También los hombres pueden ser infectados por vaginitis y les causa problemas en la próstata y en la uretra. Los hombres pueden ser portadores pasivos o sea que no presentan ningún síntoma pero si transmiten la enfermedad a otra persona.

Hepatitis B

La enfermedad es causada por un virus, que puede ser transmitido no solamente por relación sexual, sino también por transfusión de sangre e intercambio de agujas y jeringas. Los líquidos corporales que infectan por lo tanto son la sangre, el semen, el líquido vaginal y la saliva.

El período de incubación del virus es de 60 a 90 días.

El virus causa náuseas (ganas de vomitar), cansancio, fiebre, molestias abdominales, orina oscura, pérdida de apetito y color amarillo en piel y ojos. La hepatitis B puede causar graves daños en el hígado y causar la muerte.

Hasta el momento no se conoce ninguna cura contra la hepatitis B. Lo único que se recomienda es reposo, comer azúcar y evitar grasa, aceite, manteca y alcohol.

Durante el parto pueden infectarse los bebés.

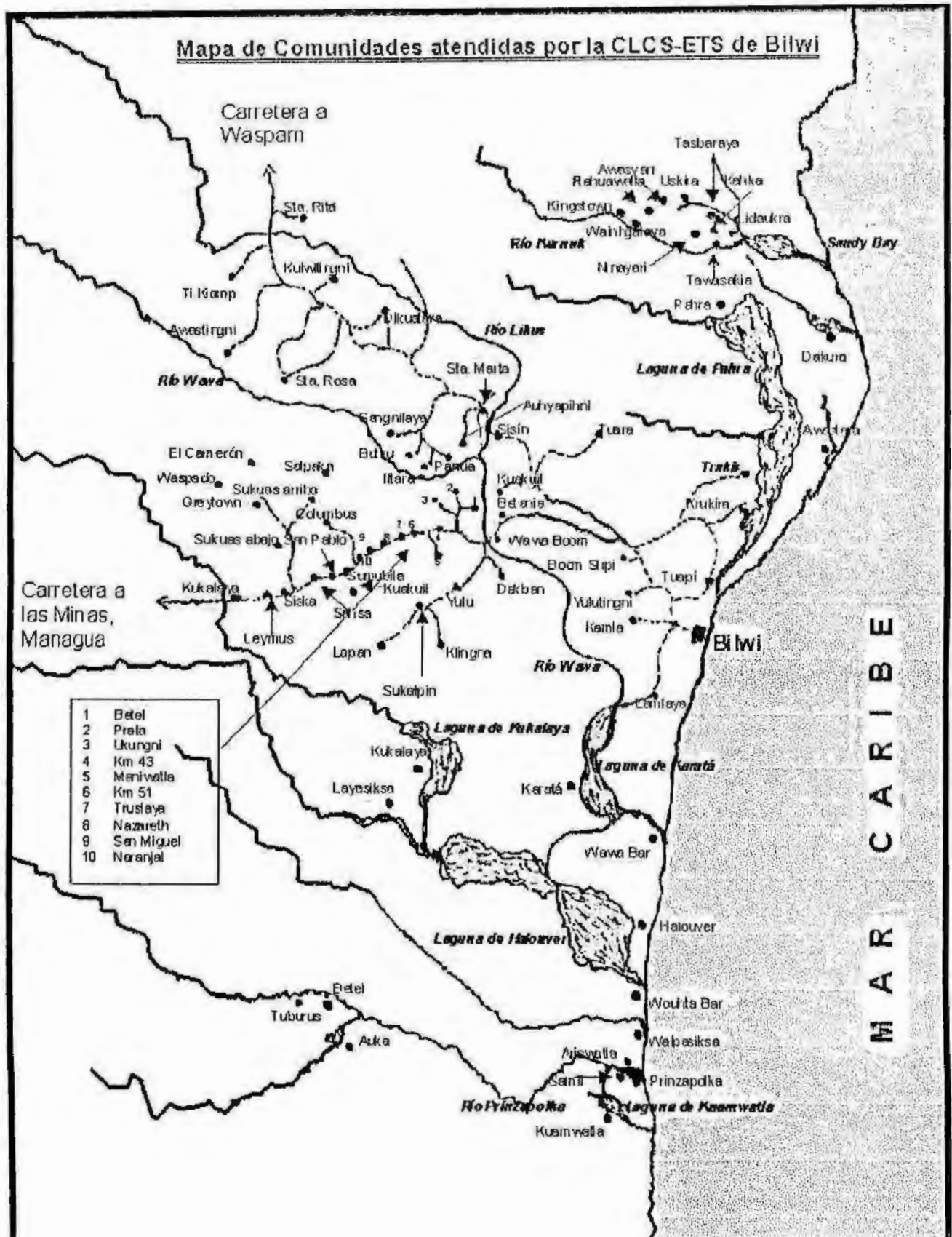
Granuloma Inguinal

Esta enfermedad es causada por una bacteria y se le llama también Incordio. Se transmite por relación sexual y por el contacto directo con la lesión o la úlcera que produce.

Recomendaciones para la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual

- La forma más segura para prevenir las ETS es la abstención de las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Entre menos compañeros sexuales, menos riesgo de contagio.
- Uso adecuado del condón en todo caso que se quiera tener una relación sexual segura.
- Utilizar una aguja nueva para cada inyección.
- Que cada persona use su propia maquina de afeitarse.
- Use su propio cepillo de dientes. Las encías sangran fácilmente.
- Hágase sus tatuajes con su propia aguja.
- Es recomendable que las personas que practican una conducta de alto riesgo no donen sangre.
- En caso de una transfusión de sangre, solicite que ésta sea examinada.
- Para evitar la infección del recién nacido con gonorrea durante el parto, se recomienda un tratamiento específico en los ojos del niño.
- Para evitar la sífilis se recomienda el examen de sangre de la madre tanto al comienzo como al final del embarazo.
- Brindar atención y educación específica a los/las trabajadores/as del sexo.
- Brindar una educación sexual adecuada en los hogares, las escuelas y los colegios.
- Brindar información y orientación al público a través de los medios de comunicación (radio, periódicos).
- Brindar educación específica sobre aspectos preventivos a los que practican comportamientos de alto riesgo.
- Educación y orientación general a pacientes que asisten a consulta médica en clínicas y hospitales.
- Educación y orientación general a grupos organizados de la comunidad.

Anexo 12: Mapa de Comunidades rurales de Puerto Cabezas



Anexo 13: Mapa de la Ciudad de Bilwi

