

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN MUJERES DE EDAD FERTIL USUARIAS DEL
CONTROL GINECOLOGICO EN EL CONSULTORIO DE PAILLACO DURANTE
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL AÑO 2006”**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al **GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

**MARIBEL ANYELINA PARRA ARANEDA
ABIA ANDREA VIDAL ALTAMIRANO**

VALDIVIA – CHILE

2007

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR PATROCINANTE
Sr. Sergio Pavié C.

Firma

PROFESOR COPATROCINANTE
Sr. Rodrigo Báez M.

Firma

PROFESOR COLABORADOR
Sr. Francisco Marín H.

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo a nuestros padres, por su amor incondicional, esfuerzo y apoyo constante. A todas nuestras profesoras y profesores de la universidad. Al personal del Hospital de Paillaco y a quienes nos apoyaron siendo parte importante en nuestro crecimiento y desarrollo tanto personal como social durante estos años de estudio de pregrado en la Universidad Austral de Chile.

INDICE DE MATERIAS

Capítulos	Páginas
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	3
2.1 Atención Primaria	3
2.2 Teoría del Autocuidado	4
2.3 Hábitos de vida saludable	4
2.3.2 Estrategias de promoción en salud	5
2.4 Control ginecológico preventivo	6
2.5 Consulta de Morbilidad Ginecológica	6
2.6 Morbilidades Ginecológicas de mayor prevalencia en Mujeres chilenas	7
2.6.1 Infecciones del aparato genital femenino	7
2.6.2 Cáncer Cervicouterino	8
2.6.3 Cáncer de mama	11
2.6.4 Infecciones de Transmisión Sexual	12
2.6.4.1 Factores de riesgo	14
2.6.5 SIDA	14
2.7 Conductas de riesgo de la población Chilena	16
2.8 Provincia de Valdivia-Paillaco	18
2.9 Actividades realizadas por Matrona/Matrón en Consultorio Externo Paillaco	20
3. MATERIAL Y METODO	21
3.1 Tipo de estudio	21
3.2 Población de estudio	21
3.3 Diseño muestral	21
4. RESULTADOS	31
4.1 Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas.	31
4.2 Características biológicas de la población estudiada.	33
4.3 Características del autocuidado de la salud ginecológica de la población en estudio.	38

5. DISCUSION	44
6. CONCLUSIONES	49
7. BIBLIOGRAFIA	52
8. ANEXOS	57

INDICE DE GRAFICOS, CUADROS Y TABLAS

Gráficos		Página
1	Mortalidad por cáncer cervicouterino en Chile durante 1985- 1998 y proyecciones 1999 – 2010.	9
2	Mortalidad por cáncer de mama, Chile, tendencia 1985- 1998 y proyecciones 1999 – 2000.	11
3	Prevalencia de infección por Virus Papiloma Humano, según grupos de edad.	13
4	Mortalidad por SIDA, Chile 1984 – 1999 y proyecciones 2000 – 2010.	15
5	Distribución porcentual de la edad de la población en estudio	31
6	Distribución porcentual de la ocupación actual de las mujeres estudiadas.	32
7	Distribución porcentual del estado nutricional de la población en estudio según IMC.	33
8	Distribución porcentual de la pobl. según número de parejas sexuales de la usuaria en estudio durante su vida.	36
9	Distribución porcentual de la población en estudio según antecedente de infección de transmisión sexual (ITS).	37
10	Distribución de la poblaciones estudio según método anticonceptivo (MAC) usado.	38
11	Distribución de la población según vigencia del control Ginecológico preventivo.	39
12	Distribución de la población en estudio según vigencia del PAP.	39
13	Frecuencia de morbilidades en la pobl. en estudio según N° de casos.	40
Cuadros		Página
1	Población según grupo étnico y sexo.	57
2	Control Ginecológico sin ESPA realizado por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco.	57
3	Consulta ITS/SIDA realizada por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco.	58
4	Consulta por morbilidad ginecológica realizada por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco.	58
5	Definición y operacionalización de variables.	22

Tablas	Página	
1	Relación entre ocupación actual y procedencia en la pobl. en estudio.	59
2	Distribución porcentual de la pobl.estudiada según previsión de salud.	33
3	Relación entre actividad física y estado nutricional en la pobl.en estudio.	34
4	Resumen relación entre estado nutricional y escolaridad en la población en estudio.	60
5	Antecedentes mórbidos personales de la pobl.en estudio	35
6	Frecuencia en porcentaje de los hábitos nocivos de la pobl. en estudio.	35
7	Distribución porcentual de la pobl. de acuerdo al período de lactancia que han tenido las mujeres en estudio.	37
8	Distribución de la pobl. en estudio según último motivo de consulta a la matrona.	40
9	Relación entre act.física e ITS en la pobl. en estudio.	61
10	Resumen relación entre act.física y morbilidad en la pobl.en estudio.	62
11	Relación entre estado nutricional y morbilidad en la pobl. en estudio.	63
12	Relación entre ITS y estado nutricional en al pobl. en estudio.	64
13	Relación entre edad e incidencia de ITS en la población en estudio.	65
14	Relación entre edad e incidencia de morbilidad en la población en estudio.	66
15	Relación entre estado civil e ITS en la población en estudio.	67
16	Relación entre estado civil y morbilidad en la población en estudio.	68
17	Relación entre morbilidad y procedencia de la población en estudio.	69
18	Relación entre hábitos higiénicos e ITS en la población en estudio.	70
19	Relación entre hábitos higiénicos y morbilidad en la pobl.en estudio.	71
20	Relación entre ocupación actual y morbilidad en la pobl.en estudio.	72
21	Relación entre ocupación actual e ITS en la pobl. en estudio.	73
22	Relación entre edad de inicio de actividad sexual y antecedente de ITS.	74
23	Relación entre ITS y número parejas sexuales durante toda la vida de las usuarias en estudio.	75
24	Relación entre ITS y procedencia de la pobl. en estudio.	76
25	Relación entre antecedentes mórbidos y habito tabáquico en la población en estudio.	77
26	Relación entre habito tabáquico y aborto en la pobl. en estudio.	78
27	Relación entre ITS y antecedentes mórbidos en la pobl.en estudio.	79
28	Relación entre edad y hábito tabáquico en la pobl.en estudio.	81
29	Relación entre estado civil y antecedente de PAP alterado	

	en la pobl. en estudio.	82
30	Relación entre hábitos higiénicos y antecedente de PAP alterado en la población en estudio.	82
31	Relación entre N° parejas sexuales de la usuaria durante toda su vida y antecedente de PAP alterado en la población en estudio.	83
32	Relación entre escolaridad y antecedente de PAP alterado en la población en estudio.	84
33	Relación entre paridad y tipo de MAC que usa la usuaria en estudio .	85
34	Relación entre ITS y MAC en la población en estudio.	86
35	Relación entre saneamiento básico y hábitos higiénicos de la población en estudio.	87

INDICE DE ANEXOS

Anexos	Páginas
8.1 Anexo 1: Cuadros	57
8.2 Anexo 2: Tablas	59
8.3 Anexo 3: Instrumento de recolección de datos	88
8.4 Anexo 4: Pauta de revisión de fichas clínicas	92
8.5 Anexo 5: Consentimiento Informado	92

RESUMEN

No existen datos estadísticos que describan las condiciones y hábitos de vida en salud de las mujeres de la provincia de Valdivia de Chile y en particular de la comuna de Paillaco, por lo que es imprescindible tener información acabada de las características biosociodemográficas y de autocuidado de las usuarias de los servicios sanitarios, a fin de evaluar, o reenfocar la atención a través de la elaboración de nuevas estrategias de prevención y promoción en salud.

Objetivo: Establecer el perfil epidemiológico de las mujeres en edad fértil usuarias del control ginecológico preventivo, consulta por morbilidad ginecológica o consulta por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Consultorio de Paillaco, durante los meses de agosto y septiembre del año 2006.

Material y Método: Este trabajo es un estudio cuantitativo de corte transversal descriptivo, no experimental realizado a través de revisión de fichas clínicas y encuesta (pregunta estructurada) a mujeres en edad fértil (14 a 45 años de edad) que fueron atendidas por la/el matrona/matrón en control ginecológico preventivo, consulta de morbilidad ginecológica o consulta por ITS en el consultorio de Paillaco, durante agosto y septiembre del año 2006. De 92 mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión, se determinó el tamaño muestral por conveniencia con un mínimo de 50 sujetos de estudio, identificados a través de un muestreo aleatorio simple. La muestra con la cual se trabajó fue de 53 mujeres.

Resultados: De las mujeres estudiadas, el 67% tiene más de 30 años de edad, el 78,8% posee pareja estable, el 45,3% posee saneamiento básico incompleto, la mayoría viven en Paillaco urbano, el 35,8% no completó la enseñanza básica, el 66% es dueña de casa, el 87% tienen estado nutricional alterado por exceso. Las patológicas más frecuentes son infección del tracto urinario (ITU), tricomoniasis, candidiasis genital, depresión y anemia. La mayoría no tiene hábitos nocivos para su salud. Sólo un 22,6% realiza una actividad física activa. En relación a las infecciones de transmisión sexual (ITS), un 52,8% presentan antecedente de tricomoniasis. El MAC más usado es la esterilización quirúrgica, y el de menor uso es el preservativo.

Discusión: La mayoría de los datos epidemiológicos coinciden con la información recolectada por el Censo 2002 y encuesta CASEN 2003, sin embargo, entre las mujeres estudiadas encontramos cifras elevadas de saneamiento básico incompleto. En cuanto al autocuidado en salud varias acciones descritas en la literatura como factores de riesgo para padecer afecciones ginecológicas, como los hábitos higiénicos deficientes, están en las mujeres estudiadas.

Conclusiones: Los datos analizados según la literatura dan cuenta que en la población estudiada existirían eventos que pueden estar relacionándose con las necesidades de salud que presentan estas mujeres, por lo que sería recomendable continuar indagando en ellas para determinar y cuantificar los fenómenos responsables de la calidad de vida de la población estudiada.

Proyecciones: apuntan a la importancia de reconocer los datos epidemiológicos, para así adecuar estrategias y ejecutar acciones de promoción y autocuidado social y mental en la población.

Palabras claves: mujer, ITS, vulvovaginitis, morbilidad y PAP.

SUMMARY

There is no statistical data which can represent the conditions and lifestyle of the women of the province of Valdivia, Chile and in particular the county of Paillaco. Because of this, it is urgently necessary to have refined data regarding the bio-socio-demographic and self-care characteristics of the users of served by the sanitary personnel, in order to evaluate or re-focus the attention through the elaboration of new strategies of prevention and promotion in health.

Objective: Establish an epidemiological profile of women of fertile age and users the preventive gynecological control, visits by gynaecological morbidity or visits by Sexually Transmitted Diseases (STDs, ITS acronym in Spanish) in clinic of Paillaco, during the period of August through September of the year 2006.

Materials and Methods: This type of quantitative study that cuts descriptively transversally and is not experimental was realized through the revision of clinical files and surveys (closed question) to women in fertile age (14 to 45 years of age) who received medical care in the gynecological clinic because of an STD (ITS) from the women's health worker in charge of the medical clinic at Paillaco during August through September of the year 2006. 92 women were determined to have met the minimal requirements to participate in the study. It was determined that due to the convenience of the study, it was necessary to have at least 50 participate in the study. In the end, 53 women participated in the study and were selected through a simple random selection.

Results: From the study group, 67% of the women studied have more than 30 years of age. 78,8% have a stable partner, 45,3% had incomplete basic health cleansing, the majority of women are from urban Paillaco, 35,8% had not completed their elementary education (8th grade), 66% are housewives, 87% has altered nutrition due to excesses. The most common pathologies are urinary tract infection (UTI), trichomoniasis, genital candidiasis, depression, and anemia. The majority does not have habits that are bad for health. Only 22,6% does active physical activity. In relation to sexually transmitted diseases (STDs), the trichomoniasis is present in 52,8% of women. The most common method of anti-contraception is physical sterilization, the least used method is the condom.

Discussion: The majority of the epidemiological data coincide with the information gathered by the Census of 2002 and CASEN 2003, yet most women from rural areas have significantly lower attention rates from the gynecological section than do women from the urban areas. Various actions that have been described as risk factors in acquiring genitor-urinary infections are deficient hygiene, is found in many cases of the case study.

Conclusions: Data was obtained to be analyzed according to literature relating to the health necessities of the women in the case study, which needs to be transmitted to the women in order to determine and quantify the phenomena responsible for the quality of life of the population studied. It is also recommended that further studies be realized in order to determine and quantify the quality of life of the case group.

Projections: They aim at the importance of recognizing epidemiological data, thus to adapt strategies and to execute actions that promote and enhance social and mental self-care of the population.

Key words: Women, STD, vulvo-vaginitis, death rates and PAP.

1. INTRODUCCION

La condición de mujer es central en el desarrollo humano y de las sociedades, su ciclo vital está marcado por responsabilidades socialmente asignadas acerca del proceso reproductivo, evento que muchas veces puede verse negativamente influido por alteraciones ginecológicas de la mujer, como enfermedades inflamatorias pélvicas, infecciones de transmisión sexual y cánceres, lo que sin duda tienen un impacto tanto individual como colectivo en el grupo familiar del cual es parte la usuaria.

Desde el punto de vista epidemiológico existen características biológicas y sociodemográficas en la población femenina que a algunas mujeres las predispondrían a padecer las patologías antes mencionadas, entre estas encontramos la edad, hábitos nocivos e higiénicos, antecedentes mórbidos personales y familiares, conducta sexual, etc. En vista de que gran parte de estos factores de riesgo están determinados por los estilos de vida de las personas, la mayoría de los problemas de salud de la mujer son evitables, y por ello las acciones de salud debieran tener una clara orientación a la promoción y prevención.

El Programa de Salud de la Mujer (MINSAL, 1997) define al control ginecológico como una de las actividades pertenecientes a la atención primaria, realizada por Matrona/Matrón que proporciona atención de salud ginecológica integral a la población femenina a lo largo de su ciclo vital. Contribuyendo al logro de los objetivos sanitarios que pretenden mejorar la salud siendo más resolutivos, optimizando recursos, satisfaciendo al usuario y orientando líneas generales en relación a promoción y prevención de enfermedades de mayor demanda.

Pero para ser capaces como prestadores de servicios sanitarios, de mejorar la salud de la población beneficiaria, es primordial conocer datos objetivos de ésta, información que fidedigna que debiera existir, con el fin de optimizar el uso de los recursos humanos y económicos asignados a salud, una adecuada cobertura de las actividades del Programa de Salud de la Mujer, satisfacción de la población beneficiaria. Es así que con éste estudio se pretende indagar en una primera línea de investigación, las características epidemiológicas de las mujeres usuarias del control ginecológico del consultorio de Paillaco, y que pudieren estar condicionando el nivel de salud de las mismas. Los resultados se cotejarán con antecedentes sociodemográficos y epidemiológicos existentes a nivel local, regional y nacional, aunque en general estos datos estadísticos con que se cuenta dan una visión global y no específica ni detallada del segmento de población (género y grupo étnico) al cual dirigimos nuestra investigación.

Por esto se hace necesario realizar, un estudio descriptivo que aporte los elementos necesarios y suficientes para posteriormente ejecutar un siguiente nivel de investigación sobre las necesidades de salud de las mujeres paillaquinas, que defina los factores de riesgo para la salud, a fin de que esta información sirva para tomar decisiones acertadas y oportunas, optimizando el uso de recursos humanos y económicos asignados a salud, una adecuada cobertura de las actividades del Programa de Salud de la Mujer y la satisfacción de la población beneficiaria.

Objetivo General

Establecer el perfil epidemiológico en mujeres de edad fértil usuarias del control ginecológico preventivo, consulta por morbilidad ginecológica o consulta por infección de transmisión sexual en el Consultorio de Paillaco, durante los meses de agosto y septiembre del año 2006.

Objetivos Específicos

- Describir la población de mujeres usuarias del control ginecológico de acuerdo a características sociodemográficas como: edad, estado civil, procedencia, etnia, escolaridad, saneamiento básico, ocupación y previsión de salud,
- Describir la población en estudio según sus características biológicas: estado nutricional, actividad física, antecedentes mórbidos personales, hábitos nocivos para la salud, paridad, lactancia, edad de inicio de actividad sexual, número de parejas sexuales, durante toda su vida, antecedente de ITS, antecedente de intervenciones gineco-obstétricas y antecedente personal y familiar de patología tumoral.
- Describir a la población en estudio según características del autocuidado de la salud ginecológica de la población en estudio como: uso y tipo de MAC, vigencia del Control Ginecológico y vigencia del PAP.
- Identificar el motivo de consulta mas frecuente de la población en estudio.
- Identificar las cinco morbilidades más frecuentes en la población en estudio.
- Definir las características epidemiológicas que comparten las mujeres que padecen alguna de las cinco morbilidades mas frecuentes en la población en estudio.
- Describir características de la salud de las mujeres asociando la edad de inicio de actividad sexual con la incidencia ITS
- Describir características de la salud de las mujeres asociando el número de parejas sexuales durante toda su vida con la incidencia ITS
- Describir características de la salud de las mujeres relacionando el estado civil con la incidencia de ITS
- Describir características de la salud de las mujeres al asociar los hábitos nocivos de salud con la incidencia de morbilidad
- Describir características de la salud de las mujeres al relacionar los hábitos higiénicos con la incidencia de morbilidad general e ITS.
- Identificar la importancia asignada por la población en estudio a la realización del Control Ginecológico Preventivo.

2. MARCO TEORICO

2.1 ATENCION PRIMARIA

La organización de la atención en diferentes niveles de complejidad, tiene como objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de asegurar un máximo de cobertura, con una mayor capacidad resolutive y con buena calidad. (MINSAL, 1997)

En el programa de salud, el primer nivel de atención está representado por consultorios urbanos, rurales, postas y estaciones medico-rurales, que son atendidos, por un equipo profesional multidisciplinario. El objetivo de este primer nivel es lograr el máximo de coberturas en la vigilancia de algunos procesos biológicos expuestos al riesgo, que tiene la mujer durante su ciclo vital. (MINSAL, 1997)

La Atención Primaria Municipal mantiene su estatus actual, en directa dependencia administrativa de los Municipios del país, pero formando parte de la Red Asistencial, lo que es regulado por convenios y compromisos de gestión establecidos entre los Servicios de Salud y Municipios respectivos. (MINSAL, 2004)

En la Resolución Exenta N° 513 de 12.04.90, del Ministerio de Salud, se establece la gratuidad a los grupos A, B, C y D, en las prestaciones de modalidad institucional en los establecimientos del Nivel Primario de atención. En el año 1992 se establecieron los criterios de calificación de gratuidad para aquellas personas que se clasifiquen en los Grupos A y B según FONASA.

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el D.L. N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de \$37.019. Se exceptúan las prestaciones dentales, de especialidad, por las cuales se deberá cancelar el 10% del valor, según arancel, siempre que los usuarios sean mayores de 14 años y no se trate de embarazadas.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$37.019 y no exceda de \$57.481.-

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual excede a \$57.841. (MINSAL, 1992)

2.2 TEORIA DEL AUTOCUIDADO

En la *teoría del autocuidado*, el concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. (MASALÁN y GONZALEZ, 2002-2003)

Las necesidades de autocuidado fueron clasificadas en tres categorías, o requisitos, que deben ser satisfechos:

- Requisitos universales de autocuidado. Comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, de soledad y de interacción social; promoción de la salud, y prevención de accidentes.
- Requisitos de autocuidado para el desarrollo. Están determinados por el ciclo vital.
- Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud. Incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.

Las prácticas de autocuidado se refieren a todas las acciones, sentimientos y capacidades de la mujer, que la llevan a tomar decisiones para conservar su salud física, mental, espiritual y emocional por medio de la reafirmación como persona y sobre la base de sus necesidades individuales, lo cual le posibilita el desarrollo personal a partir de su autonomía, la construcción de un autoconcepto positivo y una alta autoestima. (BOJANINI, 2002)

2.3 HABITOS DE VIDA SALUDABLE

El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud. (OPS, 1997)

Los Comportamientos o Conductas son determinantes y decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que ésta se produzca.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis. (OPS, 1997)

2.3.2 ESTRATEGIAS DE PROMOCION EN SALUD

El Ministerio de Salud ha planteado la Promoción de la Salud como una de las respuestas a las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social del país. (MINSAL, 1998)

Se distinguen distintos niveles de estrategias, las que abarcan cinco condicionantes priorizados por el Plan nacional de Promoción.

- Estrategia de acción nacional, se basa en la legislación en tabaco, actividad física, ambiente y participación; comunicación social, desarrollo de recursos humanos, participación social, reorientación de servicios de salud y estudio e investigación.

- Estrategia de acción local, en esta estrategia se han priorizado intersectorialmente los espacios de establecimientos de educación, lugares de trabajo y comunas. Esto no implica, que también se espera desarrollar acciones sostenidas en centros de salud y hogares.

- Estrategias temáticas, incluye un conjunto de acciones e intervenciones tendientes a modificar los condicionantes, como tabaquismo, obesidad, sedentarismo, área psicosocial y ambientes saludables.

2.4 CONTROL GINECOLOGICO PREVENTIVO

El Programa de Salud de la Mujer define al control ginecológico preventivo dentro de las actividades pertenecientes a la atención primaria, como a la atención de salud ginecológica integral realizada por matrona/matrón, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital. (MINSAL, 1997)

Objetivos

- Realizar acciones de fomento y protección de la salud integral de la mujer.
- Detectar precozmente trastornos de la nutrición.
- Prevenir y pesquisar exposiciones a riesgos laborales y ambientales.
- Prevenir y detectar precozmente afecciones ginecológicas.
- Promover la detección de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- Prevenir y pesquisar factores de riesgo para patología cardiovascular, obesidad, hipertensión, diabetes, cánceres (cervicouterino, mama, vesicular).
- Pesquisar y detectar enfermedades crónicas en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer.
- Pesquisar morbilidad que pueda afectar a la mujer en el periodo climatérico y senescencia.
- Explorar aspectos de violencia intrafamiliar.
- Realizar adecuado seguimiento de la población femenina beneficiaria.

Dentro de las actividades se incluyen entrevista personal, control de peso y presión arterial, examen de salud general y examen ginecológico, este último incluye revisión de mamas, autoenseñanza del examen de mamas al igual que un examen pélvico y solicitud de exámenes de laboratorio como VDRL y test de ELISA.

- Cobertura: 80% de población femenina beneficiaria que no está bajo control en otras actividades del Programa.
- Concentración: 1 control cada 3 años, mínimo.
- Rendimiento: 2 controles por hora.

2.5 CONSULTA DE MORBILIDAD GINECOLOGICA

El Programa de Salud de la Mujer define por consulta de morbilidad ginecológica como la atención proporcionada en el consultorio a la mujer en sus distintas etapas de desarrollo (infantil, adolescente y adulto) que presentan una patología propiamente tal o morbilidad dependiente del uso de algún método de paternidad responsable. (MINSAL, 1997)

Objetivo

- Disminuir los riesgos y efectuar tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

2.6 MORBILIDADES GINECOLOGICAS DE MAYOR PREVALENCIA EN MUJERES CHILENAS

2.6.1 Infecciones del Aparato Genital Femenino.

Las infecciones del aparato genital femenino constituyen un problema de salud frecuente para la mujer. Las alteraciones que producen afectan, potencialmente, las dos funciones fundamentales que dependen de este aparato, la sexual y la reproductiva.

Dependiendo del área afectada, la infección se denomina: *vulvitis-bartolinitis, vaginitis o colpitis, cervicitis, endometritis, parametritis, salpingitis y anexitis u ooforitis*. Cuando la infección sobrepasa el área genital y afecta al peritoneo pélvico, hablamos de *enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)*. (DONAT, 2001)

La infección vulvovaginal (IVV) es una causa frecuente de consulta ginecológica en mujeres en edad reproductiva, siendo la Vaginosis bacteriana, Candidiasis y Trichomoniasis sus etiologías más frecuentes. (MARTINEZ,2003; HEREDIA et cols, 2006)

La vaginosis bacteriana puede ser definida como una condición anormal del ecosistema vaginal, caracterizado por el sobrecrecimiento sinérgico de bacterias anaeróbicas y aeróbicas asociado a grados variables de reducción de lactobacilos que condiciona la disminución de factores protectores antibacterianos, entre los cuales destaca la capacidad de acidificar este ecosistema a través de la producción de peróxido. (VERA, 2003)

La vaginosis bacteriana (VB) es una patología frecuente de la mujer. Se estima que está presente en un 15% de las consultas ginecológicas ambulatorias y entre un 10 a 30% de las embarazadas. En población de mayor riesgo la prevalencia se estima entre un 12 y 61% como ocurre en las consultas a centros de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. (VERA, 2003). Recientemente, Navarrete y cols informan una prevalencia de vaginosis de 31,8% en mujeres que recibieron atención en programa de planificación familiar.

Se estima que hasta 3 de cada 4 pacientes con VB no tienen síntomas atribuibles y cuando son sintomáticas consultan principalmente por flujo vaginal de mal olor que a menudo se presenta después de la actividad sexual. (VERA, 2003)

La evidencia creciente sobre sus riesgos en morbilidad ginecológica y obstétrica, hacen de esta enfermedad, la infección vaginal con mayor morbilidad potencial en la edad reproductiva de la mujer. Entre los factores de riesgo asociados a alta prevalencia de VB se encuentran el hábito tabáquico, uso de dispositivo intrauterino, múltiples parejas sexuales, nueva pareja sexual en el último mes y el uso de duchas vaginales.(VERA, 2003)

Los riesgos ginecológicos asociados a la presencia de vaginosis bacteriana son: infección urinaria, proceso inflamatorio pelviano tanto clínico como subclínico, cervicitis, mayor susceptibilidad a infección por VIH e infecciones relacionadas a procedimientos operatorios ginecológicos. (VERA, 2003)

La incontinencia de orina de esfuerzo ha sido definida como la pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos habituales de la mujer y que altera su calidad de vida. Afecta al 15 a 30% de las mujeres, siendo por lo tanto un motivo frecuente de consulta ginecológica. (FUENTES, 2004)

Tanto la colonización como la infección vaginal micótica son más frecuentes en el embarazo y en mujeres con otros factores predisponentes. Las infecciones suelen ser de origen endógeno por modificación del ecosistema microbiano intestinal o vaginal, ya sea después de un tratamiento antibiótico o por disminución de las defensas inmunitarias del huésped como en el caso de corticoterapia, enfermedades inmunosupresoras, diabetes no controlada, obesidad, estrés, uso de anticonceptivos hormonales o terapia de reemplazo hormonal. Otros factores que contribuyen a la infección son el uso de pantalones ajustados, ropa interior de nylon y la utilización de duchas vaginales. (HEREDIA et cols, 2006)

2.6.2 Cáncer Cervicouterino.

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

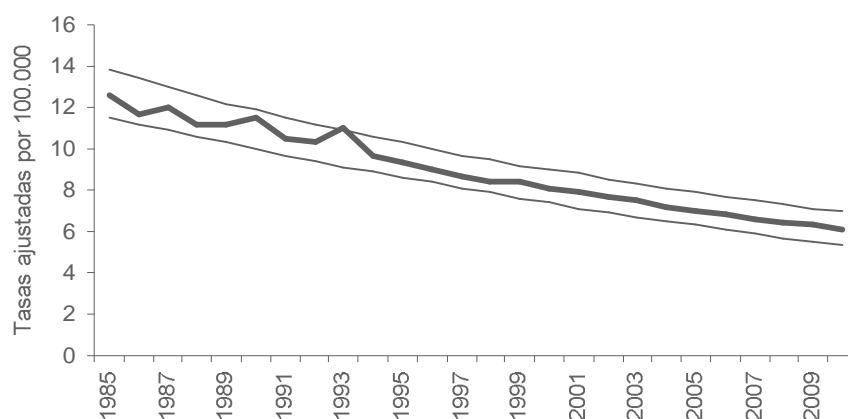
Aunque la evidencia epidemiológica ha sugerido que el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino, no ha podido demostrar que sea también causa suficiente. Por el contrario, diferentes cofactores que ayudan a definir grupos de riesgo se involucran en el proceso de carcinogénesis formando parte de la red de causalidad y, dependiendo de su acción, pueden clasificarse en directos (aquellos que por mecanismos propios ayudan a la transformación celular) e indirectos (aquellos que aumentan el riesgo de infección por VPH). Dentro del grupo de factores directos se encuentran el tabaquismo, la influencia hormonal, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el tipo de

anticuerpos leucocitarios humanos (HLA), la inmunosupresión y la susceptibilidad genética. Los carcinógenos del tabaco pueden encontrarse en el moco cervical de las mujeres fumadoras posiblemente por la acción tóxica sobre el cuello uterino de la nicotina y la cotinina. La asociación entre el uso de contraceptivos orales y el carcinoma cervical no es consistente y pierde significación cuando se ajusta por la presencia de infección por VPH. La *C. trachomatis* actuaría como cofactor del VPH considerándose de alto riesgo a sus tipos I, D; la dieta y la actividad física no han mostrado asociación causal. Otros agentes virales como herpes simple tipo 2, citomegalovirus y el virus de Epstein-Barr tampoco han mostrado asociación causal con el cáncer de cuello uterino. Los factores indirectos más frecuentemente estudiados son el inicio temprano de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales, el tener un compañero sexual de alto riesgo, el antecedente de enfermedades sexualmente transmitidas, el estado civil y el antecedente de citología anormal. (CASTRO et cols, 2006)

Un estudio de poblaciones de alto riesgo se concluyó que el riesgo del cáncer cervical aumentaba con el inicio precoz de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales y el antecedente de infección gonocócica. La escolaridad muestra una asociación fuerte con el cáncer de cuello uterino hasta el punto de considerarse una forma para definir grupos de riesgo. (CASTRO, et cols, 2006)

En Chile, el Cáncer de Cuello Uterino constituye un importante problema de salud pública, ocupando el cuarto lugar, como causa de muerte por cáncer en la mujer. En 1987, se establece por primera vez un Programa Nacional de Pesquisa y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

Gráfico 1 . Mortalidad por cáncer cervicouterino en Chile durante 1985- 1998 y proyecciones 1999 – 2010.



Fuente: Departamento de epidemiología. Objetivos sanitarios 2000 – 2010

En 1987, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue 24 por 100.000 mujeres mayores de 25 años, en el año 2001 la tasa se redujo a 15,3 por 100.000, lo que se demuestra en el grafico 1.

El análisis de morbilidad en cáncer cervicouterino se hace sobre la base de información de los casos diagnosticados en los 28 servicios que conforman la red del sistema público. La pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino constituye una de las actividades prioritarias del Ministerio de Salud, por su trascendencia, magnitud y posibilidades de pesquisarlo y tratarlo oportunamente.

En el año 2000 y 2002 se diagnosticaron 1020 y 980 casos de Cáncer Cervicouterino Invasor, respectivamente. En ambos periodos la mayor incidencia se presenta entre los 35 y 54 años.

Este cáncer tiene la mayor tasa de años potencialmente perdidos en la mujer con 129 por 100.000 mujeres, lo que le asigna una trascendencia social y económica porque afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva.

El impacto de la prevención secundaria (Tamizaje por PAP) y de la prevención terciaria (oportunidad y calidad de los tratamientos) se relacionan estrechamente en los resultados que muestran los indicadores nacionales. En el Nivel de Atención Primaria de Salud (APS) se realiza la detección de los casos sospechosos y Captación de Grupos Riesgo.

Criterios de Sospecha:

- Mujeres Papanicolau (PAP) Positivo y
- Mujeres con Sospecha Clínica de Cáncer Cervicouterino.

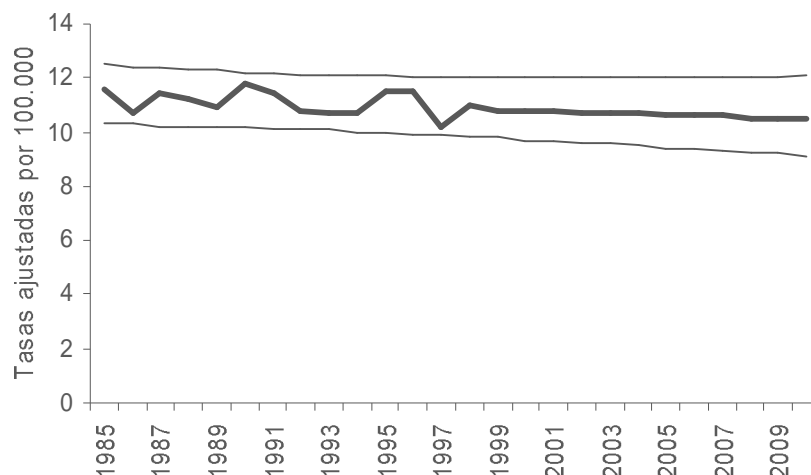
Los Casos Sospechosos deben ser derivados a Especialista para fundamentación y confirmación Diagnóstica. En la APS se realiza el seguimiento de los casos negativos y de los positivos egresados de la Unidad de Patología Cervical.

La detección precoz a través del examen PAP sigue siendo la estrategia de intervención programática más eficaz y rápida para controlar el Cáncer Cervicouterino. Ésta se realiza mayoritariamente en los establecimientos del Nivel de Atención Primaria de Salud, y se focaliza en las mujeres de 25 a 64 años de edad, cada 3 años. También se realiza toma de PAP en otros grupos etarios con factores de riesgo identificados (ej: inicio precoz de actividad sexual, múltiples parejas sexuales). (MINSAL, 2004).

2.6.3 Cáncer de Mama.

El Cáncer de Mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio en los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo.

Gráfico 2. Mortalidad por Cáncer de mama, Chile, tendencia 1985- 1998 y proyecciones 1999 – 2000



Fuente: Departamento de epidemiología. Objetivos sanitarios 2000 – 2010

Desde el año 2000 ocupa el segundo lugar entre las muertes por cáncer en la mujer. En la última década la mortalidad por Cáncer de Mama ha aumentado de 12,2 x 100.000 a 13,4 por 100.000 mujeres (gráfico 2). En números absolutos, el incremento es de 823 a 1024 casos, en 1991 y 2002 respectivamente. (Fuente: DEIS MINSAL). La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar después de Cáncer Cervicouterino.

A partir de los 35 a 40 años, la incidencia aumenta progresivamente, presentando una curva bimodal con mayores tasas entre los 45 a 65 años.

Desde el año 1995, en Chile existe el Programa Nacional de Cáncer de Mama, cuyo objetivo es disminuir la mortalidad por Cáncer de Mama a través del aumento de la pesquisa de cánceres en etapas I y II, y de la realización de tratamientos adecuados y oportunos. Las principales estrategias desarrolladas a la fecha son: Organización en el ámbito local y nacional con profesionales responsables directos de su dirección, coordinación y evaluación. Organización de la atención según niveles de complejidad con una adecuada coordinación y con mecanismos formales de referencia y contrarreferencia entre los distintos componentes del

programa para asegurar la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno de los casos sospechosos detectados. Realización de un Examen Físico de Mama Protocolizado, por profesionales debidamente capacitados y focalizado en mujeres de 35 y más años. Formación y capacitación continua del personal de salud que participa en las actividades del programa en cualquiera de sus niveles. El impacto del programa se comienza a visualizar en la reducción del diagnóstico de Cáncer de Mama en etapa III de un 32,4% en el año 1998 a un 24,6 en el año 2001. En el Nivel de Atención Primaria de Salud (APS) se realiza la detección de los casos sospechosos en su gran mayoría:

Detección de Casos Sospechosos:

- a) Estrategia de intervención programática focalizada en población femenina asintomática de entre 35 a 64 años, con Examen Físico de la Mama (EFM) protocolizado periódico. Este examen está dirigido a la detección de lesiones palpables y/o signos visibles sospechosos de patología mamaria, especialmente maligna y está incorporado como acción regular en las actividades del Programa de Salud de la Mujer, Programa Adulto (ESPA), Controles de Salud etc. La periodicidad de esta intervención es cada 3 años y si existen antecedentes de cáncer de mama familiar (madre, hermana, tías maternas), se realiza anualmente.
- b) Examen físico de mama realizado en mujeres menores de 35 años y mayores de 65 años, que consultan por sintomatología de patología mamaria.
De acuerdo a los hallazgos del examen, éste es informado como probable patología maligna (PPM), probable patología benigna (PPB), o como EFM Normal.
- c) Personas que concurren con Mamografía ó Ecotomografía alterada.

En APS a todo caso sospecho de Probable Patología Maligna debe realizarse Solicitud de Mamografía. La Mamografía debe ser realizada en centros que cumplan requisitos de calidad técnica. (MINSAL, 2004)

2.6.4 Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS son un capítulo importante de la patología infecciosa del aparato genital femenino. En Chile algunas de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son de declaración obligatoria mediante el sistema de vigilancia universal pasiva (Decreto 11. Ministerio de Salud), que incluye las siguientes patologías: Sífilis, Gonorrea, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo. (CONASIDA, 2000)

De acuerdo a la realidad chilena ocho son las patologías que se consideran como las ETS más importantes (sífilis, gonorrea, UNG, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis genital, herpes genital, condiloma acuminado). (CONASIDA, 2000)

Las ITS se presentan en todos los grupos de edad con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años, en mayor proporción en mujeres, esto último producto de estar las mujeres integradas en diversos programas donde se realiza pesquisa como control de embarazo y control ginecológico. Aunque las tasas de infección son similares en hombres y mujeres, las mujeres y los lactantes soportan el mayor peso de las complicaciones y secuelas graves como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, sífilis congénita, conjuntivitis gonocócica neonatal.

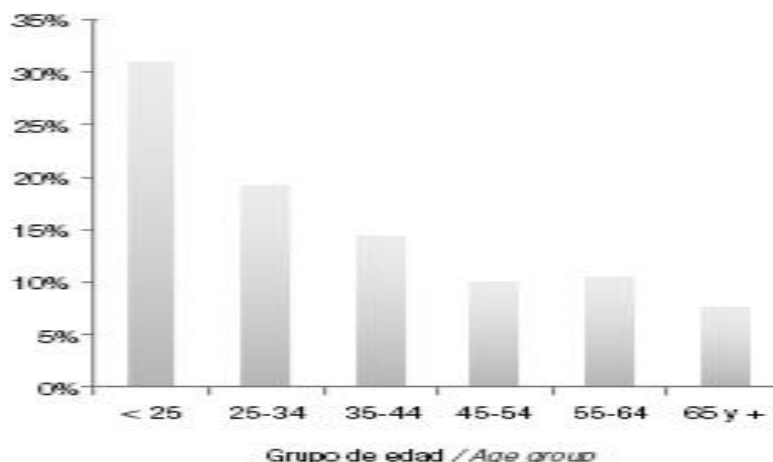
A partir de 1984 las tasas de infección por Sífilis tienden a mantenerse estables con valores mínimos de 24,8 por 100.000 habitantes para 1996 y 1997 y un máximo de 43,1 por 100.000 habitantes en 1984. (CONASIDA, 2000).

Con respecto a la Gonorrea, las tasas más elevadas se sitúan entre los 15 a 54 años. La incidencia en hombres triplican la de mujeres en los últimos 5 años. (CONASIDA, 2000)

Se estima que un 75% de las mujeres tiene, al menos, un episodio de vulvovaginitis candidiásica y un 40-45% presentan dos o más episodios, menos de un 5% de las mujeres presentan vulvovaginitis recurrente, definida como cuatro o más episodios por año. (CONASIDA,2000)

En la infección por virus herpes sobre el 80% de los pacientes presenta recurrencias. (CONASIDA, 2000)

Gráfico 3. Prevalencia de infección por Virus Papiloma Humano, según grupos de edad.



Fuente: MINSAL, Encuesta Nacional de Salud, 2003.

El virus papiloma es uno de los agentes de transmisión sexual más frecuentes en el mundo y su riesgo está directamente asociado al número de parejas sexuales. Se encontró una alta prevalencia de infección por el virus del papiloma humano en las mujeres jóvenes (grafico 3). Lo trascendente de esta situación es la asociación del virus con el cáncer cérvico uterino, que a pesar de su descenso, aún es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes chilenas. (MINSAL, 2004).

2.6.4.1 Factores de Riesgo. Las mujeres jóvenes, generalmente en la segunda o tercera década de la vida, son las más afectadas por estas enfermedades, lo cual parece depender de la alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en este grupo de edades, la falla en el uso de métodos anticonceptivos y la tendencia a la ectropia cervical que favorece el desarrollo de infección por Chlamydia y gonococo.

Las mujeres solteras y con múltiples compañeros sexuales tienen un riesgo 4,5 veces mayor que las monogámicas de ser afectadas por enfermedades transmitidas sexualmente. Se ha encontrado como factor de riesgo de mayor significación el tener más de un compañero sexual en los 30 días previos a la infección, más que el número total de compañeros que hubiese podido tener en el transcurso de su vida.

Los métodos anticonceptivos de barrera, los cuales presumiblemente bloquean la exposición a los organismos de transmisión sexual y al semen, reducen el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en los primeros cuatro meses de la inserción, al igual se ha encontrado que las duchas vaginales incrementan el riesgo de presentar esta en 73%, (CONACE, 2004).

La presencia o historia de otras ETS incrementa el riesgo de recurrencia.

2.6.5 SIDA

Las últimas estimaciones de ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA), muestran que hasta fines de 2000, había en el mundo, un total de 36.1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, de ellas 16.4 millones correspondían a mujeres.

En América Latina se estima que 1,4 millones de personas viven con VIH/SIDA y que 150.000 adquirieron la infección durante el año 2000. (CONASIDA, 1998)

Resultados indican que el diagnóstico de infección VIH y/o SIDA disminuye progresivamente en las edades entre los 15 y 24 años, la situación que es inversa en la etapa de adultez, ya que a estas edades se observa un aumento. (CONASIDA, 2004)

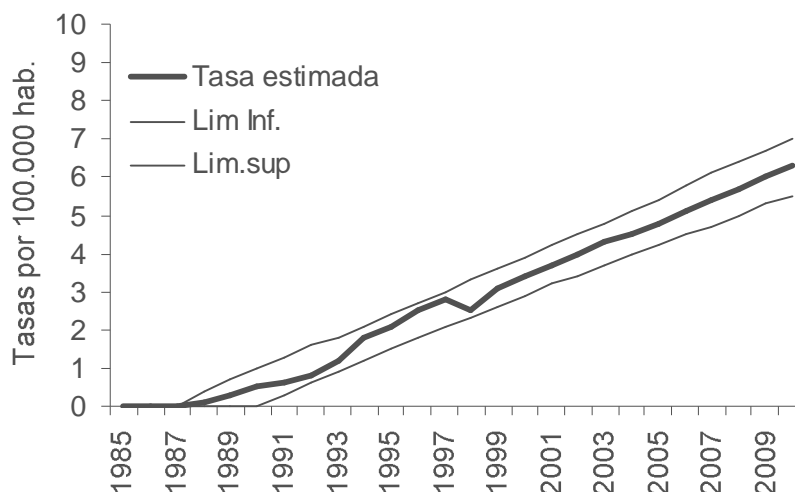
La transmisión es baja: la incidencia del SIDA crece lentamente y la prevalencia de VIH es relativamente estable. La principal vía de transmisión la constituye la sexual (93%). La incidencia anual muestra una tendencia al aumento a través de los años hasta 1997, y un descenso en 1998. (MINSAL, 2004)

Entre los años 1990-1992 v/s los años 1996-1998, se observa un incremento importante de la proporción de mujeres en el total de casos notificados, de un 10% a un 17%, respectivamente.

Durante el año 2000 en Chile se diagnosticaron 442 casos de VIH/SIDA de los cuales 59 eran mujeres. (CONASIDA, 2004)

En todos los períodos estudiados, las dueñas de casa alcanzan la mayor proporción entre las mujeres notificadas (promedio 51%), lo que es representativo de la realidad nacional, puesto que la mitad de las mujeres chilenas lo son. Se observa un incremento en la proporción de mujeres notificadas con educación básica.

Grafico 4. Mortalidad por SIDA, Chile 1984 – 1999 y proyecciones 2000 – 2010



Fuente: Departamento de epidemiología. Objetivos sanitarios 2000 – 2010

En Chile la epidemia del VIH/SIDA se inició en 1984 y desde entonces ha tenido un aumento sostenido (grafico 4), aunque menor que en otros países de la región.

El Servicio de Salud Valdivia registra una incidencia de casos (lugar donde se atendieron la primera vez que fueron notificados) total de 23 casos entre los años 1984-2000, de los cuales 6 correspondían a mujeres. (CONASIDA, 2000)

2.7 CONDUCTAS DE RIESGO DE LA POBLACIÓN CHILENA

Chile se encuentra en etapa de transición epidemiológica, que se caracteriza por presentar un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes mellitus, cirrosis hepática, accidentes y violencias. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan dos tercios de la mortalidad de la población adulta en Chile. Como es sabido, estas enfermedades crónicas se encuentran asociadas en su génesis con factores de riesgo asociados a estilos de vida nocivos para la salud, tales como: tabaco, dislipidemias, alcohol, inactividad física e hipertensión arterial. (Mc COLL et cols, 2002)

Según el Informe Final de la Tercera Encuesta Nacional de Juventud, aplicada a 3.701 jóvenes (mujeres y hombres) entre 15 y 29 años, residentes en todas las regiones del país en zonas urbanas y rurales: el promedio de edad para la primera relación sexual es de 17,8 en las mujeres. (INJUV, 2001)

Se puede observar que, la mayor parte de las mujeres tienen relaciones sexuales con personas a las que las une un vínculo más permanente. De hecho, la mayoría declara haber sostenido su última relación sexual con su pareja habitual (87,5%) o con una ex pareja (7,1%).

Entre los 15 y 19 años el método anticonceptivo más empleado es el condón, lo que implica que la responsabilidad está principalmente en manos del hombre. Entre los 20 y 24 años empieza a disminuir el uso del condón, aumentando el de la píldora. Por tanto, comienza la mujer a tomar la responsabilidad activa en cuanto a la prevención del embarazo no deseado. Esta tendencia continúa en el grupo de 25 a 29 años, donde también se aprecia la disminución del condón y persiste el progresivo aumento de la píldora y del Dispositivo Intra Uterino (DIU).

La prevalencia del tabaquismo en Chile es de un 42,9%, (hombres 46,4% y mujeres 39,5%). En los últimos 30 años el número de fumadores ha ido en aumento a expensas, principalmente, de las mujeres, disminuyendo así la brecha con los varones. (CONACE,

2004). Por esto ha pasado a ser una prioridad en salud y se ha incorporado entre los objetivos sanitarios propuestos por el MINSAL para el decenio 2000-2010 se encuentra reducir el consumo de tabaco en mujeres en edad fértil en 11%, pasando de una prevalencia del 45% al 40%. (LAGOS R y GARCIA P, 2005)

Estudios han demostrado que fumando 14 cigarrillos/día hay 1,6 veces más riesgo de aborto, por el efecto tóxico de los hidrocarburos, el CO. Y el efecto tóxico directo de la nicotina la que disminuye la síntesis de progesterona por el cuerpo lúteo. Al igual que el consumo de alcohol dos veces por semana tiene el doble de riesgo de tener un aborto. (SANDOVAL, 2006)

Un 86% de los jóvenes ha consumido alguna vez drogas legales como el alcohol o el tabaco. Un 12,2% ha consumido alguna vez drogas legales pero de acceso restringido, como son tranquilizantes y estimulantes, y un 26,1% ha consumido drogas ilegales. Las mujeres predominan entre quienes han consumido tabaco y tranquilizantes.

El Quinto Estudio Nacional de Drogas en población general, realizado por CONACE (2002), las mujeres chilenas consumen drogas ilícitas en una proporción de 1 es a 4 para la marihuana; 1 es a 5 para la cocaína y 1 es a 10 para la pasta base, en relación a los varones. Este estudio además indica que la tasa de prevalencia reciente (último año) de drogas de uso médico (tranquilizantes benzodiazepínicos, estimulantes sintéticos, analgésicos y sedativos), alcanza al 4,31%, con una tasa de 3,99 para varones y 4,62 para mujeres. El 3,3% corresponde al consumo de tranquilizantes benzodiazepínicos. (CONACE, 2004)

En la investigación sobre Salud mental realizada por el SERNAM (1992 - 2003), los trastornos psiquiátricos más comunes en las mujeres chilenas, son trastornos angustioso-depresivo el que abarca un 18%, la depresión con un 7,8% y la angustia con 4,7%. Estos trastornos son más frecuentes en mujeres de 25 y 44 años, entre las separadas y viudas (42% y 38%) y entre las dueñas de casa, cesantes y sin trabajo por razones de salud.

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en patologías agudas. (PONIACHIK et al, 2002)

La obesidad que en 1997 fué considerada una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha convertido en un importante problema de salud pública en todos los países desarrollados debido a su alta prevalencia y a que es un importante factor de riesgo cardiovascular y para la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión, síndrome de apnea de sueño, problemas respiratorios, próstata y colon, entre otras. Una menos conocida es el

Hígado Graso No alcohólico (HGNA), que puede incluso evolucionar hacia la cirrosis hepática. (PONIACHIK et al, 2002; DAZA, 2002). Asimismo es motivo de incapacidades muy invalidantes debido a artrosis de rodillas y cadera. Además de ser factor de riesgo cardiovascular en la mujer se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama y de endometrio y de poliquistosis ovárica e infertilidad (RIOBO et cols, 2003). En Chile existe un 61,3% de población con sobrepeso y obesidad, cifras similares a las de los Estados Unidos, cuyo porcentaje es 64%.

El sedentarismo es otro problema muy grave en nuestra población, y según la última Encuesta Nacional de Salud 2003, prácticamente el 90% de la población es sedentaria, situación que aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres.

Se han creado Políticas de Estado para enfrentar el problema de la obesidad, una de ellas es la Promoción de Salud que se realiza a través del comité Vida Chile, esta política se ha venido implementando desde 1998 y el año 2000 se establecieron como metas para el año 2010, reducir la prevalencia de obesidad en los preescolares de 10 a 7%, en los escolares que ingresan a primer año básico de 16 a 12% y en las embarazadas, de 32 a 28%. Además, se propone disminuir el sedentarismo, el tabaquismo y aumentar la participación de la población en organizaciones sociales. (VIO, 2005)

En las mujeres el control de peso tiene una fuerte motivación estética y presenta importantes componentes emocionales en relación con la comida. Por otra parte, la mujer es mayor consumidora de fármacos (anticonceptivos, analgésicos, antimigrañosos, ansiolíticos, antidepresivos), que parecen favorecer la obesidad. (RIOBO et cols, 2003).

2.8 PROVINCIA DE VALDIVIA – PAILLACO

Según el departamento Social, perteneciente a la I. Municipalidad de la comuna de Paillaco, al mes de agosto 2005, la población total de Paillaco es de 20.950 habitantes. Sin embargo, los últimos datos oficiales corresponden al censo 2002, según el cual la población total de Paillaco sería 19.237 habitantes. De estos, un 51,8% (9.973 habitantes) corresponden al sector urbano y 48,2% (9.264 habitantes) al sector rural. Con respecto a la población según sexo, se observa una distribución equitativa entre mujeres y hombres.

Del punto de vista de la educación, se evidencia un aumentado significativo del nivel de instrucción, es así que desde un 89,1% de alfabetos según el censo de 1992, ha aumentado a un 91,7% en el último censo(2002), observándose aumentos en la educación media y superior. (BERTIN y DIAZ, 2005)

La etnia es un concepto de las Ciencias Sociales que incluye aspectos biológicos y socioculturales. Es un concepto más complejo que involucra factores genéticos y socioculturales, que podría dar cuenta mejor de la variabilidad humana que la raza. (SAPUNAR et cols, 2003)

Según el censo de 1992, 9,6% de los chilenos mayores de 14 años se autodeclaró mapuche (MULLER, 1989). Según el Censo 2002, el 4,8% de la población de Paillaco dice pertenecer a alguna etnia originaria, lo que representa a un total de 926 personas. Ello ubica a esta comuna en el lugar 109 del país según la proporción de población indígena (cuadro 1 en anexo).

Históricamente se ha considerado a Paillaco como una comuna eminentemente rural, lo que se justifica por su vinculación con la actividad silvoagropecuaria. En conformidad a lo anterior, según el Censo 2002, las principales ramas de actividad económica son la agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Esto es concordante con el mayor porcentaje de ocupación existente en el sector rural versus el sector urbano.

Cabe mencionar que son actividades económicas importantes en la comuna de Paillaco el comercio al por mayor y menor y las industrias manufactureras, las cuales se concentran preferentemente en el sector urbano.

De acuerdo a la misma fuente, un 40% de la población de Paillaco es inactiva económicamente, y de este grupo, la mayoría se dedica a quehaceres domésticos (59%) con una tendencia clara hacia el sector rural. Un 16,1% de la población económicamente inactiva son estudiantes con una tendencia urbana. (BERTIN y DIAZ, 2005)

La cobertura de agua potable es de un 99,5% en el sector urbano. La forma en que las familias rurales se abastecen de agua es en 44% potable, y 55% no potable (pozo con bomba, pozo noria o vertiente profunda, canal o acequia).

El sector urbano representa el 77% de las familias con red de alcantarillado, mientras que en el sector rural existe un escaso porcentaje de familias cubiertas por este servicio (0.5%).

En relación a la conectividad, los caminos que utilizan las usuarias y los usuarios para el acceso a los centros de salud de Paillaco son caminos ripiados, y caminos naturales. La movilización que se utiliza para la llegada a estos centros de salud son caballos, automóviles y autobuses con horario restringido.

La atención pública de salud en Paillaco es compartida entre los centros de Salud del servicio de salud Valdivia (Hospital y consultorio externo) y la otorgada por el departamento de salud municipal, este último está compuesto por 5 postas que cubren un radio de 12 km y 2 estaciones medicas rurales. Dentro del equipo de salud de este departamento se encuentra un profesional matrona/matrón. La supervisión técnica y administrativa de esta entidad depende del Servicio Salud Valdivia. En cuanto a redes, la atención en Postas y estaciones medicas rurales comprenden actividades de promoción y prevención de la salud, y atención de morbilidad correspondiente al nivel primario de salud, según necesidad se deriva a Hospital de Paillaco; las interconsultas a nivel secundario de atención, se gestionan con el sistema SIGGES o GES por intermedio del consultorio externo de Paillaco con Hospital Base Valdivia.

2.9 ACTIVIDADES REALIZADAS POR MATRONA/MATRON EN CONSULTORIO EXTERNO PAILLACO.

La población total asignada al Hospital de Paillaco es de 8.553 personas, de las cuales 4.291 son mujeres (50.16%). Los recursos económicos se distribuyen según el número de beneficiarios según la ley 18.469 de la consulta por Matrona/Matrón que durante el año 2005 alcanzó en promedio 1.176 personas por mes. El costo por consulta es de \$890 pesos, por lo tanto el total de pago por prestaciones mensualmente es de \$976.080 pesos (Catalán U. Héctor. Jefe estadísticas Hospital Paillaco).

Según los registros de estadísticas mensuales existentes en el Consultorio externo Paillaco, las consultas por matrona durante el primer semestre del año 2005 corresponden a:

- Control ginecológico sin ESPA con un total de 292 atenciones, principalmente entre mujeres de 35 y más años. (cuadro 2 en anexo)
- Consulta por ETS/SIDA, con un total de 10 atenciones, mayoritariamente concentradas en mujeres menores de 20 años. (cuadro 3 en anexo)
- Consulta por morbilidad ginecológica, con un total de 96 atenciones, principalmente en usuarias mayores de 20 años. (cuadro 4 en anexo)

3. MATERIAL Y METODO

3.1 Tipo de estudio

Es una investigación Cuantitativa de Corte Transversal Descriptiva y No experimental.

3.2 Población de estudio

Mujeres en edad fértil (14 a 45 años de edad) asistentes a control ginecológico preventivo, consulta por morbilidad ginecológica o consulta por infección de transmisión sexual en el Consultorio Externo de Paillaco durante los meses de agosto y septiembre del año 2006.

3.3 Diseño Muestral

Se trabajara con muestra por:

- Población grande, gran tamaño del universo
- Es relativamente homogénea
- La disponibilidad de recursos es baja
- No se dispone de demasiado tiempo
- Se cuenta con poco personal para realizar las actividades

Se trabajara con :

- Nivel de confianza : 95%
- Precisión : 5%
- Variabilidad : 0.25%

Para determinar el universo de población a ser estudiado se establecieron criterios de inclusión, estos fueron: ser mujer de 14 a 45 años de edad, atendida por matrona/matrón en control ginecológico preventivo, consulta por morbilidad ginecológica o consulta por ITS en el consultorio Externo de Paillaco durante los meses de agosto y septiembre del año 2006, a partir de ésta población y teniendo en cuenta que el número de prestaciones de los servicios anteriormente mencionados, varían mes a mes, se promediaron las atenciones de los dos semestres anteriores a los meses en que se llevo a cabo este estudio, determinándose por conveniencia, para el logro de los objetivos de esta investigación un tamaño muestral mínimo de 50 mujeres, con características relativamente homogéneas respecto a las variables estudiadas, por lo que se aplicó un Muestreo Aleatorio Simple.

Identificación de la población para el estudio: se realizó a través de la revisión de los registros de estadística de atención diaria de la matrona, identificando a las mujeres en edad fértil (14 a 45 años de edad) que fueron atendidas por matrona/matrón en el control ginecológico, preventivo, consulta de morbilidad ginecológica o consulta por infecciones de transmisión sexual durante los meses de agosto y septiembre del año 2006. El total de mujeres que cumplieron con los requisitos de ser incluidas en el estudio fueron 92, de este universo de población, se determinó una muestra en base a conveniencia de un mínimo de 50 casos.

Instrumentos: para la recolección de la información que nos permitió identificar las características epidemiológicas de la población que se atiende en el control ginecológico del Consultorio de Paillaco, diseñamos una encuesta estructurada con preguntas de tipo cerrada, la que constó de identificación de la encuestada, antecedente de vivienda, identificación de estilo de vida y antecedentes mórbidos personales, antecedentes familiares de patología tumoral, aspectos sexuales y reproductivos, la que fue respondida por la usuaria previa autorización mediante un consentimiento informado. Se utilizó además un protocolo para revisión de ficha clínica.

Recolección de datos a través de encuesta: se citó a todas las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión, a través de las dos radioemisoras locales existentes en la comuna de Paillaco, así como en dependencias de los centros de salud de esta comuna. Se realizaron tres reuniones a las que asistieron 54 mujeres, las cuales fueron informadas del estudio, solicitándose la participación voluntaria en este, y autorización a través de la firma de un consentimiento informado, se encuestó a un total de 53 mujeres.

Recolección de datos a través de revisión de fichas clínicas: Se revisaron en base a al protocolo de revisión las fichas clínicas de las 53 mujeres encuestadas. (Ver en anexos encuesta y pauta de revisión de fichas clínicas).

Se definieron y operacionalizaron las variables a estudiar, estas se encuentran explicadas en el siguiente cuadro:

CUADRO 5: Definición y operacionalización de variables.

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy.	Edad en años
Estado civil	Tipo de relación con la pareja en la que se	Soltero: persona que no ha contraído vínculo

	encuentra actualmente la usuaria.	matrimonial ante la ley. Conviviente: persona que vive como pareja con otra, pero que no ha contraído vínculo matrimonial ante la ley. Casado: persona que se ha contraído vínculo matrimonial ante la ley y este se encuentra vigente. Separado: persona que ha contraído vínculo matrimonial ante la ley pero que en el momento del estudio se encuentra separado de su cónyuge, ya sea de hecho o ante la ley. Viudo: persona que contrajo vínculo matrimonial ante la ley, pero su cónyuge falleció.
Procedencia	Lugar de origen de la usuaria	Paillaco urbano Paillaco rural Fuera de Paillaco rural Fuera de Paillaco urbano
Etnia	Concepto genético y sociocultural con el cual la usuaria se identifica.	- No mapuche - Mapuche - Extranjera - Otra - Sin información
Escolaridad	Situación actual de la usuaria en relación con los cursos que ha cursado.	- Sin educación - Básica incompleta - Básica completa - Media incompleta - Media completa - Técnica incompleta - Técnica completa - Superior incompleta - Superior completa - Sin información
Ocupación actual de la usuaria	Situación actual de la usuaria en relación con el tipo de trabajo que desempeña.	- Estudiante - Dueña de casa (sin remuneración) - Trabajo domestico (con remuneración)

		<ul style="list-style-type: none"> - Temporera - Comercio - Sin actividad - Otra - Sin información
Previsión de la usuaria	Institución que financia total o parcialmente la salud de la usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C - Fonasa D - Isapre - Otra - Sin previsión - Sin información
Saneamiento básico de la vivienda de la usuaria	<p>Se entiende por saneamiento básico completo de la vivienda el contar esta con luz eléctrica, agua potable, alcantarillado, baño dentro de la casa y recolección de basura al menos 2 veces por semana.</p> <p>Se entiende por saneamiento básico incompleto de la vivienda el no contar con al alguno de los elementos antes mencionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saneamiento básico completo - Saneamiento básico incompleto - Sin información
Hábitos nocivos de la usuaria	<p>Hábitos dañinos de la usuaria para su salud.</p> <p>Automedicación Se entenderá por automedicación a la utilización de fármacos por parte de la usuaria sin previa indicación de un profesional de la salud Sin automedicación: autoexplicativa.</p> <p>Hábito de fumar de la usuaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se automedica - No se automedica - Sin información - Fumadora activa (consume al menos un cigarrillo al día) - Fumadora pasiva

	<p>Según el consumo de tabaco diario.</p> <p>Hábito de consumo de alcohol de la usuaria Según la conducta frente a la ingesta semanal de alcohol.</p> <p>Consumo de drogas por la usuaria Se entiende por droga: marihuana, cocaína o paste base.</p>	<p>(presente en ambientes con humo de tabaco)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No fuma - Sin información - Abstinencia: no consume alcohol. - Bebedora ocasional: consume alcohol 1 vez a la semana o menos. - Bebedora habitual: consume alcohol al menos 5 veces a la semana. - Sin información - Consume droga - No consume droga - Sin información
Actividad física de la usuaria	Autoexplicativa	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad física pasiva: se refiere a realizar algún tipo de actividad física como caminar, trabajo de la casa, hacer el jardín - Actividad física activa: se refiere a realizar algún tipo de actividad física al menos por 30 minutos diarios como correr, andar en bicicleta, caminar rápido, hacer algún deporte. - Sin actividad física: autoexplicativa. - Sin información

Estado nutricional	Según Índice de Masa Corporal: $\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kgrs}}{(\text{talla})^2}$	<ul style="list-style-type: none"> - Enflaquecida - Normal - Sobrepeso - Obesidad - Sin información <p>Se entenderá por: Enflaquecida: IMC < 20 Normal: IMC 20 - 24,9 Sobrepeso: IMC 25 – 29,9 Obesidad: IMC mayor o igual a 30</p>
Paridad de la usuaria	Número total de partos y/o abortos que ha tenido la usuaria actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> - Nulípara - Multípara - Gran multípara - Antec. de aborto <p>Nulípara: se entiende por toda mujer que no ha tenido un parto Multípara: se entiende por toda mujer que ha tenido mayor o igual a un parto y menor o igual a cuatro partos. Gran multípara: se entiende por toda mujer que ha tenido cinco o más partos. Antec. de aborto: se entiende por toda mujer que haya tenido uno o mas abortos durante su vida.</p>
Lactancia	Experiencia personal de la usuaria de amamantar no necesariamente exclusiva, por lo mínimo 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Sin información
Antecedentes mórbidos personales de la usuaria	Se entenderá por antecedente mórbido personal al padecimiento de alguna de las patologías aquí mencionadas con diagnóstico médico realizado. Se entenderá por “otro” cualquier patología padecida por la usuaria exceptuando las antes	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Hipertensión - Dislipidemia - Cáncer - Infección del tracto urinario - Depresión - Otra - Sin antecedente - Sin información

	mencionadas. Sin antecedente: autoexplicativa.	
Antecedente de patología tumoral de la usuaria	Antecedente de patología tumoral incluye el haber padecido o padecer algún tumor ya sea maligno o benigno por parte de la usuaria o su línea familiar ascendente. Sin antecedente de patología tumoral, autoexplicativa	<ul style="list-style-type: none"> - Con antecedente de patología tumoral - Sin antecedente de patología tumoral - Sin información
Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual (ITS) de la usuaria	Autoexplicativa	<ul style="list-style-type: none"> - Con antecedente de ITS - Sin antecedente de ITS - Sin información <p>Con antecedentes de ITS: se entiende por haber presentado alguna infección de transmisión Sexual como Sífilis, Gonorrea, Herpes genital, Condiloma acuminado, Tricomoniasis, Vaginosis Bacteriana, Candidiasis Genital y VIH/SIDA durante algún periodo edad fértil.</p> <p>Sin antecedentes de ITS: autoexplicativa</p>
Vigencia del Control Ginecológico en la usuaria	Se refiere a la situación actual de la usuaria frente al control ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> - Control ginecológico al día - Control ginecológico pendiente - Control ginecológico atrasado - Sin control ginecológico - Sin información
Vigencia de PAP de la usuaria	Se refiere a la situación actual de la usuaria en relación al examen PAP.	<ul style="list-style-type: none"> - PAP al día - PAP pendiente (el examen ha sido tomado, pero falta el resultado) - PAP atrasado

		<ul style="list-style-type: none"> - PAP nunca (por no cumplir con norma de edad no se ha tomado el PAP) - Sin información
Tipo de método anticonceptivo (MAC) que usa actualmente la usuaria	Autoexplicativa	<ul style="list-style-type: none"> - No usa - Preservativos - Anticonceptivos orales (ACO) - Anticonceptivos inyectables (ACI) - Dispositivo intrauterino (DIU) - Otro - Sin información
Hábitos higiénicos	Autoexplicativa	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuados - Deficientes - Sin información <p>Se entenderá por Hábitos higiénicos adecuados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseo con agua que corre por los genitales - Limpieza o secado genital después de orinar, defecar o realización de aseo genital, de adelante hacia atrás. - Abstinencia sexual durante la menstruación. - Uso de ropa interior de algodón. - Uso ocasional protector diario. - Número de toalla higiénica usada por día igual o superior a 5, durante la menstruación. - Cambio diario de ropa interior. <p>Se entenderá por hábitos higiénicos deficientes cuando no se cumpla con alguno de los dos requisitos nombrados en primer lugar o; 2 o más de los últimos tres.</p>

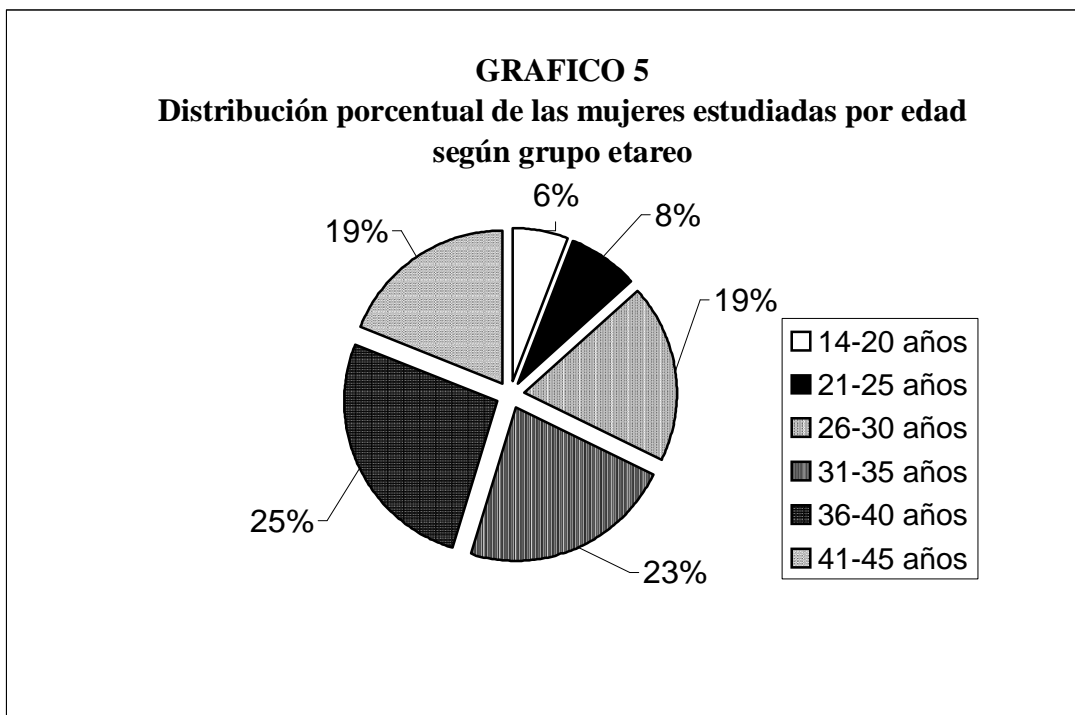
<p>Antecedente de intervención Gineco obstétrica</p>	<p>Se entiende por intervención por causa ginecológica, cualquier cirugía del aparato genital femenino y/o mamas durante su ciclo vital excluyendo el parto, embarazo o puerperio.</p> <p>Intervención por causa obstétrica cualquier cirugía del aparato genital femenino y/o mamas durante el embarazo, parto o puerperio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Con antecedente - Sin antecedente - Sin información <p>Se entenderá por antecedente de intervención Gineco-obstétrica al haber sido operada en un pabellón quirúrgico, ya sea por causa ginecológica u obstétrica.</p> <p>Se entenderá sin antecedente de intervención Gineco-obstétrica al haber no sido operada en un pabellón quirúrgico, por causa ginecológica u obstétrica</p>
<p>Importancia asignada por la usuaria a la realización del Control Ginecológico Preventivo.</p>	<p>Autoexplicativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muy importante - Importante - Poco importante - Sin información <p>Se clasificara según puntaje asignado por la usuaria a la actividad, siendo:</p> <p>Muy importante con un puntaje de 5.</p> <p>Importante con un puntaje de 3 a 4.</p> <p>Poco importante con un puntaje de 1 a 2.</p> <p>Sin importancia con un puntaje de cero.</p>
<p>Motivo de consulta por parte de la usuaria a la matrona/matrón.</p>	<p>Autoexplicativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control ginecológico preventivo - Consulta por morbilidad ginecológica - Otra - Sin información <p>Se entenderá por motivo de consulta por control ginecológico preventivo a la solicitud de atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su</p>

		ciclo vital. Se entenderá por consulta de morbilidad ginecológica, la atención solicitada por parte de la usuaria en sus distintas etapas de desarrollo (infantil, adolescente y adulta) que presentan una patología propiamente tal o morbilidad dependiente del uso de algún método paternidad responsable.
Edad de inicio de actividad sexual de la usuaria	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de los 17 años de edad - Después de los 17 años de edad - Sin inicio actividad sexual - Sin información
Número de parejas sexuales de la usuaria	Se considerará a las parejas sexuales que ha tenido la usuaria desde el inicio de su actividad sexual hasta el día de hoy.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna pareja sexual - Una pareja sexual - Más de 1 pareja sexual - Sin información

Análisis de resultados. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Microsoft Excel® y EPIINFO Versión 3.3.2.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

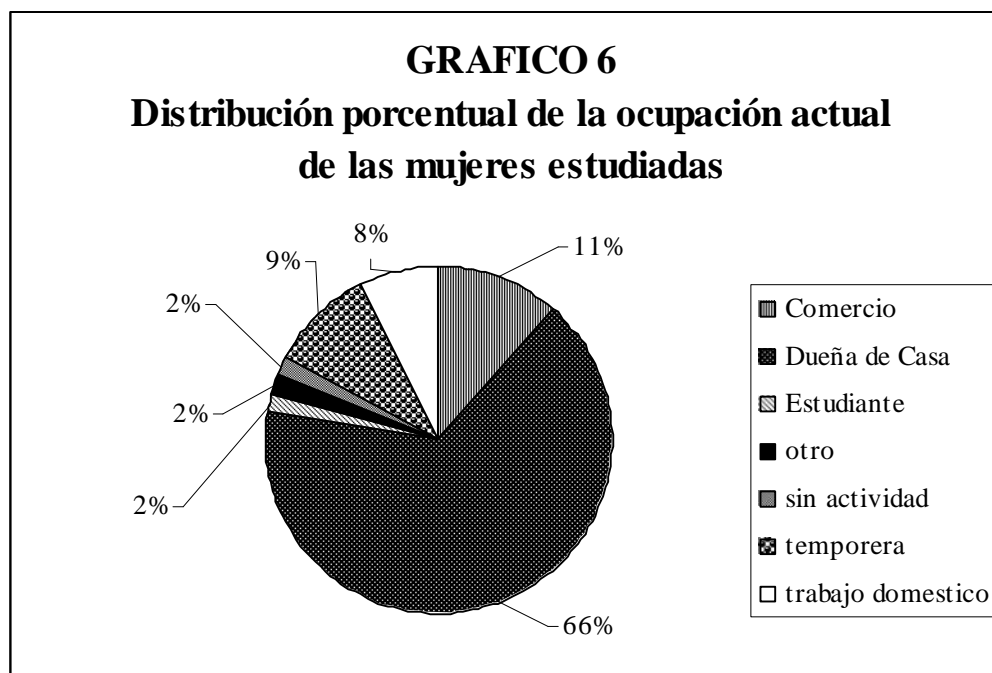


En el grafico 5, se observa que el 67% de la población estudiada tiene más de 30 años de edad.

Según el estado civil de las mujeres el 78,8% declara tener pareja estable (casada 53,8%), conviviente (25%); mientras que las solteras sin pareja corresponden a un 9,6% y las separadas a un 3,8%.

El 18,9% de las encuestadas declara ser mapuche. La procedencia de las mujeres es principalmente Paillaco urbano con un 64,2%. Y un 45,3% tiene saneamiento básico incompleto.

Respecto a la escolaridad, el 35,8% dice tener educación básica incompleta, el 32,1% educación media completa, el 5,7% educación técnica completa, no registrándose analfabetismo y tampoco casos de mujeres con estudios superiores.



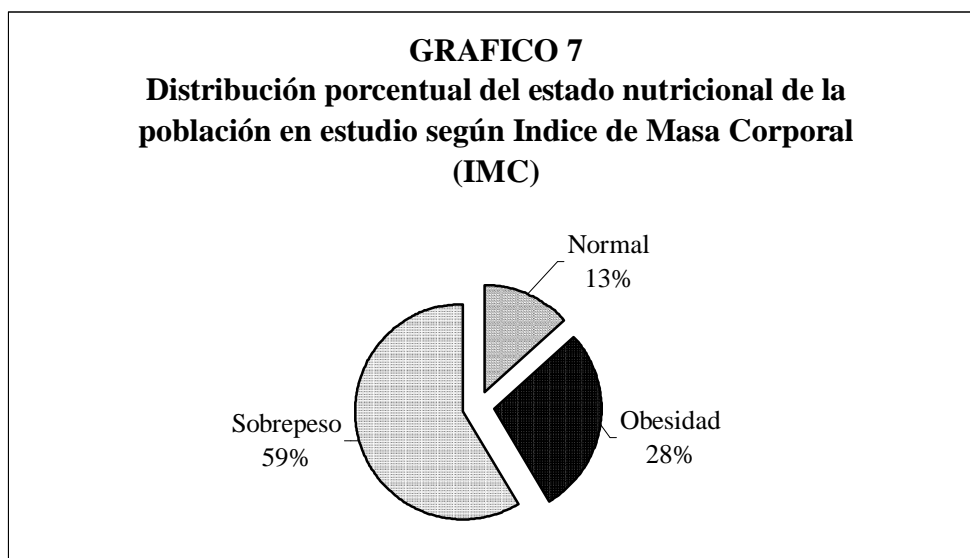
Sólo un 28% de las mujeres estudiadas perciben remuneración, mientras que la mayoría se desempeñan como dueñas de casa. (Gráfico 6).

Al relacionar la ocupación con la procedencia, vemos las mujeres que tienen trabajos remunerados son principalmente de Paillaco rural, siendo el 60% de las que son temporeras de Paillaco rural; mientras que el 65,7% de las dueñas de casas y el total de las que son estudiantes o no tienen actividad son de Paillaco urbano. (tabla 1 en anexo)

En la tabla 2 se muestra el tipo de previsión de la usuaria, deduciéndose que el 86,7% tiene gratuidad de atención en salud.

TABLA 2 Distribución porcentual de la población estudiada según previsión de Salud	
Previsión	%
Asistente Social	18,9
Fonasa A	35,8
Fonasa B	9,4
Fonasa C	5,7
Fonasa D	1,9
Sin previsión	5,7
Subsidio Familiar	22,6
Total	100,0

4.2 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



En el gráfico 7 se presenta el estado nutricional de las mujeres estudiadas medido según el IMC, observándose que el 87% de las mujeres tienen un IMC alterado por exceso. De las mujeres estudiadas sólo un 22,6% realiza una actividad física activa.

Al asociar la variable actividad física y estados nutricionales, se observa que no existe una relación directa de la primera variable sobre la segunda, de esta manera, la realización de una actividad física pasiva no condicionaría el nivel de estado nutricional presentado por las mujeres estudiadas. (Tabla 3).

TABLA 3				
Relación entre actividad física y estado nutricional en la población en estudio				
Actividad Física	Normal	Obesidad	Sobrepeso	TOTAL
actividad física activa	1	6	5	12
% Fila	8,3	50,0	41,7	100,0
% Columna	14,3	40,0	16,1	22,6
actividad física pasiva	6	8	26	40
% Fila	15,0	20,0	65,0	100,0
% Columna	85,7	53,3	83,9	75,5
sin información	0	1	0	1
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	6,7	0,0	1,9
TOTAL	7	15	31	53
% Fila	13,2	28,3	58,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

Por otra parte al observar la relación del estado nutricional con el nivel educacional encontramos que la mayoría de las mujeres que presentan obesidad (60%) tienen educación básica incompleta, en tanto que el 66,7% de las mujeres con educación técnica completa tienen estado nutricional normal. (tabla 4 en anexo)

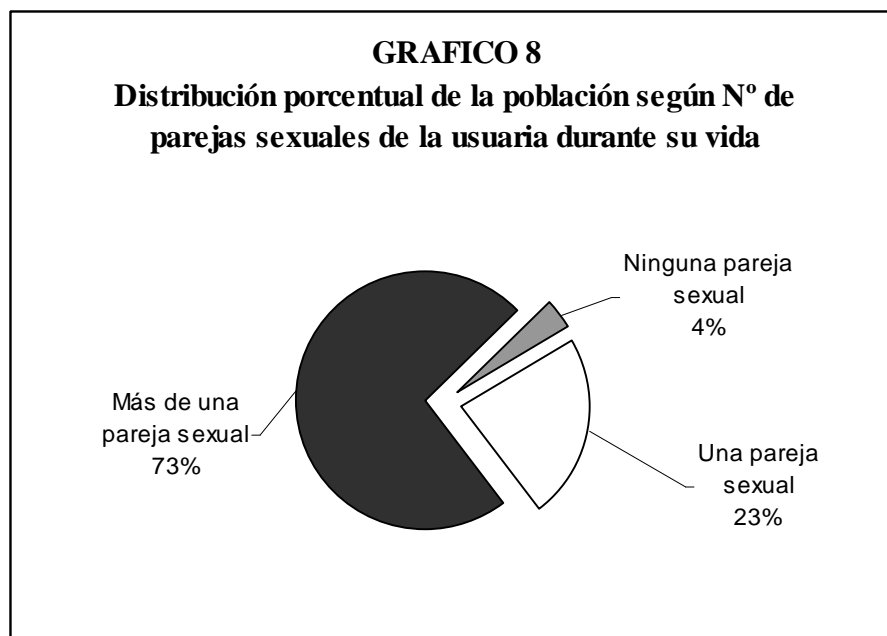
La tabla 5 muestra los antecedentes mórbidos personales de las mujeres estudiadas, destacando que la mayor parte ha presentado ITU durante algún momento de su vida; y el 20,8% ha presentado otro tipo de morbilidad, como por ejemplo colelitiasis, lumbalgias, hipertiroidismo, bronquitis.

Morbilidad	%
Anemia	5,7
Depresión	11,3
Dislipidemia	1,9
DM+HTA	1,9
Hipertensión	1,9
Hipotiroidismo	3,8
ITU	35,8
Otro	20,8
Sin antecedentes	15,1

En la tabla 6 se presentan los hábitos nocivos para la salud de las mujeres estudiadas, destacándose, respecto al alcohol y tabaco, que la mayoría de las mujeres no bebe ni fuma, sin embargo una parte importante es fumadora activa; en cuanto a las mujeres que se automedican (43,4%), la mayoría lo hacen con fármacos antiinflamatorios no esteroideos y antihistamínicos; y en relación al consumo de drogas ilícitas, un bajo porcentaje consume actualmente o lo ha hecho alguna vez en su vida (marihuana).

Habito nocivo	Clasificación	%
Alcohol	bebedora ocasional	26,4
	no bebe	71,7
Tabaco	fumadora pasiva	17,0
	fumadora activa	20,8
	no fuma	62,3
Automedicación	Se automedica	43,4
	No se automedica	52,8
Drogas	consume droga	3,8
	no consume droga	96,2

En lo referente a las prácticas sexuales de la población en estudio encontramos que la edad de inicio de actividad sexual es en un 41,5% antes de los 17 años. En la muestra un 3,8% no ha iniciado actividad sexual.



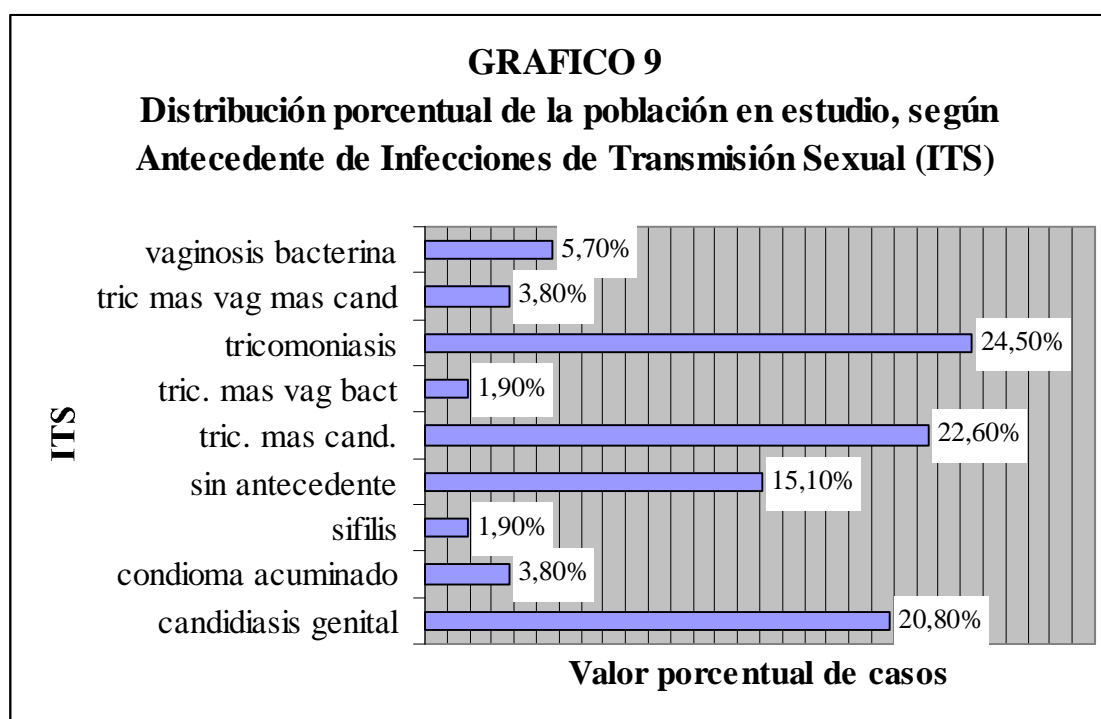
El gráfico 8 muestra el número de parejas sexuales de la usuaria durante toda su vida, observándose que, la mayoría de las mujeres (73%) declaró haber tenido más de una pareja sexual durante toda su vida.

Respecto a la paridad de las mujeres, se destaca que el 81% es múltipara, cifra que concuerda con la etapa de ciclo reproductivo por la que atraviesan las mujeres estudiadas.

En la tabla 7 se muestra el período de lactancia de las mujeres estudiadas, viéndose que la mayoría de ellas amamantó 6 meses o más.

TABLA 7
Distribución porcentual de la población de acuerdo al periodo de Lactancia que han tenido las mujeres en estudio

Tiempo de Lactancia	%
<6 meses	5,7
>1 año	43,4
6 meses a 1 año	37,7
no amamantó	13,2
Total	100,0

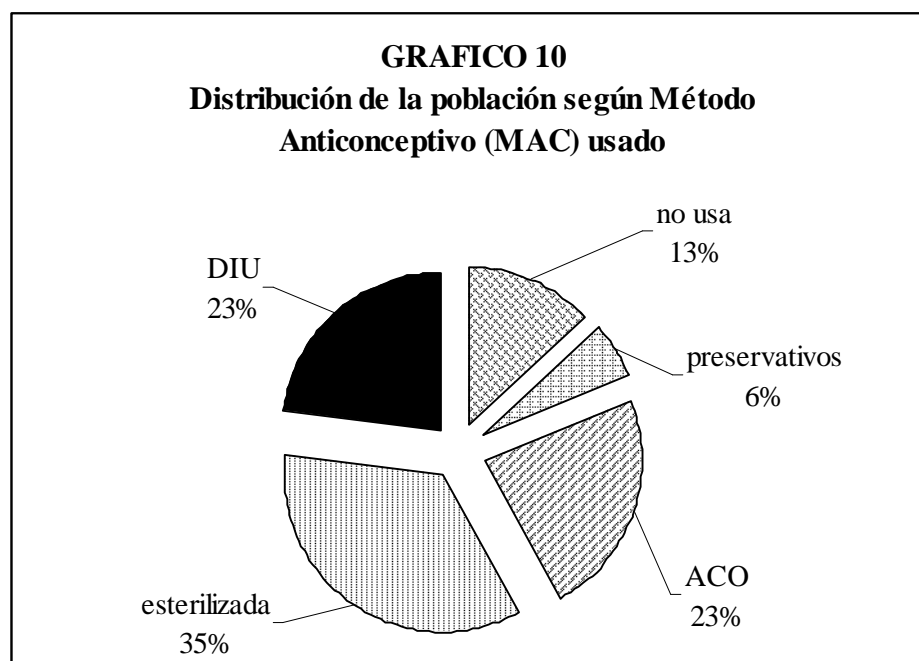


El gráfico 9 muestra los antecedentes de ITS en la población en estudio destacando que las más frecuentes son las infecciones vulvovaginales (tricomoniasis y candidiasis genital). La sífilis al igual que el condiloma acuminado se presentó en una pequeña parte de la muestra. Además se observa que aproximadamente la mitad de las mujeres (47,2%) han tenido al menos un episodio de candidiasis genital durante el transcurso de toda su vida, mientras que un 52,8% presentan antecedente de tricomoniasis.

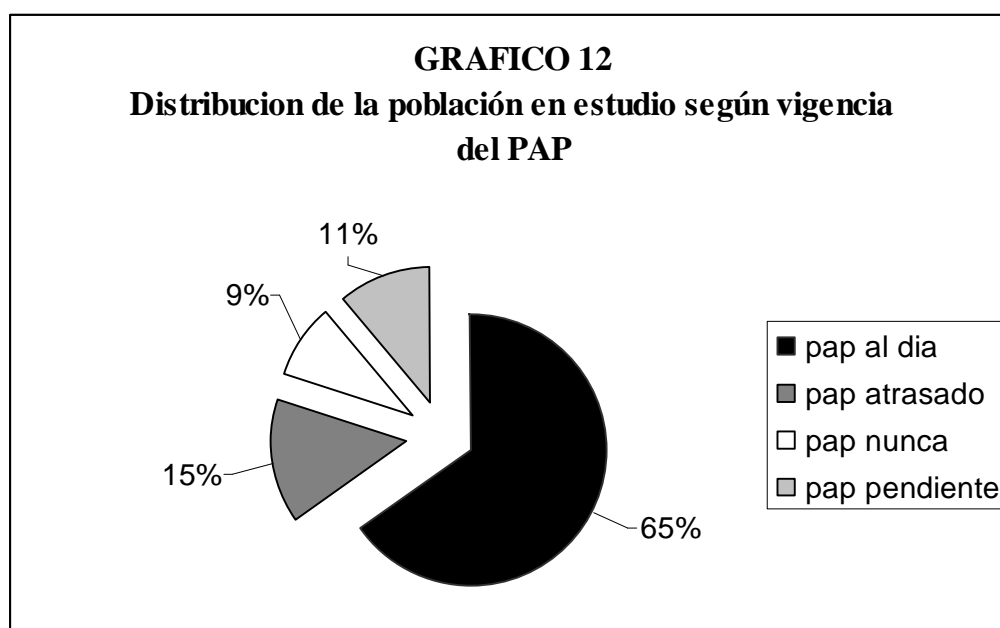
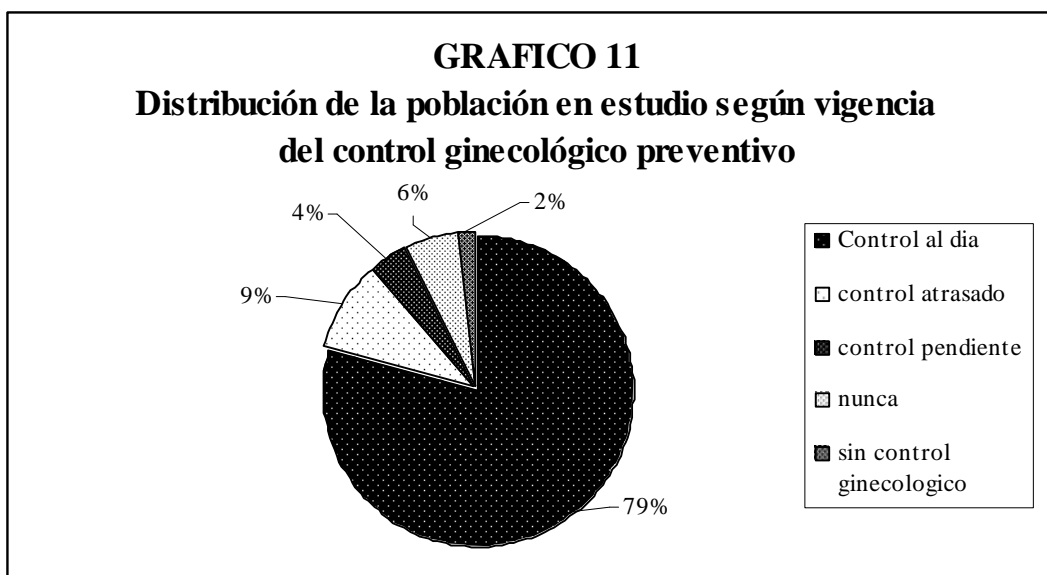
La mayoría de las mujeres presentan antecedente de intervención gineco-obstétrica como cesárea, ooforectomía y esterilización quirúrgica, siendo esta última la intervención mas frecuente con un 36%.

Respecto a antecedente de patología tumoral, encontramos que en las mujeres estudiadas un 9,4% tiene antecedentes personales de esta patología (mamas 1,9%, cervicouterino 5,7% y tiroides 1,9%); y el 47,2% tiene antecedentes familiares (destaca el antecedente de patología tumoral gástrica en el 11,3% de la población estudiada)

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD GINECOLOGICA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



En el gráfico 10 se presenta el método anticonceptivo usado por las mujeres, destacando que la mayoría de estas son esterilizadas, un bajo porcentaje usa preservativo y un 13% no usa ningún tipo de MAC.

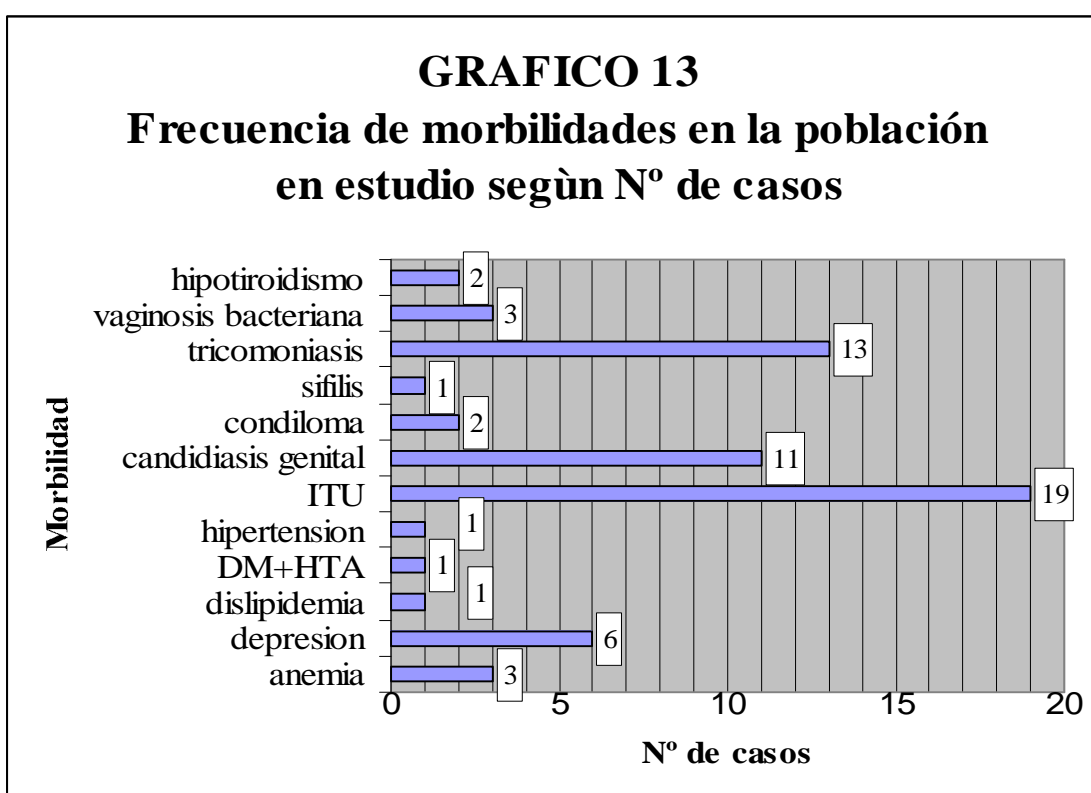


En los gráficos 11 y 12 respectivamente se presenta la vigencia del control ginecológico preventivo y vigencia del PAP, observándose que la mayoría tiene estos controles de salud al día. La cobertura del PAP con los datos obtenidos es del 83,3%.

En la tabla 8 se presentan los distintos motivos de consulta de las mujeres en la última visita a la matrona, siendo más frecuente el control ginecológico preventivo (47,2%)

TABLA 8
Distribución de la población en estudio según último motivo de consulta a la matrona

Motivo de consulta	%
Consulta por morbilidad ginecológica	26,4
Control ginecológico preventivo	47,2
Realización de EFM	3,8
Toma de PAP	22,6
Total	100,0



En el gráfico 13 se presentan las distintas morbilidades generales presentes en la población en estudio, siendo las más frecuentes, por orden descendente: ITU, tricomoniasis, candidiasis genital, depresión, anemia y vaginosis bacteriana.

Se destaca que no se registraron casos de mujeres con antecedentes de incontinencia urinaria, ni de EIPA, ni de VIH/SIDA.

A continuación se presentan los resultados que se desprenden del análisis realizado al asociar distintas variables epidemiológicas con las morbilidades más frecuentes identificadas en la población estudiada:

Morbilidades más frecuentes y actividad física, se aprecia que la totalidad de las anemias y la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles al igual que el 81,8% de las candidiasis genital, el 66,7% de los casos de depresión y el 63% de las ITU se presentan en mujeres que tienen una actividad física pasiva (Tabla 9 y 10 en anexo).

Morbilidades más frecuentes y estado nutricional, vemos que la mayoría de los casos de depresión (83,3%), ITU (84,2%) e infecciones vulvovaginales se presentan en mujeres con estado nutricional alterado por exceso. La anemia afecta de igual manera a los distintos estados nutricionales vistos en la población estudiada. (Tabla 11 y 12 en anexo)

Morbilidades más frecuentes y edad, se aprecia que el 54,6% de las candidiasis genital y el 52,7% de las ITU se presentan en mujeres de 26 a 35 años de edad, y la mayoría de las anemias (66,7%) y de depresión (66,7%) se presentan en mujeres de 36 a 40 años. (tabla 13 y 14 en anexo)

Morbilidades más frecuentes y estado civil, se observa que en el grupo de las mujeres casadas se presenta el 100% de las anemias y de las vaginosis bacteriana, el 68,4% de las ITU, el 45,5% de las candidiasis genital y el 50% de los casos de depresión. Además se observa que del total de los casos de depresión, el 83,3% afecta a mujeres que tienen pareja (casada, conviviente o soltera con pareja). La tricomoniasis se presenta en un 38,5% de las mujeres convivientes. (Tabla 15 y 16 en anexo). Las mujeres que padecen depresión son en su totalidad de Paillaco Urbano. (Tabla 17 en anexo)

Morbilidades más frecuentes y saneamiento básico, se aprecia que la mayoría de las ITU (73,3%), de las vaginosis bacterianas (66,7%) y de las candidiasis genital (63,3%) se presentan en mujeres que tienen saneamiento básico incompleto.

Morbilidades más frecuentes y hábitos higiénicos, encontramos que 100% de las anemias, de vaginosis bacteriana y de los casos de depresión junto al 78,9% de las ITU, el 72,7% de las candidiasis genitales y el 69,2% de las tricomoniasis se presentan en mujeres que tienen hábitos higiénicos deficientes. (Tabla 18 y 19 en anexo)

Morbilidades más frecuentes y ocupación actual, vemos que el 100% de las vaginosis bacterianas, el 66,7% de los casos de depresión, el 66,7% de las anemias, el 57,9% de las ITU,

el 46,2% de las tricomoniasis y el 45,5% de las candidiasis afectan a mujeres que son dueñas de casa. (Tabla 20 y 21 en anexo)

Respecto al análisis de las variables vinculadas al ejercicio de la sexualidad, observamos que del total de las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 17 años de edad el 31,8% ha tenido al menos un episodio de tricomoniasis; y del total de mujeres que han tenido tricomoniasis el 53,8% iniciaron su actividad sexual antes de los 17 años. Se encontró un antecedente de sífilis en una mujer que inicio su actividad sexual antes de los 17 años de edad. En el grupo de mujeres que no han iniciado su actividad sexual sólo se presentó un caso de candidiasis genital. (Tabla 22 en anexo)

Al relacionar las ITS con el N° de parejas sexuales de la usuaria durante toda su vida observamos que la mayoría de las que presentan antecedente de vulvovaginitis (candidiasis genital, tricomoniasis y vaginosis bacteriana) han tenido más de una pareja sexual, mientras que los casos de sífilis y condiloma acuminado se presenta en mujeres que han tenido sólo una pareja sexual (Tabla 23 en anexo).

En relación a ITS y estado civil encontramos que el 45,5% de las mujeres que presentan candidiasis genital están casadas. El condiloma acuminado, al igual que la sífilis se presenta en mujeres casadas; y la tricomoniasis se presenta en el 38,5% de las mujeres que son convivientes, en el 40% de las solteras sin pareja y en el 75% de las solteras con pareja. (Tabla 15 en anexo)

Al ver la relación entre procedencia e ITS tenemos que la mayoría de las candidiasis genitales (63,6%) se presentan en usuarias de Paillaco rural, así como la mayoría de tricomoniasis diagnosticadas (76,9%) se presentan en mujeres que viven en Paillaco urbano (Tabla 24 en anexo).

En cuanto al análisis de las variables relacionadas con el autocuidado de la salud, como la práctica de hábitos nocivos para la salud con la incidencia de morbilidad general, tenemos que todos los antecedentes de DM+HTA, Hipertensión sólo, y la mayoría de las anemias (66,7%), de las depresiones (66,7%) e ITU (52,6%) las padecen mujeres que no fuman (tabla 25 en anexo). Los antecedentes de aborto son más frecuentes (71,4%) en mujeres no fumadoras (Tabla 26 en anexo).

En relación al consumo de alcohol y tabaco con la incidencia de una morbilidad o ITS no se evidencian datos que lo describan como factor asociado al padecimiento de alguna de estas afecciones.

Según antecedentes de una ITS y morbilidad, encontramos que el 66,7% de las mujeres anémicas presentan antecedente de tricomoniasis y candidiasis genital, y la mayoría (63,7%) de las mujeres que han tenido tricomoniasis han presentado ITU. (Tabla 27 en anexo).

En cuanto al tabaco y la edad, vemos que la mayoría de las mujeres que son fumadoras activas tienen entre 14 y 25 años de edad. (Tabla 28 en anexo)

Al estudiar los antecedentes de PAP alterado en la población en estudio tenemos que estos fueron de NIE I y Ca in situ, y al relacionar estos con el estado civil se observa que el 50% de antecedente de PAP alterado se presentó en mujeres separadas (tabla 29 en anexo). Al ser relacionados con los hábitos higiénicos vemos que el 100% de PAP alterados se presentaron en mujeres con hábitos higiénicos deficientes (tabla 30 en anexo). Y al asociarlo con el N° de parejas sexuales de la usuaria durante toda la vida encontramos que el 71,4% de los PAP alterados se presentan en mujeres que han tenido más de una pareja sexual (tabla 31 en anexo). Se observa que el 42,9% de los antecedentes de PAP alterado se presenta en mujeres con educación básica incompleta (tabla 32 en anexo); y la mayor parte de este diagnóstico (42,9%) se presenta en mujeres entre 36 y 40 años de edad.

En relación a los métodos anticonceptivos, se observa que el 100% de las grandes multíparas están esterilizadas. El 66,7% de las nulíparas usan preservativos. Las multíparas por su parte en su mayoría usan ACO (25,6%), DIU (27,9%) y otras optan por la esterilización quirúrgica (37,2%). (Tabla 33 en anexo).

Al asociar el tipo de MAC que usa la usuaria con los antecedentes de ITS, observamos que un 66,7% de las usuarias de preservativos presenta antecedente de tricomoniasis, sin embargo no se presentan casos de otras ITS; por otra parte, la mayoría de los antecedentes de vaginosis bacteriana se presenta en usuarias de DIU y también se observa que las ITS son frecuentes en el grupo de mujeres esterilizadas. (Tabla 34 en anexo).

Al relacionar los hábitos higiénicos con el saneamiento básico se observa que el 83,3% de las mujeres que poseen saneamiento básico completo en su vivienda tienen hábitos higiénicos deficientes, en tanto que el 73,3% de las mujeres que tienen hábitos higiénicos adecuados poseen saneamiento básico incompleto. (Tabla 35 en anexo).

La encuesta aplicada a las mujeres estudiadas para la recolección de información concluyó con una pregunta respecto a la importancia asignada por ellas mismas a la realización de controles periódicos con la/el matrona/matrón, obteniéndose que para casi la totalidad de ellas (94,3%) esta acción es muy importante.

5. DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, Paillaco seguiría siendo una de las comunas que tiene una importante cantidad de población mapuche (18,9%) coincidiendo esto con datos epidemiológicos otorgados por el Censo 2002, esta misma fuente revela que el comercio es una de las actividades económicas importantes en la comuna, actividad que por los resultados obtenidos sería desarrollada en su mayoría por hombres, ya que sólo un 11% de las mujeres estudiadas se dedican a ella.

La mayoría de las mujeres que formaron parte del estudio tienen sobre los 30 años de edad, lo que puede estar relacionado con el motivo de consulta más frecuente identificado en el estudio que correspondió al control ginecológico preventivo, servicio sanitario que por registros estadísticos con que cuenta el consultorio, es requerido en su mayoría por mujeres mayores de 35 años de edad.

Las mujeres encuestadas se dedican en su mayoría a ser dueñas de casa, siendo este grupo el que se ve más afectado con el padecimiento de morbilidades, se observa además que el 66% de las mujeres dueñas de casa viven en el sector urbano, información que difiere con los datos otorgados por el Censo 2002, ya que según este, las mujeres que realizan esta actividad serían preferentemente del sector rural. Por el contrario la mayoría de las mujeres que perciben remuneración viven en el sector rural. Es posible inferir en base a la previsión y calificación de gratuidad de atención en los servicios de salud pública, que en general la población estudiada percibe bajos ingresos económicos mensuales, coincidiendo esto con la encuesta CASEN 2003, en donde se señala que el porcentaje de personas pobres no indigentes en la comuna de Paillaco supera en 3,33% el porcentaje nacional.

Respecto a los datos de suministro de servicios básicos (agua potable, suministro eléctrico, red de alcantarillado y disposición de excretas) con que actualmente cuenta la comuna de Paillaco, esperábamos encontrar un porcentaje de saneamiento básico incompleto menor al observado, cabe preguntarse dado a las consecuencias que esta situación puede tener para la salud que la está condicionando.

Sin embargo, y como indicador del autocuidado en salud de las mujeres estudiadas vemos que del total de las que cuentan con saneamiento básico completo, la mayoría presentan hábitos higiénicos deficientes, siendo esto último según VERA (2003) un factor de riesgo para padecer una vulvovaginitis, la que según la creciente evidencia científica la menciona como la infección vaginal con mayor morbilidad potencial en la edad reproductiva de la mujer. Dentro

de las estrategias de promoción y prevención en salud se menciona la educación y la entrega de información a la población beneficiaria

Si bien la distribución de la población femenina de Paillaco es relativamente equitativa entre el sector urbano y el rural, en el estudio se observó que la mayoría de las mujeres que acuden a la/el matrona/matrón son del sector urbano, lo que deja un importante sector beneficiario sin cobertura de atención por aparte de la/el matrona/matrón perteneciente al servicio de salud, no obstante es preciso mencionar que el departamento de salud de la Ilustre Municipalidad de esta comuna entrega atención de matronería en postas y estaciones médico-rurales.

En lo que respecta a las conductas y hábitos de la población a nivel nacional en relación a las conductas locales de la población en estudio, el 20,8% es fumadora activa, cifra que se encuentra bajo el promedio nacional de hábito tabáquico en mujeres. Sin embargo la disminución del hábito tabáquico en mujeres en edad fértil esta incluida en uno de los objetivos sanitarios para el año 2010. En cuanto al consumo de drogas ilícitas las cifras encontradas en las mujeres estudiadas son bajas (3,8%) en comparación a sus pares nacionales. (CONACE, 2004)

En relación con el ejercicio de la actividad sexual, un alto porcentaje de la muestra declaró haber iniciado actividad sexual antes de los 17 años de edad, por motivos de operacionalización de esta variable, no es posible identificar un promedio de esta edad en las mujeres estudiadas, sin embargo consideramos relevante este dato por las consecuencias que esta condición puede tener para la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En las mujeres estudiadas, el MAC más utilizado según edad es: preservativo para mujeres que fluctúan entre 21 a 25 años, anticonceptivos hormonales orales para las usuarias de 26 a 30 años, el DIU para las mujeres sobre 30 años y la mayoría de las mujeres sobre 41 años prefieren la esterilización quirúrgica, realidad que concuerda con datos bibliográficos revisados. No obstante cabe mencionar que si bien la esterilización quirúrgica figura como la intervención gineco-obstétrica más frecuente, así como el MAC más usado entre las mujeres estudiadas, esto se puede deber a que según datos proporcionados extraoficialmente por funcionarios de los centros de salud de Paillaco, y que fueron posteriormente corroborados por los registros en las fichas clínicas de las mujeres esterilizadas, hace poco más de una década se desempeñó en el Hospital de Paillaco un médico ginecoobstetra que realizó por algunos años una gran cantidad esterilizaciones tubarias.

En cuanto al preservativo, si bien es el MAC menos usado es el preferido por las nulíparas, y si bien en la literatura se describe como un método para prevenir ITS, en la población estudiada una parte importante de usuarias de éste, presentó tricomoniasis.

Respecto a la escolaridad, observamos que si bien en la población estudiada no existen casos de analfabetismo tampoco hay un promedio de escolaridad alto lo que puede estar asociándose con el bajo índice de mujeres que trabajan remuneradamente. Además debemos señalar que CASTRO, et cols, 2006, sostiene que existe una asociación fuerte de la escolaridad con el cáncer de cuello uterino hasta el punto de considerarse una forma para definir grupos de riesgo.

Ahora bien, la conducta de autocuidado está ligada al nivel de conocimiento de las personas sobre su salud y los estilos de vida que practiquen, respecto a esto observamos que el nivel de escolaridad en la población estudiada si bien no presenta casos de analfabetismo tampoco muestra un promedio de escolaridad alto lo que puede estar asociándose con el bajo índice de mujeres que trabajan remuneradamente. Además debemos señalar que CASTRO, et cols, 2006, sostiene que existe una asociación fuerte de la escolaridad con el cáncer de cuello uterino hasta el punto de considerarse una forma para definir grupos de riesgo.

Como se muestra en los estudios de PONIACHIK y DAZA (2002), estilos de vida como estados nutricionales alterados por exceso junto al sedentarismo son factores de riesgo para padecer una enfermedad crónica no transmisible; en las mujeres estudiadas estos factores se encuentran altamente presentes, el sobrepeso con un 59% y la obesidad con un 28% siguiendo la misma tendencia que estos tienen a nivel nacional y mundial. Chile entre sus políticas de salud ha incorporado la promoción como una de las estrategias para disminuir los índices de obesidad en la población, actividad que debe estar implementada en todos los servicios de salud del MINSAL, en Paillaco existe el programa cardiovascular encargado del tratamiento y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, la dislipidemia, la y hipertensión arterial. No existe en esta comuna (hasta el momento de recolección de información) un comité de VIDA CHILE para promoción de salud constituido formalmente y la promoción de una alimentación saludable, es realizada directamente por el nutricionista, el consultorio de Paillaco cuenta con sólo uno. Por otra parte los factores antes mencionados se pueden asociar con a la alta incidencia de ITU y vulvovaginitis e indirectamente, desde el punto de vista del autoestima a los casos de depresión encontrados en este grupo.

De los hábitos nocivos, si bien el consumo de tabaco y alcohol son descritos por muchos autores como conductas de riesgo para padecer ECNT así como afecciones del aparato genitourinario, en este estudio no se observa asociación entre estas variables.

Las principales patologías encontradas en las mujeres son la depresión, la ITU, la anemia y las vulvovaginitis, no encontrándose cifras significativas de hipertensión, diabetes y dislipidemia, lo que no se correlaciona con las cifras de ECNT a nivel nacional. Sobre la salud mental en la población femenina en Chile, existen estudios realizados por el SERNAM

que asocian la depresión en mujeres sin pareja, sin embargo en la población estudiada se evidenció una relación entre la depresión y el tener pareja estable.

Sobre las ITS, el CONASIDA en el año 2000 enumera las más frecuentes en Chile, incluyendo entre ellas las vulvovaginitis. Según la literatura revisada la infección vulvovaginal (IVV) es una causa frecuente de consulta ginecológica en adolescentes, sin embargo en la población estudiada se vió que estas infecciones son más frecuentes en las mujeres sobre los 26 años de edad.

Los resultados obtenidos muestran una alta incidencia de vulvovaginitis candidiásica en la población femenina estudiada concordando esta con datos nacionales del CONASIDA que estiman que un 75% de las mujeres tiene, al menos, un episodio de esta infección durante su vida, así como se debe tener presente que la presencia o historia de una ITS incrementa el riesgo de recurrencia, esto puede haber condicionado en las mujeres estudiadas la alta incidencia de vulvovaginitis.

Si bien en la literatura son las mujeres solteras y con múltiples compañeros sexuales las que tienen un riesgo mayor de ser afectadas por enfermedades transmitidas sexualmente, en este estudio son mujeres con pareja estable las que presentan mayor incidencia y no se observa relación significativa con el N° de parejas sexuales de la usuaria.

Según Müller E, las duchas vaginales y el uso de DIU son factores de riesgo para una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), sin embargo aunque en la población estudiada encontramos un alto índice de hábitos higiénicos deficientes (71,7%) y un alto porcentaje de usuarias de DIU, no se registro caso alguno de EPI.

Aunque no se registraron casos de VIH/SIDA en la muestra, encontramos que en la población paillaquina existen factores asociados al riesgo de contraer VIH (según lo publicado por CONASIDA), como múltiples parejas sexuales, alto porcentaje de dueñas de casa, bajo uso del preservativo masculino y edad temprana de inicio de actividad sexual (antes de los 17 años).

El número de parejas sexuales también se define como factor directamente relacionado con la adquisición del Virus Papiloma Humano agente de transmisión sexual más frecuente en el mundo y con una alta prevalencia en las mujeres jóvenes, sin embargo en la muestra estudiada no se evidencia relación entre el número de parejas sexuales y el antecedente de PAP alterado, aunque si se observa relación con la baja escolaridad y hábitos higiénicos deficientes, que también son mencionados por la literatura como factores de riesgo para el padecimiento

de cáncer cervicouterino, la mayor incidencia de éste y sus lesiones precursoras sigue encontrándose dentro de las estadísticas nacionales que la posiciona sobre los 35 años de edad.

En cuanto a la cobertura de PAP observada en el estudio, la comuna de Paillaco (83,3%) cumple con lo exigido por el Programa Nacional de Pesquisa y Control de Cáncer de Cuello Uterino del MINSAL, no obstante a esto, las mujeres estudiadas habían sido controladas recientemente por la matrona, por cuanto la mayoría de ellas tienen sus controles de salud ginecológica al día.

El bajo porcentaje de cáncer de mama y antecedente de patología mamaria encontrada puede atribuirse a que en la población estudiada se encuentran factores protectores de esta afección como es la lactancia materna, ausencia de antecedentes familiares, además según estudios revisados, el grupo etáreo estudiado no es el que presenta la mayor incidencia de esta morbilidad a nivel mundial.

Aunque casi la totalidad de las mujeres declaró que el control ginecológico preventivo es muy importante, un porcentaje significativo de ellas tienen este control atrasado o nunca se lo han realizado. Aunque consideramos que estos datos son pueden ser poco fidedignos, por los registros clínicos incompletos y poco descriptivos de la atención que fue otorgada, lo anterior deja la inquietud sobre la necesidad de la aplicación de un instrumento que permita evaluar objetivamente la calidad de los registros.

6. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la investigación realizada y el análisis de los mismos, podemos concluir lo siguiente:

Si bien el departamento de salud municipal aporta en la entrega de atención a las mujeres que viven en el sector rural de Paillaco, otros además de éste factor pudiesen estar influyendo en la demanda y por ende la cobertura de la atención de matronería en esta población que se observa en este estudio, por lo que se debiera trabajar en la elaboración de medidas que permitan un mejor acceso, en cuanto a caminos a esta atención, también sería recomendable la existencia de una red de comunicación efectiva entre las entidades sanitarias encargadas de atender a estas mujeres, así como realizar un estudio descriptivo de la salud de ellas, ya que por la escasa demanda, la muestra estudiada en esta investigación puede no ser representativa de sus determinantes y condición de salud.

Las personas que tienen sobrepeso y obesidad son las más propensas a padecer enfermedades tanto infecciosas como crónicas, y las condiciones y hábitos de vida que acercan al riesgo de padecerlas se encuentran presentes en la población estudiada, sobretudo en las mujeres con pareja, las que también son las más afectadas por los casos de depresión.

En cuanto a las actividades que realiza la/el matrona/matrón, el control con esta/este es una instancia para la expresión de sentimientos, sueños, mitos y angustias de parte de la usuaria, generándose una oportunidad para el reconocimiento de mujeres afectadas con síntomas o con riesgo de padecer trastornos emocionales o psicológicos, y que debieran ser evaluadas por los especialistas correspondientes en forma oportuna, sin embargo por las políticas del servicio de salud, la matrona/matrón no es una instancia correspondiente para hacer una derivación de la usuaria a un psicóloga(o), y como investigadoras consensuamos que si debiera generarse esta oportunidad, entregando a este profesional la capacidad de realizar tal derivación, sin otro intermediario.

Por otra parte, cabe destacar la eficiente labor que este profesional desempeña en relación al fomento de la lactancia materna por períodos superiores a los 6 meses, la cual se ve reflejada en los resultados de este estudio.

Al comparar la frecuencia de las distintas IVV, la vaginosis bacteriana ocupa el último lugar, y como factores asociados a su ocurrencia podemos mencionar la actividad física

pasiva, hábitos higiénicos deficientes, sobrepeso, haber iniciado actividad sexual, ser usuaria de DIU, ser casada y tener más de 30 años de edad, en vista del impacto que esta afección ginecológica puede tener para la salud de las mujeres, es preciso educar y/o reforzar en la población sobre medidas de higiene personal.

Varias son las conductas de la población estudiada ligadas a la vivencia de la sexualidad que las expone al riesgo de padecer cáncer cervicouterino, infecciones genitourinarias, incluido el VIH/SIDA, o de tener un embarazo no planificado por no uso de MAC, por esto se hace necesario promover y aumentar el uso del preservativo en todos los grupos etáreos, sin diferencia de género, así como trabajar arduamente en promoción de la vivencia de una sexualidad sana, dirigida no sólo a la mujer, sino que incorporando al varón y familia, ya que los hábitos y estilos de vida se adquieren y tienen sus pilares en el sistema de valores y normas inculcados en el seno del grupo familiar, con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos que guían las actividades del programa de salud de la mujer.

Ligado a lo anterior y deteniéndonos en las conductas sexuales de la población paillaquina y analizando la trascendencia del cáncer cervicouterino, sugerimos que el PAP sea tomado de preferencia en base a la presencia o ausencia de factores de riesgo para adquirir el VPH en la usuaria, identificados a través de una anamnesis con énfasis en la práctica de la actividad sexual de la misma, más que sobre el rango de edad recomendado por el MINSAL, ya que muchas mujeres se inician sexualmente a una edad temprana y el Virus de Papiloma Humano (VPH) se encuentra ampliamente diseminado en la población.

Debido a que la mayoría de las mujeres que asisten a control ginecológico tiene sobre los 30 años de edad, se debiera motivar a la población femenina más joven a realizarse estos controles, sobre todo en vista de la alta incidencia de vulvovaginitis que observada en el estudio.

Por lo que hemos visto, concluimos que entre los desafíos para el equipo de salud local se encuentra la realización sistemática y periódica de actividades de prevención y promoción de estilos de vida saludables y autocuidado las que debieran ser evaluadas en número e impacto en la población, a fin de evaluar la efectividad de la intervención y/o la adherencia a las recomendaciones por parte de las usuarias.

Para el logro de lo anterior, pensamos que es necesaria la creación y puesta en marcha de estrategias innovadoras para motivar a la población a adquirir y/o mantener estilos de vida saludables, como por ejemplo: apoyar a las familias para mejorar la calidad de comunicación intrafamiliar, fomentar estilos de vida saludable desde la infancia, a través de educación y recreación, con equipos multidisciplinarios; empoderar a la población en su autocuidado, considerando sus problemas de fuerza de voluntad, relaciones con el medio, conocimientos,

mitos, factores de riesgo, que influyen en sus hábitos de vida; creación de ambientes saludables en conjunto con la población, según sus necesidades, y al mismo tiempo, animar el surgimiento de grupos para ejercer protagonismo en promoción en salud; sensibilizar a la población sobre los significados reales de conductas dañinas para su salud, etc.

En el proceso de recolección de información evidenciamos que existen fichas clínicas incompletas e ilegibles, en ellas faltan datos actualizados y esenciales de las usuarias como por ejemplo la talla, dirección, diagnósticos, antecedentes sociales, etc. Esto dificultó el análisis de los datos recolectados y consideramos que también influye en la veracidad de los resultados obtenidos, ya que la ausencia de datos provenientes de una completa anamnesis y el adecuado registro de éstos, pueden ser que decidorios en la categorización de una usuaria como persona con o sin factor de riesgo para padecer una determinada patología.

Este es sólo un estudio descriptivo, por lo que no permite determinar factores de riesgo para la salud en las mujeres paillaquinas, sin embargo la realización de esta primera línea de investigación ha sido muy importante, ya que nos permite tener una primera visión de los comportamientos de las mujeres estudiadas, varios de los cuales pueden ser potencialmente dañinos para su salud, esto último hace sugerir la realización una investigación más profunda a través de estudios comparativos como de cohorte o de casos y controles que permitan estudiar la exposición de las mujeres a determinados eventos y su relación con morbilidades, con el propósito de identificar los factores de riesgo que condicionan la salud de las mujeres en Paillaco

7. BIBLIOGRAFIA

1. CONACE (CHILE). Noviembre 2004. Mujeres y tratamiento de drogas; Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. (Disponible en : <http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/Tratamiento_mujeres_dependientes.pdf> .Consultado el 05 de dic 2005)
2. CONASIDA (CHILE). Diciembre 1998 y Diciembre 1999. Boletín epidemiológico trimestral de CONASIDA N° 7. Serie de Documentos CONASIDA, Ministerio de Salud. (Disponible en <<http://www.conasida.cl/bol/bol13/bol13.pdf>> .Consultado el 06 dic 2005)
3. CONASIDA (CHILE). 2000. Republica de Chile Ministerio de Salud Comisión Nacional del SIDA Área ETS. Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. 87 p. (Disponible en: <www.conasida.cl/docs/legal/normasets/normets.pdf > .Consultado el 04 de dic 2005)
4. CONASIDA (CHILE) Diciembre 2000. Boletín de epidemiología n° 13; Caracterización Epidemiológica del VIH/SIDA en Chile. (Disponible en: <<http://www.conasida.cl/bol/bol13/bol13.pdf>> .Consultado el 06 dic 2005)
5. DONAT F. 2001. Enfermería Maternal y Ginecológica. ed. Barcelona (España), Masson, S.A. 541p.
6. FUENTES L; PADILLA R.; ROJAS P.; ROCO M.; FUENTES C. 2004. Corrección De Incontinencia De Orina Con Cinta Vaginal Libre De Tensión, Asociado A La Corrección De Otras Patologías Del Piso Pelviano. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.:69 (3). (Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262004000300008&script=sci_arttext&tlng=es> .Consultado el 07 de dic 2005)
7. INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (CHILE). 2001. Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Ejecutivo Final. 122p. (Disponible en: <www.mideplan.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_94.pdf> .Consultado el 05 de dic 2005)

8. LAGOS R.; GARCIA P. 2005. Mensaje n° 391-352. 20p. (Disponible en: <www.emol.com/noticias/documentos/pdfs/tabaco.pdf> .Consultado el 07 de dic 2005)
9. MARTÍNEZ M.; BARRÍA A.; MENESES R.; OYARZÚN P.; SANDOVAL J. 2003. Vulvovaginitis En La Adolescencia: Estudio Etiológico. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.:68(6). (Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262003000600008&script=sci_arttext&tlng=es> .Consultado el 05 de dic 2005)
10. MINSAL (CHILE). Grupo de trabajo objetivos sanitarios. Departamento de Epidemiología. Objetivos sanitarios 2000 – 2010. (Disponible en <[http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/taller2001/objsanitarios\(claudia%20gonzalez\).ppt](http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/taller2001/objsanitarios(claudia%20gonzalez).ppt)> .Consultado el 07 dic 2005)
11. MINSAL (CHILE).1997. Programa de salud de la Mujer. 115 p.
12. MINSAL (CHILE). Protocolo AUGE ; Diagnóstico y tratamiento Cáncer Cervicouterino. Comisión nacional de Cáncer cervicouterino. Documento de trabajo abril 2004. 13p. (Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/pr_auge_2004/diagnostico_y_tratamiento_cancer_cervicouterino.pdf> .Consultado el 07 de dic 2005)
13. MINSAL (CHILE). Protocolo AUGE; Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama. Documento de trabajo de abril 2004. 16p. (Disponible en: <<http://www.colegiodekinesilogos.cl/kinealdia/pdf/PROTOCOLO%20CA%20MAMA.pdf>> .Consultado el 07 dic 2005)
14. MINSAL (CHILE). 2004. Reforma de la Salud en Chile. 32p. (Disponible en: <www.foreigninvestment.cl/pdf/reformasalud.pdf -> Consultado el 03 de dic 2005)
15. MULLER E. Bogota 1989. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil. Bogotá.1989. Capítulo VI Enfermedad Pélvica Inflamatoria; 872, 873, 878 . (Disponible en: <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Enfermedad_pelvica_inflamatoria.pdf> .Consultado el 05 de dic 2005)

16. NORIEGA D.; NAVARRO L.; GONZALEZ C.; CERDA D. 2005. Informe Internado rural Paillaco. Consultorio Externo del Paillaco.
17. RIOBO P.; FERNANDEZ B.; KOZARCEWSKI M.; FERNADEZ J. 2003. Obesidad en la mujer. Rev. Nutr. Hops. (5) 233-237. ISSN 0212-1611. (Disponible en: www.grupoaulamedica.com/aula/nutricion/n52003/Cap_01_Obesid.d_en_la_mujer.pdf - .Consultado el 04 de dic 2005)
18. SAPUNAR J.; BRAVO P.; SCHNEIDER H.; JIMÉNEZ M. 2003. ¿Es la etnia mapuche un factor de riesgo para padecer fractura de fémur proximal en adultos mayores?. Rev Méd Chile: 131: 1135-1141. (Disponible en: < www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001000006&script=sci_arttext&tlng=es> Consultado el 06 de dic 2005)
19. OVIEDO G.; ARPAIA A.; RATIA E.; SECO N.; RODRÍGUEZ I.; RAMÍREZ Z. 2004. Factores De Riesgo En Mujeres Con Infección Del Virus Papiloma Humano Rev Chil Obstet Ginecol : 69(5): 343-346. (Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000500002&script=sci_arttext&tlng=es> .Consultado el 05 de dic 2005)
20. VERA C. 2003. Vaginosis Bacteriana. Revista Chilena de Medicina Familiar: 4 (2). ISSN 0717-5965. 90p. (Disponible en: <www.medicinafamiliar.puc.cl/html/modelo_atencion.html> Consultado el 05 de dic 2005)
21. CASTRO M.; VERA L.; POSSO H. 2006. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino. Rev. Colomb Obstet Ginecol : 57(3). (Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es> . Consultado el 22 de Nov 2006)
22. SANDOVAL O.; Clases de Aborto, Hospital Sótero del Río Pontificia Universidad Católica de Chile. (Disponible en : <<http://escuela.med.puc.cl/deptos/obsgin/DocenObsgin/MEC%20258/Clases2003%20Aborto%20Espont.ppt#282,1,ABORTO>> . Consultado el 22 de Nov 2006)

23. PONIACHIK J.; MANCILLA C.; CONTRERAS J. 2002. Obesidad: factor de riesgo para esteatohepatitis y fibrosis hepática. Rev. Méd. Chile 130: 731-736. (Disponible <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872002000700003&script=sci_arttext> .Consultado el 22 de Nov de 2006)
24. DAZA C. 2002. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Universidad del Valle, Cali. Rev. Colomb: 33(2). (Disponible en <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No2/cm33n2a5.htm>> Consultado el 22 de Nov 2006)
25. Mc COLL P.; AMADOR M.; AROS J. 2002. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Rev. Chil. Pediatr.: 73(5); 478-482. (Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000500005&script=sci_arttext> . Consultado el 22 de Nov de 2006)
26. SERNAM. 1992-2003, Estudios realizados por el Servicio Nacional de la Mujer en los años 1992 - 2003. Doc. de trabajo n° 87. (Disponible en <<http://www.sernam.cl/estudios/abstracts/DOCUMENTO%20DE%20TRABAJO%2087.pdf>> .Consultado el 22 de Nov de 2006)
27. HEREDIA M.; GARCIA S.; COPOLILLO E. 2006. Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas; Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifúngicos. Rev. Argent. Microbiol. :38 (1) . (Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es> . Consultado el 22 de Nov 2006)
28. BERTIN R.; DIAZ R. 2005. Plan estratégico de desarrollo del hospital de Paillaco como parte de la red asistencial del Servicio de Salud Valdivia. 3-6 p.
29. MINSAL (CHILE). 1992. Norma general administrativa N° 3 “Calificación de gratuidad” (Disponible en:<http://www.minsal.cl/juridico/RESOLUCION_410_92.doc>) Consultado el 19 de marzo 2007
30. VIO F. 2005. Prevención de la obesidad en Chile. Revista chilena de nutrición. (Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182005000200001&script=sci_arttext - 29k - > .Consultado el 19 de marzo 2007)

31. MASALÁN M, GONZALES R. 2002-2003. Autocuidado en el ciclo vital. Escuela de Enfermería, PUC. Disponible en <http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/> . Consultado el 19 de julio del 2007)
32. MINSAL (CHILE).1998. Plan Nacional de Promoción de Salud. (Disponible en <<http://www.minsal.cl/>> . Consultado el 19 de junio del 2007)
33. BOJANINI J. 2002. Hábitos higiénicos y flujo vaginal recurrente en adolescentes. Rev Sogia; 9(1) : 7-14. (Disponible en <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=348453&indexSearch=ID>> . Consultado el 19 de junio del 2007)
34. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1997. Estilos de vida saludable. (Disponible en <http://www.tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.htm > . Consultado 19 junio del 2207)

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1: CUADROS

CUADRO 1: Población según grupo étnico y sexo

GRUPO ETNICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Alcalufe	4	1	5
Atacameño	1	0	1
Aimara	0	1	1
Colla	0	0	0
Mapuche	464	449	913
Quechua	2	0	2
Rapa Nui	1	1	2
Yamana	1	1	2
TOTAL	473	453	926

FUENTE: Censo 2002.

CUADRO 2 : Control Ginecológico sin ESPA realizado por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco

Mes	< 20 años	20 – 34 años	35 – 44 años	45 y mas años
Enero	-	2	5	22
Febrero	-	7	14	34
Marzo	-	2	12	17
Abril	-	5	16	18
Mayo	-	2	9	22
Junio	1	9	60	35
Subtotal	1	27	116	148
Total				292

FUENTE : Registro de estadísticas mensuales enero- junio 2005, Consultorio Externo Paillaco

CUADRO 3 : Consulta ITS/SIDA realizada por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco

Mes	< 20 años	20 – 34 años	35 – 44 años	45 y mas años
Enero	2	-	-	-
Febrero	1	-	-	-
Marzo	-	-	-	-
Abril	-	-	2	-
Mayo	1	-	-	-
Junio	2	1	-	1
Subtotal	6	1	2	1
Total	10			

FUENTE : Registro de estadísticas mensuales enero- junio 2005, Consultorio Externo Paillaco

CUADRO 4 : Consulta por morbilidad ginecológica realizada por matrona, durante el primer semestre del 2005 en Consultorio Externo Paillaco

Mes	< 20 años	20 – 44 años	45 y mas años
Enero	-	9	4
Febrero	-	9	2
Marzo	1	10	4
Abril	3	8	7
Mayo	-	5	1
Junio	-	3	20
Subtotal	4	54	38
Total	96		

FUENTE : Registro de estadísticas mensuales enero- junio 2005, Consultorio Externo Paillaco

8.2 ANEXO 2 : TABLAS

TABLA 1			
Relación entre ocupación actual y procedencia en la población en estudio			
Ocupación Actual	Paillaco rural	Paillaco urbano	TOTAL
Comercio	2	4	6
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	10,5	11,8	11,3
Dueña de Casa	12	23	35
% Fila	34,3	65,7	100,0
% Columna	63,2	67,6	66,0
Estudiante	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,9	1,9
otro	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,9	1,9
sin actividad	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,9	1,9
temporera	3	2	5
% Fila	60,0	40,0	100,0
% Columna	15,8	5,9	9,4
trabajo domestico	2	2	4
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	10,5	5,9	7,5
TOTAL	19	34	53
% Fila	35,8	64,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Registro de encuestas aplicada a mujeres usuarias del control ginecológico, Consultorio Paillaco

TABLA 9				
Relación entre actividad física e ITS en la población en estudio				
ITS	actividad física activa	actividad física pasiva	sin información	TOTAL
candidiasis genital	2	9	0	11
% Fila	18.2	81.8	0.0	100.0
% Columna	16.7	22.5	0.0	20.8
condiloma acuminado	1	1	0	2
% Fila	50.0	50.0	0.0	100.0
% Columna	8.3	2.5	0.0	3.8
sífilis	1	0	0	1
% Fila	100.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	8.3	0.0	0.0	1.9
sin antecedente	3	5	0	8
% Fila	37.5	62.5	0.0	100.0
% Columna	25.0	12.5	0.0	15.1
tric mas cand	1	11	0	12
% Fila	8.3	91.7	0.0	100.0
% Columna	8.3	27.5	0.0	22.6
tric mas vag bact	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	100.0	1.9
tricomoniasis	4	9	0	13
% Fila	30.8	69.2	0.0	100.0
% Columna	33.3	22.5	0.0	24.5
triic mas vag mas cand	0	2	0	2
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	5.0	0.0	3.8
vaginosis bacteriana	0	3	0	3
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	7.5	0.0	5.7
TOTAL	12	40	1	53
% Fila	22.6	75.5	1.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA 10				
Relación entre actividad física y morbilidad en la población en estudio				
Antecedentes mórbidos	actividad física activa	actividad física pasiva	sin información	TOTAL
anemia	0	3	0	3
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	7.5	0.0	5.7
depresión	2	4	0	6
% Fila	33.3	66.7	0.0	100.0
% Columna	16.7	10.0	0.0	11.3
dislipidemia	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.5	0.0	1.9
DM+HTA	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.5	0.0	1.9
hipertensión	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.5	0.0	1.9
hipotiroidismo	1	1	0	2
% Fila	50.0	50.0	0.0	100.0
% Columna	8.3	2.5	0.0	3.8
ITU	6	12	1	19
% Fila	31.6	63.2	5.3	100.0
% Columna	50.0	30.0	100.0	35.8
otro	2	9	0	11
% Fila	18.2	81.8	0.0	100.0
% Columna	16.7	22.5	0.0	20.8
sin antecedentes	1	7	0	8
% Fila	12.5	87.5	0.0	100.0
% Columna	8.3	17.5	0.0	15.1
sin información	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.5	0.0	1.9
TOTAL	12	40	1	53
% Fila	22.6	75.5	1.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA 11				
Relación entre estado nutricional y morbilidad en la población en estudio				
Antecedentes mórbidos	Normal	Obesidad	Sobrepeso	TOTAL
anemia	1	1	1	3
% Fila	33,3	33,3	33,3	100,0
% Columna	14,3	6,7	3,2	5,7
depresión	1	2	3	6
% Fila	16,7	33,3	50,0	100,0
% Columna	14,3	13,3	9,7	11,3
dislipidemia	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,2	1,9
DM+HTA	0	1	0	1
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	6,7	0,0	1,9
hipertensión	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,2	1,9
hipotiroidismo	0	1	1	2
% Fila	0,0	50,0	50,0	100,0
% Columna	0,0	6,7	3,2	3,8
ITU	3	5	11	19
% Fila	15,8	26,3	57,9	100,0
% Columna	42,9	33,3	35,5	35,8
otro	1	3	7	11
% Fila	9,1	27,3	63,6	100,0
% Columna	14,3	20,0	22,6	20,8
sin antecedentes	1	2	5	8
% Fila	12,5	25,0	62,5	100,0
% Columna	14,3	13,3	16,1	15,1
sin información	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,2	1,9
TOTAL	7	15	31	53
% Fila	13,2	28,3	58,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 12				
Relación entre ITS y estado nutricional en la población en estudio				
ITS	Normal	Obesidad	Sobrepeso	TOTAL
candidiasis genital	1	2	8	11
% Fila	9,1	18,2	72,7	100,0
% Columna	14,3	13,3	25,8	20,8
condiloma acuminado	0	0	2	2
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	6,5	3,8
sífilis	0	1	0	1
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	6,7	0,0	1,9
sin antecedente	1	4	3	8
% Fila	12,5	50,0	37,5	100,0
% Columna	14,3	26,7	9,7	15,1
tric mas cand	0	3	9	12
% Fila	0,0	25,0	75,0	100,0
% Columna	0,0	20,0	29,0	22,6
tric mas vag bact	0	1	0	1
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	6,7	0,0	1,9
tricomoniiasis	3	4	6	13
% Fila	23,1	30,8	46,2	100,0
% Columna	42,9	26,7	19,4	24,5
triic mas vag mas cand	1	0	1	2
% Fila	50,0	0,0	50,0	100,0
% Columna	14,3	0,0	3,2	3,8
vaginosis bacteriana	1	0	2	3
% Fila	33,3	0,0	66,7	100,0
% Columna	14,3	0,0	6,5	5,7
TOTAL	7	15	31	53
% Fila	13,2	28,3	58,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 17			
Relación entre morbilidad y procedencia en la población en estudio			
Antecedentes mórbidos	Paillaco rural	Paillaco urbano	TOTAL
anemia	2	1	3
% Fila	66.7	33.3	100.0
% Columna	10.5	2.9	5.7
depresión	0	6	6
% Fila	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	17.6	11.3
dislipidemia	0	1	1
% Fila	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	2.9	1.9
DM+HTA	0	1	1
% Fila	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	2.9	1.9
hipertensión	1	0	1
% Fila	100.0	0.0	100.0
% Columna	5.3	0.0	1.9
hipotiroidismo	0	2	2
% Fila	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	5.9	3.8
ITU	8	11	19
% Fila	42.1	57.9	100.0
% Columna	42.1	32.4	35.8
otro	6	5	11
% Fila	54.5	45.5	100.0
% Columna	31.6	14.7	20.8
sin antecedentes	2	6	8
% Fila	25.0	75.0	100.0
% Columna	10.5	17.6	15.1
sin información	0	1	1
% Fila	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	2.9	1.9
TOTAL	19	34	53
% Fila	35.8	64.2	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0

TABLA 18			
Relación entre hábitos higiénicos e ITS en la población en estudio			
ITS	Hab. Hig adecuados	Hab. Hig deficientes	TOTAL
candidiasis genital	3	8	11
% Fila	27,3	72,7	100,0
% Columna	20,0	21,1	20,8
condiloma acuminado	2	0	2
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	13,3	0,0	3,8
sífilis	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	6,7	0,0	1,9
sin antecedente	0	8	8
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	21,1	15,1
tric mas cand	4	8	12
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	26,7	21,1	22,6
tric mas vag bact	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,6	1,9
tricomoniasis	4	9	13
% Fila	30,8	69,2	100,0
% Columna	26,7	23,7	24,5
tric mas vag mas cand	1	1	2
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	6,7	2,6	3,8
vaginosis bacteriana	0	3	3
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	7,9	5,7
TOTAL	15	38	53
% Fila	28,3	71,7	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 19			
Relación entre hábitos higiénicos y morbilidad en la población en estudio			
Antecedentes mórbidos	adecuados	deficientes	TOTAL
anemia	0	3	3
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	7,9	5,7
depresión	0	6	6
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	15,8	11,3
dislipidemia	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	6,7	0,0	1,9
DM+HTA	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,6	1,9
hipertensión	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	6,7	0,0	1,9
hipotiroidismo	1	1	2
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	6,7	2,6	3,8
ITU	4	15	19
% Fila	21,1	78,9	100,0
% Columna	26,7	39,5	35,8
otro	3	8	11
% Fila	27,3	72,7	100,0
% Columna	20,0	21,1	20,8
sin antecedentes	4	4	8
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	26,7	10,5	15,1
sin información	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	6,7	0,0	1,9
TOTAL	15	38	53
% Fila	28,3	71,7	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 22				
Relación entre edad de inicio de actividad sexual y antecedente de ITS				
ITS	antes de los 17 años	después de los 17 años	sin actividad sexual	TOTAL
candidiasis genital	5	5	1	11
% Fila	45,5	45,5	9,1	100,0
% Columna	22,7	17,2	50,0	20,8
condiloma acuminado	1	1	0	2
% Fila	50,0	50,0	0,0	100,0
% Columna	4,5	3,4	0,0	3,8
sífilis	1	0	0	1
% Fila	100,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	4,5	0,0	0,0	1,9
sin antecedente	2	5	1	8
% Fila	25,0	62,5	12,5	100,0
% Columna	9,1	17,2	50,0	15,1
tric mas cand	5	7	0	12
% Fila	41,7	58,3	0,0	100,0
% Columna	22,7	24,1	0,0	22,6
tric mas vag bact	0	1	0	1
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	3,4	0,0	1,9
tricomoniasis	7	6	0	13
% Fila	53,8	46,2	0,0	100,0
% Columna	31,8	20,7	0,0	24,5
tric mas vag mas cand	0	2	0	2
% Fila	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	6,9	0,0	3,8
vaginosis bacteriana	1	2	0	3
% Fila	33,3	66,7	0,0	100,0
% Columna	4,5	6,9	0,0	5,7
TOTAL	22	29	2	53
% Fila	41,5	54,7	3,8	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 23				
Relación entre ITS y número parejas sexuales durante toda la vida de las usuarias en estudio				
ITS	mas de una pareja sexual	ninguna	una pareja sexual	TOTAL
candidiasis genital	9	1	1	11
% Fila	81,8	9,1	9,1	100,0
% Columna	23,1	50,0	8,3	20,8
condiloma acuminado	0	0	2	2
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	16,7	3,8
sífilis	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	8,3	1,9
sin antecedente	5	1	2	8
% Fila	62,5	12,5	25,0	100,0
% Columna	12,8	50,0	16,7	15,1
tric mas cand	9	0	3	12
% Fila	75,0	0,0	25,0	100,0
% Columna	23,1	0,0	25,0	22,6
tric mas vag bact	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	8,3	1,9
tricomoniasis	11	0	2	13
% Fila	84,6	0,0	15,4	100,0
% Columna	28,2	0,0	16,7	24,5
triic mas vag mas cand	2	0	0	2
% Fila	100,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	5,1	0,0	0,0	3,8
vaginosis bacteriana	3	0	0	3
% Fila	100,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	7,7	0,0	0,0	5,7
TOTAL	39	2	12	53
% Fila	73,6	3,8	22,6	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 24			
Relación entre ITS y procedencia de la población en estudio			
ITS	Paillaco rural	Paillaco urbano	TOTAL
candidiasis genital	7	4	11
% Fila	63,6	36,4	100,0
% Columna	36,8	11,8	20,8
condiloma acuminado	0	2	2
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	5,9	3,8
sífilis	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	2,9	1,9
sin antecedente	2	6	8
% Fila	25,0	75,0	100,0
% Columna	10,5	17,6	15,1
tric mas cand	6	6	12
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	31,6	17,6	22,6
tric mas vag bact	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	5,3	0,0	1,9
tricomoniasis	3	10	13
% Fila	23,1	76,9	100,0
% Columna	15,8	29,4	24,5
triic mas vag mas cand	0	2	2
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	5,9	3,8
vaginosis bacteriana	0	3	3
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	8,8	5,7
TOTAL	19	34	53
% Fila	35,8	64,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 25				
Relación entre antecedentes mórbidos y habito tabáquico en la población en estudio				
Antecedentes mórbidos	fumadora activa	fumadora pasiva	no fuma	TOTAL
anemia	0	1	2	3
% Fila	0,0	33,3	66,7	100,0
% Columna	0,0	11,1	6,1	5,7
depresión	1	1	4	6
% Fila	16,7	16,7	66,7	100,0
% Columna	9,1	11,1	12,1	11,3
dislipidemia	1	0	0	1
% Fila	100,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	9,1	0,0	0,0	1,9
DM+HTA	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,0	1,9
hipertensión	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,0	1,9
hipotiroidismo	1	0	1	2
% Fila	50,0	0,0	50,0	100,0
% Columna	9,1	0,0	3,0	3,8
ITU	4	5	10	19
% Fila	21,1	26,3	52,6	100,0
% Columna	36,4	55,6	30,3	35,8
otro	3	0	8	11
% Fila	27,3	0,0	72,7	100,0
% Columna	27,3	0,0	24,2	20,8
sin antecedentes	1	2	5	8
% Fila	12,5	25,0	62,5	100,0
% Columna	9,1	22,2	15,2	15,1
sin información	0	0	1	1
% Fila	0,0	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	3,0	1,9
TOTAL	11	9	33	53
% Fila	20,8	17,0	62,3	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 26			
Relación entre habito tabáquico y aborto en la población en estudio			
Habito tabáquico	Sin aborto	Con aborto	TOTAL
fumadora activa	9	2	11
% Fila	81,8	18,2	100,0
% Columna	23,1	14,3	20,8
fumadora pasiva	7	2	9
% Fila	77,8	22,2	100,0
% Columna	17,9	14,3	17,0
no fuma	23	10	33
% Fila	69,7	30,3	100,0
% Columna	59,0	71,4	62,3
TOTAL	39	14	53
% Fila	73,6	26,4	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 27

Relación entre ITS y antecedentes mórbidos en la población en estudio

ITS	anemia	depresión	dislipidemia	DM+HTA	hipertensión	hipotiroidismo	ITU	otro	TOTAL
candiasis genital	1	0	0	1	0	1	5	1	11
% Fila	9.1	0.0	0.0	9.1	0.0	9.1	45.5	9.1	100.0
% Columna	33.3	0.0	0.0	100.0	0.0	50.0	26.3	9.1	20.8
condiloma acuminado	0	0	0	0	0	0	1	0	2
% Fila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	3.8
sífilis	0	0	0	0	0	0	0	0	1
% Fila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9
sin antecedente	0	0	0	0	0	0	6	1	8
% Fila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0	12.5	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	31.6	9.1	15.1
tric mas cand	2	2	0	0	1	0	2	4	12
% Fila	16.7	16.7	0.0	0.0	8.3	0.0	16.7	33.3	100.0
% Columna	66.7	33.3	0.0	0.0	100.0	0.0	10.5	36.4	22.6
tric mas vag bact	0	0	0	0	0	0	1	0	1
% Fila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	1.9
tricomoniiasis	0	2	0	0	0	1	4	3	13
% Fila	0.0	15.4	0.0	0.0	0.0	7.7	30.8	23.1	100.0
% Columna	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	50.0	21.1	27.3	24.5

tritic mas vag mas cand % Fila % Columna	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	0.0	16.7	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
vaginosis bacteriana % Fila % Columna	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3
	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	100.0
	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	5.7
TOTAL % Fila % Columna	3	6	1	1	1	1	1	1	19	11	53
	5.7	11.3	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	35.8	20.8	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA 28				
Relación entre edad y hábito tabáquico en la población en estudio				
Edad	fumadora activa	fumadora pasiva	no fuma	TOTAL
14-20 años	2	0	1	3
% Fila	66,7	0,0	33,3	100,0
% Columna	18,2	0,0	3,0	5,7
21-25 años	2	0	2	4
% Fila	50,0	0,0	50,0	100,0
% Columna	18,2	0,0	6,1	7,5
26-30 años	2	2	6	10
% Fila	20,0	20,0	60,0	100,0
% Columna	18,2	22,2	18,2	18,9
31-35 años	2	2	8	12
% Fila	16,7	16,7	66,7	100,0
% Columna	18,2	22,2	24,2	22,6
36-40 años	3	4	7	14
% Fila	21,4	28,6	50,0	100,0
% Columna	27,3	44,4	21,2	26,4
41-45 años	0	1	9	10
% Fila	0,0	10,0	90,0	100,0
% Columna	0,0	11,1	27,3	18,9
TOTAL	11	9	33	53
% Fila	20,8	17,0	62,3	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

TABLA 29			
Relación entre estado civil y antecedente de PAP alterado en la población en estudio			
Estado civil	Sin antec. de PAP alt	Con antec.de PAP alt.	TOTAL
casada	26	3	29
% Fila	89,7	10,3	100,0
% Columna	56,5	42,9	54,7
conviviente	11	2	13
% Fila	84,6	15,4	100,0
% Columna	23,9	28,6	24,5
separada	1	1	2
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	2,2	14,3	3,8
soltera con pareja	4	0	4
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	8,7	0,0	7,5
soltera sin pareja	4	1	5
% Fila	80,0	20,0	100,0
% Columna	8,7	14,3	9,4
TOTAL	46	7	53
% Fila	86,8	13,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 30			
Relación entre hábitos higiénicos y antecedente de PAP alterado en la población en estudio			
Antec. de PAP alterado	adecuados	deficientes	TOTAL
Sin antec.	15	31	46
% Fila	32,6	67,4	100,0
% Columna	100,0	81,6	86,8
Con antec.	0	7	7
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	18,4	13,2
TOTAL	15	38	53
% Fila	28,3	71,7	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 31			
Relación entre N° parejas sexuales de la usuaria durante toda su vida y Antecedente de PAP alterado en la población en estudio			
NPSx	Sin antec de PAP alt.	Con antec. de PAP alt.	TOTAL
mas de una pareja sexual	34	5	39
% Fila	87,2	12,8	100,0
% Columna	73,9	71,4	73,6
ninguna	2	0	2
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,3	0,0	3,8
una pareja sexual	10	2	12
% Fila	83,3	16,7	100,0
% Columna	21,7	28,6	22,6
TOTAL	46	7	53
% Fila	86,8	13,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 32			
Relación entre escolaridad y antecedente de PAP alterado en la población en estudio			
Escolaridad	Sin antec.	Con antec.	TOTAL
educación básica completa	4	1	5
% Fila	80,0	20,0	100,0
% Columna	8,7	14,3	9,4
educación básica incompleta	16	3	19
% Fila	84,2	15,8	100,0
% Columna	34,8	42,9	35,8
educación media completa	15	2	17
% Fila	88,2	11,8	100,0
% Columna	32,6	28,6	32,1
educación media incompleta	8	0	8
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	17,4	0,0	15,1
técnica completa	2	1	3
% Fila	66,7	33,3	100,0
% Columna	4,3	14,3	5,7
técnica incompleta	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	2,2	0,0	1,9
TOTAL	46	7	53
% Fila	86,8	13,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

TABLA 33				
Relación entre paridad y tipo de MAC que usa la usuaria en estudio				
MAC	gran múltipara	múltipara	nulípara	TOTAL
ACO	0	11	1	12
% Fila	0.0	91.7	8.3	100.0
% Columna	0.0	25.6	14.3	22.6
DIU	0	12	0	12
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	27.9	0.0	22.6
esterilizada	3	16	0	19
% Fila	15.8	84.2	0.0	100.0
% Columna	100.0	37.2	0.0	35.8
no usa	0	3	4	7
% Fila	0.0	42.9	57.1	100.0
% Columna	0.0	7.0	57.1	13.2
preservativos	0	1	2	3
% Fila	0.0	33.3	66.7	100.0
% Columna	0.0	2.3	28.6	5.7
TOTAL	3	43	7	53
% Fila	5.7	81.1	13.2	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA 35			
Relación entre saneamiento básico y hábitos higiénicos de la población en estudio			
Hábitos Higiénicos	Saneamiento básico completo	Saneamiento básico incompleto	TOTAL
adecuados	4	11	15
% Fila	26,7	73,3	100,0
% Columna	16,7	37,9	28,3
deficientes	20	18	38
% Fila	52,6	47,4	100,0
% Columna	83,3	62,1	71,7
TOTAL	24	29	53
% Fila	45,3	54,7	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

8.3 ANEXO 3 : INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN MUJERES DE EDAD FERTIL USUARIAS DEL CONTROL GINECOLOGICO EN EL CONSULTORIO PAILLACO DURANTE AGOSTO-SEPTIEMBRE DEL AÑO 2006”

- 1.- ¿Cuál es su edad? _____
- 2.- ¿Cuál es su estado civil ?
 - a) Soltera sin pareja estable
 - b) Soltera con pareja estable
 - c) Conviviente
 - d) Casada
 - e) Separada
 - f) Viudo
- 3.- ¿Donde vive actualmente? Escriba el lugar o sector
 - a) Ciudad _____
 - b) Campo _____
- 4.- ¿Hasta que curso realizó?
 - a) Sin educación
 - b) Enseñanza Básica incompleta
 - c) Enseñanza Básica completa
 - d) Enseñanza Media incompleta
 - e) Enseñanza Media completa
 - f) Enseñanza Técnica Profesional incompleta
 - g) Enseñanza Técnica Profesional completa
 - h) Enseñanza Universitaria incompleta
 - i) Enseñanza Universitaria completa
- 5.- ¿Con cual de estas alternativas usted se identifica, acerca de su etnia o raza?
 - a) No mapuche
 - b) Mapuche
 - c) extranjera
 - d) Otra ¿Cual? _____
- 4.- De las siguientes alternativas ¿tiene alguna en la casa donde usted vive? ¿Cuál o Cuales? Enciérralas en un círculo.
 - a) Luz eléctrica
 - b) Agua potable

- c) Baño dentro de la casa
- d) Recolección de basura al menos 2 veces por semana

7.- ¿Cuál es la actividad que realiza usted actualmente?

- a) Dueña de casa
- b) Estudiante
- c) Trabaja con sueldo ¿Que tipo de trabajo realiza? _____
- d) No trabaja, ni es dueña de casa, ni es estudiante.

8.- ¿Tiene usted previsión de salud?

- a) No o pendiente
- b) Si ¿Cual? _____

9.- ¿Usted realiza alguna de las siguientes actividades físicas? ¿Cuál o Cuales? Enciérrelas en un círculo

- a) Camina mas de 30 minutos al día
- b) Hace algún deporte (aeróbica, básquet, fútbol, voleibol, etc)
- c) Trabajo en la casa (barrer, aspirar, hacer las camas, encerar, mover muebles, picar leña, etc)
- d) Hacer el jardín
- e) Correr
- f) Andar en bicicleta
- g) Mira televisión
- h) Otra ¿Cual? _____

10.- En relación al cigarrillo, encierre en un círculo la alternativa que la identifique.

- a) No fuma, y **nadie** lo hace en la misma habitación en que usted se encuentra.
- b) No fuma, pero alguien **SI** lo hace en la misma habitación en que usted se encuentra.
- c) Fuma menos de 5 cigarrillos al día
- d) Fuma entre 6 a 15 cigarrillos al día.
- e) Fuma más de 16 cigarrillos al día.

11.- En relación al alcohol, encierre en un círculo la alternativa que la identifique

- a) No consume alcohol.
- b) Consume alcohol menos de 5 veces a la semana, todo el tiempo.
- c) Consume alcohol menos de 5 veces a la semana, semana por medio.
- d) Consume alcohol 5 o más veces a la semana.

12.-¿Usted toma algún medicamento SIN que se lo recete un médico o la/el matrona/matrón?

- a) Si ¿Como cuál (si se acuerda)? _____
- b) No

13.- Durante el último año ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? Encierre en un círculo la o las alternativas

- a) Marihuana
- b) Pasta base
- c) Cocaína
- d) No he consumido ninguna de estas sustancias, al menos este último año.
- e) Nunca he consumido estas sustancias
- f) Otra ¿Cuál? _____

15.- ¿Tiene algún familiar directo (papá, mamá, abuelas/os, tías/os) que haya tenido o tiene cáncer o tumor?

- a) No
- b) Si ¿Qué tipo de cáncer o tumor? _____

16.- ¿Usted ha tenido hijos o hijas?

- a) No
- b) Si ¿Cuántos? _____

16.- ¿Usted ha tenido perdidas o abortos?

- a) No
- b) Si ¿Cuántos? _____

17.- ¿Usted usa algún método para “no quedar embarazada”?

- a) No
- b) Si ¿Cual? Marque con una **X** la o las que correspondan.

- Condón
- Pastillas anticonceptivas
- Inyecciones
- T de Cobre o DIU
- Es esterilizada

18.- ¿Usted ha dado pecho a sus hijos?

- a) Si ¿Por cuánto tiempo? _____
- b) No

19. Marque con una “X” la o las alternativas que la identifique.

- El aseo genital lo realizo en recipientes con agua estancada, o
- El aseo genital lo realizo con agua que corre.
- Después de orinar, defecar o realización de aseo genital, me limpio los genitales de adelante hacia atrás.
- Tengo relaciones sexuales durante la “regla”.
- Uso ropa interior de algodón.
- Uso protector diario.
- Uso mas de 5 toallas higiénicas por día, durante la regla.
- Uso menos de 5 toallas higiénicas por día, durante la regla.
- Diariamente cambio mi ropa interior.

En relación a su Sexualidad.

20.- ¿Ha qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

21.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido durante toda su vida?
Especifique con NUMEROS _____

22.- ¿Ha tenido pareja sexual durante los últimos 30 días? ¿Cuántas? _____

23.- Por ultimo, colóquele nota del 0 al 5, a la importancia que usted cree tiene hacerse los controles ginecológicos con la Matrona/Matrón cuando corresponde. Siendo 5 muy importante y 0 sin importancia. Encierre en un circulo la nota que usted le asigna.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION!

8. 4 ANEXO 4 : PROTOCOLO DE REVISION DE FICHA

N° _____

Estado nutricional

Talla _____ peso _____ IMC _____

Sin información _____

Antecedentes de ITS

Sífilis Gonorrea Herpes genital Condiloma acuminado
 Tricomoniasis Vaginosis Bacteriana Candidiasis Genital
 VIH/SIDA

Otra _____

Sin información _____

Fecha realización último control Ginecológico _____

Sin información _____

Fecha realización ultimo examen de PAP _____

Sin información _____

Fecha realización último examen Protocolizado de mamas _____

Sin información _____

Antecedente de intervención ginecológica/obstétrica Si _____ No _____

Tipo de cirugía _____

Sin información _____

Ultimo motivo de consulta a la matrona _____

Sin información _____ fecha _____

Antecedentes mórbidos personales de la usuaria

Diabetes Dislipidemia ITU
 HTA Cáncer Depresión
 Otra _____
 Sin información Sin antecedente

8. 5 ANEXO 5 : CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº _____

Investigación: “Perfil epidemiológico en mujeres de edad fértil usuaria del control ginecológico en el consultorio de Paillaco durante agosto y septiembre del año 2006”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio que realizan unas tesis de Obstetricia y Puericultura (Matronas en Práctica)

Mi participación consiste en responder una encuesta escrita anónima.

Se me ha informado que el objetivo de la investigación es conocer algunos aspectos sobre mí.

Se me ha permitido realizar preguntas sobre la razón del estudio, no responder alguna pregunta o retirarme de él si lo creo necesario.

Este estudio es confidencial y su resultado será publicado.

Se me ha explicado que este estudio no tiene riesgos para mí ni mi familia.

Si tengo alguna duda o consulta en relación al estudio en que he participado, puedo dirigirme a las Srtas. Maribel Parra A. o Abia Vidal A., Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Austral de Chile (UACH), Valdivia.

Entonces:

____ Si deseo participar, respondiendo la encuesta

____ No deseo participar, respondiendo la encuesta

Yo doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma participante _____

Firma Tesista _____

Valdivia, ____ de _____ de 2006