

Gladys Eugenia Canaval Erazo

Salud de la mujer

**Un desafío para el cuidado
y un compromiso de todos**



Universidad
del Valle

Programa  Editorial

El presente libro es el resultado de la experiencia en investigación de la autora; plasma los resultados de investigaciones realizadas por ella en el grupo de Investigación en Promoción de la Salud -Promesa- de la Universidad del Valle. Integra los desarrollos de la aplicación de la investigación a la práctica, a la docencia y al trabajo en red en diferentes grupos locales, nacionales e internacionales.

Se fundamenta en una visión holística de la mujer como ser humano bajo las directrices de los derechos humanos, el desarrollo humano y el enfoque de género. Presenta algunas situaciones que afectan en gran proporción la salud de la mujer y expone aspectos relevantes para el cuidado de la salud y para la promoción de la salud de la mujer.

El contenido de este libro se refiere a la salud de la mujer en varias etapas del ciclo de la vida; presenta algunos temas con énfasis en la mujer adolescente y joven, como se puede apreciar en la temática de imagen corporal, empoderamiento y desarrollo de juventud; aborda el tema de salud de la mujer, su cuidado, el concepto de salud, determinantes de la salud y promoción de la salud; también la mujer y el VIH; la mujer y la depresión; la actividad física y la promoción de la salud. Otros temas están dirigidos a la mujer en la etapa de adulta madura, como el tópico de la transición de la menopausia.

El libro aporta a la ciencia de la salud de la mujer vista como un área del conocimiento donde confluyen muchas disciplinas y profesiones con énfasis en promoción de la salud.



Salud de la mujer

**Un desafío para el cuidado
y un compromiso de todos**



Colección Salud

GLADYS EUGENIA CANAVAL ERAZO

Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle (Cali, Colombia). Estudió Enfermería en la Universidad del Valle; es licenciada en Educación de la Universidad Santiago de Cali; Máster en Ciencias Básicas Médicas de la Universidad del Valle; Ph.D. en Ciencias de Enfermería y Especialista en Salud de la Mujer de la Universidad de Illinois, en Chicago, Estados Unidos (1996).

Ha trabajado en docencia, investigación y asesorías en el campo de la salud de la mujer, la promoción de la salud sexual, la promoción del buen trato y la prevención de la violencia intrafamiliar y de la infección del VIH, en proyectos con mujeres adultas, adolescentes y jóvenes, principalmente. Coautora del libro *No sólo el amor te salva* y de múltiples artículos de investigación y de salud de la mujer.

Salud de la mujer

**Un desafío para el cuidado
y un compromiso de todos**

Gladys Eugenia Canaval E.



Colección Salud

Canaval E., Gladys Eugenia
Salud de la mujer : un desafío para el cuidado y un compromiso
de todos / Gladys Eugenia Canaval E. -- Cali : Programa Editorial Universidad
del Valle, 2010.

276 p. : il. ; 24 cm. -- (Colección ciencias Sociales)

Incluye bibliografía e índice.

ISBN 978-958-670

1. Salud de la mujer - Historia 2. Mujeres - Salud e higiene

3. Mujeres - Conducta sexual I. Tít. II. Serie.

613.0424 cd 21ed.

A1269210

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Universidad del Valle
Programa Editorial

Título: *Salud de la mujer: Un desafío para el cuidado y un compromiso de todos*

Autor: Gladys Eugenia Canaval E.

ISBN: 978-958-670-848-7

ISBN PDF: 978-958-765-589-6

DOI: 10.25100/peu.167

Colección: Salud

Primera Edición Impresa **noviembre 2010**

Edición Digital **junio 2017**

Rector de la Universidad del Valle: Édgar Varela Barrios

Vicerrector de Investigaciones: Jaime R. Cantera Kintz

Director del Programa Editorial: Francisco Ramírez Potes

© Universidad del Valle

© Gladys Eugenia Canaval E.

Diseño de carátula, diagramación y corrección de estilo: G&G Editores

Este libro, o parte de él, no puede ser reproducido por ningún medio sin autorización escrita de la Universidad del Valle.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión del autor y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad del Valle, ni genera responsabilidad frente a terceros. El autor es el responsable del respeto a los derechos de autor y del material contenido en la publicación (fotografías, ilustraciones, tablas, etc.), razón por la cual la Universidad no puede asumir ninguna responsabilidad en caso de omisiones o errores.

Cali, Colombia, junio de 2017



Universidad
del Valle

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

CONTENIDO

¿Por qué un libro sobre salud de la mujer?	17
Introducción	19
Ejes integradores	21
Contenido	21
Metodología	22
Limitaciones	23
Implicaciones	24
1. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	25
Perspectiva de género	25
Los derechos de la mujer	27
Violencia contra la mujer	30
Migración y género	31
Mujeres sin nombre	32
Participación política	32
Género e identidad	34
Género, estado socioeconómico y salud	35
2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD DE LA MUJER	41
Influencias históricas en la salud de la mujer	41
La influencia de los medios	44
Influencias culturales	47
Influencia de la identidad de género y la socialización	47
Adolescentes, jóvenes y vulnerabilidad	49
Recomendaciones para la salud de la mujer	50

3.	SALUD DE LA MUJER: CONCEPTO, DETERMINANTES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.	57
	Inequidad de género en salud.	59
	Exposición y vulnerabilidad.	59
	Visión holística y humanista de la salud	61
	Importancia de la salud de las mujeres	62
	Factores que afectan la salud	63
	El estrés y la salud	66
	Indicadores para medir salud	70
	Estrategia para reducir el impacto del estrés	73
	Recomendaciones para la acción	74
	Responsabilidad por la salud	75
4.	LA IMAGEN CORPORAL.	83
	Imagen corporal y sexualidad	87
	Estándar de belleza.	89
	Factores asociados a la satisfacción con la imagen corporal.	89
	Teoría de la objetivización	90
	La identidad y la edad de la madurez.	90
5.	LA MUJER Y LA SALUD SEXUAL.	99
	Mujer, sexualidad y salud sexual	103
	La educación sexual	105
6.	LA MUJER Y EL VIH	111
	Feminización de la epidemia del VIH - SIDA	111
	Impacto de la infección con VIH	114
	Vulnerabilidad y riesgo	117
	Enfoque de género y la infección con el VIH	119
	Factores protectores y el VIH.	119
	Prevención del VIH	122
	La educación sexual	124
7.	LA MUJER, EL EMPODERAMIENTO Y LA SALUD.	131
	Definición de empoderamiento y clasificación	133
	Nivel de empoderamiento	134
	Mujer y empoderamiento.	135
	El empoderamiento y las metas para mejorar el bienestar.	140
	El empoderamiento y el desarrollo	140
	El empoderamiento como un proceso	142
	El empoderamiento, la educación y la salud	143

Implicaciones para las políticas y para la investigación futura	148
Empoderamiento, participación social y toma de decisiones	148
8. DESARROLLO DE JUVENTUD. LAS MUJERES Y EL EMPODERAMIENTO	155
Empoderamiento en la práctica con mujeres adolescentes	155
Desarrollo de juventud.	156
Desarrollo de liderazgo y amistad	163
9. SALUD DE LA MUJER EN LA ETAPA DE ADULTA MADURA: LA MENOPAUSIA	167
La menopausia, un fenómeno natural	167
La teoría de las transiciones y la menopausia	168
La transición y la salud	170
La transición de la menopausia	172
Síntomas y trastornos de la menopausia	174
Educación para el autocuidado	181
Retos y perspectivas para el cuidado	183
Recomendaciones.	184
10. LA MUJER Y LA “ENFERMEDAD DE LA OSCURIDAD”	191
Síntomas de depresión	194
Depresión y género	195
La violencia contra la mujer.	196
La doble amenaza.	197
Depresión y reciprocidad en las relaciones	198
Estrés, situaciones especiales y depresión.	200
Madres adolescentes y depresión.	201
Apoyo social	203
Depresión y consecuencias	203
Depresión y calidad de vida.	205
Implicaciones de la depresión en la práctica, el cuidado y la investigación	205
11. ACTIVIDAD FÍSICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.	217
Beneficios de la actividad física.	217
Práctica de actividad física.	218
Actividad física y situaciones específicas	219
Actividad física y relación con el peso corporal	219
Otras situaciones específicas	220
Recomendaciones para la realización de actividad física	223

12. EL CUIDADO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
DE LA MUJER	229
El cuidado, enfermería y las cuidadoras informales	229
La filosofía del cuidado	231
El cuidado y la Teoría de las Transiciones.	232
Transiciones saludables	234
El cuidado para la promoción de la salud	235
Tipos de cuidado	237
Las mujeres como cuidadoras	238
El cuidado de la salud de la mujer	239
El arte como estrategia de cuidado.	240
Las mujeres se ayudan entre ellas	241
El cuidado y la dimensión espiritual	242
La amistad y el compañerismo.	242
Cuidado de la salud. La sanación y el mito	243
El cuidado desde la perspectiva transcultural	244
 ANEXOS	
Anexo 1. Las cifras	249
Anexo 2. Lineamientos para la educación de los profesionales de la salud y afines	273
Anexo 3. Marco normativo de interés para la mujer, la salud y el desarrollo de la mujer	279

PRÓLOGO

SALUD DE LA MUJER. UN DESAFÍO PARA EL CUIDADO Y UN COMPROMISO DE TODOS

Al aproximarnos a la segunda década del nuevo milenio nos encontramos con una serie de cambios acelerados, tanto desde el punto de vista social como en lo que atañe a los desarrollos científicos y tecnológicos. Entre éstos, dos de los cambios más profundos son los que tienen que ver con la mujer y con el cuidado de la salud. El primero, porque el papel social, económico, cultural y político de las mujeres se ha expandido a saltos agigantados en la mayor parte de los países alrededor del planeta; el segundo, porque tanto desde una perspectiva conceptual como en cuanto a prevención, promoción y tratamiento se han producido enormes progresos.

Es por ello que este libro de Gladys Eugenia Canaval, que conjuga en una sola temática estos dos elementos, aborda una cuestión de gran importancia y actualidad. Por otra parte, el enfoque que ha escogido es afortunado, ya que al emplear la perspectiva de género ha logrado ampliar el espectro de su contenido a la vez que le ha dado un tratamiento conceptualmente acertado. Desde esta perspectiva, la salud de las mujeres es algo inmensamente más amplio que un problema biológico y reproductivo, por lo cual la visión de la autora nos lleva a examinar múltiples esferas de la vida moderna desde distintos niveles y disciplinas.

El concepto de género nos permite mirar a las mujeres desde un punto de vista relacional, y tomar en cuenta aspectos sociales y culturales que influyen en su salud, como la participación política y las representaciones contemporáneas de la belleza, entre muchos otros, a la vez que se subraya la importancia de los derechos humanos y la búsqueda de la equidad social. Por esa misma razón,

se abandona la representación de la mujer meramente como población vulnerable, para verla como agente activa de su propio bienestar, y se adopta la transversalidad del género, entendiéndolo como un elemento que está presente en todas las esferas, niveles y ámbitos sociales y culturales.

En segundo lugar, el concepto de salud empleado trasciende la mirada meramente curativa, y conduce a incluir un panorama “multidimensional y de connotación positiva”, que abarca “lo biológico, psicológico, social, espiritual, ambiental y cultural”. Canaval ha optado por una visión holística y humanística de la salud, donde ésta aparece como mucho más que la ausencia de enfermedades, para enfatizar un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, ubicando la salud en el medio social y equiparándola con “una vida creativa y productiva”. Nos referimos aquí, por supuesto, a la definición ya clásica de la OMS, que aunque la autora reconoce que ha sido criticada por “amplia, utópica y abstracta”, sin embargo permite un abordaje a la vez extenso y profundo de los distintos determinantes sociales que la afectan.

De esta suerte, el texto de Gladys Eugenia Canaval, sin aspirar a la exhaustividad, toma en cuenta las relaciones entre la salud y factores tan diversos como el empleo, el estrés, la auto-imagen corporal, la sexualidad, la depresión y la actividad física. A partir de una amplia revisión de la literatura pertinente, se logra un amplio panorama anchuroso sobre el tema de la salud de la mujer. No están ausentes, tampoco, campos como el estudio del VIH-Sida, la violencia sexual y las diversas etapas del ciclo vital, incluyendo la adolescencia y la menopausia.

En mi opinión, uno de los mayores aciertos del libro tiene que ver con el hecho de que en él ocupa un lugar prominente el concepto de empoderamiento, tema que, como la autora lo dice, es indispensable al abogar “por la equidad, por la promoción de la salud y por la disminución de la vulnerabilidad social de las mujeres”. No debe entenderse por empoderamiento, nos dice Canaval, la capacidad de dominar o controlar a otros, sino, por el contrario, la posibilidad de actuar con ellos y ellas para emprender acciones conjuntas que conduzcan al mejoramiento de las diversas situaciones de la vida. Las consecuencias sociales y culturales del empoderamiento de la mujer serán benéficas no sólo para ellas, sino también para los varones, en la medida en que “se tendrá la oportunidad de vivir en una sociedad más equitativa y de explorar nuevos papeles”, rompiendo con la tiranía de los roles tradicionales, que nos aprisionan y anquilosan.

Ahora bien, el concepto de empoderamiento no se limita a las relaciones interpersonales ni al ámbito personal y familiar, sino que se extiende a las organizaciones y las comunidades, por lo cual debe ser visto como “un proceso de acción social que tiene que ser mirado en el contexto del ambiente social y político”. Es por ello que en un país como Colombia, donde vivimos un largo conflicto armado, las mujeres sufren situaciones

como el desplazamiento y la violencia corporal y simbólica, que tienen efectos negativos sobre los niveles de empoderamiento, no sólo en relación con la salud física, sino con todo el bienestar de las mujeres, y no sólo de las directamente afectadas, sino, indirectamente, de todas las mujeres. Podemos concluir, entonces, como lo sugiere Canaval, que allí donde se dificulta grandemente el empoderamiento, tanto personal como comunitario, es urgente reforzar las instituciones y los grupos organizados “a través de los cuales la acción individual facilita un actuar compartido, lo que contribuye al empoderamiento organizacional”.

En la medida en que logremos aumentar los niveles de empoderamiento de las mujeres de toda Colombia, obtendremos no sólo una sociedad más equitativa, sino también un país más desarrollado y progresista. Muchas organizaciones internacionales así lo reconocen cuando emplean los indicadores de progreso en relación con el género como señal o indicio del desarrollo de un país. Canaval nos lo señala, cuando se refiere a las Conferencias Mundiales de Población en El Cairo (1994) y de la Mujer, en Beijing (1995), que enfatizaron la relación entre el empoderamiento de la mujer y la promoción de la salud, así como cuando recoge las Metas del Milenio, en las cuales se plantea el empoderamiento de la salud como una de las rutas “para lograr la reducción de las inequidades de género y para alcanzar el desarrollo humano”.

No es posible, en las breves páginas de este prólogo, hacer referencia a todas las temáticas que pueden ser útiles a sus potenciales lectores y lectoras. Sin embargo, no podemos dejar de señalar la importancia del capítulo sobre el cuidado. Allí se parte de una reflexión filosófica fundamentada en Heidegger sobre el concepto del cuidado como “un fenómeno ontológico, existencial básico”, y como “la base que posibilita la existencia humana en cuanto existencia”.

Se reconoce, a partir de estos razonamientos, la necesidad de una ética del cuidado “de sí, de los demás y del entorno” como fundamento de una “ética de la responsabilidad y de la justicia social”. Al mismo tiempo, se aborda el tema del cuidado para la promoción de la salud, se distingue entre los tipos de cuidado (para la conservación de la vida y para la cura) y se conceptualiza la relación entre cuidado y género al reconocer a las mujeres como las cuidadoras por antonomasia en la tradición cultural. También se consideran las dimensiones más amplias del cuidado en su relación con la espiritualidad, con la amistad, con el compañerismo y con el amor.

Por último, este libro proporciona una serie de datos socio-demográficos actualizados sobre distintas variables que pueden afectar la salud de la mujer (expectativa de vida, mortalidad, cifras laborales, sobre pobreza, violencia, etc.). No podían faltar los datos sobre las mujeres como portadoras o infectadas con VIH - SIDA, así como sobre abortos. Otros elementos que seguramente serán de utilidad para quienes consulten estas páginas son la

recopilación de leyes de interés para la mujer y la salud, y los lineamientos que se ofrecen para la educación de profesionales de la salud.

Por tratarse de un texto que tiene una de sus fuentes en la larga experiencia de su autora en la investigación y la docencia como enfermera, muchas de las reflexiones que encontramos en este libro se plantean desde la óptica de las profesiones relacionadas con la salud. Sin embargo, se trata de un libro que será útil no sólo para los y las profesionales en dicho campo, sino también para cualquier estudiante o especialista que necesite un compendio bien articulado de reflexiones sobre la salud de la mujer.

GABRIELA CASTELLANOS LLANOS

Centro de Estudios de Género, Mujer y Sociedad

Universidad del Valle

Octubre de 2010

¿POR QUÉ UN LIBRO SOBRE SALUD DE LA MUJER?

El interés por los asuntos de mujer en el desarrollo abrió la perspectiva respecto al estudio de la salud de la mujer. Desde hace más de tres décadas la salud de la mujer es considerada de gran importancia y se ha incrementado la investigación en este campo, por lo que desde temprano, en la década de los años setenta, la salud de la mujer ha ganado el reconocimiento como disciplina.

La salud de la mujer fue definida inicialmente sólo en el campo de la salud reproductiva. Hoy la visión de la salud de la mujer se ha ampliado y aborda tópicos tan amplios como la promoción de la salud, la salud mental, las enfermedades crónicas, la sexualidad, la salud reproductiva, las políticas públicas, temas sobre los recursos externos e internos, el empoderamiento, las transiciones del desarrollo y otros más.

Una nueva generación de mujeres que está desarrollando una imagen de sí mismas diferente a la tradicional, que tienen sentido de sí como usuarias de los servicios de salud y como agentes participativos que toman decisiones, requiere también de un tratamiento distinto como usuarias de los servicios de salud en los que se les mire como miembros activos, a quienes se les proporcione información, a quienes se les pide consentimiento. Las mujeres toman decisiones en salud y participan en el cuidado de sí y en el cuidado de otros, principalmente de los miembros de su familia.

Se abordarán temas que interesan a las mujeres sobre la salud que han sido poco explorados, con una mirada diferente a la tradicional; temas sobre el cuidado que se entrelazan con varias disciplinas.

La salud de la mujer, acorde con la concepción tradicional de la salud, fue vista con la óptica del modelo biológico y centrado en la enfermedad y la cura. En correspondencia con la evolución del concepto de salud, la salud de la mujer ahora es concebida con una mirada holística e integradora.

Algunos temas se seleccionaron por el enorme interés que despiertan en las mujeres, otros porque son contemporáneos en el mundo globalizado, como el de la imagen corporal, que atraviesa la vida de las mujeres, en especial en la adolescencia y en la edad madura. Asuntos como el de la depresión, en adición a otros tópicos de salud mental, serán los de mayor prevalencia en los años venideros; otros temas se han seleccionado porque de ellos se ha dicho poco en general.

Las mujeres son seres humanos con derechos y deberes; la concepción de la mujer como persona íntegra, digna, con múltiples potencialidades, fortalezas y necesidades obliga a que se aborden algunos aspectos con la perspectiva de género. Se excluyeron temas no por carecer de importancia, sino porque la complejidad de los mismos sobrepasa la intención de esta obra. Se dio énfasis a los temas objeto de la docencia, práctica e investigación que he realizado a lo largo de varios años. Algunos son de importancia para las y los profesionales de enfermería y de otras profesiones, otros son de importancia para las propias mujeres; estas ideas han sido plasmadas pensando en ellas. Se dan sugerencias para el cuidado que pueden ser discutidas por las mismas mujeres con los proveedores de la salud, en las redes sociales de apoyo y en los círculos de amigas o de la familia.

Se espera que como producto de esas conversaciones ellas obtengan elementos para la toma de decisiones en salud. Las mujeres están dejando de ser pacientes “pasivas” y receptoras de las indicaciones de otros para convertirse en actores protagónicos de su propio cuidado a partir de la toma de conciencia de su papel legendario de cuidadora de otros.

El énfasis es en la perspectiva de la salud como derecho, como recurso, como resultado, como parte del bienestar; la salud debe ser privilegiada para mantenerla o preservarla, buscarla y lograrla y así darle preponderancia a su promoción.

INTRODUCCIÓN

Este libro es el resultado de mi experiencia en investigación durante los últimos 15 años; se plasman los resultados de las diferentes investigaciones realizadas en el marco del grupo de investigación en Promoción de la Salud – Promesa, de la Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, de la Universidad del Valle. Adicionalmente se integran los desarrollos obtenidos de la aplicación de la investigación a la práctica, a la docencia en la misma Universidad del Valle y al trabajo en red en diferentes grupos locales, nacionales e internacionales, entre ellos el Centro de Género, Mujer y Sociedad de la Universidad del Valle, el Comité Municipal de Educación y Salud Sexual de Cali, la Mesa Mujer, Salud y Desarrollo, Corporación; la Red Internacional de Enfermeras Investigadoras en VIH - SIDA y la red de Enfermeras del Anillo del Pacífico Investigadoras en Violencia de Pareja – EAPIVP.

En el grupo Promesa, clasificado por Colciencias en categoría B en el año 2009, mi participación concierne a las líneas de investigación de Salud de la Mujer, Promoción de la Salud Sexual y Prevención del VIH - SIDA y Salud Integral y Calidad de Vida. Los proyectos de investigación realizados corresponden, entre otros, a:

- Percepción del Empoderamiento Comunitario en Mujeres de Cali. Tesis doctoral, Universidad de Illinois, Chicago. 1996.
- Mujer Latinoamericana: Depresión prenatal/postnatal. Programa Minority International Research Training - MIRT de la University of Illinois, Chicago. Financiada por el National Institute of Health, USA, Loyola University at Chicago y la Universidad del Valle. 1997 - 2001.
- Adolescentes y factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Universidad del Valle. Programa de Especialización en Salud Familiar. 1997 - 1998.

- Significados y vivencias de procesos gestacionales interrumpidos voluntariamente. Financiación de Colciencias, Universidad del Valle, Instituciones y algunas ONG en pro de la Mujer de Cali. 1999 - 2000.
- Violencia en contra de la mujer: Calidad de vida y apoyo social. 1998 - 2000.
- Acceso a los servicios de salud de las mujeres trabajadoras sexuales del Distrito de Aguablanca en Cali, Colombia. 1999 - 2001.
- AMANECER: Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA y otras ITS en mujeres. Financiada por la Universidad del Valle y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. 1999 - 2002.
- Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA y otras ITS en mujeres de clase socioeconómica alta de Cali. Financiada por la Universidad del Valle. 2001 - 2002.
- Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA y otras ITS en adolescentes y jóvenes de la Comuna 18 de Cali. Financiada por la Universidad del Valle y la Fundación W. K. Kellogg. 2002 - 2003.
- Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA y otras ITS en adolescentes y jóvenes. Proyecto Amanecer Joven. 2003 - 2008.
- Manejo de síntomas por autocuidado en personas con VIH - SIDA. Proyecto colaborativo con la Universidad de California en San Francisco y la Red Internacional de Enfermería en VIH - SIDA. 2004 - 2006. Con el Apoyo de Colciencias.
- Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. Proyecto Colaborativo con la Universidad de Antioquia. 2005 - 2008.
- Efectividad de un manual para autocuidado de síntomas en personas que viven con el virus del SIDA. 2007 - 2009.
- Traducción y adaptación de un instrumento sobre estrés en la vida diaria en una muestra de mujeres colombianas. 2008. Con el apoyo de la EAPIVP.
- Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA y otras ITS en estudiantes universitarios. Apoyo de la VRI - Univalle. 2009 - 2010.
- Salud de la mujer. Síntomas, trauma y violencia de pareja. Con el apoyo de VRI - Univalle. 2009 - 2010.

Este libro es el resultado de un ejercicio que procuró aportar al campo de las ciencias de la salud, fundamentado en una visión holística de la mujer como ser humano de tremenda importancia en el desarrollo social; se guía por las directrices de los derechos humanos, el desarrollo humano y el enfoque de género. El libro no es un compendio que aborda todos los temas de la salud de la mujer, sería una empresa muy difícil de lograr; desde que fue planeado no pretendió tal propósito; algunos temas se mencionan de manera tangencial, algunos se abordan en pequeña extensión y otros se trabajan de manera más profunda, acorde con mi experiencia en investigación.

Una premisa orientadora para el plan de escritura fue: no es posible cubrir el saber en su totalidad, el conocimiento está allí y cualquiera puede acceder a él, de lo que se trata es de presentar un escrito que puntualice algunas situaciones que afectan en gran proporción la salud de la mujer y exponer aspectos relevantes para el cuidado y la promoción de la misma.

EJES INTEGRADORES

El contenido de este libro se refiere a la salud de la mujer en varias etapas del ciclo de la vida; está centrado en la mujer adulta, principalmente; presenta algunos temas con énfasis en la mujer adolescente y joven, como se puede apreciar en la temática de imagen corporal, empoderamiento y desarrollo de juventud; otros temas están dirigidos a la mujer en la etapa de adulta madura, como el tópico de la transición de la menopausia. Los derechos humanos y el enfoque de género son ejes transversales que ayudan en la interpretación de los datos y de las descripciones. También se remarca la visión del cuidado y de la promoción de la salud.

CONTENIDO

Después de presentar la perspectiva de género se incluye el capítulo sobre la historia de la salud de la mujer, las influencias históricas, de los medios, de la identidad y de la socialización en la salud de la mujer; se continúa con el tema de la promoción de la salud de la mujer, los determinantes de la salud, aspectos sobre exposición y vulnerabilidad, el estrés y la salud. Posteriormente están los capítulos que se refieren a la imagen corporal, la salud sexual y el tema de la mujer y el VIH - SIDA. En estos tres capítulos se muestra una visión holística y humanística de la salud, algunos factores que afectan la salud como el estrés, la feminización de la epidemia del VIH - SIDA, el impacto de la infección del VIH, los factores protectores y la prevención de la infección con el VIH.

Siguen dos capítulos, el octavo y el noveno, sobre el empoderamiento y la salud y el desarrollo de juventud. Se enfatiza en el empoderamiento y en las metas para mejorar el bienestar, se propone un marco conceptual para la promoción de la salud con base en el empoderamiento y en el desarrollo de la juventud; se aborda el empoderamiento y el desarrollo y las implicaciones para las políticas y para la investigación futura.

En el capítulo diez se presenta la mujer y la “enfermedad de la oscuridad”, es decir, la depresión. Allí se listan los síntomas de depresión, se señalan situaciones particulares relacionadas con la depresión como la violencia contra la mujer, el estrés, entre otros, y se muestran algunas consecuencias y el efecto sobre la calidad de vida y la salud de la mujer.

El capítulo 11 se refiere a la actividad física y la promoción de la salud,

sus beneficios, la relación con situaciones específicas y algunas recomendaciones. En el capítulo 12 se destacan aspectos sobre el cuidado para la promoción de la salud, pasando por la filosofía del cuidado, el cuidado y la teoría de las transiciones, las mujeres como cuidadoras y el cuidado de la salud, la sanación y el mito.

METODOLOGÍA

El diseño seguido corresponde a una revisión de literatura para lo cual empleé triangulación metodológica, combiné información obtenida de una búsqueda sistemática de literatura científica en bases de datos computarizadas y electrónicas, utilicé materiales, informes y artículos publicados resultado de las investigaciones realizadas en el grupo de Investigación Promesa y de otros sitios como los centros de documentación del CGMS de Univalle, del Centro de Género de la Universidad Nacional y de los aportes de algunos investigadores quienes gentilmente me enviaron por la Internet los artículos que les solicité.

La revisión de literatura siguió varias etapas; una de ellas consistió en definir los criterios de inclusión con base en los términos o palabras clave para la búsqueda. Tomé como palabras clave y términos de búsqueda los descritos en el contenido propuesto en el proyecto presentado para el Año Sabático a la Universidad del Valle en el año 2008, con límite de fechas, es decir de los años 1994 a 2009; sin embargo es preciso aclarar que algunas referencias y bibliografía anterior a esas fechas obedece a documentos considerados de importancia por mí o por recomendaciones obtenidas de fuentes primarias.

Otra etapa consistió en realizar la búsqueda de artículos, libros, documentos, informes y ensayos en las fuentes provenientes de bases de datos bibliográficos científicos, computarizadas y electrónicas disponibles en la biblioteca de la Universidad del Valle, en la literatura gris, y en fuentes de acceso popular como periódicos y revistas. Inicialmente tomé el taller con una funcionaria de la Biblioteca de San Fernando de la Universidad del Valle para actualizar la estrategia de búsqueda, ayuda que apreció mucho, lo que me dio la posibilidad de acceder a las bases de datos electrónicas desde cualquier parte donde pudiera hacer conexión a la Internet.

Realicé la búsqueda en las diferentes fuentes de la literatura a partir de la información que recabé de:

- EBSCO: Publicaciones académicas en todas las áreas del conocimiento.
url: <<http://search.ebscohost.com>>
- SCIENCE DIRECT: Especializada en ciencia y tecnología.
url: <<http://www.sciencedirect.com>>
- WEB OF SCIENCE: Índice de citas
url: <<http://go.isiproducts.com/>>

- INFORME ACADÉMICO: Publicaciones en español editadas en Iberoamérica.
url: <<http://infotrac.galegroup.com/itweb/univalle>>
- ACADEMIC ONE FILE: Multidisciplinaria.
- HINARI: Base de datos biomédica.
url: <<http://www.who.int/hinari/en/>>
- OVID.
url: <<http://ovidsp.ovid.com/autologin.html>>
- SPRINGER.
url: <<http://www.springerlink.com/>>

UTILIDADES

- A TO Z: Consulta la disponibilidad de una revista específica en todas las bases de datos.
url: <<http://atoz.ebsco.com/home.asp?Id=Univ1F16>>

La siguiente etapa consistió en seleccionar, con base en el título y en el resumen, los artículos o materiales de revistas científicas que respondían a los criterios fijados en los lineamientos de cada capítulo. Cerca de tres mil artículos fueron revisados en primera instancia para dejar solamente los que por su contenido serían los seleccionados. Posteriormente, después de la primera lectura de los seleccionados, que fueron aproximadamente 1.000 documentos, elegí un poco más de 600 artículos que pasaron a la fase de segunda y tercera lectura de cada uno, de donde obtuve los resúmenes para las referencias.

Los datos obtenidos de la búsqueda se organizaron en carpetas electrónicas codificadas de acuerdo con los subtemas de cada uno de los capítulos en donde se nombraron subcarpetas según las especificidades de los temas con base en los resultados de la revisión de la investigación científica.

LIMITACIONES

El libro es un producto en construcción que tiene varias limitaciones; primero, no pretendió cubrir la extensa literatura sobre la ciencia de la salud de la mujer; la búsqueda bibliográfica principalmente se hizo en bases de datos electrónicas en diferentes campos del saber de las ciencias de la salud, y en menor proporción de las ciencias sociales, de la psicología, la educación y las humanidades.

Segundo, muchos temas relacionados con la salud, situaciones específicas, problemas o enfermedades, se presentan con base en la evidencia científica de la literatura revisada en los últimos 15 años. Algunos materiales datan de fecha anterior, como ya lo mencioné, por ser considerados valiosos en la evolución histórica de la salud de la mujer, o por ser relevantes a determinados temas. Gran parte de los comentarios o sugerencias se moldean

bajo la mirada de la autora, inclinada hacia la promoción de la salud y fundamentada en su experiencia de mujer mestiza en sus cincuenta, profesional de la salud, profesora universitaria; de clase media, casada, con tres hijos varones, con fuertes vínculos con una familia muy extensa y con un círculo pequeño de amigas, y ligada al trabajo comunitario y al voluntariado por la salud de la mujer desde hace más de 20 años; de allí que este material, escrito con fundamento principal en la evidencia científica, puede tener los sesgos propios de quien lo escribe.

Tercero, el libro proporciona una amplia revisión de algunos temas, escogidos con base en mi experiencia en investigación, docencia y trabajo en red; deja de lado otros tópicos no por ser menos importantes, porque la finitud del tiempo y mis compromisos durante el período de escritura del mismo no me permitieron extenderlo; quedo en deuda con temas como la salud cardiovascular, la salud osteomuscular, la salud y el sistema endocrino, entre otros; estos temas no se mencionan mayormente a pesar de ser de gran relevancia para la salud y la vida de las mujeres.

IMPLICACIONES

El libro tiene algunas implicaciones para el cuidado, por ser mi profesión de base la de enfermera y educadora; la tendencia fue a referirme en algunas ocasiones a las funciones propias de estas profesiones, sin embargo, el propósito fue el de aportar a la ciencia de la salud de la mujer vista como un área del conocimiento donde confluyen muchas disciplinas y profesiones y que por tener un énfasis en promoción de la salud toca con otros sectores diferentes del sector salud.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El género es una construcción sociocultural que le asigna significado a las personas; aparece como la diferencia social entre lo masculino y lo femenino (1); es una categoría de las ciencias sociales; particularmente es una categoría de análisis y se relaciona con otras categorías sociales como etnia, sexualidad, nacionalidad, clase, religión y otras.

La diferencia e influencia en la vida, en la salud y en la enfermedad de las mujeres de diversas condiciones tales como la etnia, la clase, la edad, hacen que sea necesario extender la mirada hacia estas otras categorías y hacia contextos culturales concretos. La mayor parte de los temas que se presentan aquí se refieren a las mujeres en general, sin desconocer otras categorías de análisis, advirtiendo que existen especificidades que son importantes y que muestran lo complejo del asunto.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

El principio de transversalidad de género (*gender mainstreaming*) denominado enfoque integrado de género, es la reorganización, desarrollo y evaluación del proceso político necesario para que esta perspectiva de género sea incorporada en todas las políticas y prácticas por los actores que normalmente están involucrados en la toma de decisiones políticas (2, 3).

Un enfoque de género para abordar la salud de la mujer traspasa los límites de cualquier disciplina. Partir de un enfoque con perspectiva de género aporta elementos para la comprensión de fenómenos que se relacionan con la salud de la mujer y que tienen su génesis en aspectos sociales profundos en los cuales juega papel importante la falta de equidad, las desigualdades en derechos y en oportunidades y la discriminación de género.

El enfoque de género, con su análisis de género, es un instrumento útil para la planeación en salud, para integrar la corriente de género en la política pública y para evaluar su impacto en la equidad de género (4, 5, 6). Se abordarán temas relacionados con la salud y con asuntos específicos de interés en el estudio de la salud de la mujer; adicionalmente se particularizará en aspectos relativos al cuidado de la salud, y al cuidado de la mujer en situaciones específicas, con énfasis en el análisis de género.

La perspectiva de género conducirá a las lectoras y lectores a realizar el análisis de la información de una manera distinta a la tradicional. Entre los temas alusivos al género y relacionados con la salud de la mujer se dará énfasis a algunos tópicos que se constituyen, por su dimensión, significado o magnitud, en hitos que contribuyeron a transformar la vida de las mujeres; a otras áreas porque aportan elementos críticos respecto a la vida y salud de las mujeres y a otros temas porque, por el contrario, se constituyen en serios problemas para la salud de las mujeres. Sin embargo, dado el carácter del contenido centrado en la salud, estos temas que se entrelazan con la enfermedad o con problemas se abordarán con enfoque en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

El desarrollo de la temática con enfoque de género se hace porque algunos asuntos de la salud de la mujer son particularmente sensibles a este análisis, por su origen relacionado con aspectos sociales y culturales; por ejemplo, el tema de la violencia de género contra la mujer. El análisis, solución y estrategias de abordaje de la violencia de género se enmarcan en sus raíces profundamente arraigadas en patrones históricos de discriminación contra la mujer y en las inequidades sistemáticas de género que permean la sociedad tanto en épocas de paz como de conflicto, tal como lo expresó en un Consejo de Seguridad de Naciones Unidas sobre “Mujer, Paz y Seguridad” la directora Ejecutiva del Fondo para el Desarrollo de la Mujer de Naciones Unidas (UNIFEM), Noeleen Heyzer, en el año 2004: Este enfoque nos permitirá comprender que la violencia contra la mujer continuará a menos que se vaya a las raíces más profundas, es decir a la discriminación de género y a la inequidad (7).

Gran parte de las causas de la violencia contra la mujer están relacionadas con pobreza, con el estatus social y político, el acceso desigual a la justicia, la salud y otros bienes y servicios. Heyzer señaló que la comunidad internacional está ahora totalmente consciente de que la violación y otras formas de violencia contra la mujer son realizadas sistemáticamente con el más cruel efecto, como un arma de guerra. Enfatizó que, sin embargo, la violencia basada en el género durante el tiempo de conflicto es una parte del continuo de violencia que se ejerce en la vida de las mujeres desde tiempos de paz a tiempos de guerra. Esta violencia se profundiza con la guerra. “La discriminación y la desigualdad son semillas que durante la guerra se convierten en una fruta agria que destroza el tejido de las comunidades y la vida de las mujeres y sus familias” (7). Esta perspectiva también nos obliga a mirar los derechos de la mujer como marco orientador.

LOS DERECHOS DE LA MUJER

Se parte de los derechos humanos, los cuales son valores de convivencia fundamental para la dignidad humana, la razón y la justicia, e implican el reconocimiento de condiciones mínimas que deben ser garantizadas a todas las personas; son indivisibles, inalienables e interdependientes, universales e históricos (8). Los derechos se clasifican de acuerdo con los principios a los que están asociados. En las Figuras 1.1 y 1.2 se presentan los derechos clasificados según el orden al que pertenezcan.

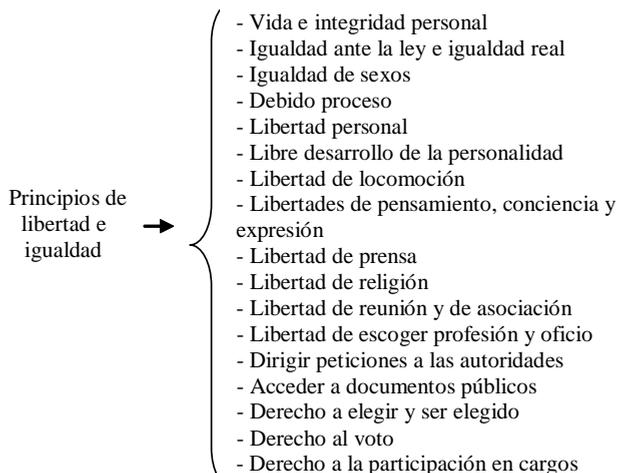


Figura 1.1. Primera generación de derechos

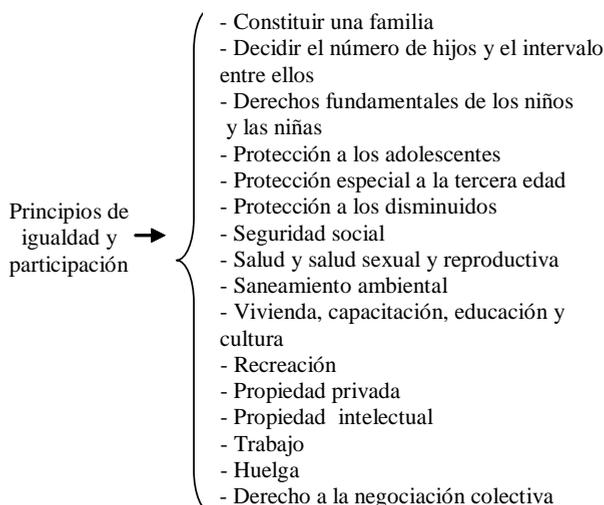


Figura 1.2. Segunda generación de derechos

Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte de la segunda generación de derechos y de ellos se hablará en el capítulo *Mujer y Salud Sexual*.

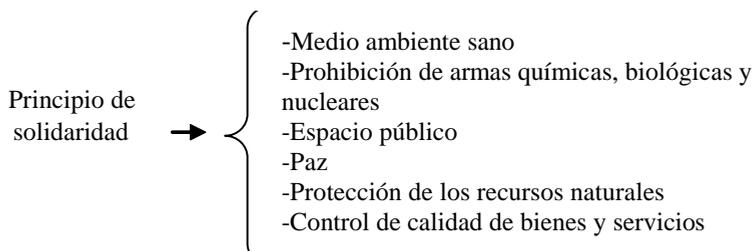


Figura 1.3. Tercera generación de derechos

Respecto a la salud, este es un derecho sobre el cual no hay duda a pesar de la forma como se presenta en la práctica por las instituciones que integran el actual Sistema de Salud de Colombia y en general, por muchos otros interesados en verla como un servicio, lo que está de acuerdo con las políticas neoliberales que marcan la manera como se concibe la salud y la educación, para mencionar sólo dos temas. Preservar, respetar y ejercer los derechos tanto individuales como colectivos es de gran trascendencia para preservar la igualdad y mantener la integridad de las personas.

Para ejercer los derechos, en el caso de las mujeres, se ha requerido de la promulgación de leyes y decretos. Por ejemplo, con la Ley 28 de 1932, proclamada durante el gobierno del presidente Enrique Olaya Herrera, las colombianas tuvieron la oportunidad de ser reconocidas como ciudadanas —antes eran consideradas menores de edad y constitucionalmente no tenían el derecho de comparecer ante los jueces, ni de manejar sus propios bienes—. La publicación de esta ley supuso la adquisición de una serie de derechos civiles.

Esta ley dio lugar a muchas actividades y manifestaciones: en 1932, por ejemplo, se autorizó que las mujeres cursaran la educación secundaria y al año siguiente las universidades abrieron sus puertas para ellas. En 1944 se fundaron en Bogotá la Unión Femenina de Colombia y la Alianza Femenina de Colombia y se le confirió por primera vez a una mujer el título de doctor en Derecho y Ciencias Políticas (9).

Respecto a otros derechos de la mujer, basta mencionar otro ejemplo, el derecho universal al voto, el cual era exclusivamente masculino; el alcance del derecho al voto de la mujer fue complejo y gradual. Históricamente observamos la evolución que ha tenido el derecho al voto de la mujer: primero fue aprobado en Nueva Zelanda en 1879 y en los países europeos; después en las sociedades menos desarrolladas políticamente. En Colombia se logró este derecho en 1954, gracias al decidido empuje de mujeres como Esmeralda Arboleda, Bertha Hernández de Ospina,

Josefina Valencia de Hubach, Susana Awad, María Aurora Escobar, Gabriela Peláez y Ana Sixta González de Cuadros, entre otras. En 1956 se comenzó a expedir la cédula de ciudadanía a las mujeres y se ejerció el derecho al voto en 1957, con lo cual Colombia se sumó a las democracias en las cuales la mujer vota. En el Cuadro 1.1 se muestran algunos datos de la evolución en lo que respecta a la aprobación del derecho al voto de la mujer en el mundo (10).

Cuadro 1.1. Aprobación del derecho de la mujer al voto por algunos países seleccionados

PAÍS	AÑO DE APROBACIÓN
Nueva Zelanda	1879
Noruega	1898
Australia	1901
Estados Unidos	1920
Ecuador	1929
Brasil	1932
Chile	1949
Bolivia	1952
México	1953
Colombia	1954

Adquirir el derecho al voto no fue tarea fácil, se requirió del concurso de entes internacionales y nacionales como también del apoyo de organismos locales. Entre los entes que colaboraron con este logro está la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM), soporte fundamental a través de las Convenciones Interamericanas realizadas, una en Montevideo (1933) sobre la Nacionalidad de la Mujer (primera sobre los derechos de la mujer en el mundo), y las dos Convenciones realizadas en Bogotá sobre la concesión de los derechos civiles y políticos de las mujeres; ambas convenciones llevadas a cabo en 1948. Es de mencionar que la CIM también lideró la Convención Interamericana para “Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” firmada en 1994 en Belém do Pará, Brasil (11).

La evolución histórica de los derechos de las mujeres muestra diversos desarrollos. La igualdad de los derechos de mujeres y hombres se ha adquirido de forma gradual; recientemente se mencionó que en junio de 2009 por primera vez se otorgó el título de General de la República a una mujer en Colombia, luego de que en 1989 se permitiera la entrada de la mujer a las Fuerzas Armadas. En el año 2003 se dictaron normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres; en el anexo sobre marco legal se encuentra información sobre logros alcanzados en este campo.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Este tema, muy pertinente al análisis de género, es uno de los más complejos, ya que se entrelaza con otros que afectan la salud de la mujer como por ejemplo el del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La violencia contra la mujer atenta contra los derechos humanos y produce una gama amplia de complicaciones y secuelas que afectan profundamente la salud de la mujer, su vida, la de sus familias y la de la sociedad.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y otras organizaciones internacionales que trabajan para eliminar la violencia contra la mujer (Ver Cuadro 1.2) han aportado para contribuir a erradicar este flagelo que es de carácter universal, aunque de mayor predominio en localidades donde hay situaciones relacionadas con el conflicto armado, con la no garantía de los derechos humanos y en sociedades de gran predominio patriarcal.

Cuadro 1.2. Organizaciones que trabajan para eliminar la violencia contra la mujer

- El Instituto Interamericano de Derechos Humanos
- El Banco Interamericano de Desarrollo
- El Banco Mundial
- El Fondo de Desarrollo de la Mujer de las Naciones Unidas (UNIFEM)
- La Comisión Económica para Latino América y el Caribe de las Naciones Unidas (ECLAC)
- La Secretaría de las Cumbres de las Américas de la Organización de Estados Americanos
- La Organización Mundial de la Salud
- La Organización Panamericana de la Salud
- El Centro para la Justicia y la Ley Internacional
- El Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)
- La Asociación del Caribe para la Investigación y la Acción Feminista

La violencia contra la mujer es una clara violación de los derechos humanos y sigue siendo una forma de discriminación por lo cual es necesario crear conciencia sobre las implicaciones que tienen las conductas violentas físicas o psicológicas en la salud de la mujer, en su desarrollo, en la familia y en la sociedad; para ello no basta con democratizar las leyes; es esencial propiciar el acceso de las mujeres a los espacios de toma de decisiones para la transformación de los escenarios donde se producen estas formas de violencia (12).

Colombia se adhirió, mediante la Ley 248 de 1995, a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, convención que tuvo lugar en Belém do Pará. Esta convención tiene el propósito

de proteger los derechos humanos de las mujeres y eliminar las situaciones de violencia que pueden afectarlas; asimismo reconoce que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado y que es necesario fortalecer la cooperación entre los Estados partes (13).

MIGRACIÓN Y GÉNERO

Este es otro tema de gran incidencia en la salud de la mujer; se estima que actualmente existen 191 millones de migrantes en el mundo, la mitad de ellos son mujeres. En América Latina y el Caribe se calcula una proporción similar. Los flujos migratorios en Colombia entre el período 1985 - 2005 aumentaron más del doble: se pasó de 1.500.000 personas en 1985 a 3.331.107 en 2005; de los cuales se tiene que el 51.4% son mujeres (14).

De acuerdo con la Presidenta de la CIM, la migración de las mujeres transforma la vida de las migrantes y también afecta la vida de sus familias en el país de origen. Diversos estudios han señalado que los flujos femeninos migratorios más frecuentes son hacia las grandes ciudades para el trabajo doméstico en casas de habitación, hoteles, restaurantes e industria, contribuyendo a perpetuar patrones de desigualdad y discriminación de género.

Cada vez es mayor el número de mujeres que debido a las condiciones de pobreza y exclusión social se unen a las corrientes de migración internacional. Un gran número de profesionales migran; entre ellas es de resaltar, por su magnitud a nivel mundial, la migración de enfermeras que viajan a países desarrollados en busca de mejores condiciones de trabajo y para apoyar a sus familias; muchas de ellas son las jefes de hogar primario que dejan de serlo al emigrar y al dejar a sus hijos en manos de sus padres, es decir que la crianza de los hijos la hacen en gran parte los abuelos y las abuelas. Este asunto de la migración, en voz de la Sra. Albornoz, mujer chilena y Presidenta de la Comisión Interamericana de Mujeres, pone a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad, la gran mayoría de ellas sufren violaciones frecuentes a sus derechos humanos y abusos como bajos salarios, trabajos precarios e informales, abuso sexual o secuestro con fines de trata y tráfico de personas (15). Paradójicamente son esas mujeres migrantes quienes ayudan económicamente a sus familias. De acuerdo con UNFPA (16), las remesas monetarias son cruciales para la supervivencia de individuos, familias y comunidades de bajos ingresos.

En torno a los asuntos de género existen otros temas conexos con la salud de la mujer, los que están relacionados con espacios del ejercicio político que van desde lo personal hasta lo público, *lo personal es político*, y desde los espacios del cuerpo de las mujeres a los espacios del mundo globalizado.

Otros aspectos de relevancia se mencionan a continuación para ilustrar que el enfoque de género permite abordar la temática de la salud de la mujer de manera diferente a la tradicional. El aporte de los movimientos de mujeres y del feminismo ha contribuido grandemente a ver la situación de manera distinta.

MUJERES SIN NOMBRE

Muchas mujeres no fueron reconocidas de manera espontánea debido a la ginopia* existente, tal es el ejemplo de Emily Dickinson, poetisa norteamericana muy conocida hoy día a quien no se le descubrió su obra sino hasta después de su muerte en 1886 (17).

El trato a la mujer ha sido discriminatorio en muchos lugares alrededor del mundo en los diferentes campos del accionar humano. Por varias razones las mujeres han cambiado sus nombres, entre ellas para lograr aceptación de sus escritos; las mujeres se cambiaban el nombre por un seudónimo masculino o quedaban en el anonimato; otras decidieron adoptar el apellido del esposo. Un ejemplo es el de Sophie German quien se hizo llamar Monsieur le Blanc para así lograr el acceso a la educación. Otras mujeres no fueron reconocidas por su trabajo mientras sus compañeros recibieron todos los honores; como ejemplo de ello podemos citar a la matemática Mileva Maric quien vivió a la sombra de Albert Einstein (17, p. 55).

PARTICIPACIÓN POLÍTICA

El movimiento de mujeres aboga por los derechos de las mujeres a oportunidades iguales en el trabajo, en la educación, en la vida civil y en la participación política y para expandir el rango de las definiciones de los roles personal y sexual. Grandes esfuerzos se realizan para disminuir las brechas y contribuir a visibilizar las diferencias e inequidades. El marco normativo a nivel nacional y local se presenta de manera muy resumida en el Anexo; allí se detallan algunos hitos y legislación relacionados con la mujer y con asuntos de género y salud. En el Anexo se puede observar los avances y los logros como también la creación de organismos encargados de visibilizar las inequidades que afectan a la mujer, su desarrollo y su salud, entre ellos, en Colombia, tenemos la *Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y el Observatorio de Asuntos de Género*.

El Observatorio de Asuntos de Género (OAG) nace con la Ley 1009 de 2006 (por la cual se crea en forma permanente el Observatorio). Es una herramienta de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, establecido para investigar, documentar, sistematizar, analizar y hacer visible la situación de las mujeres y de la equidad de género en Colombia, con el objeto de formular recomendaciones en materia de políticas, planes, programas y normas, que contribuyan a cerrar las brechas de equidad de género en el país.

El eje del análisis de género es conocer el impacto específico que las normas, las políticas o los presupuestos tienen sobre mujeres y hombres; ese análisis busca detectar las raíces estructurales de la discriminación, para así permitir el desarrollo de las personas.

Un análisis de género se puede llevar a cabo de manera independiente so-

bre una política pública, un presupuesto, una ley, un programa o un proyecto. Además, el análisis de género nos ayuda a dilucidar más fácilmente el por qué se requiere un trato preferencial con ciertos grupos de la población, si se quiere alcanzar el principio de igualdad y equidad que contemplan las leyes, las cuales, si bien se han democratizado, es decir, han eliminado formalmente las discriminaciones directas por sexo, en la mayoría de los casos se quedan en declaraciones de buena voluntad (19).

En Colombia la participación efectiva de las mujeres en las distintas regiones atraviesa por una serie de limitaciones enmarcadas en relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. Esto evidencia una separación en el ordenamiento social, entre lo público y lo privado, que se ve reflejada en problemas de carácter estructural. Por ejemplo, la escasa participación política de las mujeres y las altas tasas de violencia intrafamiliar, impiden el ejercicio libre y autónomo de los derechos de las mujeres, reproducen esquemas de subordinación y perpetúan su discriminación en la sociedad.

Los obstáculos deben ser asumidos como retos en la construcción de la ciudadanía efectiva de las mujeres, y como la oportunidad para continuar el fortalecimiento de la perspectiva de género en el ejercicio de las funciones de las distintas entidades del Estado. Uno de los primeros efectos del derecho adquirido por las mujeres hace 50 años fue el nombramiento de Esmeralda Arboleda de Uribe como la primera Ministra que tuvo el país, y la primera participación activa por parte de las ciudadanas colombianas en los comicios de 1957.

En materia de cargos, en las tres ramas del poder público en Colombia para el período comprendido entre los años 2002 - 2006, la representación de las mujeres no superó el 8% para alcaldías y gobernaciones, en la rama legislativa alcanzó el 15.6% y en la rama judicial el máximo alcanzado en el Consejo de Estado fue de 25%, estas cifras revelan un sesgo discriminatorio. Estos datos son semejantes a los reportados por Álvarez (20, p. 40), que demuestran que en el ejercicio de los derechos políticos, a pesar de la participación de las mujeres como potencial electoral en las jornadas comunitarias, en la administración pública y en partidos y movimientos políticos, la postulación y elección de mujeres continúa siendo muy baja; es decir, la representatividad de la mujer en el espacio político está llena de barreras que limitan su inclusión en el proceso político.

En conclusión y con base en lo expuesto, se demanda avanzar en el ejercicio de las políticas públicas existentes que promuevan las posibilidades de participación en los espacios de decisión, para hacer visible y reconocer a las mujeres como actores políticos. Por todo lo anterior es necesario, como lo dice Londoño (21), actuar en busca de la equidad de género, para lo que se requieren políticas y acciones afirmativas en pro de la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres.

Darle vida al Acuerdo Nacional por la Equidad entre mujeres y hombres,

promovido por la Consejería Presidencial para la Equidad de las Mujeres y suscrito por el Gobierno, el Congreso de la República, las altas Cortes de Justicia, órganos de control, gremios y academia, permite concertar acciones con las entidades públicas y establecer un marco de colaboración con otras ramas del poder público y otros sectores para institucionalizar la equidad de género como política de Estado.

La Corte Constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades sobre la discriminación en razón del sexo. En sentencias de constitucionalidad ha identificado varias normas y conductas discriminatorias. Por ejemplo, ha encontrado que se viola el derecho a la igualdad en casos como los siguientes:

- Cuando se consagra una causal de nulidad del matrimonio que sólo se predica de la mujer.
- Cuando se niega de plano a la población femenina el acceso a la única Escuela de Cadetes del país.
- Cuando una entidad de seguridad social permite a los hombres, y no a las mujeres, afiliarse a sus cónyuges.
- Cuando se exige que el matrimonio se celebre exclusivamente en el domicilio de la mujer.
- Cuando a la mujer se le prohíbe trabajar en horarios nocturnos.

En todos estos eventos, la corporación ha concluido “que las diferencias en el trato, lejos de ser razonables y proporcionadas, perpetúan estereotipos culturales y, en general, una idea contraria a la Constitución” (22, p. 47).

GÉNERO E IDENTIDAD

Cuando nos referimos al ser humano se menciona el término “hombre”, “hombre” como sinónimo que engloba tanto a hombres como a mujeres. Adicionalmente, a la mujer se le asigna un papel muy restringido y ligado a la reproducción (23). Varias autoras nos recuerdan sobre las diferentes cualidades asignadas a hombres y mujeres, según el filósofo Kant. Ellas señalan que Kant describe al “hombre” como esencialmente un ser libre, racional, autónomo, capaz de elegir el curso de su vida y autodeterminar su propia ley moral, mientras que a la mujer, por el contrario, se la describe como un ser determinado por un solo y único destino, una única función social, la de la domesticidad y la reproducción. Kant presupone multiplicidad de vocaciones para el hombre mientras que la mujer sólo existe para los demás (23, p. 15).

En la sociedad patriarcal se privilegian los actos encaminados a afirmar la superioridad masculina. Dorothy Dinnerstein, citada por Castellanos y Acorssi, se refirió a la sociedad patriarcal, en la que el presupuesto básico es la superioridad masculina y en cuya valoración se enfatiza la racionalidad y se desvaloriza la sensibilidad (23, p. 15).

La concepción de la mujer también se cuestiona en otros campos como

en el de la literatura, donde ha sido predominantemente representada por el género masculino hasta hace muy poco, en cuya pluma androcentrista se representa a la mujer como subordinada y dependiente. En el devenir político, la meta de las mujeres (las feministas entre ellas) ha sido la de ser reconocidas en la sociedad como “sujetos por derecho propio” (23, p. 24). La identidad es un asunto “temporal, discursivo y ligado al lenguaje histórico” (23, p. 18). La identidad se construye y se moldea para modificar la concepción tradicional de imponer la manera “natural” de ser mujer, como lo cuestionan diversas autoras quienes aún van más allá, cuando nos invitan a deconstruir todos los conceptos de mujer.

La identidad de género es un producto histórico que se construye a partir de las relaciones con un contexto que cambia permanentemente, con la interrelación con otros y otras y por las condiciones del medio. Es un proceso continuo de construcción por parte de la persona, de “reconocimiento del ego dentro del universo simbólico ya sea de manera individual, o colectiva, si se pertenece a un grupo” (24, p. 60). Este es un proceso que opera a lo largo de la vida y en el que a veces pueden coexistir múltiples identidades.

En el terreno de la identidad se incluye el cuerpo de la mujer. La idea del cuerpo dócil femenino (25) ha producido prácticas que adiestran el cuerpo típicamente femenino en la talla, en la configuración, en los gestos, posturas y en los movimientos; recientemente en las exuberancias de las mamas y de las nalgas, en la extrema delgadez de la cintura al estilo de épocas victorianas, para mencionar algunas, que han llevado a muchas mujeres a exhibirse como trofeos (¿de quién?), a otras a anhelar esos cuerpos y a desear a toda costa y sacrificio el tenerlos para sí mismas, a unas cuantas (¿se ha estudiado cuántas son?) a perder la vida en un quirófano y a otras a envidiar el cuerpo de sus congéneres. ¿Qué será de esas mujeres con cuerpos disciplinados en un futuro no muy lejano cuando el paso de la edad las haga verse diferentes? Por otro lado, la socialización de género como proceso en el que las mujeres se identifican a sí mismas como seres sexuales que existen para los hombres fue planteado por Mackinnon (26, citado en 27, p. 39).

GÉNERO, ESTADO SOCIOECONÓMICO Y SALUD

Categorías como la de género, la de etnia y el estado socioeconómico son vistas como un factor de desventaja social (28); la desventaja social es definida como las características de la identidad del individuo o las circunstancias que limitan su grado de ventaja social, económica y política ya sea absoluta o relativa. Factores de desventaja social como el género predicen el aumento en el estrés que viven las mujeres (29) e igualmente juegan un papel significativo en el comienzo y desarrollo de la interiorización de síntomas en mujeres adolescentes, lo cual a su vez está asociado con trastornos de ansiedad y con desórdenes de alimentación (30, 31).

Respecto a situaciones de la salud de la mujer en las que el componente de género tiene un gran peso, a nivel mundial, regional y local, existen muchas realidades de diversa índole como la problemática del VIH - SIDA. La epidemia del VIH cobra relevancia en el campo de la salud de la mujer debido a la tendencia que se observa de su feminización, es decir, de convertirse por su gran magnitud, en un problema de mujeres jóvenes y habitantes de regiones con condiciones sociales y económicas que pertenecen en alta proporción a países pobres. Se ha considerado que la violencia contra la mujer y el virus de la inmunodeficiencia humana representan dos problemas profundos para el desarrollo y para la salud.

A pesar de los avances logrados en todos los campos de la salud, las mujeres en el mundo y en particular en algunas sociedades, se encuentran en desventaja relativa con respecto a los hombres en indicadores de salud, económicos y los de poder político. Como ejemplo tomo el publicado recientemente en *El Espectador*, con respecto al juicio que enfrenta la periodista sudanesa Lubna Husein ante un juez de Hartum por vestir *blue jeans* en un sitio público; la noticia que publica el diario dice que Husein “fue arrestada [...] por vestir una prenda que la justicia de ese país considera como ‘inadecuada o inmoral’ y para la cual estipula un castigo de 40 latigazos [...] la mujer dijo sobre el anunciado perdón presidencial que se ha rumorado ‘no lo aceptaré si antes no derogan las leyes que humillan y rebajan la dignidad de la mujer’ [...]” (32); este tipo de situaciones ponen a la mujer en desventaja social.

También las diferencias de género tienen asociación con resultados en salud, los cuales son relevantes en la salud mental. Se han investigado ampliamente los diferentes determinantes de la salud mental de hombres y mujeres, y se ha encontrado que las mujeres presentan mayor riesgo para desarrollar algunas enfermedades, mientras que los hombres difieren con respecto a la mujer en la mayor prevalencia en uso de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol (33, 34, 35).

Por otro lado, falta claridad sobre el peso que tienen las diferencias de estado social con respecto a las diferencias de salud y en particular de salud mental de las mujeres, sin embargo, la investigación sobre las prácticas de socialización de género, la insatisfacción con la imagen corporal y los estilos de afrontamiento tienen influencia en la vulnerabilidad que tienen las mujeres a la depresión (36).

Con respecto al estado socioeconómico y la salud materna existe una gran preocupación por las altas tasas de mortalidad materna sobre todo entre las mujeres pobres, de las zonas rurales e indígenas, incluidas las afrodescendientes. En particular son motivo de preocupación la gran cantidad de abortos ilegales y en condiciones de riesgo en que se practican y la mortalidad materna conexas así como la posibilidad de que en la práctica, las mujeres puedan no tener acceso a los servicios de salud o a la atención médica garantizada para el tratamiento de complicaciones por abortos ilegales

y/o practicados en condiciones de riesgo (8).

El enfoque de género se constituye en una herramienta fundamental para la formulación y planificación de políticas públicas, permite reconocer que mujeres y hombres cumplen funciones distintas, tienen acceso diferencial al manejo y control de los recursos y por lo tanto, tienen necesidades y demandas igualmente diferenciadas. El enfoque de género al hacer visible la desigualdad y la discriminación, entre ellas la sexual, sienta las bases para el logro de mayor equidad social (37).

REFERENCIAS

1. Castellanos, G. Discurso, Género y Mujer. Centro de Género Mujer y Sociedad y Editorial Universidad del Valle, 1994. p. 10.
2. García-Calvente, M. M.; Castaño-López, E.; Mateo-Rodríguez, I.; Maroto-Navarro, G. and Ruiz-Cantero, M.T. A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support plans for informal care: case studies in Andalusia and the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61: 32 - 38.
3. WHO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género. 2002 [Consultado 22 Feb 2006] Disponible en: <<http://www.who.int/gender/documents/sppolicy.pdf>>
4. Donner, L. Including gender in health planning. A guide for regional health authorities. Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2003. [Accessed 22 Feb 2006] Available from: <http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh_external/pwhce/pdf/gba.pdf>
5. Lombardo, E. Criterios para la evaluación del impacto de género de las medidas políticas. 2005 [Consultado 15 Jul 2006] Disponible en: <<http://www.ceiich.unam.mx/genero/conapo/genero-7.html>>
6. Comisión Europea. Guía para la evaluación del impacto de género. [en línea] 2004. [Consultado 15 Jul 2006] Disponible en: <http://europa.eu.int/comm/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_es.pdf>
7. Heyzer, N. Violence Against Women Will Continue Unless it's Roots in Gender Discrimination and Inequality Seriously Addressed. Octubre de 2004. [Consultado Nov 26 de 2008] Disponible en: <http://www.unifem.org/news_events/story_detail.php?StoryID=205>
8. Londoño, M.C. Derechos de la mujer en Colombia. Principales instrumentos internacionales y nacionales. Universidad del Valle. Cali, Colombia. 2009.
9. Ramírez, M.H. La primera mujer entra a la universidad (sf). [Consultado Mayo 2007] Disponible en: <http://www.colombialink.com/01_INDEX/index_historia/07_otros_hechos_historicos/0220_primera_mujer_universidad.html>
10. Millán de Benavides, C. La primera vez que votamos. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2007.
11. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Belém do Pará, Brasil, 1994. [Consultado Noviembre 17 de 2007] Disponible en: <http://www.dgri.sep.gob.mx:7026/formatos/4_oea_10.pdf>
12. Vásquez, M.L. Presentación del documento de la Convención de Belém do

Pará. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Bogotá. Colombia, 2004.

13. Conferencia Interamericana de Mujeres. Democracia en las Américas: La Mujer y el Proceso de Toma de Decisiones, Comisión Interamericana de Mujeres/ Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington D.C., 1994 /330 p. <http://www.oas.org>

14. OIM. Estadísticas de la OIM de 2005. [En línea][Consultado 13 de diciembre de 2007] Disponible en: <www.iom.int/jahia/Jahia/pid/254>

15. Albornoz Pollmann, L. Discurso pronunciado como Presidenta de la Comisión Interamericana de Mujeres, en el Seminario sobre Migración y Género, Washington, D.C., Abril 1, 2009 OEA/Ser.L CIM/INF. 16/09. [Consultado mayo de 2009] Disponible en: <http://www.oas.org/Photos/2009/03Mar/61/pages/_03-31-2009-4293.htm>

16. UNFPA State of World Population 2006. A Passage to Hope, Women and International Migration, capitulo 2. [Consultado 15 de diciembre de 2007] Disponible en: <www.unfpa.org/swp/2006/english/chapter_2/index.html>

17. Lieblich, A. and Josselson R. (Eds). Exploring identity and gender. The narrative of lives. Thousand Oaks: Sage. 1994. p. 48.

18. Reinharz, 1985 Feminist distrust: Problems of context and content in sociological work. En: D. Berg , K. Smith (Eds.). Exploring clinical methods for social research. pp. 153 – 172. Beverly Hills, Ca: Sage.

19. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Participación política de las mujeres. Observatorio de Asuntos de Género. República de Colombia, 2004.

20. Álvarez, R. Mecanismos de representación política en las democracias latinoamericanas: Las cuotas electorales de género. La Manzana de la Discordia. 2008; 3 (1): 39 – 52.

21. Londoño, M.C. Breve análisis de las brechas de género en Colombia desde los objetivos de desarrollo del milenio. La Manzana de la Discordia. 2008; 3 (1): 7-23.

22. Observatorio de Asuntos de Género. La Corte Constitucional frente a los derechos de la mujer. Marzo 2006. Presidencia de la República de Colombia. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

23. Castellanos, G. y Acorssi, S. Sujetos masculinos y femeninos. La Manzana de la Discordia Centro de Género Mujer y Sociedad de la Universidad del Valle, 2001, p. 14.

24. Urrea, F. La categoría de género en la ciencia social contemporánea. En: G. Castellanos, S. Acorssi, y Velasco G. Discurso, Género y Mujer, CGMS Ed. Universidad del Valle. Cali, 1994.

25. Foucault, M. Femininity and power. En: Feminism and Foucault. Boston: Northeastern University Press. 1988, p. 64.

26. C. Mackinnon. Feminism, Marxism, method and the State an agenda for theory: Sign 1982. p. 531.

27. Castellanos, G. Desarrollo del concepto de género en la teoría feminista. En: G. Castellanos, S. Acorssi, y Velasco G. Discurso, Género y Mujer, CGMS Ed. Universidad del Valle. Cali, 1994. p. 39.

28. Mendelson, T; Kubzansky, L.D.; Datta, G.D. and Buka, S.L. Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: A case of double jeopardy? Social Science & Medicine. 2008; 66: 1284 – 1296.

29. Goodman, E; McEwan, B. S.; Dolan, L. M.; Schafer-Kalkhoff, T. & Adler, N. E. Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*. 2005; 37, 484 - 492.
30. Goodman, E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in U.S. adolescents' health. *American Journal of Public Health*. 1999; 89, 1522 -1528.
31. Leadbeater, B. J.; Blatt, S. J. & Quinlan, D. M. Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence*. 1995; 5: 1 - 29.
32. El Espectador - Diario colombiano. Juzgada por usar pantalones. Agosto 5 de 2009, p. 12.
33. Denton, M.; Prus, S. and Walters V. Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*. 2004, 58: 2585 - 2600.
34. Weissman, M.M., Bland, R.C.; Canino, G. J.; Faravelli, C.; Greenwald, S. & Hwu, H. G. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*. 1996; 276, 293 - 299.
35. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ministerio de Protección Social – Fundación Fes Social. Gráficas Limitada Cali, 2005.
36. Hankin, B.L.; Abramson, L.Y. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability transactional stress theory. *Psychological Bulletin*. 2001; 127, 773 - 796.
37. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Lineamientos generales de política social para Bogotá 2004 - 2014. Quebecor World. Bogotá, 2004.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD DE LA MUJER

Este capítulo comprende algunos aspectos que han tenido influencia en la salud de la mujer, de tipo histórico, cultural, político, religioso y de los medios de comunicación; el énfasis es en la salud sexual y reproductiva porque ese era el enfoque que anteriormente se le daba a la salud de la mujer.

La salud de la mujer es lo que significa el bienestar de su alma, de su mente y de su cuerpo; mejorar la salud de la mujer requiere cambiar las condiciones en las que vive y permitirle que obtenga poder sobre su propia salud, lo que quiere decir que la mujer gane poder sobre su cuerpo y las decisiones que toma respecto a él. Cuando se mejora la salud de la mujer, todos en la sociedad ganan, la misma mujer, su familia y la comunidad (1). Una mujer sana puede desarrollar su potencial y por ende participar y contribuir en la sociedad. Esta visión evidencia que un problema de salud de la mujer no es un problema de ella sola, es un asunto comunitario. Salud de la mujer significa más que la salud materna, y más que el acceso a los servicios de salud.

INFLUENCIAS HISTÓRICAS EN LA SALUD DE LA MUJER: LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tradicionalmente la salud de la mujer ha sido estudiada y vista con un enfoque fundamentado en el modelo biológico; de tal forma que la atención en salud ha sido orientada desde la visión de una cultura patriarcal que ha legitimado fundamentalmente la condición reproductiva de la mujer. Situación que debe trascender.

También es importante ir más allá de ver la sexualidad de la mujer en el marco de las enfermedades para analizarla como parte de todo ser humano, como factor que es inherente al ser y que se expresa principalmente en

las interacciones con los demás. La sexualidad se abordará con base en la definición que hemos adoptado de “*sexualidad*” Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano, basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción (2, p. 8).

De acuerdo con Tone (3) si conocemos las fuerzas del pasado que han moldeado la salud de la mujer, la salud sexual y reproductiva, se facilitará comprender las fuerzas políticas y sociales que han tenido influencia en la salud de la mujer y se podrán plantear estrategias para mejorarla en el futuro. Asimismo se podrá responder a preguntas como ¿por qué los métodos anti-conceptivos han sido desarrollados para ser usados por la mujer? ¿Por qué se estigmatiza el aborto cuando en muchos países ya ha sido aceptado? En Colombia fue aprobado por la Corte Suprema de Justicia en el año 2006, para tres causales: cuando se encuentre en peligro la vida de la mujer, cuando el feto presente anomalías congénitas y cuando sea producto de una violación.

Históricamente el papel reproductivo de la mujer fue considerado como un mandato divino y como la esencia que define a una mujer; se esperaba que la mujer procreara los hijos en el seno del matrimonio. En el siglo XIX, en el auge de la era victoriana, hubo gran represión sexual, por consiguiente las mujeres que tenían relaciones sexuales antes del matrimonio fueron vistas como pecadoras; surgieron grupos conformados por las mismas mujeres de clase media que se opusieron a la prostitución y al aborto. Hombres y mujeres se convirtieron en una casta social como guardianes de la “virtud y la moralidad” (3).

La prostitución aún es objeto de miradas que castigan solamente a la mujer que vende sus servicios, mientras la conducta del hombre es vista como incontrolable e irreprimible. Las mujeres que ejercían el oficio de la prostitución fueron obligadas a chequeos médicos periódicos en muchas latitudes, incluida Colombia. Amaya, Canaval y Viáfara (4) reportaron en su estudio sobre la estigmatización de las trabajadoras sexuales en Cali que una de las rutinas que se realizan, que contribuyen con el estigma social, consistía en “sacar los papeles”, término empleado para referirse a los chequeos médicos y de laboratorio clínico requerido por la policía para permitirles ejercer su trabajo, “papeles” que servían para dictaminar si estaban o no libres de enfermedad; razón por la cual, adicionalmente, recibían maltrato de los agentes de policía en caso de no tener los papeles en “orden”.

Las conductas sexuales masculinas fueron calificada de “naturales” sin importar que ellos fueran los principales vectores de las infecciones de transmisión sexual –ITS–; consideración que perdura hasta nuestros días no sólo para los que son solteros sino para los hombres casados o en unión libre que transmiten a sus compañeras el virus de la inmunodeficiencia humana –VIH– y el del Papiloma Humano –VPH–, entre otros.

Respecto al control de la fertilidad, este fue otro derecho que se convirtió en tema de debate desde el siglo XIX, así como posteriormente lo fue la

aprobación del aborto en algunos Estados de Norteamérica (1972) y otros países del continente. En Colombia, como se mencionó anteriormente, se aprobó para tres casos específicos en el año 2006. Debido a esto fueron muchas las discrepancias y debates que surgieron especialmente desde la postura de la Iglesia Católica. No obstante, a lo largo de la historia las mujeres colombianas practicaron el aborto de manera clandestina, sometiéndose a prácticas poco asépticas, que implicaban la inserción de instrumentos que provocaban la pérdida mecánica del feto, poniendo en riesgo su salud, además de los grandes efectos físicos y en la salud mental (5).

El aborto está considerado como una de las primeras causas de mortalidad en las mujeres en el mundo; en Colombia es la tercera causa de mortalidad materna (6). El aborto es considerado un problema de salud pública dada la magnitud de su efecto en la salud de las mujeres. Por esta razón es importante añadir que el conocimiento y ejercicio de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de los derechos de acuerdo con Londoño (7), tienen que ser de dominio público; aún falta una amplia divulgación, muchas mujeres los desconocen. En el capítulo sobre Mujer y Salud Sexual se presentan de forma esquematizada los derechos sexuales y reproductivos, según la publicación de la psicóloga colombiana María Lady Londoño, mujer valiosa y decidida quien en conjunto con otras mujeres laboró y abogó por las mujeres en Cali y a nivel nacional en Colombia, hasta hace poco, a pesar de que en múltiples ocasiones fue objeto de sospechas y suspicacias por su labor como directora de la “Fundación Sí Mujer”, institución que tiene una trayectoria de más de 30 años en pro de la salud de la mujer, que también es reconocida por la atención especializada y los aportes a la investigación y a las políticas públicas respecto a temas como la sexualidad, la violencia contra la mujer y la salud de la mujer.

La anticoncepción fue otro tema de gran interés y controversia, Tone (3, pp. 10 y 11) hace referencia en los Estados Unidos al Acto Comstock de 1873, el cual fue un Estatuto conocido como la Ley anti-obscenidad. Este Estatuto clasificó como obscenos muchos instrumentos físicos, imágenes visuales, materiales escritos que mencionaran el control de la natalidad y prohibió su distribución y venta en los Estados. Posteriormente, la Ley de Connecticut de 1879 fue considerada la más extrema, ya que prohibía el uso de los anticonceptivos; esta ley fue derogada en el año 1965.

La influencia de Margaret Sanger, nacida en 1879, no se puede desconocer. Ella estudió enfermería en New York antes de su matrimonio con el arquitecto y artista William Sanger. Además trabajó como enfermera obstetra, labor en la que le preocupó mucho la gran necesidad de educación sexual de las mujeres inmigrantes en Estados Unidos y abogó por el control de la natalidad, y en 1914 publicó un periódico en el cual defendió el control de la natalidad y los derechos de la mujer.

La literatura en salud se refiere a Margaret Sanger como una defensora

de la emancipación de la mujer y la eliminación de la pobreza. Ella y su hermana abrieron en 1916 la primera clínica de control natal donde enseñaron cómo usar condones, supositorios y otros dispositivos, creyeron que prevenir el embarazo era darle a la mujer elementos para el control sobre sí mismas; confiar al hombre solamente esta responsabilidad las haría vulnerables y dependientes (3). Poco tiempo pasó para que las autoridades arrestaran a Sanger, sin embargo, su reto sirvió para que en 1918 el control de la natalidad fuera declarado legal.

La esterilización de muchas mujeres fue otro hecho que originó debate no sólo legal sino ético. Muchas mujeres fueron esterilizadas en nombre de programas con apoyo Federal en Estados Unidos y cerca de la mitad de ellas fueron afroamericanas. Esta práctica ha sido conducida de una manera abusiva; muchas mujeres no sabían sobre el consentimiento informado (3).

Charles Kinsey, con su estudio sobre la sexualidad de hombres y mujeres *Sexual behavior and the human female* (Conducta sexual y la mujer) (8), documentó que la práctica de la masturbación no fue rara en las mujeres y que además la gran mayoría de ellas alcanzaba la satisfacción sexual; y posteriormente, Betty Friedan, quien con su libro *Feminine Mystique* (La Mística Femenina) (9), se convirtió en referente del movimiento feminista conminando a los medios a no hacer de la mujer una objetivación del placer sexual, han contribuido grandemente a hacer que se perciba a la mujer de una manera diferente. Es así como mientras unos limitaron el potencial procreativo de la mujer otros abogaron por su placer sexual.

El desarrollo de la píldora anticonceptiva también fue un elemento que marcó la historia de la salud de las mujeres y su revolución sexual. Aprobada en 1960 por la FDA de Estados Unidos, la popularidad de la píldora fue muy grande; las mujeres podían usarla sin necesidad de la cooperación masculina, a cualquier hora del día e independientemente de la relación sexual. Esta popularidad originó un debate sobre la moralidad sexual: la Iglesia Católica proclamó la píldora contraria a sus normas.

LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS

Los medios han convertido la imagen de la mujer en una imagen romántica, apolítica; han hecho creer a las mujeres que pueden alcanzar el desarrollo de su potencial si se confinan al hogar, preparan los alimentos, planchan, barren y lavan la ropa. En los años cincuenta del siglo pasado, Friedan entrevistó a muchas mujeres quienes confesaron lo aburridas que estaban con los oficios domésticos y que el tratar de lograr la “Mística Femenina” las hacía sentir culpables e inadecuadas. Friedan cuestionó el adjetivo de “anormal” dirigido a las mujeres que no tienen hijos o que deseaban ser profesionales y postergaban el matrimonio (3).

La influencia de los programas radiales también es grande no sólo desde

épocas anteriores con las radionovelas sino con programas radiales dirigidos exclusivamente a grupos concretos. Actualmente los medios de comunicación siguen teniendo una gran influencia, como se puede ver en el estudio de “medios radiales, sexualidad y adolescentes”, realizado por la Secretaría de Salud de Cali en el año 2006, con el apoyo de Save the Children –Reino Unido–, el cual evaluó 10 elementos relacionados con la sexualidad, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos tratados por varios programas radiales. Reportó que los medios radiales tienen gran influencia sobre los adolescentes: de los 14 programas radiales emitidos en el período comprendido entre agosto y noviembre del año 2006, entre las 9:00 p.m. y las 2:00 a.m., el 57% de los ellos le dio un tratamiento inadecuado a la temática de la sexualidad y el 18% le dio un tratamiento incompleto. Estos programas permitieron el involucramiento de niños y niñas, remarcaron el estereotipo de la mujer y su cuerpo, ridiculizaron a las personas y su sexualidad y usaron términos no adecuados, entre otros (10).

En un estudio realizado con grupos focales de adolescentes hombres y mujeres, Arias, Ceballos, Canaval, Herrera, Rojas y Valencia (11) encontraron que en los adolescentes los medios de comunicación ejercen mucha influencia sobre la sexualidad, que los medios también influyen en lo que piensan los jóvenes y que pueden servir de guía para las decisiones que toman.

Si consideramos las siguientes estadísticas, nos daremos cuenta que es importante modificar o aumentar los programas dirigidos a la salud sexual de adolescentes con la participación de profesionales preparados en estos temas:

- Por lo menos la mitad de las mujeres adolescentes han hecho “dieta” alguna vez para mantenerse delgadas.
- La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales ha bajado en los últimos años; en un estudio realizado con adolescentes escolarizados en la ciudad de Cali se encontró que el promedio de la edad de inicio es de 13 años (la edad de inicio para las mujeres es de 14 años y para el hombre de 12.4 años) (11); en la misma ciudad de Cali en un grupo de escolares se encontraron cifras semejantes (12).
- El uso de condón en la última relación sexual es de 35% en los datos reportados por la Encuesta Nacional sobre comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia (13); y de 11% para hombres y de 13 % para mujeres en el estudio reportado por Arias y col. (11).
- Las mujeres en su mayoría inician la vida sexual con su novio (83%) y motivadas por el amor, en contraste con la cifra reportada para los adolescentes hombres (66%) y motivados por obtener placer, por diversión y por curiosidad (11).
- Los hombres reportan tener más parejas sexuales que las mujeres, las mujeres esperan tener una pareja estable (11, 14).
- Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de infectarse con

una ITS por razones biológicas y por su vulnerabilidad social, infección que se la trasmite el compañero sexual; ellas tienen menor probabilidad de tener síntomas evidentes de la infección y probablemente sufrirán las consecuencias en salud a largo plazo, incluida la infertilidad, el embarazo ectópico y el cáncer cervical (15).

- El embarazo en adolescentes es del 21% en Colombia, cifra que aumenta a 27% en el área rural y a 30% en la población desplazada (16).
- Los padres desaprueban las relaciones sexuales prematrimoniales de las hijas mujeres mas no de los hombres; las madres desaprueban por igual para ambos, hombres y mujeres (11).
- El uso de métodos anticonceptivos (MAC) en la primera relación sexual lo fue para el 40% de los adolescentes (11).
- El 13% de hombres y mujeres se sienten vulnerables para adquirir el VIH, pero al 74% de los hombres y al 100% de las mujeres les preocupa adquirir el VIH (11).
- Para la muestra de Arias y col. (11), con un promedio de edad de 13.7 + 1.7 años para hombres y de 13.9 + 1.7 años para mujeres del total de la muestra, la proporción de hombres fue de 46% y la de mujeres fue de 54%, se obtuvo que el uso de sustancias psicoactivas fue del 6% para las mujeres y del 10% para los hombres. El uso de tabaco en el último mes de la fecha de la encuesta es mayor para hombres (17%) que para mujeres (13%) y el uso de alcohol en el último mes fue de 51% para las mujeres y de 33% para los hombres.

Los medios de comunicación –unos más y otros menos– tienen influencia en lo que sucede a las y los jóvenes sin lugar a dudas, al igual que en la perpetuación del estereotipo femenino imperante en la sociedad actual. Basta ver un noticiero de televisión en algunas programadoras, un programa, de TV en la mañana o en la tarde, una propaganda, cualquiera sea el producto que se exhiba, bien por medio de vallas, la televisión o en el periódico.

En los diarios o revistas de circulación nacional, por ejemplo, es común encontrar una figura femenina semidesnuda sentada en una pose provocativa sobre un sillón para hacer propaganda a muebles de cuero. Asimismo, en algunas oportunidades he escuchado un programa radial de amplia audiencia en la ciudad de Cali, que trata temas sobre hombres y mujeres, la sexualidad, la pareja, las desilusiones e ilusiones amorosas; este programa se refiere a las mujeres jóvenes o adultas en términos vulgares, maliciosos y mal intencionados.

Una encuesta nacional en Estados Unidos informó que los jóvenes obtienen información sobre la sexualidad, el control de la fertilidad y las ITS, entre otros, a través de los medios; listaron también los padres, los pares y los maestros. En Colombia un estudio sobre salud sexual en jóvenes de la Comuna 18 de Cali mostró que éstos obtienen información principalmente de los maestros, parientes, incluidos los padres, y los pares (11).

INFLUENCIAS CULTURALES

En una sociedad cualquiera a menudo existen numerosos grupos que comparten creencias, valores, normas, a los cuales se les denomina subculturas, las cuales emergen cuando las relaciones entre individuos en una unidad social son lo suficientemente fuertes para contrarrestar algunas de las influencias de la sociedad a la que pertenecen.

La subcultura opera con sus propias normas, significados y símbolos, generalmente opuestos a esos de la sociedad como un todo (17); una persona puede estar afiliada con múltiples culturas y subculturas; por ejemplo, una mujer procedente del Pacífico caucano, que viva en Cali, puede pertenecer a una subcultura acorde con su etnia y a la subcultura de las personas desplazadas también.

La etnia es la cultura primaria y la identidad étnica es una de las maneras más comunes de definirse a sí mismo. Este libro carece de especificidades de la salud de las mujeres de diferentes etnias. En Colombia la población está distribuida en mestizas, blancas, afrocolombianas, indígenas, gitanos y raizales; la salud de las mujeres de etnias minoritarias aún no está plenamente documentada razón por la cual muchas de las referencias se harán con base en culturas afroamericanas o indoamericanas porque esa es la fuente a la cual se accede fácilmente; otras publicaciones no son ampliamente difundidas por lo cual el acceso a ellas es difícil; no obstante la influencia de la cultura, la etnia y la clase es una debilidad que debe ser tenida en cuenta y que de alguna forma sesga el contenido de este libro.

INFLUENCIA DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SOCIALIZACIÓN

La identidad de género es la experiencia privada de la persona acerca de su género definido socialmente, el concepto de sí mismo como hombre o como mujer (18, 19, p. 74). A través de la socialización del papel de género los niños y niñas comprenden cuál es la visión que la sociedad donde viven tiene del ser hombre o ser mujer, qué características y atributos se les asigna y qué papel se espera que desempeñen. Esta identidad de género que se va formando marca la señal para el comportamiento sexual a través de las diferentes etapas de la vida.

Como se mencionó antes la influencia de los medios es grande, los libros para niños, niñas y jóvenes muestran a la mujer como seres menos desarrollados, menos capacitados, malos, como brujas, hechiceras; muchas historias son centradas en la vida o las acciones de los niños, con algunas excepciones en la actualidad como la historieta de los Simpson en la cual Lisa Simpson es claramente un niña excepcional y diferente a sus congéneres. Desde muy temprano en la niñez hasta la edad de escolares, hombres y mujeres interactúan primordialmente con los niños de su mismo sexo lo

que refuerza el papel tradicional según el género con el que se identifican (20). En general la investigación sobre la socialización de género indica que las mujeres son socializadas para ser pasivas y subordinadas, se las reprime sexualmente, lo que resulta en un aumento de la invisibilidad y una disminución de la autonomía.

La identidad de género comienza muy temprano en la niñez gracias a la socialización, la cual es un proceso en el que se aprende qué es lo apropiado y que no, dependiendo de si se es hombre o mujer en términos de las actitudes, comportamientos y valores.

La socialización de las mujeres en la etapa de niña las define como frágiles, pasivas, que desean afecto; adicionalmente la socialización difiere entre las madres y los padres. Los padres diferencian el trato que dan a las hijas mujeres respecto a los hijos hombres: los padres les prestan más atención y les dan una orientación más cognitiva a los hijos hombres. A las mujeres se les impone la opinión de otros y son relegadas a posiciones serviles en la sociedad.

La investigación en la etapa de adolescente ligada al género es escasa, fuera de la publicada en el campo del VIH y señala que quienes reportan ser lesbianas o mujeres bisexuales también mencionan asumir conductas sexuales de riesgo (21).

Durante la etapa de la adultez se considera socialmente que esta es la fase de la vida en la que se acepta que la mujer puede tener actividad sexual; la investigación se ha centrado en los problemas y molestias en lugar de enfocarse en la satisfacción con la sexualidad. Por ejemplo, las investigaciones en latinas han documentado que éstas y las asiáticas en Norteamérica usan más métodos anticonceptivos –MAC– que las mujeres blancas, ya que se sienten más presionadas a usarlos y limitan su familia debido a dificultades económicas (22). Otro ejemplo es el uso del condón; éste sigue siendo estigmatizado para la mayoría de las culturas, se equipara a la protección en una relación íntima casual. Sin embargo se conoce que las mujeres latinas en muchas ocasiones no usan el condón a pesar de conocer que su compañero tiene alto riesgo de estar infectado con el VIH o de saber que lo está, esto por razones de amor e intimidad (23).

Las mujeres consideradas “buenas” tienen que ser sumisas sexualmente, pues si disfrutan de la relación sexual pueden ser consideradas mujer “malas” que no merecen el respeto de los hombres. Estudios con mujeres latinas muestran que la cultura tiene efecto en las mujeres sobre si es aceptable que inicien la conversación con su compañero sobre actividad sexual y placer. Un estudio realizado en Cali, Colombia, por Canaval y col. (24), encontró que cerca de menos de un tercio de las mujeres se sienten cómodas hablando con sus parejas íntimas de sus necesidades en la relación sexual.

Se espera que una mujer de comportamiento apropiado sea ignorante en asuntos relacionados con el sexo y actúe como receptora pasiva de la activi-

dad sexual (25). Una mujer hispana que porte un condón en su cartera puede ser vista como una persona promiscua; esta creencia es común en medios en los cuales la cultura latina prevalece.

Paradójico parece ser en una sociedad que espera que la mujer sea la responsable por los asuntos relacionados con la sexualidad, incluyendo el uso de métodos anticonceptivos; Canaval, Cerquera y col. (26) encontraron que los hombres delegan esta responsabilidad en las mujeres. Sin embargo, al mismo tiempo se ha encontrado que las actitudes de hombres afro e hispanos son negativas hacia el hecho de que las mujeres inicien el uso del condón (27). A las mujeres no se les permite tener el control a la hora de la relación sexual, por lo tanto están expuestas a violencia sexual e infecciones de transmisión sexual como consecuencia directa de los estereotipos de género.

Las mujeres adultas maduras y mayores pareciera que no tuvieran más sexualidad que la ligada a la disfunción sexual y todo lo relacionado con la menopausia. La menopausia es una transición y como tal se presentará en un capítulo aparte y lo relativo a las disfunciones sexuales se sale del objetivo de este libro; en el capítulo sobre promoción de la salud y prevención de situaciones problema que comprometen la salud de la mujer se discutirán algunos aspectos relacionados con estos tópicos.

Respecto a las mujeres con orientación homosexual, son menos aceptadas en las diferentes culturas, debido a que la homosexualidad femenina es vista como una amenaza al rol de género, en el que se espera que las mujeres sean madres, y puede ser también una amenaza para la unidad familiar la cual es altamente valorada en la cultura latina. La literatura sobre la salud de las mujeres lesbianas en las revistas latinas y colombianas es escasa.

ADOLESCENTES, JÓVENES Y VULNERABILIDAD

La población de jóvenes (14 a 26 años, según la Ley 375 de Juventud de 1997) (28) se encuentra en alta vulnerabilidad; según lo reportado por el Ministerio de Protección Social de Colombia (29), los jóvenes son un grupo mayoritario de la población colombiana. Se define la condición vital juvenil como la posibilidad de desplegar toda su energía de manera positiva, de desarrollar su creatividad, de darse el permiso que social e históricamente se le ha otorgado de tener un período de formación, de toma de decisiones, de equivocarse en este proceso y poder encontrar las mejores respuestas que contribuyan a su proyecto de vida personal y colectivo futuro, pero construido y vivenciado desde el presente (30).

Los datos de la literatura reportan que el 42% de las mujeres adolescentes y el 47% de los hombres adolescentes han tenido relaciones sexuales (31). Los jóvenes hombres reportan mayor número de parejas sexuales.

Los métodos caseros para evitar embarazos siguen siendo utilizados. Muchas niñas confiesan que planificaron tomándose un zumo de limón luego de cada relación, lavándose los genitales con vinagre o simplemente metieron debajo de la cama un vaso con un huevo abierto.

El jefe de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario del Valle recuerda que el sexo en menores de 19 años es ocasional. “Entonces las niñas dicen que no planifican porque no tienen una pareja estable, pero en una noche tienen relaciones con cualquier hombre y es allí cuando vienen las consecuencias”. El especialista revela que el 70% de sus pacientes adolescentes tienen sexo con parejas inestables (32).

Los especialistas recomiendan el condón como el método más práctico y seguro cuando el sexo llega de forma inesperada. Pero muchos hombres adolescentes rechazan este preservativo. Al menos Edwin asegura que no se siente igual. “Como dicen vulgarmente eso es como comer paleta con la chuspa. Pero bueno, yo lo usaría, lo que pasa es que en ese momento uno no piensa en nada, por eso las mujeres deben cuidarse con otras cosas. Ellas son las responsables”, dice con certeza el joven de 16 años. Pero se equivoca. Las mujeres tampoco piensan en cuidarse y para las entidades de salud lo más preocupante es que hace diez años el inicio de vida sexual de los adolescentes era a los 15 años y ahora esta edad ha descendido a los 12 (30). Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (16), dos de cada cinco menores de edad ya han tenido relaciones sexuales.

Otros datos son:

- La falta de comunicación con los padres es una de las principales causas por las cuales los jóvenes no planifican, o si lo hacen, no tienen la información suficiente.
- Es necesario mostrar a las menores opciones de vida diferentes a la maternidad.
- Durante la niñez y la adolescencia los medios masivos de comunicación y las personas allegadas son particularmente importantes porque influyen grandemente en el desarrollo de actitudes y comportamientos que pueden afectar el riesgo para el embarazo en la adolescencia y para las infecciones de transmisión sexual.

RECOMENDACIONES PARA LA SALUD DE LA MUJER

La salud de la mujer es una de las metas que debe ser alcanzada por todos, entre ellos, los que todavía luchan por disminuir la mortalidad materna y los que favorecen el cuidado de la salud de la mujer a través del ejercicio físico, la realización de mamografías, la reducción de la hipertensión, etc.

Los mensajes que recibe la mujer respecto a la eterna juventud son muchos; frases como “permanezca joven” o “disminuya el envejecimiento” continuamente se oyen y se leen en los medios masivos de comunicación, en

revistas especializadas sobre belleza y juventud, en la plaza, en la academia, la cultura y en todo sitio. De acuerdo con Koehn (33) la cultura occidental le tiene aversión a la vejez; llegar a ser una adulta mayor pareciera ser un estado cruel por lo cual todo lo que esté al alcance debe ser hecho para evitarla.

A pesar de que se ha comprobado que la actividad física es de beneficio para la salud (Ver Figura 2.1), las cifras de la proporción de mujeres que realiza actividad física según los reportes de investigación, están muy distantes de ser aceptables: 60% en el reporte de países desarrollados (33) y 21% en un estudio con mujeres trabajadoras de una institución de salud en Cali (34).

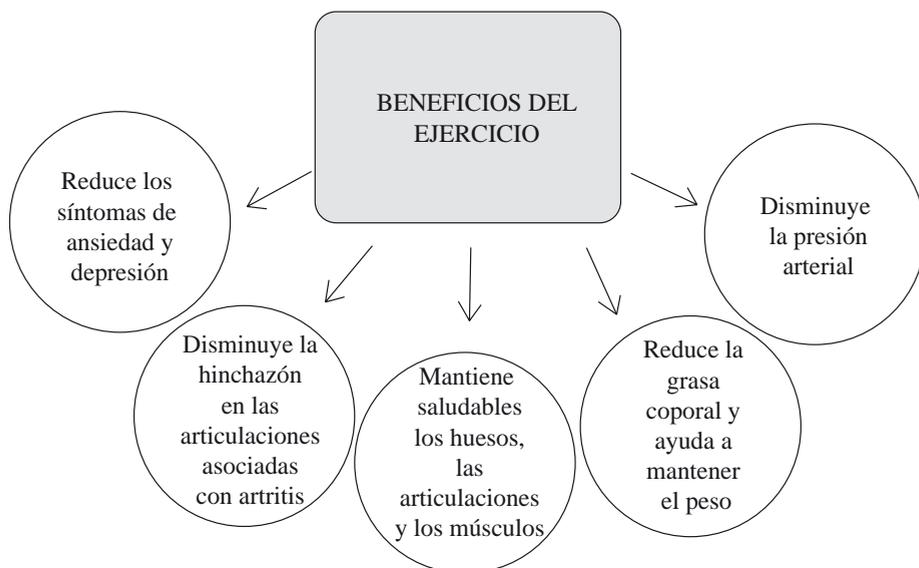


Figura 2.1. Los beneficios del ejercicio

Las siguientes actividades incluidas en las rutinas diarias de la mujer contribuyen al fortalecimiento y preservación de su salud (Ver Cuadros 2.1, 2.2, 2.3, 2.4).

Cuadro 2.1. Recomendaciones para una dieta adecuada

- Ingesta de nutrientes con balance de carbohidratos, proteínas y grasa.
- Calorías que provengan de granos secos, vegetales, carne magra, pescado, pollo, leche descremada.
- Ingesta diaria de 1.000 mg de calcio en mujeres 19 a 45 años y de 1.200 a 1.500 mg en mujeres mayores de 50 años(35)

Otra recomendación es mantener el peso adecuado, con él se contribuye a prevenir la enfermedad cardiaca, la diabetes y algunos cánceres como el de colon y el de mama.

Cuadro 2.2. Recomendaciones para un peso adecuado

- El exceso de peso aumenta el riesgo de hipertensión arterial, algunos cánceres, diabetes, infarto, artritis y otras enfermedades.
- La obesidad es definida con base en el Índice de Masa Corporal - IMC mayor de 30 y sobrepeso con IMC de 25 a 29. Aumento del IMC conlleva a mayor riesgo de muerte prematura (36).
- La delgadez excesiva también es un problema y un riesgo de muerte temprana (37).

Se recomienda realizar regularmente los exámenes de tamizaje de acuerdo con las normas nacionales.

Cuadro 2.3. Exámenes de rastreo según las normas (38)

Chequeo médico anual
Autoexamen de mama mensual
Citología cérvico-uterina anual
Visita a salud oral
Mamografía una vez al año
Tamizaje para cáncer de colon
Examen pélvico anual
Examen glándula tiroides
Examen de visión
Vacunación según esquemas vigentes

Otras recomendaciones que se basan en la toma de decisiones y en el estilo de vida saludable son:

Cuadro 2.4. Decisiones saludables

- Dieta apropiada
- Ejercicio
- No fumar
- Beber alcohol con moderación
- Balancear trabajo y recreación
- Dormir de 6 a 8 horas diarias

REFERENCIAS

1. Burns, A.; Lovich, R.; Maxwell, J. and Shapiro, K. Where women have no doctor: A health guide for women. Hesperian Foundation Berkeley, California, USA. 1997. Tercera Impresión 2006.
2. OPS, OMS y WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. OPS, OMS y WAS Guatemala Mayo 2000. Pág. 8.
3. Tone, A. Historical Influences on women's sexual and reproductive Health. En Wingood G M, DiClemente RJ. Handbook on women's sexual and reproductive Health. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002. Pág. 7-19.
4. Amaya, A.; Canaval, G.E. y Viáfara, E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: Influencia en el acceso y cuidado de la salud. Col Med. 2005; 36 (3): 65 – 74.
5. Aragón, N.; Canaval, G.E. y col. Informe de Investigación sobre la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de Cali y del Valle presentado a la Universidad del Valle y a Colciencias. Enero de 2002.
6. Roa, M. El debate sobre el aborto en Colombia. Diez razones que lograron su despenalización. Acceso agosto 22 de 2009. Disponible en: <http://www.revista-numero.com/49/debate.html>
7. Londoño, M.L. Derechos sexuales y reproductivos los más humanos de los derechos. XYZ Cali. 1996.
8. Kinsey, C. Sexual behavior in the Human female. 1953. Citado en Wingood G.; Sionean, C.; Hubbard, Mccree, D. Women's sexual and reproductive Health: An Overview. In: Handbook on women's sexual and reproductive Health. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002. Pág. 14.
9. Friedan, B. The feminine mystique. 1963. Citado en Wingood G, Sionean C, Hubbard Mccree D. Women's sexual and reproductive Health: An Overview. En Handbook on women's sexual and reproductive Health. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002. Pág. 14.
10. Secretaría de Salud de Cali. Monitoreo del tratamiento de la temática de la sexualidad en el discurso radial juvenil. Observatorio de radio local. 2007.
11. Arias, L.; Ceballos, J.; Canaval, G.E.; Herrera, J.A.; Rojas, O. y Valencia, C.P. No sólo el amor te salva. Cali: Feriva. 2003.
12. Canaval, Mejía, Molina, Collazos, 2002. Estudio piloto sobre factores de riesgo y protectores de la salud sexual y las ITS y el VIH en adolescentes escolarizados en una institución de la Comuna 18 de Cali, Colombia. Grupo Promesa. Universidad del Valle. 2002.
13. Encuesta Nacional de Comportamientos Sexuales de Estudiantes de Secundaria en Colombia - ENCSES. 2002.
14. Mejía, I.; Cortés, D. y col. Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Cargraphics, Bogotá. 2000.
15. Kaiser Family Foundation. Sexually transmitted diseases in America: How many cases and at what cost? Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation. 1998.
16. ENDS – 2005. Colombia Profamilia. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 – ENDS 2005. Bogotá: Profamilia; 2006.

17. Griswold, W. Cultures and societies in a changing world. London: Pine Forge Press. 1994.
18. Lips, H.M. Sex and gender: An introduction. 3 Ed. Mountain View, CA: Mayfield. 1997
19. Amaro, H.; Navarro, A.; Conron, K.J. y Raj, A. Cultural influences on women´s sexual Health. En Wingood G M, DiClemente RJ. Handbook on women´s sexual and reproductive Health. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002. p. 74.
20. Maccobby, E. The two sexes: growing apart, coming together. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1998.
21. Rosario, M.; Meyer – Bahlburg, H.F.; Hunter, J. and Gwadz, M. Sexual risk behaviors of gay, lesbian and bisexual youth in New York City: Prevalence of correlates. Aids Edu Prevention. 1999; 11 (69): 476 - 796.
22. Kuz, T. Family planning experiences of Vietnamese women. J Comm Health Nurs. 1997; 14: 155 - 168.
23. Yeakley, A.; Gant, L. Cultural factors and program implications: Hiv – AIDS interventions and condom use among Latinas. J Multicultural Soc Work. 1997; 6 (3-4): 47 – 71.
24. Canaval, G.E.; Valencia, C.P.; Forero, L.; Magaña, A.; Guardela, N. y Vargas, Y. Factores protectores y de riesgo para VIH - SIDA en Mujeres de Cali, Colombia. En: Chile Ciencia y Enfermería. 2005; 11 (2): 23 – 33.
25. Erickson, P. Cultural factors affecting the negotiation of first sexual intercourse among latina adolescent mothers. Int Q. Community Health Edu. 1998 – 1999; 18: 121 -137.
26. Canaval, G.E.; Cerquera, G.I.; Hurtado, N. y Lozano, J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. En: Investigación Educación Enfermería. 2006; 24 (1): 26 – 35.
27. Witehead, T. Urban low income African – American men. Hiv – Aids and gender identity. Med Antropol Q. 1997; 11: 411 – 447.
28. Ley 375 de Juventud. República de Colombia. Julio, 1997.
29. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Propuesta de generación de ingresos para población joven en situación de vulnerabilidad. Bogotá Colombia. Agosto de 2006.
30. Plan Estratégico de Desarrollo Juvenil del Departamento de Antioquia. Asesoría para la juventud de Antioquia. Secretaría de Educación para la Cultura. Medellín, Colombia. 2005.
31. Raj, A.; Silverman, J. and Amaro, H. The relationship between sexual abuse and risk among high school students. Maternal Child Health J. 2000; 4: 125 – 134.
32. Embarazo en Adolescentes. Diario de circulación colombiana “El País” febrero 6 , 2008.
33. Koehn, M. Embrancing the aged process. JCN 2005 / Volume 22, Number 2: 20 – 24
34. Canaval, G. y Sánchez, N. Estilo de vida para el cuidado de la salud y la prevención del cáncer en mujeres trabajadoras. Enviado a evaluación revista Colombia Médica. 2009.

35. Office of Women's Health, Department of Health and Human Services, What is the Optimal Calcium Intake for Women in Different Stages of Their Life? (April 2001). [Accessed November 10, 2004] Available from: <http://www.medem.com/MedLB/article_detailb.cfm?article_ID=ZZZJ615L08D&sub_cat=641>

36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Obesity Trends Among U.S. Adults Between 1985 and 2002 (June 23, 2004). [Accessed September 10, 2004] Available from: <<http://www.cdc.gov/nccdhp/dnpa/obesity/trend/index.htm>>

37. US. DHHS, December 1995.

38 Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, "Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial." J Am Medical Association. 2002; 288: 321 - 333.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

SALUD DE LA MUJER: CONCEPTO, DETERMINANTES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Escribir sobre la salud de la mujer y la promoción de la salud implica hacer una mención aunque breve sobre el concepto de salud y los condicionantes que la determinan. Este capítulo comprende cuatro partes: la primera sobre el concepto de salud, las inequidades de género y la salud, la visión holística y humanística de la salud y la importancia de la salud de las mujeres.

La segunda parte trata sobre los determinantes de la salud; se desarrolla con mayor extensión lo correspondiente al estrés y la salud dada la importancia de la salud mental de las mujeres. La tercera parte comprende algunas anotaciones sobre indicadores de salud que se han empleado en la medición de la misma. La cuarta sobre la responsabilidad por la salud.

La salud vista en términos contemporáneos se centra en la salud en sí misma y no en la enfermedad. La salud es un derecho y un objetivo principal de todos los seres humanos, de los gobernantes, de los pueblos, de las mujeres, de la sociedad en general. Una sociedad que desea el bienestar de todos sus miembros requiere que ellos se comprometan en la construcción de ambientes saludables y en la responsabilidad por la salud.

Para ello la sociedad impulsará la educación de calidad, reconocerá la dignidad del ser humano independientemente del grupo étnico, el género, la clase social, la procedencia geográfica y adoptará políticas para mantener esa dignidad. El sector salud en conjunto con otros sectores, como educación, vivienda, bienestar social, agricultura, economía, empleo, cultura, recreación y deportes, etc. contribuye a lograr el bienestar y la calidad de vida. Es decir, sin salud no tendremos una calidad de vida aceptable.

El concepto de salud es cambiante debido a las influencias del contexto

en el que se analice y a los valores y normas existentes; estos varían en sociedades con gran diversidad cultural, étnica y religiosa, entre otras (1).

La definición de salud va más allá de expresarla en términos del modelo curativo desde la perspectiva biológica. La salud como concepto es multidimensional y de connotación positiva, con dimensiones en lo biológico, psicológico, social, espiritual, ambiental y cultural. Adicionalmente, existen variaciones en la salud debido a las diferencias de género, etnias y culturas. Por lo tanto una visión de la salud debe ser holística y humanista.

La salud es un concepto que interesa a muchas disciplinas y es un concepto central a la disciplina de Enfermería; de acuerdo con muchas teorías en Enfermería que consideran al ser humano como una persona única en la cual se da la relación del cuerpo con la mente y el espíritu, es necesaria la orientación hacia un modelo de salud holística. Entonces, contemplar la salud como ausencia de enfermedad no es ya una condición para que exista la salud, de allí la importancia de considerar la promoción de la salud aun en presencia de enfermedad; es por esta razón que en algunos capítulos se mencionan aspectos relacionados con enfermedades crónicas en la mujer las cuales se abordan con énfasis en la promoción de la salud.

En las personas con enfermedad crónica la cura no es el objetivo, en su defecto, el cuidado se convierte en la meta a lo largo de la vida. Alcanzar el mejor estado de salud es el mayor reto para una persona con una enfermedad crónica y también lo es para los proveedores de cuidados de la salud; esto significa que las personas deben asumir el desafío de ser sus propios cuidadores, es decir, que muchas más personas practicarán en su vida diaria el autocuidado cambiando su papel pasivo de receptores de cuidado por un rol activo de cuidadores de sí mismos para mantener o alcanzar la salud óptima o la mejor que puedan lograr; y así ser saludables a pesar de la enfermedad.

Promover la salud y conservarla es de gran importancia para las mujeres tanto si desempeñan roles de cuidadoras formales o informales o no; las mujeres son las principales cuidadoras informales y además son la mayoría en el campo de la salud como profesionales o técnicas y auxiliares. En Colombia y en el mundo, un alto porcentaje de los agentes de salud son mujeres, particularmente pertenecen al personal de enfermería. Enfermería está representado por una alta proporción de mujeres, lo que tiene implicaciones para el cuidado. Si las personas tienen el potencial para la salud, las enfermeras requieren desarrollar habilidades para empoderarlas en pos de movilizar los recursos personales y de la comunidad.

Muchas de las mujeres cuidadoras de otros no realizan prácticas de autocuidado como se espera que lo hagan, algunas críticas se han formulado al respecto como el que las mujeres postergan el cuidado de sí mismas porque están muy ocupadas con sus múltiples roles entre ellos el papel de cuidadoras de otros y no toman tiempo para el cuidado de sí mismas; tarea, entre otros aspectos, impuesta por su rol de género.

En cuanto a las diferencias de género aún falta mucha investigación para comprender las diferencias en la salud y en los determinantes de la salud de hombres y mujeres. Cuando nos referimos a la salud y a las diferencias de género obligadamente hay que retomar el asunto de las inequidades en salud basadas en el género; estas inequidades han sido ampliamente documentadas en los últimos años.

El patrón de las diferencias de género en salud es variado (2), las mujeres tienen tasas más bajas de mortalidad comparadas con los hombres pero paradójicamente reportan más altos niveles de depresión, de desórdenes psiquiátricos y una variedad de enfermedades crónicas (3).

La dirección y la magnitud de las diferencias de género en salud varían de acuerdo con las fases del ciclo vital y con las condiciones del contexto en el cual viven. Las mujeres a lo largo del ciclo de vida perciben un mayor distrés aunque esto es menos aparente (4).

INEQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

Las inequidades en salud han sido ligadas a variables sociales de tipo estructural, a variables relacionadas con el comportamiento y a factores psicosociales. Los factores que afectan la salud de la mujer no están en un vacío, ellos se encuentran estrechamente relacionados; es decir, que los comportamientos y el estilo de vida, los factores sicosociales, la exposición a eventos estresantes en la vida, el estrés crónico están inmersos en el contexto donde viven las mujeres. La cultura con las normas y valores que moldean el actuar de las personas incide en dichos factores, determina las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, el trato que ellas reciben, la equidad de género, la posición de la mujer en la sociedad, el bienestar y la calidad de vida de ellas y de sus familias.

Existe relación entre las inequidades en salud y las inequidades socioeconómicas tales como ingresos, educación, estado ocupacional y empleo. También el estilo de vida se ha relacionado con la salud y la enfermedad, el consumir alcohol, fumar, realizar ejercicio están relacionados con la salud o la enfermedad. Por ejemplo, las mujeres con sobrepeso tienen mayor probabilidad de tener un problema de salud crónico y las de menor peso de lo adecuado, poseen mayores niveles de distrés comparadas con las mujeres de peso adecuado (5).

EXPOSICIÓN Y VULNERABILIDAD

Las diferencias de género han sido explicadas a partir de diferencias en la exposición a los determinantes y/o diferencias en la vulnerabilidad; las mujeres experimentan más bajos niveles de salud, de salud funcional y altos niveles de distrés comparadas con los hombres y además reportan más con-

diciones crónicas (5); las diferencias en la exposición a los determinantes sociales no es lo único que explica las diferencias de género en las medidas de salud; existen otros factores.

Las mujeres que trabajan doble jornada tienen menos distrés que las que están todo el tiempo en el hogar cuidando de la familia, quienes además sufren de enfermedad crónica con mayor probabilidad; las mujeres que laboran ya sea como técnicas o profesionales y como empleadas en labores de no mucha habilidad sufren mayor distrés que los hombres y tienen bajos puntajes en la salud funcional; los hombres empleados en cargos de baja posición tienen mayor probabilidad de sufrir de enfermedad crónica.

Respecto a la exposición a situaciones que favorecen o no la salud, en general, las mujeres tienen menos acceso a los recursos materiales y a condiciones de vida que benefician la salud, están expuestas a más estresores por su papel de cuidadoras formales o informales. La investigación muestra que las mujeres ocupan posiciones diferentes a las de los hombres en lo laboral; generalmente ellas ostentan cargos de menor poder y ganan menos que el hombre aunque desempeñen el mismo cargo o realicen las mismas funciones. También es probable que ellas sean cabeza de hogar como madres solas y que realicen más labores domésticas que los hombres (6, 7).

Las mujeres están expuestas a estilos de vida diferente con respecto a los hombres; mientras los hombres tienen mayor probabilidad de fumar y beber (5), las mujeres tienen mayor probabilidad de soportar presiones culturales y obligaciones debido a su rol social que no les favorece la realización de actividad física, por el contrario, las impulsa a hacerla en exceso como ocurre en algunas mujeres, para mantener una figura que sea “comercial” como las que trabajan en el cine, la TV, los medios; también tienen mayor probabilidad de asumir patrones alimenticios no saludables, de experimentar eventos estresantes en la vida diaria (8) y a no pocas a exponerse a riesgos innecesarios debido, por ejemplo, a las cirugías estéticas.

Hay también diferencias de género en cuanto al control en el hogar y en lo laboral, asunto que impacta más a las mujeres, quienes también experimentan una menor autoestima; sin embargo, las mujeres reportan mayor apoyo social que los hombres; el apoyo social se relaciona con una mejor salud funcional para las mujeres en comparación con la de los hombres (5, 9).

Respecto a la vulnerabilidad, las mujeres por sus condiciones físicas, biológicas y sociales tienen mayor probabilidad de sufrir alteraciones en la salud; por ejemplo las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir infecciones urinarias a lo largo de su vida, por aspectos relacionados con su biología, la ubicación del meato urinario, la longitud de la uretra y la humedad que rodea el meato urinario.

La vulnerabilidad y el efecto del estrés puede ser experimentado de manera diferente por las mujeres. Por ejemplo, las mujeres tienen mayor probabilidad de afectarse por el estrés que perciben las personas allegadas a

ella como los hijos y el esposo; tienen mayor probabilidad de experimentar estrés ocasionado por la crianza de los hijos, estrés por la salud de la familia y estrés proveniente del ambiente; algunos investigadores argumentan que la mujer es más vulnerable al efecto del estrés crónico sobre la salud, estrés que se deriva de sus roles sociales, su rol marital y familiar (5, 10).

Las mujeres se afectan en mayor proporción por las condiciones de pobreza; las personas en situación de pobreza son más vulnerables debido a que están más expuestas a los riesgos y a que tienen poco acceso a instrumentos adecuados para el manejo de los diversos riesgos. El mejorar la capacidad de manejo del riesgo de los más pobres, reduce su vulnerabilidad y aumenta su bienestar, lo cual contribuye a reducir la pobreza transitoria, impide que los pobres se vuelvan más pobres, y proporciona una manera de salir de la pobreza crónica.

En relación con el manejo de los riesgos y con el fin de reducir la vulnerabilidad ocasionada por la pobreza crónica se han propuesto tres estrategias básicas, específicamente para disminuir la vulnerabilidad en la población joven, lo que también puede ser aplicado a las mujeres; estas estrategias son: prevenir el riesgo de deterioro, disminuir los efectos y aliviar los impactos del riesgo (11).

- Prevenir: Ante la probabilidad de que ocurra un riesgo de deterioro, se aplican, antes de que aparezca, políticas macroeconómicas sanas, salud pública, educación, capacitación y, en general, medidas para reducir el desempleo.
- Mitigar: Para disminuir los posibles efectos de un futuro riesgo de deterioro, se aplican medidas antes de que éste se presente. Se distingue de las anteriores, en que mientras aquéllas reducen la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, las de mitigación reducen su potencial de repercusión en caso de que el riesgo se materialice.
- Superar: Para aliviar el impacto del riesgo, una vez que se ha producido. Entre las formas más comunes de uso de la estrategia de superación se tienen: subsidios, subsidios condicionados, programas sociales de apoyo en especie, entre otros (11, p. 17).

VISIÓN HOLÍSTICA Y HUMANISTA DE LA SALUD

La visión holística y humanista de la salud tiene implicaciones para los profesionales de la salud, en especial para enfermería (12), tanto en la valoración de la salud como en su cuidado, lo que significa enfatizar en los recursos disponibles, en la movilización de éstos, en el desarrollo de potencialidades, de capacidades, y en disminuir riesgos de eventos negativos. El concepto de salud es reconocido como multidimensional y aplicable a individuos, familias y comunidades.

Según el modelo de Pender, Murdaugh y Parsons (13) el concepto de

salud enfatiza en aspectos positivos como fortalezas, resiliencia, recursos, potencialidades y capacidades en vez de centrarse en la patología existente o en aspectos negativos. A pesar de lo anterior aún se usan indicadores de connotación negativa o indicadores sobre problemas para definir la salud de las personas o de la población; ejemplo de ello son las tasas de morbilidad y mortalidad, que reflejan enfermedad y la necesidad de una atención en salud de calidad y no reflejan el cuidado de la salud.

La visión de salud como un estado libre de enfermedad fue popular a comienzos del siglo XX; la salud y la enfermedad fueron vistas como un continuo, la ausencia del uno implicaba la presencia del otro, lo que originó evaluar la salud en términos de la no presencia de enfermedad. En 1974 la Organización Mundial de la Salud – OMS (WHO, por su sigla en inglés) propuso una definición para el término salud que enfatizó en el concepto de “totalidad” y en las cualidades positivas de la salud. La OMS definió salud así: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. A partir de esta definición la valoración de la salud tomó en consideración otros componentes distintos a los de enfermedad. Esta definición refleja al individuo como una persona total, ubica la salud en el contexto del medio ambiente social y equipara la salud con una vida creativa y productiva. Esta definición ha sido muy criticada por amplia, utópica y abstracta, sin embargo es la definición más popular.

El desarrollo del concepto de salud está aún en evolución. La palabra salud aparece ligada al significado de estar seguro; ser saludable fue construido como “natural” o en armonía con la naturaleza; no ser saludable es pensado como no natural o estar en contra de la naturaleza (14).

La salud es vista como parte de un proceso que busca el estado óptimo y que concluye cuando las personas mueren, proceso que es cruzado por enfermedad o enfermedades, mas no es visto como un continuo salud-enfermedad. Si se asume como un continuo simple es difícil discutir aspectos saludables de un individuo enfermo. La salud se puede manifestar en presencia de enfermedad; una pobre salud puede existir aun sin enfermedad. La salud y la enfermedad se consideran dos aspectos separados pero interrelacionados en vez de los extremos opuestos de un continuo, es decir que son cualitativamente diferentes y pueden coexistir.

IMPORTANCIA DE LA SALUD DE LAS MUJERES

Las mujeres se constituyen en pilar de la sociedad, son las principales cuidadoras de los niños/as, de los adultos mayores y de los miembros de la familia en general y también cuando ellos tienen una enfermedad crónica, son la cabeza de muchos hogares. En el año 2005, el 33% de los hogares tenían jefatura femenina en Colombia (15); según el DANE, para el 2008, el 29,8% de los hogares del país tenían jefatura femenina, 1,2 puntos por-

centuales más que lo registrado en el 2003 (28,6%); esta situación corresponde principalmente a hogares de la cabecera (zona urbana) (32,9%) (16).

Las mujeres son el puente entre los servicios de salud y la familia y aportan a la economía como sus congéneres masculinos; la tasa global de participación para el total nacional, en el cuarto trimestre de 2007, fue de 72,2% para los hombres y 47,2% para las mujeres (17); adicionalmente las mujeres laboran en el hogar lo cual para la gran mayoría de ellas se constituye en la doble jornada laboral y para otras mujeres en la triple jornada cuando se suman a las horas al servicio de los asuntos comunitarios y escolares cuando tienen los hijos en edad escolar, representadas en atender las reuniones y actividades propias de padres y madres ante las instituciones educativas.

Dado lo anterior e independientemente de las cifras, la salud de las mujeres cobra gran importancia para las familias, para las comunidades y para la sociedad en general. (Los datos se presentarán más adelante en el Anexo denominado “Las Cifras”).

Una sociedad desarrollada lo será en la medida en que sus ciudadanos en general, y en particular, en que las mujeres y sus niños y niñas sean saludables. Medidas de mortalidad infantil, de mortalidad materna, de mortalidad de las mujeres por problemas como violencia, cáncer y otras enfermedades crónicas no trasmisibles indicarán el grado de desarrollo de una sociedad, en adición a otros indicadores de bienestar como índice de pobreza, índice de calidad de vida, entre otros.

FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD

La salud de la mujer se afecta por diferentes factores; unos de índole biológico, otros por el rol de género y la posición que la mujer ocupa en la sociedad, lo que hace parte de las diferencias en la equidad y en la igualdad; otros son factores psicológicos y ambientales. Estos factores hacen que exista un mayor porcentaje de ciertas situaciones que afectan la salud de las mujeres, tal es el caso de la depresión, la ansiedad, la osteoporosis, las consecuencias de la violencia contra la mujer (femicidios, efectos en la salud física y en la salud mental, dolor innecesario, muerte producto de cirugías estéticas), entre otros.

El tema de los determinantes de la salud es crucial en el abordaje de la equidad en salud y como tal es objeto de estudio por organismos internacionales, regionales y nacionales; es además la piedra angular para la formulación de políticas públicas saludables dadas las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y la inequidad en salud (18).

La salud es determinada por una mezcla compleja de fuerzas y factores embebidos en el contexto social en el cual las personas viven, que ejercen influencia de manera positiva o negativa sobre la salud; estos factores que están más allá de las características de los individuos, juegan un papel en

determinar el riesgo individual y en últimas la salud individual; a estos factores del medio ambiente que tienen influencia sobre la salud se les denomina los determinantes de la salud.

Los determinantes pueden ser de carácter social, se los denomina determinantes sociales de la salud; pueden ser vistos como las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Estos determinantes tienen que ver con hechos específicos del contexto social que afectan la salud.

El concepto de determinantes sociales de la salud se originó desde la década de los setenta por las críticas a las intervenciones orientadas a los riesgos de las enfermedades en los individuos. El concepto de determinantes sociales es enfocado hacia los factores que ayudan a la gente a estar saludable en vez de centrarse en los servicios de salud que ayudan a las personas cuando están enfermas. Por ejemplo, se ha reportado que un ambiente seguro, libre de amenazas de violencia, que propicia el acceso fácil a oportunidades de recreación, facilita que las personas realicen actividad física (19).

Estrato socioeconómico y salud. El estrato socioeconómico también se relaciona con el estrato de salud; un estado socioeconómico bajo se relaciona con un estado de salud pobre o deficiente y con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente entre poblaciones afroamericanas; en algunos casos se puede deducir que las mujeres son las más afectadas porque es mayor la cifra de las mujeres que viven situaciones de pobreza (20, 21, 22).

El desempleo afecta en mayor proporción a las mujeres, los ingresos que ellas reciben son menores que los de los hombres y en situaciones de crisis económica las más afectadas con el trabajo informal y el no acceso a la seguridad social son ellas. Los porcentajes de desocupación en Colombia son: Mujeres, 57%; hombres, 43%. La tasa de subempleo objetivo es: para los hombres 9% y para las mujeres 10% (23).

Educación y salud. Existe relación entre nivel de educación y el estado de salud tanto física como mental; por ejemplo, a medida que se aumenta el nivel de educación decrecen los síntomas de depresión y mejora el estado de salud. Este resultado no es simple, los efectos difieren dependiendo de otros factores sociales tales como el grupo étnico al cual pertenece la persona (24); la región geográfica de donde procede, la clase social a la cual pertenece, el estado civil; este último aspecto está relacionado positivamente con la salud física y mental para hombres, lo que no es siempre así para las mujeres (25).

Los datos en Colombia de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (15) nos muestran cómo la salud de la mujer y la educación están relacionados; esto es cierto para diferentes variables medidas en la encuesta y los resultados en salud tanto para ella como para la familia; como el uso de métodos de planificación familiar, el haber sido agredida por el compañero

sentimental, el número de hijos, el realizar prácticas de autocuidado. Ver en los Cuadros 3.1 y 3.2 las cifras de la mortalidad infantil y de la niñez según el nivel de educación de la madre y las de autocuidado de las mujeres según nivel de educación, elaboradas con los datos tomados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 2005.

Cuadro 3.1. Mortalidad x 1.000 nacidos vivos según nivel de educación de la madre¹

NIVEL DE EDUCACIÓN	INFANTIL (durante 1er año de vida)	NIÑEZ (menores de cinco años)
Sin educación	43	51
Primaria	27	32
Secundaria	18	21
Educación superior	14	16

1. Nota aclaratoria de la ENDS-2005: Probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar del método directo de estimación para la construcción de tablas de mortalidad a partir de historia de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 3.2. Autocuidado según nivel de educación de la mujer

	SIN EDUCACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	EDUCACIÓN SUPERIOR
Se ha realizado la citología una vez al año (mujeres 18-69 años)*	32%	46%	48%	54 %
Se han hecho citología vaginal en algún momento de su vida (mujeres 18-69 años)	73%	86%	85%	86%
Conoce autoexamen de mama (mujeres entre 18-69 años)	53%	70%	85%	96%
Se ha realizado el auto examen de mama (mujeres entre 18-69 años)	28%	40%	58%	73%
Se hace autoexamen mama 4-10 días después del ciclo menstrual	3.6%	5.5%	8.4%	12.4%
Uso actual de cualquier método de planificación familiar	67%	79%	79%	77%

* El porcentaje de mujeres sin información sobre la citología cérvico-uterina es de 40%.

Factores psicológicos y salud. También los determinantes pueden ser psicológicos, a estos y a los sociales se los denomina determinantes psicosociales. Los determinantes psicosociales de la salud han sido clasificados en tres grupos: eventos críticos en la vida, estresores crónicos y recursos psicológicos (5).

Las personas expuestas a eventos de vida estresantes están en mayor riesgo de distrés y de desórdenes psiquiátricos, de tener una pobre salud física y de uso de sustancias psicoactivas; también se ha documentado que la exposición a estrés crónico produce distrés y en menor extensión crea condiciones crónicas que comprometen la salud (5). Los estresores crónicos juegan un papel determinante en la salud tanto de hombres como de mujeres, pero es más marcado el efecto en la salud de la mujer; el estrés personal está asociado con enfermedad crónica, juega un papel importante en predecir enfermedad crónica en la mujer, lo mismo que el estrés financiero; el estrés de la crianza de los hijos predice una menor salud funcional en la mujer al igual que el estrés del medio ambiente y el familiar. En adición a lo anterior, los determinantes psicológicos indirectamente se relacionan con la salud a través de modificar los estresores crónicos o a través del impacto en la salud de los eventos estresantes de la vida diaria.

EL ESTRÉS Y LA SALUD

Entre los factores que afectan la salud, especialmente la salud mental, se encuentra el estrés; la influencia de este sobre la salud no es algo nuevo, tampoco lo es el conocido efecto sobre la salud de las mujeres. El estrés y los diferentes estresores existentes tanto en el medio físico como en el medio social influyen en el estado de salud y en las respuestas de las personas. La influencia del estrés sobre la salud ha sido subestimada porque en la mayoría de los estudios se examina solamente resultados aislados en salud, es decir, se reportan datos de uno en uno de manera separada, sin establecer relaciones entre ellos (25, 26, 27, 28).

Schulz, Parker, Israel y Allen (29) indican que la exposición de las mujeres a los estresores es sistemática y también encontraron que está relacionada con el estrato social; ellas encontraron que para los grupos de estrato socioeconómico bajo es más probable experimentar condiciones de vida más estresantes y con mayor efecto negativo comparado con grupos de estrato socioeconómico alto (25).

Las mujeres que son cabeza de hogar y tienen trabajos mal remunerados y son pobres experimentan altos niveles de distrés, esto se ha medido con el cuestionario de bienestar general GWB (de la sigla en inglés *General Well Being*). En adición a lo anterior, se ha señalado que ellas tienen grandes necesidades en salud (30). La experiencia de trabajar con el modelo de voluntarias de la salud, quienes son en su mayoría mujeres de la comunidad, ha

indicado que el apoyo social afecta positivamente la salud y se ha empleado para mejorar la salud y reducir el estrés (26, 29, 31).

El concepto de estrés ha sido definido en varias ocasiones, y se lo ha asociado a salud mental y a la salud física. El estrés es producido por eventos importantes en la vida de las personas, son eventos que interrumpen las actividades normales y requieren muchas veces algún tipo de respuesta adaptativa, por ejemplo la muerte de un ser querido (32).

Los estresores crónicos son problemas, retos y dificultades que la gente experimenta en la vida diaria durante largos períodos, por ejemplo la pobreza, el desempleo por largo tiempo y sobrecarga en el trabajo (33).

De acuerdo con Israel y col. (33) los estresores crónicos, como preocupaciones por la seguridad física y el no confiar en la policía, están asociados inversamente con el estrato social; los miembros de grupos marginales tienen una mayor probabilidad de experimentar estresores crónicos comparados con las personas de grupos más privilegiados (22, 25, 26, 29); también los estresores crónicos están relacionados con tasas de mortalidad y morbilidad por diferentes causas y las preocupaciones por no contar con suficiente dinero para suplir las necesidades básicas tienen un impacto negativo en el estado de salud.

Israel y col. (32) encontraron en una muestra de mujeres, que en general los estresores tuvieron efecto sobre la salud física y mental de ellas, los cuales persisten aun controlando los factores socio-demográficos; los estresores familiares, estrés por inseguridad en las calles, y vulnerabilidad económica tienen un efecto negativo sobre la salud en general y un efecto directo sobre la sintomatología depresiva; estas investigadoras mostraron que al adicionar el apoyo social a los modelos de regresión con todas estas variables, tomando como variable predictiva la sintomatología depresiva, el coeficiente B para esas variables de estrés disminuyó. El mejor predictor de depresión fue el apoyo social instrumental, lo mismo ocurrió para la salud en general lo que a las autoras les pareció razonable porque su estudio fue hecho en un área geográfica donde predominan habitantes afroamericanos, con un alto porcentaje de ellos que viven en pobreza, en desventaja económica y con alta vulnerabilidad económica.

En la literatura científica se encuentra el modelo de *Procesos de Estrés* (29) el cual plantea que la exposición a estresores del medio ambiente físico y social tiene influencia en la salud; este planteamiento tiene soporte en otras fuentes de la literatura (32, 34, 35). Los estresores pueden ser de diferente índole, entre ellos eventos de la vida de carácter agudo, el empobrecimiento crónico, eventos catastróficos tales como eventos propios de la naturaleza (temblores), y el conflicto armado.

Un estudio realizado en Cali y Medellín con mujeres (36) sobre los eventos estresantes de la vida diaria, mostró que el abuso físico y el abuso emocional fueron los dos eventos personales más frecuentemente reportados.

La inseguridad en la ciudad, en el hogar y la muerte súbita de un familiar fueron las tres primeras causa de estrés en la vida diaria de las mujeres.

La respuesta de corta duración a los estresores puede ser de tipo fisiológica, por ejemplo aumento de la presión arterial, o de carácter psicológico como tensión, o una respuesta del comportamiento por ejemplo uso y abuso del alcohol. Cuando el estrés percibido y las respuestas a corto plazo persisten aparece el riesgo de daño a la salud y es cuando se desencadenan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos de ansiedad, entre otros (29).

Existen muchos factores intervinientes o condicionantes de la salud que pueden tener influencia directamente o a través de la conexión con otros factores. La exposición a eventos estresantes y los recursos que tienen las personas para responder a ellos están relacionados con la clase social. La educación y posición social se constituyen en protectores de la salud. Cabe preguntarse: ¿Cómo influir para mejorar la calidad y el acceso a educación de los más necesitados? Aquí ubicaríamos a las mujeres en situación de pobreza.

De acuerdo con el Modelo de Procesos de Estrés (29) los factores que afectan la salud se clasifican en factores sociales, psicológicos, biológicos y físicos, del comportamiento y genéticos; estos factores afectan a las personas de diferente forma y de manera independiente a la intensidad; a estos factores se los conoce como determinantes de la salud. Los determinantes fundamentales son estresores específicos de acuerdo con el contexto; estos estresores afectan la salud de individuos y de comunidades en el mismo contexto (37).

Factores que afectan la salud, según el Modelo de Procesos de Estrés:

- Factores sociales
 - Apoyo social
 - Control social

Ejemplos: Tener a alguien con quien conversar, tener cerca a vecinos que cuidan, vivir en un sitio donde se realizan esfuerzos por la organización comunitaria.

- Factores psicológicos
 - Control personal
 - Afrontamiento personal
 - Autoestima
 - Imagen corporal

Ejemplo: Sentir que uno puede controlar las situaciones y hacer cambios; fuerte sentido de confianza, resolver problemas, fijar metas, creer que las cosas irán mejor.

- Factores biológicos y físicos
 - Edad
 - Estado fisiológico

Ejemplo: La madurez, implica modificar el estresor.

- Factores del comportamiento
 - Ejercicio
 - Nutrición

Ejemplo: Caminar acompañada(o), orar, trabajar juntos para cambiar las condiciones del medio, leer material de autoayuda, comer adecuadamente.

- Factores genéticos
 - Antecedentes familiares

En un estudio realizado con mujeres de la comunidad que tenían hijos menores y en etapa de crianza, señaló 49 tipos de estresores diferentes; entre ellos se encuentran (31):

- Preocupaciones por los hijos/as
- Negocios ilegales en el barrio
- La inadecuada respuesta de la policía ante el llamado de la comunidad (incluye la tardanza en llegar al sitio donde la requieren).

Este panorama es muy parecido al contexto en nuestras ciudades en Colombia. De este modelo propuesto por Schulz, Parker, Israel y Allen (29) algunas de las que ellas denominan variables condicionantes que se relacionan con el estrés, son de carácter individual y situacional.

Entre los condicionantes del ambiente sicosocial que conducen a estrés –estresores que se han reportado en la literatura (31)– tenemos:

- Muerte o enfermedad de un ser querido
- Preocupaciones sobre los hijos
- No tener suficiente dinero para pagar las deudas
- Largos tiempos de espera para ser atendidas por los proveedores de salud
- Servicios de baja calidad y atención irrespetuosa
- Costos altos y viviendas de pobre calidad
- Falta de transporte público
- Falta de guarderías para el cuidado de niños/as
- Preocupaciones por la seguridad física
- Sistema escolar de baja calidad
- Botaderos de basuras en lotes públicos
- Falta de respuesta de la policía

En el mismo modelo de Shulz y col. (29) aparecen los efectos ante el estrés, los cuales clasifican en:

- Respuestas a corto plazo ante el estrés (daños/traumas).

Ejemplos:

1. Fisiológicos
 - Presión arterial alta
 - Dolor de cabeza
2. Sicológicos
 - Tensión
 - Desesperanza

3. De comportamiento

- Uso de alcohol
- Violencia
- Fumar, separarse de la familia, irresponsabilidad
- Resultados en salud a largo plazo o permanentes.

Ejemplos:

1. Fisiológicos

- Hipertensión arterial, enfermedad crónica, mortalidad infantil, enfermedad cardiovascular.

2. Sicológicos

- Suicidio, ansiedad, depresión

3. De comportamiento

- Alcoholismo, fármacodependencia

INDICADORES PARA MEDIR SALUD

La salud entendida como un prerrequisito del estado socioeconómico y social, es vista como parte de la responsabilidad social; es decir, que si la salud es buena repercutirá sobre el estado económico y social y esta es la razón por la cual se hace énfasis en la medición de la adaptación social y en el apoyo social.

La salud tiene que ver con la vida diaria, la relación entre las personas, los grupos y la comunidad en general, la interrelación con el medio ambiente físico y social y en cómo es la influencia entre los unos y los otros y a su vez cómo el ambiente influye en la salud y en el bienestar.

Tradicionalmente se han usado variables que representan morbilidad y mortalidad para medir el estado de salud colectiva o de toda una población (38) (En el Anexo sobre las cifras se observan algunos datos de interés). Algunas cifras de indicadores en salud, aunque de connotación negativa, se usan para mostrar el grado de desarrollo de una sociedad, por ejemplo, las cifras de mortalidad materna y las de mortalidad infantil; sin embargo, otros indicadores podrían ayudar a representar la salud y el bienestar puesto que estos dos indicadores de mortalidad y morbilidad tienen limitaciones y no representan completamente el estado de salud, por el contrario muestran de qué se enferma la población; otros indicadores muestran cuál es el grado de organización y en últimas cómo vive, se alimenta y manejan las situaciones de la vida en términos de la paz y la convivencia.

También la valoración de la salud individual tiene su medición a través de la interpretación subjetiva que hacen las personas de su estado de salud y se refleja en la percepción que tienen las personas de su estado de salud en general y de la calidad de vida relacionada con su salud.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional

y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, fue un avance porque amplió el concepto hacia términos sociológicos, con énfasis en el bienestar, el logro de metas, el funcionamiento en la sociedad y los roles sociales. El concepto de salud involucra la visión subjetiva y la objetiva. Puede ser evaluada como una cualidad global o como la suma de cualidades específicas –físicas, psicológicas, espirituales y sociales–. La valoración subjetiva es importante desde la evaluación individual o desde la valoración por la comunidad o el colectivo.

De acuerdo con Gruji , Martinov-Cvejic y Legeti (39) el análisis de la salud debe incluir lo mental, que abarca el estado afectivo y el funcionamiento mental; la salud física como la habilidad para realizar las actividades; la integridad corporal y la capacidad física; y el bienestar y funcionamiento que tiene que ver con la percepción de la salud en general y las expectativas en relación con la salud en el futuro.

La medición de la salud comprende varios aspectos, entre ellos el funcional, que se realiza con el propósito de establecer un diagnóstico, el pronóstico y la evaluación. Gruji , Martinov-Cvejic y Legeti (39) recomendaron realizar la medición de la salud global y la calidad de vida y no simplemente realizar una valoración de un órgano, o método diagnóstico, o un poco más complejo como medir un síndrome.

Adicionalmente, en términos de la promoción de la salud, también se ha usado la medición en aspectos de prevención de la enfermedad, en identificar problemas y en los determinantes de la salud; también se hace énfasis en medir el desarrollo y el avance de los programas o intervenciones en salud y sus logros; así mismo el proceso de su implementación y su evaluación. Existen numerosos instrumentos utilizados para estas mediciones pero la mayoría de ellos tienen dificultad con la validez y confiabilidad.

La medida de la salud se ha hecho con el empleo principalmente de instrumentos que arrojan una medición cuantitativa; recientemente se ha profundizado en aspectos particulares con investigación cualitativa; se ha hecho la medición del estado de salud con el uso de diferentes instrumentos o simplemente con el empleo de una sola pregunta. La medida de la salud en sus múltiples dimensiones incluye en algunos cuestionarios el dominio físico, psicológico, espiritual y social (12); en algunos instrumentos no es fácil diferenciar entre el dominio psicológico y el social. Se ha encontrado, principalmente en revistas de enfermería, el uso de enunciados, escalas bien definidas y escalas combinadas; en el Cuadro 3.3 se presentan las referencias y detalles de algunos instrumentos, autores y elementos empleados en la medición de salud y bienestar.

Algunos autores usan el término *bienestar* en lugar de *salud*; y algunos instrumentos usan solamente un dominio para referirse a la medición de la salud. Se observa la evolución de los instrumentos respecto a medición; los instrumentos inicialmente desarrollados se fundamentan en el modelo

médico, a diferencia de los que han sido diseñados posteriormente que se fundamentan en un modelo holístico de la salud.

Se usa también una pregunta sobre el estado de salud con respuestas calificadas de uno a cinco, desde excelente salud con 5, muy buena, buena, regular hasta un pobre estado de salud calificado con 1. Esta única pregunta se ha empleado en estudios de la salud de la población con respecto a mortalidad. Denton, Prus y Walters (5) lo han utilizado como medida subjetiva del estado de salud el cual provee una evaluación global de la valoración de la salud de quien responde a la pregunta. La pregunta es: ¿Cómo califica su estado de salud? Otra pregunta empleada es si existen problemas de salud crónicos que los haya experimentado por más de seis meses y que hayan sido diagnosticados por un profesional de la salud, como artritis, presión arterial alta, migraña, etc.

Otra medida de salud es el Índice de Salud Funcional (Health Utility Index - HUI) que combina aspectos cualitativos y cuantitativos de la salud

Cuadro 3.3. Instrumentos empleados para medir la salud y el bienestar

INSTRUMENTO	DETALLES-DOMINIO PRINCIPAL DE LA SALUD	REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Percepción de salud 	Salud actual salud anterior Resistencia/suceptibilidad a la enfermedad preocupación por la salud	Duffy (1988)
<ul style="list-style-type: none"> Índice de Salud General 	22 enunciados - Física	Ferketich, Mercer (1989)
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Concepción de la Salud de Laffrey 	28 enunciados Estado clínico Bienestar	Pender, Walker, Sechrist Frank- Stromborg y col. (1990) Lusk, Ronis, Hogan (1997) Felton, Persons, Misener, Oldaker (1997)
<ul style="list-style-type: none"> Inventario de Salud Mental 	32 enunciados	Downe-Wambolt, Melanson (1995)
<ul style="list-style-type: none"> Pregunta sobre Salud Física 	1 enunciado	Meleis, Norbeck, Laffrey (1989) Cornwell, Schmitt (1990) Ganong, Coleman (1991) Fink (1995) Bottorff, Johnson, Ratner, Hayduk (1996)
<ul style="list-style-type: none"> Índice Médico de Cornell 	Sintomas físicos y Psicológicos Bienestar psicológico Afecto y moral	Meleis, Lipson, Paul. (1992)

Cuadro 3.3. Instrumentos empleados para medir la salud y el bienestar (Cont.)

INSTRUMENTO	DETALLES-DOMINIO PRINCIPAL DE LA SALUD	REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Preguntas sobre salud 	Salud física, problemas De salud, actividades de la vida diaria Síntomas molestos, bienestar psicológico Propósito en la vida, Crecimiento personal Relaciones, autonomía	Heidrich (1993)
<ul style="list-style-type: none"> Formato corto de salud SF-36 	Evalua el bienestar, 36 enunciados, 8 conceptos sobre enfermedad y salud: Funcionamiento Físico, limitaciones en el rol por problemas de salud física (rol físico), dolor corporal, salud general, vitalidad, Funcionamiento social, limitación del rol debido a problemas emocionales (rol emocional). Distrés psicológico (salud mental)	Busija, Osborne ¹ , Nilsdotter, Buchbinder, Roos, 2008; Blanchard y col. 2004; Baron R, Elashaal A, Germont T, Hobart, 2006; Coster, Haley, Jette, 2006; Angst F, Aeschlimann A, Steiner W, Stucki, 2001; Strine, y col. 2005; Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray, 2003; Blanchard, 2004.

(40). Este instrumento ha sido desarrollado por el Centro de Análisis de Políticas y Economía en Salud de la Universidad de McMaster; provee una medida de la salud funcional con base en la combinación de ocho características de la salud de quien responde: la función visual, la auditiva, el habla, la movilidad, la destreza, la cognición, la emoción y la presencia de dolor o malestar.

Para medir el estado de salud también se emplea la presencia de distrés el cual es calificado de diferentes maneras como un estado subjetivo no placentero, empleado para medir bienestar emocional y mental (41), es un Índice derivado de seis enunciados, que se refieren a qué tan frecuente les ha ocurrido ciertas situaciones en el pasado mes, con calificación de 0 que es igual a ninguna vez, y de 4 igual a todo el tiempo; altos puntajes denotan distrés. Canaval y col. (42) usaron el distrés como medida del efecto en la salud, de la violencia de pareja en mujeres que denuncian maltrato en las Comisarías de Familia, emplearon la Lista de Chequeo de Síntomas, sigla en inglés de Symptom Check List de 90 items - SCL - 90.

ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL IMPACTO DEL ESTRÉS

El apoyo social se ha estudiado desde hace más de un par de décadas, la falta de apoyo social está asociado con daño siquiátrico y síntomas depresivos (43). Existe evidencia sobre los beneficios del apoyo social con respecto

a los resultados en salud, a la recuperación de la enfermedad, a la sobrevivencia después de eventos de enfermedad grave y a los resultados positivos en la salud mental.

El apoyo social tiene relación directa y positiva con la salud física y mental y tiene efecto negativo y directo con la depresión (44). Canaval, González, Schalmosser, Tovar, Valencia (45) encontraron en un estudio en Cali, Colombia con mujeres que asistían a un centro de atención ambulatorio para control de embarazo que durante el embarazo y en el postparto el apoyo social se relacionó significativamente y positivamente con calidad de vida y negativamente con depresión. El apoyo social en general se divide en apoyo emocional, cuidado, consejo, amor, empatía; y en apoyo instrumental el cual es la ayuda tangible directamente a la persona.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Para contribuir con la promoción de la salud de las mujeres se recomienda aumentar la red social de apoyo, la cual incluye la red familiar, y el desarrollar nuevas redes sociales tanto para las mujeres en particular como para las comunidades en general; promover procesos de participación comunitaria los cuales tradicionalmente han involucrado mayoritariamente a las mujeres. Estos procesos son considerados muy importantes para el logro de los cambios estructurales de factores como inseguridad, pobreza, falta de acceso a salud; factores que acompañan las condiciones ambientales y sociales de muchas de nuestras comunidades.

Por ejemplo, para el cuidado de las personas con diabetes podría implementarse la estrategia de los grupos de apoyo social, lo cual permitiría aumentar las redes de apoyo a las personas con este diagnóstico y a sus familias, para trabajar objetivos comunes como preparación de alimentos, brindar apoyo emocional, adherencia al tratamiento, educación diabetológica, etc.; en un estudio realizado por Bustamante, Forero, Urresty (46) se encontró que la educación diabetológica y el apoyo social fueron de gran ayuda a las personas afiliadas a una institución de salud de Cali con diagnóstico de diabetes y a sus familias; tanto las personas con diabetes como la familia que asistía al programa, eran en su mayoría mujeres.

También en otros estudios las estrategias conducidas por las autoridades para reducir el impacto de los estresores, es lo que los funcionarios denominan factores protectores de la salud; entre ellas están el apoyo social y el modelaje de roles por personas admiradas en la comunidad

La inseguridad fue identificada por las mujeres (26) como uno de los principales estresores en la comunidad, Schulz, Parker, Israel, Fisher (47) encontraron que la inseguridad y los resultados relacionados con salud indicaban que estos se asociaban de manera significativa.

Otros estresores como la disminución de las oportunidades de empleo, se

constituye en un estresor crónico porque pone a la gente en vulnerabilidad económica; la importancia de los asuntos económicos con respecto a la salud ha sido demostrada por otros estudios (26).

Entre las estrategias para reducir el estrés, que encontraron Schulz y col. (26, 29), están la religión y la espiritualidad. El apoyo espiritual que proveen miembros de la Iglesia a las mujeres fue valorado grandemente. El poder de la oración fue visto como muy valioso, reconocieron ese poder cuando varios miembros de la Iglesia oraban por la salud de todos durante tiempos de enfermedad y crisis; este recurso es reconocido en otros trabajos (48). En el capítulo del *Cuidado* se amplía la dimensión espiritual del cuidado.

RESPONSABILIDAD POR LA SALUD

Desde hace una década se ha escrito en la literatura científica sobre los determinantes de la salud. Sin embargo, aún es necesario comprender las relaciones entre los múltiples factores tanto biológicos como estructurales, sicosociales y culturales que tienen un impacto en la salud (49). Los determinantes sociales dan forma a las relaciones de poder que no se pueden dejar de lado sobre todo en lo relacionado con quienes ejercen ese poder (50).

Para obtener, promover y mantener la salud se deben realizar cambios tanto a nivel personal como a nivel de la sociedad (51); esto es asunto de un balance entre lo personal y lo social.

Desde muy temprano del siglo pasado se ha escrito acerca de la responsabilidad personal por la salud, con base en los modelos de una democracia del voluntarismo y también se ha documentado ampliamente sobre la responsabilidad social por la salud. Minkler (51) recomienda leer a Reiser (52) quien documentó la perspectiva histórica del énfasis de la responsabilidad de la salud en el individuo desde la antigua Grecia a través de la Edad Media y el Renacimiento. El énfasis de la responsabilidad en el individuo es una mirada que ve el comportamiento individual como responsable en gran parte de los problemas de la sociedad sugiriendo que los problemas de morir y enfermar se deben a que así lo escogió cada quien. Lo que tiende a centrar las acciones en el cambio individual solamente y a culpabilizar al individuo.

Sin embargo, esa mirada es controvertida por la visión de la influencia y responsabilidad de lo social en la salud, por ejemplo, se ha documentado en mujeres migrantes en Estados Unidos que el adaptarse a una nueva cultura les impone una gran carga sicosocial que las conduce a una situación de gran estrés lo que repercute en el desarrollo de estados depresivos y en la salud física en general (53); los procesos de migración han sido en múltiples ocasiones ajenos a la mera voluntad individual y obedecen en muchos casos a la situación que rodea a las personas, las familias, las mujeres en particular, como sucede en gran parte, con familias (en su mayoría con mujeres

como cabeza de hogar) que han salido de sus terruños para refugiarse de la violencia y la barbarie que las ha obligado a un desplazamiento forzado hacia territorios ajenos, donde se vive en gran precariedad.

Adicionalmente en la visión de la responsabilidad individual por la salud, la salud es vista con una connotación negativa y por ende la promoción de la misma se dirige a lograr cambios individuales de comportamiento que se centran en modificar los factores de riesgo a través de aumentar los conocimientos y habilidades individuales y se dejan de lado los aspectos que cobijan el riesgo y la vulnerabilidad social, la protección a nivel de la sociedad.

A pesar de lo anterior, también existe la visión de la responsabilidad social en la salud, visión que hace énfasis en los cambios a nivel social, en las políticas públicas, en la legislación y en lo institucional.

Vista de esta manera, la promoción de la salud tiene que ver con factores físicos y sociales del medio ambiente, se trata no sólo del cambio personal sino del cambio en la legislación, en las políticas y en lo comunitario y organizacional. Más aún, se plantea que en este mundo globalizado las directrices de organismos internacionales tienen la responsabilidad de orientar el cambio a nivel social de todas las naciones, especialmente si consideramos las naciones que adicionalmente soportan una gran desventaja ante otras debido a la pobreza. Se conoce ampliamente que la pobreza contribuye en gran proporción a aumentar el riesgo para la salud y es un factor a nivel macrosocial que influye en la salud de los individuos de los pueblos. Haan, Kaplan y Camacho (54) mostraron que el vivir en un ambiente de pobreza contribuyó en un 40% al exceso de mortalidad, aún controlando por factores individuales como fumar, lo que muestra que la pobreza por sí misma con sus altas demandas de necesidades no satisfechas y muy pocos recursos que adicionalmente imponen un gran esfuerzo para afrontar la situación, juega un papel importante en la salud y en la enfermedad (54). Es el momento de señalar que las mujeres viven en mayor proporción que los hombres en condiciones de pobreza, fenómeno que se ha denominado la feminización de la pobreza.

De acuerdo con las definiciones de salud y bienestar hechas por organismos internacionales, fundaciones, científicos, investigadores, políticos y por personas del común, la salud es la expresión que suma los aspectos personales individuales, los familiares, los del colectivo y los sociales.

La salud es vista como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedades o dolencias. Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud, una comunidad saludable incluye las características de un medio ambiente limpio y seguro y un ecosistema sostenible; la provisión de las necesidades básicas; un sistema óptimo, apropiado y accesible de servicios de atención médica y salud

pública; oportunidades educativas de calidad; y una economía diversificada, vital e innovadora.

El bienestar es el estado óptimo de salud y comodidad que se logra a través del esfuerzo por mantener la salud y remover las barreras, tanto personales como sociales, en el camino hacia una vida sana. Consiste en la habilidad de las personas y las comunidades de alcanzar, en el sentido más amplio, su máximo potencial (55).

En adición a los factores que tienen que ver con las condiciones económicas se suman otros factores sociales característicos de la etnia, de allí la desventaja para las mujeres de las minorías como las negras y las indígenas para lo cual este libro quedó en deuda en términos de un análisis particular.

Una mirada hacía la responsabilidad social en salud nos conduce a la importancia del empoderamiento comunitario para aumentar los cambios que se desean en salud en vez de centrarse solamente en la responsabilidad individual; proyectos longitudinales en otras latitudes que han permanecido por años han documentado cambios a nivel individual que en magnitud reflejan lo mucho que se ha hecho y lo pequeño del cambio comparado con programas dirigidos a nivel social que tienen que ver con políticas públicas, empoderamiento comunitario, participación social y legislación. Un ejemplo es el viraje en las políticas sobre uso de tabaco en Colombia que ameritan estudios de seguimiento que documenten los cambios a futuro, las cuales reglamentan los espacios públicos libres de humo. Repercusión grande se espera en la salud de la población y en particular de las mujeres dado que la disminución en el uso del cigarrillo observada en las últimas tres Encuestas Nacionales de Salud (años 1993, 1998, 2007) muestran un mayor descenso para los hombres según el Ministerio Protección Social (56).

En Canadá la legislación respecto al cigarrillo ha sido aplicada desde hace varios años, las políticas públicas han sido de varios alcances hasta evitar la participación de las compañías tabacaleras en el auspicio del deporte y la cultura (57).

Como Minkler (51) lo señala, no se puede sobredimensionar la responsabilidad social porque esto ignoraría la agencia humana y restaría la importancia de las decisiones individuales, la educación en salud y los cambios individuales. Se requiere un balance entre los factores que más pesan y los que intervienen en la producción de la salud. Es necesario realizar cambios individuales pero también se necesita trabajar los unos con los otros para crear ambientes saludables.

La propuesta de este autor es por un modelo ecológico para abordar la salud, el cual se fundamenta en los aspectos del ambiente que influyen en la salud sin desconocer la importancia de los cambios individuales. Aquí juegan un papel decisivo diferentes aspectos como el apoyo social, los sistemas de apoyo social, las redes sociales, las organizaciones y los procesos que pueden afectar el comportamiento en salud tales como las escuelas, la

iglesia, las redes comunitarias, la participación comunitaria y el contenido de las políticas públicas.

En este modelo el ejemplo para mejorar el ambiente y la responsabilidad social sobre la salud es la iniciativa de ciudades o municipios saludables. Canadá tiene una gran experiencia en este campo en dichos municipios donde hay participación de la comunidad, se trabaja de manera intersectorial en alcanzar las metas de salud y hay gran reciprocidad entre las acciones individuales y las sociales.

REFERENCIAS

1. Walters, V.; McDonogouh, P. and Stoshchein, L. The influence of work, household structure and social, personal and material resources on gender differences in health: An analysis of the 1994 Canadian national population health survey. *Soc Sc Med.* 2002. 54 (5), 677 - 692.
2. Hunt, K.; Annandale, E. Relocating gender and morbidity: Examining men's and women's health in contemporary western societies. Introduction to special issue on gender and health. *Soc Sc Med.* 1999; 48: 1 – 5.
3. McDonogouh, P. and Walters V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Soc Sc Med.* 2001; 52: 547 – 559.
4. Matthews, S., Manory O., Power, C. Social inequalities on health: Are there gender differences? *Soc Sc Med.* 1999; 48: 49 – 60.
5. Denton, M.; Prus, S. and Walters, V. Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*, 2004, 58: 2585 -2600.
6. Romero, M.N. Calidad de vida de las profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Avances Enfermería.* 2008; 26 (2) : 59 – 70.
7. Denton, M.; Walters, V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of social production of health. *Soc Sc Med.* 1999; 48: 1221 – 1235.
8. De Vries, B. and Watt, D. A lifetime of events: Age and gender variations in the life story. *Int J Aging Human Dev.* 1996; 42 (2): 81 – 102.
9. Umberson, D.; Chen, M.D.; House, J.S; Hopkins, K. and Slaten, E. The effect of social relationships on psychological well – being: Are men and women really so different? *Am Soc rev.* 1996.; 61: 837 – 857.
10. Zuzanek, J. and Mannell, R. Life-cycle squeeze, time pressure, daily stress, and leisure participation: A Canadian perspective. *Society and Leisure.* 1998; 21 (2): 513 -544.
11. Ministerio de Protección Social, República de Colombia. Propuesta para la generación de ingresos en población joven en situación de vulnerabilidad. Agosto 2006.
12. Hwu, Y.; Coates, V. and Boore, J. The evolving concept of health in nursing research: 1988 – 1998. *Patient Education and Counseling*, 2001, 42: 105 – 114.
13. Pender, N.; Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A. *Health Promotion in Nursing Practice.* Prentice Hall. Upper Saddle River, NJ. 2006.

14. Dolfman, M.L. The concept of Health: An Historical an analytical examination. *J Sch Health*. 1973; 43, 493.
15. Encuesta Nacional de Demografía y Salud–2005. Profamilia. Bogotá. 2006.
16. DANE. Encuesta calidad de vida 2008. Comunicado de prensa Marzo 18 de 2009. DANE Para tomar decisiones. 2009.
17. DANE. Boletín mercado laboral por sexo. Gran encuesta nacional de hogares. Cuarto trimestre, febrero de 2007.
18. WHO, Solar Orielle, Irwin Alec (writers). Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT. WHO Health Equity Team, Office of the Assistant Director-General. WHO, Geneva. T5 May 2005.
19. Stahl, T.; Rutten, A.; Nutbean, D.; Bauman, A.; Kannas, L.; Abel, T. y col. The importance of social environment for physically active life style – results from an international study. *Soc Sc Med* 2001; 51 (1): 1 – 10.
20. Antonovsky, A. Social class: life expectancy, and overall mortality. *Milbank Q*. 1967.
21. Freudenberg, N. community-based Health education for urban populations: An overview. *Health Ed Behav*. 1998; 25 (1): 11 – 23.
22. Geronimus, A.T; Bound, J and Widmann, T. Health inequality and population variation in fertility-timing. *Soc Sc Med*. 1999; 49 (12): 1623 -1636.
23. DANE. Boletín mercado laboral por sexo. Gran Encuesta Nacional de Hogares. Cuarto trimestre, febrero de 2007.
24. Krieger N., Fee, E. Social class: The missing link in US Health data. *J Health Serv*. 1994; 24: 25 – 44.
25. Thoits, P. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 53 – 79.
26. Schulz, A.J; Israel, B.A; Williams, D; Parker, E.A and Becker, S.J. Social inequalities, stressors and indicators of Health status among the women in the Detroit metropolitan area. *Soc Sc Med*. 2000; 51 (11): 1639 – 1653.
27. Kawachi, I., Kennedy, B.P.; Wilkinson y R.G. Crime: Social disorganization and relative deprivation. *Soc Sc Med*. 1999; 48 (6): 719 – 731.
28. Williams, D.R; Yu, Y; Jackson, J. and Anderson, N.B. Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress and discrimination: *J Health Psychol* 1997; 2: 335 – 351.
29. Schulz, A.J.; Parker, E.A.; Israel, B.A. and Allen, A. Addressing Social Determinants of Health through community-based Participatory Research: The East Side Village Health Worker Partnership. *Health Education & Behavior*, 2002; 29 (3): 326-341.
30. Hildebrandt, E and Kelber, S.T. Populations at risk across the lifespan: Empirical studies. Perceptions of Health and Well-Being Among Women in a Work-Based Welfare Program. *Public Health Nursing* 2005, Vol. 22 No. 6, pp. 506—514.
31. Schulz, A.J.; Krieger, J. and Galea, S. Addressing social determinants of Health: Community-based participatory approaches to research and practice. *J Health Ed Behav*. 2002; 29 (3): 287 -295.

32. Israel, B.A.; Schurman, S.J. The role of social support control and the stress process. In: Glanz, K; Lewis, F.M; Rimer, B.K. (editores). *Health Behavior and Health Education: Theory, reseach and practice*. Jossey – Bass 1990. pp.187-215.

33. Israel, B.A.; Farquhar, S.A.; Schulz, A.J.; James, S.A. and Parker, E.A. The relationship between social support, stress and health among women in Detroit East side. *Health Ed Behav* 2002; 29 (3): 342 – 360.

34. Israel, B.A.; Checkoway, B.; Schulz, A.J. and Zimmerman, M.A.: Health education and community empowerment: Conceptualizing and measurement perceptions of individual, organizational and community control. *Health Ed Q.* 1994; 20 (2) 149-170.

35. Heaney, C.A., Israel, B.A. Social networks and social support in Health education. En Glanz K, Lewis F, Rimer B (Eds.): *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice* (2 Ed). San Francisco, Jossey – Bass, 1997, p. 179 – 205.

36. Canaval, G.E., Gómez, O., Guerrero, L., Ocampo, D.G., Isaza, D.C. Estrés en la vida diaria de las mujeres. Reunión de la Red de Enfermeras del Anillo del Pacífico Investigadoras en Violencia de Pareja - EAPIVP, Universidad del Valle, Cali, Marzo del 2009.

37. Link, B.G., Phelan, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behavior* 1995; (extra issue): 80-89.

38. Martinov-Cvejic, M., Gruji, V., Susnjevi, S., Kvirgi, S., Arsi, M., Ac-Nikoli, E. [Health of the population of Vojvodina]. *Med Pregl.* 2007 Nov-Dec; 60 (11-12): 559-63. Serbian.

39. Gruji, V., Martinov-Cvejic, M., Legeti, B. A theoretical approach to health and its measurement. *Med Pregl.* 1998 Jul-Aug; 51(7-8): 315-318.

40. Feeny, D., Furlong, W., Torrance, G., Goldsmith, G.H., Zhu, Z., DePauw, S., Denton, M., Boyle, M. Multiattribute and single attribute utility functions for the health utilities Index mark 3 system. *Medical Care.* 2002; 40: 113 – 128.

41. Ross, C.E., Van Willigen, M. Education and the subjective quality of life. *J Health Sioc Behav.* 1997; 38: 275 – 297.

42. Canaval, G.E., González, M.C. Humphreys, J., De León, N., González, S. Impacto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres que denuncian. Ponencia presentada en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. UPTC – Acofaen. Paipa. Agosto 2007.

43. Kessler, R., Price, R., Wortman, C. Social factors in psychopatology: Stress, social support and coping processes. *Annu Rev Psychol* 1985; 36: 531 – 572, 1985.

44. Strogatz, D.S., Croft, J.B., James, S.A., Keenan, N.L., Browning, S.T., Garrett, J.M., Curtis, A.B. Social support, stress and blood presure in black adults. *Epidemiology.* 1997; 8 (5): 482 - 487.

45. Canaval, G.E., González, M.C., Shallmoser, L., Tovar, M.C., Valencia, C. Depresión postparto, calidad de vida y apoyo social en mujeres de Cali, Colombia. *Col Med.* 2000; 34: 4 - 10.

46. Bustamante, P., Forero, L., Urresty, B.L. Educación diabetológica y apoyo social a un grupo de personas con diabetes mellitus y sus familiares en una IPS de Cali. Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Promoción de

la Salud. Directora de tesis G.E. Canaval. Universidad del Valle, 2004.

47. Schulz, A.J., Parker, E.A., Israel, B.A., Fisher, T. Social context, stressors and disparities in women's Health. *J Am Med Women Assoc.* 2001; 56 (4): 143 – 149.

48. Chatters, L. Religion and Health: Public Health research and practice. *Ann Rev public health,* 2000; 21: 335 – 367.

49. House, J.S., Williams, D.R. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in Health 2000. Fecha de acceso agosto 2005 [Disponible en www.nap.edu/openbook/0309071755/html/82.html]

50. Navarro, V. Social Determinants of Health. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services.* 2009; 39 (3): 423–441.

51. Minkler, M. Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End. *Health Educ Behav.* 1999; 26; 121.

52. Reiser, S.J. Responsibility for personal health: A historical perspective. *J Med Philos.* 1985; 10(1):7- 17.

53. Salgado de Snyder, N. Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married mexican immigrant women. *Psychology of Women Quaterly.* 1987, 11: 475 – 488.

54. Haan, M.; Kaplan, G. and Camacho, T.: Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Epidemiol.* 1987; 125: 989-998.

55. California Wellnes Foundation. Qué queremos decir cuando hablamos de salud y bienestar. Disponible en: <http://www.tcwf.org/media_spanish/ acceso mayo 30 de 2009>

56. Ministerio de la Protección Social, república de Colombia. Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá. Enero, 2009.

57. Pederson, A.; Rootman, I. and O'Neill, M. (eds.): *Health Promotion in Canada.* Toronto, Ontario, W. B. Saunders, 1994.

BIBLIOGRAFÍA

- Angst, F.; Aeschlimann, A.; Steiner, W. and Stucki, G. Responsiveness of the WOMAC osteoarthritis index as compared with the SF-36 in patients with osteoarthritis of the legs undergoing a comprehensive rehabilitation intervention. *Ann Rheum Dis.* 2001, 60: 834-840.

- Baron, R.; Elashal, A.; Germon, T. and Hobart, J.: Measuring outcomes in cervical spine surgery: Think twice before using the SF-36. *Spine* 2006, 31:2575-2584.

- Blanchard, C.; Feeny, D.; Mahon, J.L.; Bourne, R.; Rorabeck, C.; Stitt, L. and Webster-Bogaert, S.: Is the Health Utilities Index valid in total hip arthroplasty patients? *Qual Life Res* 2004, 13: 339-348.

- Bottorff, J.L.; Johnson, J.L.; Ratner, P.A. and Hayduk, L.A. The effects of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res.* 1996; 45: 30 – 36.

- Busija, L.; Osborne, R.H; Nilsson, A.; Buchbinder, R. and Roos, E.M. Magnitude and meaningfulness of change in SF-36 scores in four types of orthopedic surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6: 55-79.

- Cohen, S. and Williams, T.A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98: 310 – 357.
- Cornwell, C.J. and Schmitt, M.H. Perceived health status, self esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. *Res Nurs Health*. 1990;13: 99 – 107.
- Coster, W.J.; Haley, S.M. and Jette, A.M. Measuring patient-reported outcomes after discharge from inpatient rehabilitation settings. *J Rehabil Med* 2006, 38:237-242.
- Downe- Wambolt, B.L. and Melanson, P.M. Emotions, coping and psychological wellbeing in elderly people with arthritis. *W J Nurs Res*. 1995; 17: 250 – 265.
- Duffy, M.E. Determinants of health promotion in midlife women. *Nurs Res*. 1988; 37: 358 – 362.
- Felton, G.M.; Persons, M.A.; Misener, T.R. and Oldaker, S. Health promoting behaviors of black and white college women. *W J Nurs Res*. 1997; 19: 654 – 666.
- Ferketich, S.L. and Mercer, L.T. Men's health status during pregnancy and early fatherhood. *Res Nurs Health*. 1989; 12: 137 - 148
- Fink, S.V. The influence of family resources and family demands on the strains and wellbeing of caregiving families. *Nurs Res*.1995; 44: 139 – 146.
- Heidrich, S.M. The relationship between physical Health and wellbeing in elderly women: A developmental perspective. *Res Nurs Health*. 1993; 16: 23 – 31.
- Ganong, L.H. and Coleman, M. Remarriage and health. *Res Nurs Healt*. 1991; 14: 205 – 211.
- Lusk, S.L.; Ronis, D.L. and Hogan, M.M. Test of the Health promotion model as a causal model of construction workers' use of hearing protection. *Res BNurs Health*. 1997; 20: 183 – 194.
- McDonogh, P; Walters, V; Strohschein, L. chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Soc Sc Med*. 2002; 54 (5), 767 – 782.
- Meleis, A.I.; Norbeck, J.S.; Laffrey, S.C. Role integration and health among female clerical workers. *Res Nurs health*. 1989; 12: 355 – 364.
- Meleis, A.I.; Lipson, J. and Paul, S.M. Ethnicity and health among five eastern immigrant groups. *Nurs Res*. 1992; 41: 98 – 103.
- Osborne, R.H.; Hawthorne, G.; Lew, E.A. and Gray, L.C. Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: Validation of the Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument and comparison with the SF-36. *J Clin Epidemiol* 2003, 56:138-147.
- Pender, N.; Walker, S.N.; Sechrist, K.R. and Frank – Stromborg, M. Predicting health promotion lifestyles in the workplace. *Nur Res*. 1990; 39: 326 – 332.
- Strine, T.W.; Hootman, J.M.; Chapman, D.P.; Okoro, C.A. and Balluz, L. Healthrelated quality of life, health risk behaviors, and disability among adults with pain-related activity difficulty. *Am J Public Health* 2005, 95:2042-2048.
- WHO. Alma Ata 1978: Primary health care. Geneva. Switzerland. WHO. 1986.
- WHO. Basic document 36 ed. Geneva. Switzerland. WHO. 1996.

LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal juega un papel muy importante en la autoestima, la autoconfianza, la salud y, en general, en la vida de las mujeres. La imagen es de particular importancia en la adolescencia temprana, cuando se está en la transición y en la formación de la autoimagen corporal (1, 2). Una gran parte de la atención respecto a la imagen corporal ha estado dirigida a los desórdenes de alimentación como la bulimia y la anorexia, sin embargo, los efectos de la imagen corporal negativa van más allá de estos graves problemas que generalmente afectan a las mujeres; cabe sí señalar que debido a estos trastornos de alimentación, investigadores y clínicos tornaron su atención hacia este tema.

La imagen corporal es un constructo multidimensional que afecta muchas áreas de la vida y del funcionamiento sicosocial de las mujeres. También tiene relación con la sexualidad de hombres y mujeres, al igual que el autoconcepto se relaciona con la sexualidad de las mujeres.

Las mujeres adolescentes de una muestra con edades de 16 a 19 años, que tienen un autoconcepto positivo como personas sexuales, tienden a disfrutar de las relaciones sexuales, a sentirse satisfechas con las mismas y a sentirse más cerca de su compañero sexual en comparación con las que no tienen el autoconcepto positivo. No hubo diferencias por edad de la primera relación sexual ni por el número de compañeros sexuales (3).

La imagen corporal representa la multitud de percepciones generales, pensamientos y comportamientos individuales que tiene la persona acerca de su cuerpo. Las investigaciones se refieren a dos aspectos: la percepción y la actitud.

La sicología de la apariencia física está organizada alrededor de dos perspectivas: la externa y la interna. Los atributos de la apariencia humana

tal como el atractivo físico –la estatura, el peso, el color del cabello, etc.– influyen en la percepción, el conocimiento y las prácticas de las personas.

La mirada interna es la visión que se tiene de sí mismo, de su propia apariencia, la cual define el constructo de imagen corporal (4, p. 175). ¿Qué tanto influyen la percepción y las actitudes hacia la propia apariencia en el funcionamiento psicológico y social de las personas y en particular de las mujeres? Es la pregunta que interesa a los y las investigadoras. Claramente se conoce que las mujeres tienen mayor dificultad que los hombres en aceptar su imagen corporal y en presentar alteraciones de salud asociadas a la insatisfacción con la imagen corporal (5, 6).

Las teóricas feministas han llamado la atención en repetidas veces respecto al papel central que juega la imagen corporal y la apariencia en la vida de las mujeres (7). En la medida en que las mujeres adolescentes maduran física y emocionalmente empiezan a identificarse fuertemente con el estereotipo de su mismo sexo; para las mujeres adolescentes este estereotipo enfatiza en la importancia de ser atractiva físicamente como un parámetro evaluativo en las mujeres (8); en la cultura occidental el atractivo físico está ligado a la delgadez. Las mujeres que desde la adolescencia no alcanzan este ideal se tornan insatisfechas con su cuerpo (9).

El cuerpo se ha convertido en tema de estudio de varias áreas del saber, desde psicólogos, antropólogos y cirujanos estéticos. La imagen corporal influye en la salud de la mujer a través de la satisfacción que ésta le produzca. La imagen corporal negativa es muy común entre las mujeres, a este hecho se lo conoce como el descontento normativo (10, p. 79). Cuando se percibe el cuerpo en contradicción con los estándares de belleza de la cultura en la que vive la mujer, ella experimenta insatisfacción y distrés; lo que puede ser muy marcado en adolescentes que están teniendo los cambios propios de la edad (11, 12). La encuesta sobre salud de los adolescentes y jóvenes de la provincia de British Columbia, Canadá, del año 2003, que se realiza cada cinco años, mostró que entre las mujeres hay gran preocupación por su peso corporal (13).

La investigación ha mostrado que la insatisfacción con la imagen corporal es más frecuente por los estándares de la cultura en mujeres de etnias blanca y mestiza, mas no tanto en las mujeres de la etnia negra. Las mujeres de la etnia afroamericana experimentan menos percepción de sobrepeso en comparación con las angloamericanas en Estados Unidos y tienen menos problemas de prácticas alimentarias no saludables (14).

Las mujeres afrodescendientes no se consideran en sobrepeso cuando pudieran estarlo, porque su cultura valora a la mujer voluminosa; en contraste, las mujeres entre más desprendidas estén de su propia cultura concediéndole a su vez valor a otra cultura y entre más alto sea el estatus socioeconómico, es más común que presenten desórdenes alimenticios; las mujeres latinas y las asiáticas están en mayor riesgo de desarrollar desórdenes

alimenticios, ellas prefieren ser delgadas porque esa es la imagen que impone la cultura predominante (15). Sin embargo, llama la atención que muchas mujeres del común, en países latinos de Centroamérica y de Suramérica son voluminosas; esta observación la hice personalmente durante siete años en los viajes que realicé por 13 países latinoamericanos. Las mujeres a las que me refiero las observé en la plaza de mercado, en los centros comerciales, en las calles, en los parques, en las iglesias; eran mujeres de edad media y de clase popular, que son la mayoría en dichos países (México, Panamá, Puerto Rico, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Venezuela, Brasil, Colombia y Ecuador). Lo anterior indica que existen influencias externas a las mujeres que contribuyen con el ideal de la figura femenina.

La imagen corporal no sólo se refiere al peso, también a la forma y al contorno (16), al color de la piel y de los cabellos. No es extraño que muchas mujeres prefieran el color dorado o rubio para su cabello para parecerse a las mujeres de la cultura dominante; otras van tras el estándar de los cabellos lisos. Otro componente de la imagen corporal es el tamaño de las mamas, la forma de la nariz, el tamaño de la cintura y el tamaño de las nalgas (17).

Otro aspecto es el relacionado con el deseo de mantener la figura corporal delgada, el tamaño de las mamas acorde con lo idealizado. De acuerdo con Harrison (18) la forma ideal es la que combina unas caderas estrechas y unos pechos grandes. Los pechos voluminosos son el ideal, si bien esto no corresponde con las preferencias de las mujeres blancas americanas según lo documentado en la investigación con hombres y mujeres jóvenes y adultos de 18 a 45 años, pertenecientes a cinco cohortes entre el año 1990 y 1998, captados en programas universitarios. No obstante, el tener las mamas grandes sí se corresponde con características asociadas a la inteligencia, la popularidad, el éxito y al deseo de optar por la cirugía estética, a pesar de que esta opción implica riesgos y altos costos (19).

Como se presentó en otro capítulo, la influencia de los medios y de la subcultura a la que pertenecen algunas mujeres las presiona (20). Muchas desean lograr cambios en la imagen corporal a través de la cirugía estética, sin que esto implique los cambios requeridos en su estilo de vida para mantener el peso y una alimentación adecuada, lo que a su vez incide en la realización de múltiples cirugías en aquellas que pueden pagarlas, para mantener la figura. Se reportó en el año 2004 el incremento en ocho veces, en la década de los noventa, de las cirugías estéticas para aumentar las mamas (21).

Las personas gastan mucha energía y dinero en mantener la apariencia, principalmente las mujeres son usuarias de prácticas como el Botox®, el ejercicio en extremo, los implantes; también los hombres están siendo objeto de expresiones para mejorar su apariencia, mayoritariamente en lo respecta a la configuración muscular; se ha reportado que ellos también sienten insatisfacción con su apariencia si no logran el ideal (22).

Al respecto y en relación con las cirugías estéticas, es de anotar que se requieren estudios en nuestra población, ya que muchos de los artículos publicados en la literatura científica son hechos en otras latitudes, principalmente en Norteamérica. En nuestro medio se ha popularizado la expresión *mujeres clonadas*, que escuché hace un tiempo y que se refiere a mujeres con el mismo tipo de nariz, mamas muy protuberantes (gracias a la silicona), cintura muy delgada y nalgas levantadas por obra y gracia de la cirugía estética. Además del deseo de copiar la imagen de la subcultura que se impone, como les sucede a muchas de ellas que son amigas, esposas o compañeras de hombres muy adinerados pertenecientes a la clase emergente, que en países como Colombia se popularizó principalmente en ciudades grandes y medianas.

Este auge de la cirugía estética merece un capítulo aparte, que no es el propósito de este libro, aunque no se puede desconocer el sufrimiento de familias enteras que vieron que sus seres queridos: madres, hermanas, tías, esposas murieron en un quirófano o en el postoperatorio, en busca de la belleza física. “No hay mujer fea sino pobre” escuché decir un día a una mujer de edad madura, profesional, con vasta experiencia en salud pública, madre de dos hijos.

Entre las consecuencias de estos procedimientos que implican algún riesgo, recuerdo a una mujer joven, de no más de 40 años, dedicada a su hogar, esposa, madre de tres hijas, quien por presión de algunas personas allegadas decidió ponerse en manos de un cirujano para mejorar sus mamas, su cuerpo y liberar su rostro de las arrugas, quizá también cambiar la apariencia de su nariz, con la desventura de un desenlace no esperado: perdió la vida en el quirófano y hoy la llora su familia. Como ella muchas otras tuvieron el mismo destino.

La imagen corporal aparece como una preocupación para las mujeres a través de su ciclo de vida (23, 24). La socialización de las mujeres es la que contribuye a la identidad y a que se reduzca la percepción del control de su propio cuerpo, dando cabida a intervenciones que no son las naturales, como desórdenes de alimentación, químicos en el cabello, cirugías plásticas. Respecto a los desórdenes de alimentación son las adolescentes las más afectadas; la presión de los medios masivos de comunicación particularmente la televisión (25), la de los pares y la familia puede incidir grandemente en su comportamiento.

Comer es parte del día a día, es esencial para la supervivencia, sin embargo puede convertirse en una dolorosa experiencia para miles de mujeres; puede estar asociada a gran riesgo para las adolescentes en términos de dos aspectos del desarrollo, la auto-percepción y la relación con sus pares; los principales cambios que ocurren durante la pubertad con la maduración biológica, en esta época de transición tienen que ver con los cambios en la auto-percepción y en la imagen corporal.

El desarrollo del autoconcepto es una tarea propia de la adolescencia (26); el aceptar un nuevo cuerpo e integrar su apariencia en un concepto más amplio de sí misma es una de las características propias de la adolescencia. Este proceso también implica la redefinición de las relaciones con la familia, los adultos, las pares, aspectos estos que varían de acuerdo con las características del contexto en el que viven y la época histórica. Este proceso entonces es vivido de manera diferente, algunas lograrán satisfacción con su autoimagen mientras otras no, lo que las podrá llevar a asumir comportamientos relacionados con la alimentación y otros efectos no deseados. Este proceso de cambio físico y emocional que ocurre durante la pubertad está ligado a la época en que las adolescentes desean ser similares y apreciadas por sus pares (27, 28).

Son muchos los factores que contribuyen con el ajuste de las adolescentes a los cambios de su figura física; los efectos de la maduración sexual sobre el bienestar sicosocial no son los mismos en todas las personas, dado que ellos se entrecruzan con las normas sociales las cuales son más severas en los juicios respecto a lo adecuado o no del desarrollo físico de las mujeres. El tener una apariencia placentera está ligado a la cultura dominante con estándares de belleza que privilegian la delgadez. Jones señala que para las adolescentes el peso es el principal determinante del atractivo femenino según las expresiones de las mismas adolescentes (27).

Para las mujeres adolescentes es muy importante tener una auto-percepción positiva de su imagen de acuerdo con las normas sociales. Son precisamente las mujeres las que en mayor proporción están descontentas con su cuerpo, expresan insatisfacción y muchas reportan sensación de sobrepeso y deseo de ser más delgadas, lo que se asocia a disturbios relacionados con la alimentación (29, 30), particularmente le puede suceder a las mujeres que tienen un desarrollo temprano comparado con sus pares.

Esta insatisfacción con la percepción del cuerpo es el predictor más importante en la aparición de sintomatología, debido a trastornos alimenticios en adolescentes mujeres (31). Las mismas adolescentes han expresado que ellas tienen miedo de sentirse ridículas, lo que les genera ansiedad y preocupación respecto a la apariencia de su cuerpo y en muchas ocasiones les produce insatisfacción (1).

IMAGEN CORPORAL Y SEXUALIDAD

La imagen corporal y la sexualidad también están asociadas. Al final de la adolescencia seguramente muchos hombres y mujeres se relacionan sexualmente con su pareja. Es la época en la cual se pueden evitar o adoptar conductas de riesgo. Asumir conductas de riesgo con la sexualidad depende de factores como la etnia, la edad, la cultura, las creencias religiosas, los roles de género; también la imagen corporal juega papel preponderante en

las decisiones que adolescentes y jóvenes toman respecto a la sexualidad. La importancia de la imagen corporal y la sexualidad juntas se hace evidente cuando las parejas empiezan las relaciones sexuales; la intimidad física expone el cuerpo a la exploración y de una u otra manera al juicio del compañero.

También se ha señalado que la satisfacción con la imagen corporal se asocia con conductas de riesgo hacia la sexualidad. Las mujeres adolescentes y las adultas jóvenes quienes evalúan su apariencia de manera positiva tienen probablemente menos conductas de riesgo sexual; la imagen corporal y la sexualidad son dominios del “*self*” y están estrechamente conectados, de acuerdo con Gillen, Lefkowitz, Shearer (32).

Resultados de investigaciones han mostrado que las mujeres con una imagen corporal pobre reportan menos experiencia sexual, menos satisfacción sexual y menos comodidad con su actividad sexual (33, 34). En mujeres con problemas de bulimia se ha encontrado que tienen menos experiencias sexuales, la asociación de la imagen corporal pobre también se ha reportado con el fumar y con el uso del alcohol (35, 36). El mecanismo que podría explicar el comportamiento de riesgo sexual es que cualquier oportunidad sexual independientemente del riesgo que ella implique puede significar el lograr una realimentación positiva acerca del cuerpo; lo que podría hacer que una adolescente no se niegue a una experiencia sexual o a tener una relación sin el uso de protección, lo contrario también se ha postulado, una joven satisfecha con su imagen corporal puede sentirse capaz de solicitar o negociar el uso del condón o evitar una relación sexual de riesgo.

Existe asociación entre la imagen corporal negativa y comportamientos sexuales de riesgo en mujeres adolescentes (37, 38). En un estudio con mujeres y hombres en edades entre 17 y 19 años, estudiantes de primer año de universidad, se encontraron diferencias entre los comportamientos sexuales de hombres y mujeres, las mujeres con imagen corporal positiva tuvieron menos comportamiento de riesgo sexual (32). Las adolescentes con una imagen corporal positiva también tienen menos actitudes hacia el riesgo sexual, tienen una alta autoestima y mayor asertividad; de otro lado, se ha documentado que las actitudes sexuales de riesgo son predictores importantes del comportamiento de riesgo (37, 39).

Las mujeres forman su identidad en un proceso más fragmentado y ambiguo con respecto a como lo forman los hombres; las mujeres tienen mayor dificultad en definir quienes son ellas, en planear las metas que desean y en buscar cómo lograrlas. Algunas dificultades se presentan debido a la tendencia hacia estrategias auto-limitantes, expectativas de falla y sentimientos inadecuados que tienen las mujeres gracias a las normas impuestas a ellas en la sociedad actual, que demanda de las mujeres un “salir adelante en la vida moderna” mientras mantiene la exigencia de respetar los valores tradicionales. Para las adolescentes especialmente para aquellas

con recursos externos e internos limitados, puede tornarse muy demandante desprenderse de los modelos culturalmente impuestos de belleza y de éxito.

ESTÁNDAR DE BELLEZA

Uno de los medios de mayor impacto en la creación del estándar de belleza es la televisión, que en la sociedad occidental es el principal responsable de la influencia sobre las mujeres en la construcción de su imagen corporal y de la alta insatisfacción, debido a las imágenes ideales de belleza que pregonan (40).

Estudios en comunicación han mostrado que los medios juegan un papel crucial en influenciar la imagen corporal y la satisfacción con esa imagen. En un estudio con adolescentes colombianos, Mosquera y Mateus (41) mostraron que el 72% de los adolescentes utiliza la televisión como referente.

Igualmente, una investigación en salud pública señala la relación entre la imagen corporal y los desórdenes alimenticios (42, 43). Las imágenes que presentan los medios de la belleza ideal de la mujer no es realista y es la que contribuye a que el 50% de las mujeres estén insatisfechas con su cuerpo (44); también Groesz y col. encontraron en su meta análisis, relación entre la imagen corporal y la insatisfacción con la misma (43).

Muchas mujeres e incluso hombres experimentan la tendencia a sentirse menospreciados en respuesta a la percepción de una imagen corporal no semejante a los ideales culturales (45), aun si la figura corporal no es realista para la mayoría de la gente (46); estudios muestran que las mujeres en comparación con los hombres se sienten más insatisfechas con su imagen corporal (47).

Las mujeres en la TV, como en otros medios, son atractivas físicamente de una manera no natural. En los últimos 30 años el ideal de belleza de la mujer que muestran los medios es el de una mujer delgada, con piel tersa, cintura muy delgada, piernas largas y pechos protuberantes, aspectos correspondientes a estándares de belleza contruidos (43).

La diferencia entre el cuerpo idealizado y el promedio del peso de las mujeres jóvenes ha aumentado. Esas imágenes que muestran los medios pueden ser las responsables de la sobreestimación del peso corporal y de manera indirecta puede influir en los desórdenes alimenticios como anorexia y bulimia.

FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Varios son los factores que se relacionados con la actitud de satisfacción o no de la mujer hacia su imagen corporal (48); entre ellos está el constructo del ideal de la delgadez, la interiorización de ese ideal que se refiere a qué tanto una persona acepta conscientemente el estándar social de la delgadez

para ser atractiva, como su propio estándar, y a la luz de éste ejecuta comportamientos que la conducen a lograrlo (26, 49). Cabe señalar que la figura femenina ideal ha variado históricamente; entre los siglos XV y XVIII el ideal de belleza fue el de una mujer gorda, con grandes pechos y con figura maternal, el cual contrasta grandemente con el ideal de hoy día de una figura muy delgada, la cual ha sido predominante en los últimos 35 años.

TEORÍA DE LA OBJETIVIZACIÓN

La teoría de la objetivización es relevante para comprender el desarrollo de los desórdenes de alimentación en mujeres jóvenes y adolescentes. En esta teoría se expone que la imagen corporal de la mujer resalta porque ella, en comparación con el hombre, es tratada de manera diferente, específicamente las mujeres son “para ver, para evaluar sus formas y para ser objetivadas” (50, p. 175). Esto puede presentarse en las interacciones personales, en las propagandas, en los clasificados, en la televisión, en el cine. La mujer es mirada y esta mirada es sexualizada, lo que la convierte en un objeto; se supone entonces que la apariencia de la mujer es para complacer al hombre y no para ser funcional. Las mujeres desde niñas aprenden a que su apariencia es importante y crucial para su bienestar.

Predicciones hechas con base en la teoría de la objetivación, en términos de que ésta conduce a vergüenza del cuerpo y alteraciones alimenticias, ha tenido soporte en la investigación. Datos experimentales y longitudinales indican que uno de los mejores predictores de los problemas de alimentación es la interiorización del ideal de delgadez (51, 52). Las adolescentes creen que son evaluadas constantemente por los hombres, ellas asumen que el resultado de esta evaluación contribuirá con su bienestar y gradualmente interiorizan la objetivización (50). Dado que los aspectos culturales entran en juego, se sugiere que se avance en esfuerzos para promover la salud y prevenir alteraciones al cambiar el ambiente en el cual las adolescentes crecen y no solamente en lograr el cambio en las propias adolescentes.

LA IDENTIDAD Y LA EDAD DE LA MADUREZ

La insatisfacción con la imagen corporal y la búsqueda del ideal de la delgadez continúa en la etapa de la adultez. Con respecto a la imagen corporal y la transición de la edad madura en la mujer que vive en un contexto que le da gran valor a la eterna juventud, a ella le implica controlar el color gris del cabello, las arrugas y la ganancia de peso para lo cual existen colorantes, cremas y masajes reductores de la grasa corporal, entre otros. Sin embargo, en la medida en que ha aumentado el número de mujeres en edad de la madurez es interesante ver cómo las mujeres se aceptan a sí mismas y a los cambios propios del desarrollo a esa edad.

En la cultura occidental se ha calificado la transición de la edad de la madurez como una época de crisis propia del desarrollo (7) debido a las contradicciones y cambios que ocurren en esa edad denominada bajo el paradigma de las pérdidas –pérdida del rol maternal, de la fogosidad sexual, de la capacidad reproductiva y de una apariencia joven–. Tanto para investigadores como para clínicos, en esta etapa, el mayor énfasis ha sido para la menopausia y para el síndrome del nido vacío.

Recientemente se le ha dado una interpretación más positiva a la vida en la edad de la madurez, se reconoce que las mujeres y los hombres puedan experimentar cambios dramáticos y estresantes, esos cambios a menudo sirven para conducir a las mujeres a la reflexión del significado de la vida y del crecimiento personal. Friedan (52) descubrió que las mujeres que logran trascender los estereotipos se redefinen a sí mismas y se plantean nuevos retos.

La imagen corporal es parte del autoconcepto y provee la base para el refinamiento de la identidad. El significado que atribuyan las mujeres a los cambios corporales durante la edad de la madurez contribuirá a moldear la identidad en esa época de la vida y a cambiar sus expectativas. Durante esta época el metabolismo basal disminuye conduciendo a una ganancia de peso si no se reduce la ingesta calórica y no se aumenta el ejercicio. Gran parte de la ganancia de peso se acumula en el abdomen, razón por la cual el cuerpo de la mujer en esa etapa de la vida ya no se ajusta al ideal de la delgadez y de la apariencia joven (53).

El estudio cualitativo de Ogle y Damhorst realizado con mujeres en edades entre 37 y 47 años, a través de entrevistas en profundidad, les permitió explorar la experiencia de la transición propia de la edad madura (54). Con respecto a la imagen corporal, este estudio reveló que en el período de transición de la edad madura aparece una especie de cambio conceptual respecto a cómo las mujeres piensan su cuerpo. En varias ocasiones las participantes les mencionaron a las entrevistadoras de la prioridad que para ellas tienen sus propios valores y su propio sistema de significados por encima del de la sociedad; es decir, las mujeres de edad madura cuestionan los discursos socioculturales respecto a los roles sociales, las relaciones y el cuerpo, y reconceptualizan la mirada de sí mismas en vez de darle mayor importancia a los discursos sociales.

Hallazgos de investigación revelaron dos ajustes ideológicos en lo que al cuerpo se refiere:

1. Las mujeres hacen el cambio del énfasis de aspectos externos sobre sí mismas (la apariencia) hacia los aspectos internos de sí mismas (su carácter personal, la esencia de la persona) y 2. Realizan la crítica a los discursos sociales dominantes respecto al cuerpo de la mujer (54). Del mismo modo, las mujeres que reconocieron que en su adolescencia daban mucha importancia al ser externo, a la apariencia y a como lucían con respecto a los demás hicieron cambios hacia la figura interna; es decir, en su fase de

adolescentes le dieron mayor importancia a la apariencia de sí mismas que cuando adultas. Sería de gran aporte el conocer cómo es la experiencia de mujeres de diferentes etnias y de diferentes culturas.

El deseo de alterar el cuerpo en mujeres no satisfechas con el que perciben y con la imagen corporal, las lleva a realizar medidas extremas como la cirugía plástica y otras medidas; también está asociado con distrés emocional y trastornos de la salud mental, como por ejemplo la depresión y trastornos de la alimentación (8, 55, 56, 57, 58, 59, 60); estos trastornos han sido estudiados en mujeres porque ellas son más prevalentes.

De gran interés es el estudio sobre la satisfacción con la imagen corporal, el placer sexual y los problemas sexuales de las mujeres, según lo reportado por Sánchez y Kiefer (61) quienes encontraron que las mujeres de su estudio tenían mayores problemas relacionados con la apariencia en comparación con los hombres y que sentir pena por su apariencia estaba relacionado con problemas en la intimidad sexual y con menor placer sexual, en mayor grado con mujeres que no tenían relaciones de pareja estable.

Los resultados de investigación apuntan a nuevas preguntas respecto a los significados ligados a los patrones de alimentación y la interacción entre el conocimiento, las emociones, el afecto y los modelos sociales. Estos resultados también nos conducen a plantear preguntas relacionadas con la imagen corporal y la sexualidad.

¿Estudios de intervención y de corte longitudinal con mujeres niñas y adolescentes en los cuales se realice apoyo respecto a la percepción de la imagen corporal tienen efecto sobre las actitudes, los comportamientos sexuales, el embarazo en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual?

¿Cuál es la influencia en las diferentes etapas de la adolescencia, de los patrones alimenticios de los padres, particularmente de la madre?

¿Qué tan grande es la influencia de los estilos de vida, de los modelos comúnmente aceptados y promovidos por los medios masivos de comunicación?

¿Cuál es el comportamiento relacionado con disturbios alimenticios de las mujeres en nuestro medio? Este es un problema que no ocupa mucho la atención de los tomadores de decisiones porque no está cuantificado y porque según otros autores es un problema casi invisible a los ojos de los demás, no implica transgredir la moral, no atenta contra el bien de los demás, no ocasiona accidentes de tránsito, etc.

¿Qué efecto tienen los diferentes estilos de crianza en las percepciones, actitudes y conductas que asumen las adolescentes?

Para la práctica se recomienda:

- Trabajar en la promoción de factores protectores y en la prevención de factores de riesgo.

- Apoyar la construcción de una identidad apropiada conduce a

comportamientos saludables, afecta la imagen corporal y los comportamientos no deseados para controlar el peso.

- Fomentar la construcción de una imagen corporal saludable.
- Apoyar a las adolescentes en el uso del tiempo libre de la mejor manera posible, a cultivar la literatura, el arte, el juego, la práctica de deportes.
- Participar en algún deporte. La participación de las adolescentes en deportes populares durante la época en que van a la escuela secundaria y el rechazar activamente la imagen estereotipada de la mujer en los medios masivos conduce a desarrollar una autoestima más positiva comparada con jóvenes que aceptan o son neutrales con las imágenes que muestran los medios (61).
- Apoyar en la elaboración de proyectos de vida con metas alcanzables a corto, mediano y largo plazo; particularmente el largo plazo es muy importante para las mujeres.

- Fomentar los valores espirituales, religiosos y estimular la participación y responsabilidad social. El compartir los valores religiosos del mundo de los adultos y la coexistencia pacífica estimula la identificación con la sociedad en lugar de transgredir el mundo social y de los adultos.

- Apoyar a las familias a optar por estilos de crianza apropiados, por estilos de vida saludables, a tener control sobre los comportamientos fuera del hogar de una manera no punitiva, a brindar apoyo emocional y físico a los hijos/as, a hacer del hogar un sitio de tranquilidad, de escucha, donde las normas son claras, de apoyo en general; esto ayudará a las adolescentes a la adquisición gradual de independencia, a buscar al interior de la familia modelos positivos en lugar de buscar lo que los medios ofrecen; les ayudará a optar por un estilo de vida saludable, a asumir estrategias de afrontamiento a través de una comunicación abierta, a la adquisición de independencia y responsabilidad y a buscar estrategias de reflexión y autorregulación.

La cantidad y calidad del apoyo social se asocia con la satisfacción de la imagen corporal y con la autoestima, a mayor apoyo social mayor satisfacción y mayor autoestima. Stice y Whitenton (60) encontraron que un déficit en apoyo social predice insatisfacción con la imagen corporal.

Los programas de salud escolar dirigidos a mujeres sobre la imagen corporal, con enfoque de género, pueden producir cambios deseados respecto a la percepción de la imagen, las relaciones interpersonales y la sexualidad.

REFERENCIAS

1. Hargreaves, D.; Tiggemann, M. The Effect of “Thin Ideal” Television Commercials on Body Dissatisfaction and Schema Activation During Early Adolescence. *J Youth Adolescence*. 2003; 32 (5): 367–373.
2. Rosenblum, G.D.; Lewis, M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Dev*. 1999; 70: 50–64.

3. Impett, E.A., Tolman, D.L. Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research*. 2006; 21, 628-644.

4. Cash, T. Women's body images. In: Wingood, G. M., DiClemente, R.J. *Handbook on women's sexual and reproductive Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002.

5. Muth, J.L.; Cash, T.F. Body-image attitudes: ¿What differences gender made? *J Applied Soc Psychol*. 1997; 27: 1438 – 1452.

6. Bearman, S.K.; Presnell, K.; Martínez, E.; Stice, E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 35, No. 2, April 2006, pp. 229 – 241.

7. De Beauvoir, S. *El segundo sexo*. Traducción de Juan García Puente. 2 Ed. Debolsillo: Buenos Aires, Argentina. 2008. (La obra original *Le deuxième sexe* fue publicada en 1949).

8. Stice, E.; Hayward, C.; Cameron, R.; Killen, J.D.; Taylor, C.B.; Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal Abnorm Psychol*. 2000; 109: 438-444.

9. Presnell, K.; Bearman, S.K.; Stice, E. Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Study. *Int. J Eat Disord*. 2004; 36: 389 – 401.

10. Amaro, H.; Navarro, A.; Conron, K.J y Raj, A. Cultural influences on women's sexual Health. In: Wingood, G.M.; DiClemente, R.J. *Handbook on women's sexual and reproductive Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002. p. 79.

11. Wardle, J.; Goodlin-Jones, B.L. Adolescent concerns about weight and eating: A Social development perspective. *J Psychosom Res*. 1990; 34: 377 – 391.

12. McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160, 248-254.

13. McCreary Centre Society. *Adolescent Health Survey 4 Information booklet*. 2008. Acceso junio de 2009. Disponible en: <http://www.mcs.bc.ca./files/AHS_4_info_booklet_web.pdf>

14. Neff, L.J; Sargent, R.G; McKeown, R.E. Jackson, K.L. Valois RF. Black – white differences in body size perceptions and weight management practices among adolescent females. *J Adolesc. Health*. 1997; 20: 459 – 465.

15. Robinson, T.N.; Killen, J.D.; Litt, I.F., Hammer, L.D.; Wilson, D.M.; Haydel, K.F., Hayward, C. y Barr Taylor, C. Ethnicity and body dissatisfaction: Are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *J Adolesc Health*. 1996; 19: 384 – 393.

16. Mussap, A.J. Waist-to-Hip Ratio and Unhealthy Body Change in Women. *Sex Roles*. 2007; 56:33-43.

17. Sahay, S. y Piran, N. Skin-color preferences and body satisfaction among south-Canadian and European-Canadian female university students. *J Soc Psychol*. 1997; 137: 161 - 172.

18. Harrison, K. Television viewers' ideal body proportions: The case of the curvaceously thin woman. *Sex Roles*. 2003; 48, 255-264.

19. Tantleff-Dunn, S. Breast and chest size: Ideals and stereotypes through the 1990s. *Sex roles*. 2002; Vol. 45, Nos. 3, 4: 231 - 240.

20. Haworth-Hoepfner, S. The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the Family*. 2000; 82, 212–227.
21. Duenwald, M. How young is too young to have a nose job and breast implants? *New York Times*, September 2004, p. F 5.
22. Zelman, K. More men developing eating disorders. *WebMD Medical News*. Retrieved November 8, 2005, Available from: <http://www.webmd.com/content/article/114/111178?src=RSS_PUBLIC>.
23. Donaghue, N. y Smith, N. Not Half Bad: Self and Others' Judgements of Body Size and attractiveness across the Life Span. *Sex Roles*. 2008; 58: 875 – 882.
24. Tiggemann, M. y Stevens, C. Weight concerns across the life span: Relationship to self-esteem and feminist identity. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 26, 103 – 106.
25. Polce-Lynch, M.; Myers, B.J.; Kliewer, W. and Kilmartin, C. Adolescent self-esteem and gender: Exploring relations to sexual harassment, body image, media influence and emotional expression. *J Youth Adolesc*. 2001; 30: 225 – 244.
26. Harrison, K.; Hefner, V. Media Exposure, Current and Future Body Ideals, and Disordered Eating Among Preadolescent Girls: A Longitudinal Panel Study. *J Youth and Adolescence*. 2006; 35 (2): 153–163.
27. Jones, D.C. Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*. 2001; 45, 645–664.
28. Sands, E.R.; Wardle, J. Internalization of ideal body shapes in 9–12-year-old girls. *Int. J. Eat. Disord*. 2003; 33: 193 – 204.
29. Champion, H.; Furnham, A. The effect of the media on body satisfaction in adolescent girls. *Eur. Eat. Disord. Rev*. 1999; 7: 213–228.
30. Cattarin, J.A.; Thompson, J.K; Thomas, C and Williams, R. Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. *J. Soc. Clin. Psychol*. 2000; 19: 220–239.
31. Phelps, L.; Johnston, L.S.; Augustyniak, K. Prevention of eating disorders: Identification of predictor variables. *Eat. Disord. J. Treat. Prev*. 1999; 7: 99 – 108.
32. Gillen, M.M., Lefkowitz, E.S., Shearer, C.L. Does Body Image Play a Role in Risky Sexual Behavior and Attitudes? *Journal of Youth and Adolescence*. 2006; 35(2): 243 – 255.
33. Wiederman, M.W. Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *J. Sex Res*. 2000; 37: 60–68.
34. Ackard, D.M.; Kearney-Cooke, A. and Peterson, C.B. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int. J. Eat. Disord*. 2000; 28: 422 – 429.
35. Granner, M.L.; Black, D.R; Abood, D.A. Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *Am. J. Health Behav*. 2002; 26: 43–55.
36. Wild, L.G.; Flisher, A.J.; Bhana, A. and Lombard, C. Substance abuse, suicidality, and self-esteem in South African adolescents. *J Drug Educ*. 2004a; 34: 1 – 17.
37. Wild, L.G.; Flisher, A.J.; Bhana, A. and Lombard, C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004b; 45: 1454 – 1467.

38. Wingood, G.M; DiClemente, R,J; Harrington, K. and Davies, S.L. Body image and African American females' sexual health. *J. Women's Health Gender-Based Med.* 2002; 11: 433 – 439.
39. Sheeran, P.; Abraham, C. and Orbell, S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychol. Bull.* 1999; 125: 90 – 132.
40. Lavine, H.; Sweeney, D.; Wagner, S.H. Depicting women as sex objects in television advertising: Effects on body dissatisfaction. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 1999; 25: 1049–1058.
41. Mosquera, J.; Mateus, J.C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Col Med.* 2003; 34 (4): 206 - 212.
42. Eisend, M. and Moller, J. The influence of TV viewing on consumers' body images and related consumption behavior. *Market Lett.* 2007; 18: 101 – 116.
43. Groesz, L.M.; Levine, M.P.; Murnen, S.K. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord.* 2002; 31: 1–16.
44. Hendriks, A. Examining the effects of hegemonic depictions of female bodies on television: a call for theory and programmatic research. *Critical Studies in Media Communication.* 2002; 19: 106 – 123.
45. Tangney, J.P.; Millers, R.S.; Flicker, I and Barlow, D.H. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Personality Social Psychology.* 1996; 70, 1256–1269.
46. Frith, H.; Gleeson, K. Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance. *Psychology of Men and Masculinity.* 2004; 5, 40–48.
47. Forbes, G.B.; Adams-Curtis, L.E.; Rade, B. and Jaberg, P. Body Dissatisfaction in Women and Men: The Role of Gender-Typing and Self-Esteem Sex Roles. 2001; 44(7/8): 461 – 48.
48. Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin.* 2002; 128, 825–848.
49. Cafri, G.; Yamamiya, Y.; Brannick, M. and Thompson, K.J. The Influence of Sociocultural Factors on Body Image: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Sci Prac.* 2005; 12: 421– 433.
50. Fredrickson, B.; Roberts, T.; Noll, S.; Quinn, D. and Twenge, J. That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *J Personality Social Psychology.* 1998; 75, 269–284.
51. Fredrickson, B. and Roberts, T. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly.* 1997; 21, 173–206.
52. Thompson, J. K., Stice, E. Internalization of the thin-ideal: Mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science.* 2001; 10, 181–183.
53. Thompson, C; Hirschman, E. Understanding the socialized body: A Poststructuralist analysis of consumers' selfconceptions, body images, and self-care practices. *Journal of Consumer Research.* 1995; 22, 139–153.
54. Ogle, J.P and Damhorst, M.L. Critical Reflections on the Body and Related Sociocultural Discourses at the Midlife Transition: An Interpretive Study of Women's Experiences. *Journal of Adult Development.* 2005; Vol. 12 (1): 1 – 18.

55. Ricciardelli, L.A. and McCabe, M.P. Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behav. Res. Ther.* 2001; 39: 1317–1328.

56. Johnson, F. and Wardle, J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 115: 119–125.

57. Hoffman, J.M.; Brownell, K.D. Sex differences in the relationship of body fat distribution with psychosocial variables. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 22: 139–145.

58. Stice, E. and Bearman, S.K. Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Dev. Psychol.* 2001; 37: 597–607.

59. Stice, E.; Presnell, K. and Spangler, D. Risk factors for binge eating onset: A prospective investigation. *Health Psychol.* 2002; 21: 131–138.

60. Stice, E.; Whitenton, K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Dev. Psychol.* 2002; 38: 669–678.

61. Sánchez, D.T. and Kiefer, A.K. Body Concerns In and Out of the Bedroom: Implications for Sexual Pleasure and Problems. *Arch Sex Behav.* 2007; 36: 808–820.

62. Smolak, L.; Murnen, S. and Ruble, A. Female athletes and eating problems: A metaanalytic approach. *Int. J. Eating Disorders.* 2000; 27: 371 – 380.

BIBLIOGRAFÍA

- Barker, E.T., Galambos, N.L. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *J. Early Adolesc.* 2003; 23: 141–165.

- Cole, D. A., Maxwell, S. E., Martin, J.M., Lachlan, G.P., Seroczynski, A.D., Tram, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M.D., Jacquez, F., Maschman, T. The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A cohort sequential longitudinal design. *Child Dev.* 2001; 72(6): 1723–1746.

- Friedan, B. *The fountain of age.* New York: Simon & Schuster. 1993.

- Levinson, D. J. *The seasons of a woman's life.* New York: Knopf. 1996.

- Ricciardelli, L. A., and McCabe, M. P. Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *J. Soc Psychol.* 2003; 143: 5 - 26.

- Rosenblum, G. D., and Lewis, M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Dev.* 1999; 70: 50 – 64.

- Wilcox, S. Age and gender in relation to body attitudes. Is there a double standard of ageing? *Psychology of Women Quarterly.* 1997; 21, 549 – 565.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

LA MUJER Y LA SALUD SEXUAL

Este capítulo se fundamenta en la visión de la sexualidad como una dimensión humana, discute aspectos sobre la medicalización de la sexualidad, la socialización de las mujeres respecto a la sexualidad, hace énfasis en los derechos sexuales y proporciona elementos para la educación sexual.

El derecho al desarrollo se traduce en el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas en relaciones equitativas de género, en igualdad de oportunidades para la potenciación de las capacidades, en la superación de la pobreza y en el disfrute del nivel más elevado de educación y salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos (1).

Existe polémica sobre la salud sexual de las mujeres y la conveniencia o no de medicalizarla; quienes critican esa postura desde el campo de la psicología plantean que las mujeres realmente lo que desean es una mejor relación afectiva, relaciones sexuales con su consentimiento y deseadas, más tiempo y energía para la expresión de su deseo sexual; también quieren aceptación y conocimiento del deseo sexual femenino y más educación sexual (2, 3).

La alarma sobre el nuevo diagnóstico, denominado disfunción sexual femenina, la prendió Tiefer cuando expuso que el afán de tener un diagnóstico aprobado y por consiguiente de medicalizar los problemas sexuales femeninos se enfocaban en la creación del viagra para la mujer; medicamento de fácil aprobación, una vez justificada la existencia de una disfunción, que hay que tratar. Tiefer y sus colegas insisten en que hay grupos con intereses económicos y políticos que están adoptando estrategias muy efectivas para obtener sus propósitos (3, 4, 5).

Llevar la sexualidad de la mujer sólo al plano biológico pone un velo al contexto de las relaciones que tienen lugar a partir de la misma, a la vez que

contribuye a la consolidación de los estereotipos y a reforzar la visión de la sexualidad femenina como una serie de problemas patológicos. Cuando el énfasis es en la fisiología de la sexualidad se refuerza la mirada estrecha y limitada de la definición de la sexualidad en la mujer; esta definición, por cierto, va más allá de la genitalidad.

Quienes practican el modelo tradicional pasan por alto lo complejo de la sexualidad de la mujer y favorecen las soluciones farmacéuticas y la limitación en la consejería, según lo expresa McHugh (2). El énfasis en la función fisiológica y en la solución farmacéutica hace que se minimicen los factores sociales que contribuyen a determinar la salud sexual de las mujeres, entre ellos los que tienen directa conexión con las relaciones, el miedo o la ignorancia. Una de las consecuencias de esta mirada es que se produce una seguridad en que el medicamento es lo que le restablece la salud sexual o mejora los problemas que la mujer tenga sin que se busque otro tipo de ayuda, o se dé un cambio en la interrelación con su pareja (6).

Desde hace casi una década, la campaña sobre la nueva visión de la sexualidad de las mujeres enfatiza en que la perspectiva biológica para el abordaje de la sexualidad estandariza a todas las mujeres borrando las diferencias que existen entre ellas e ignora las consecuencias de las inequidades creadas por causa del género, etnia, clase y orientación sexual; se ignora la diversidad, se reduce la sexualidad a las respuestas fisiológicas, a síntomas, disfunción y relaciones de causalidad.

Una aproximación más amplia, integrando las áreas de la psicología, la sociología, la sexología y la enfermería, reconoce que las mujeres no son un grupo homogéneo y que la sexualidad de la mujer no es un fenómeno simple.

El deseo, la atracción y la satisfacción son construcciones que se desarrollan en un contexto histórico, influenciado por la etnia, la religión, la clase social. Estos factores pueden limitar el acceso de las mujeres a la salud sexual, al placer y la satisfacción. Para la mujer es más importante la intimidad, la atracción, no tanto la genitalidad, aunque también cuenta.

Los problemas sexuales que tienen las mujeres tocan con la falta de información sexual, con actitudes basadas en normas culturales, con mensajes sexistas, con el estrés familiar y laboral, con las dificultades en las relaciones personales con su pareja y con los factores emocionales como ansiedad y depresión (2).

No podría pasar por alto los problemas relacionados con la violencia sexual; muchas mujeres sufren con este flagelo, el cual también influye en su sexualidad. Aproximadamente entre el 15 y el 30% son abusadas sexualmente, algunas en edades tempranas de su vida y otras cuando adultas, inclusive por sus esposos o compañeros, en algunos casos bajo el efecto del alcohol.

En un estudio sobre estrés en la vida diaria de una muestra de mujeres de Cali se encontró que las mujeres calificaron el abuso sexual, cuando niñas, como uno de los estresores principales; otro estudio con mujeres que

denuncian violencia de pareja mostró el alto número de mujeres que habían experimentado violación por sus esposos, bajo efectos del alcohol en unos casos y en otros bajo el efecto de sustancias psicoactivas; adicionalmente se encontró una alta asociación entre la violencia sexual y el estrés postraumático en mujeres con violencia de pareja (7, 8, 9).

Muchas mujeres que han sido abusadas sexualmente tienen secuelas que afectan su sexualidad. Una investigadora, quien además tiene una amplia práctica como docente universitaria, señala que muchas de sus alumnas en un periodo de más de 20 años le comentaron sobre sus experiencias de incesto, violación y abuso que las marcó para el resto de su vida (2).

Otros investigadores (10) reportaron que una de cada cuatro adolescentes que han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años lo hizo porque fue forzada sexualmente. Igualmente otro estudio (11) encontró, en una encuesta con adolescentes, que 11% de ellas que habían iniciado relaciones sexuales reportaron haberlo hecho porque fueron forzadas a ello. La situación empeora si se trata de mujeres desplazadas por el conflicto armado; son forzadas a tener relaciones sexuales, las cifras varían entre un 14% y el 16% (12).

En el marco del conflicto armado la práctica de la violación sexual es común; esta ha sido reconocida por organismos internacionales; el propósito simbólico de la violencia sexual contra las mujeres en tiempo de guerra es para afectar el honor del enemigo y humillarlo, desmoralizarlo, sembrar odio entre otros. Una pregunta que surge es ¿existirá algún día un medicamento que pueda frenar la violencia sexual? Además ¿qué es lo que se requiere para que la sociedad permita que las mujeres disfruten su sexualidad?

La gran mayoría de las mujeres han sido socializadas para ser objeto de placer de otros no para ellas ser sujetas de derechos, entre ellos el derecho a disfrutar su sexualidad (13). Tiefer (3) recomienda a las mujeres comunicarse con sus parejas sexuales y expresar sus preferencias. En un estudio sobre los factores que protegen o ponen en riesgo a la mujer en cuanto a las infecciones de transmisión sexual - ITS y el VIH, Canaval y col. (14) encontraron que las mujeres hablan poco con sus compañeros sobre sus necesidades en la relación de pareja, en un porcentaje que no llega a la mitad de ellas, y este porcentaje disminuye a 27% si se trata de hablar de sus necesidades en la relación sexual.

El cómo se relacionan las mujeres consigo mismas y con su cuerpo también depende de cómo han sido socializadas; el deseo sexual es visto como algo peligroso para algunas, para otras no se reconoce. Cuando las mujeres son vistas como el objeto de deseo de otros y ellas lo creen así, pierden la habilidad para ver sus propias necesidades en la relación sexual y limitan su capacidad de toma de decisiones frente a la relación sexual en condiciones protegidas o de riesgo. Muchas mujeres creen que su deber es complacer al otro, sin importar sus deseos, o su cuidado respecto al riesgo de adquirir una ITS o un embarazo no deseado (15). Se ha sugerido que la falla existente

para proveer a las adolescentes el discurso del deseo las pone en situación de vulnerabilidad y de riesgo (2).

Las historias que se les cuentan a las niñas y niños desde temprana edad idealizan las relaciones románticas, a las niñas se les enseña como maquillarse, como vestirse para ser atractivas a los otros, no las enseñamos a reconocer sus propios deseos y a qué hacer con ellos. Las niñas son socializadas en la práctica de la feminidad, a atraer la aprobación del compañero; la práctica de la feminidad contribuye al mantenimiento de las prácticas patriarcales.

Por otro lado, el tema de la sexualidad en las mujeres de edad media ha mostrado que ellas desean que sus esposos o compañeros sean más comunicativos, más románticos, más apasionados, más alegres, más amorosos, más creativos y menos aburridos. Los fármacos podrán mejorar los cambios fisiológicos que la mujer experimenta en la menopausia pero no el deseo de las mujeres de más comunicación y afecto.

Las adolescentes y jóvenes revelaron actitudes negativas hacia su cuerpo. La investigación ha mostrado, como se mencionó en el capítulo sobre la imagen corporal, que las mujeres han expresado estar insatisfechas con su cuerpo y que, además, muchas están obsesionadas con la figura delgada. La insatisfacción con el cuerpo atraviesa todas las clases sociales, la etnia y las diferentes edades. Smith (16) por ejemplo, en un estudio con mujeres blancas y negras sobre la percepción del peso corporal, determinó que las mujeres negras se vieron en sobrepeso en menor proporción con respecto a las blancas, 40% vs. 72%, a pesar de que solamente el 13% de las blancas estaba en sobrepeso (17). Esto nos recuerda que aprender a objetivar el cuerpo es una de las primeras lecciones en el patriarcado.

La recomendación para las familias y para la sociedad es que las mujeres tengan más tiempo para ellas mismas, para descansar, que tengan menos estrés, mejor educación; que las personas que las rodean sean consideradas respecto de sus diversas ocupaciones, por ejemplo, que los esposos compartan las tareas del hogar y de la crianza de los hijos. Como se ha descrito, las mujeres tienen doble jornada laboral y a veces triple, lo que las lleva a experimentar cansancio y pérdida del interés sexual (4).

La salud sexual de las mujeres, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18), no es sólo la ausencia de la enfermedad, es facilitar que las mujeres ganen empoderamiento y habilidades en muchos terrenos de las relaciones, para ello, es necesario el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos.

Un concepto relacionado con la sexualidad, de manejo del discurso feminista, fue el de los derechos sexuales y reproductivos desarrollado en América Latina y luego pasó a España. Los encuentros feministas latinoamericanos y del Caribe fueron campos donde se ha ido construyendo el discurso (19, p. 94).

Los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos como parte de los derechos humanos, por las Naciones Unidas en la Conferencia de Derechos Humanos de Viena de 1993, como consecuencia de las propuestas y acciones de las mujeres feministas. Estos derechos se ratificaron en las Conferencias de Población en El Cairo y de la Mujer en Beijing en 1994 y 1995, respectivamente.

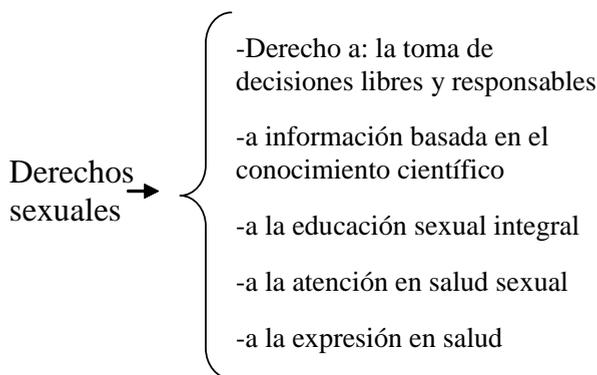


Figura 5.1. Derechos sexuales

MUJER, SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Uno de los avances del discurso feminista fue distinguir entre sexualidad y reproducción; la sexualidad no importaba, aunque las categorías existían en el discurso médico, las mujeres se consideraban ligadas a la reproducción biológica, sin ningún tipo de derechos. La función única y principal de las mujeres, históricamente, era tener hijos para la familia y luego fue tener hijos para la comunidad y la patria, como un bien social. Este era el significado de la categoría maternidad en el discurso hegemónico (19).

El término *sexualidad* refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción.

- Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, históricos, éticos, religiosos y espirituales.
- La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.
- Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Sobre la salud sexual, la Conferencia Mundial de Población de El Cairo, definió la salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedades en aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

La salud sexual se orienta a mejorar la vida, a garantizar el bienestar y a lograr relaciones personales sanas y equitativas, para disfrutar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, responsable y con un compromiso frente a la vida sexual y reproductiva presente y futura. Se refiere a la capacidad de las personas para disfrutar su vida sexual y reproductiva sin riesgo de enfermedad, discapacidad, muerte o embarazo no deseado; a decidir libre y responsablemente acerca del cuerpo, la sexualidad, la reproducción, la salud sexual; la capacidad para determinar el número de hijos que puede procrear y educar y tomar la decisión de si usa o no los métodos anticonceptivos.

Con respecto a los temas relacionados con la sexualidad y la salud sexual, que inquietan a los jóvenes, aparecen la violencia, el SIDA y las ITS, la discriminación sexual. Les preocupa el abuso del alcohol y las drogas, el embarazo no deseado, la depresión, la prostitución y las pandillas callejeras.

Los jóvenes, al responder a las preguntas sobre temas como la sexualidad y el éxito en la relación de pareja, dieron mayor valor a: La comunicación, la fidelidad, compartir las tareas del hogar y la satisfacción en las relaciones sexuales.

Volviendo al discurso feminista, en muchos lugares las mujeres no conocen ni tienen acceso a sus derechos, ni a los métodos anticonceptivos y continúan viviendo la sexualidad y la maternidad en condiciones en las que no se reconocen sus derechos (19, p. 96).

De acuerdo con McHugh (2) una mujer liberada es aquella que conoce sobre la sexualidad y sobre su cuerpo; se siente cómoda con su cuerpo, con tocarse y proporcionarse placer por sí misma, sin sentir culpa, que conoce sobre la reproducción y es responsable de lo que hace, que comprende su propia orientación sexual y es respetuosa de la orientación de los demás. Es aquella que toma sus propias decisiones, que es capaz de decir sí o no, que comunica sus sentimientos sobre la sexualidad a su pareja, evita relaciones o situaciones abusivas o de explotación, se protege contra las ITS incluido el VIH, se cuida a sí misma y realiza los chequeos en salud recomendados según el nivel de riesgo y la edad que tenga. Es aquella que desarrolla y mantiene relaciones significativas, que expresa amor y afecto de manera apropiada.

Lo anterior es muy diferente a la concepción equivocada de que una mujer liberada es la que se viste con ropa sexy especialmente para ir a sitios o eventos donde se considera que no es la manera apropiada, la que tiene relaciones sexuales casuales o con quien se lo proponga y quien actúa según su antojo o se comporta teniendo sexo con cualquiera.

Algunas de las metas propuestas para promover la salud sexual (18) se presentan en el Cuadro 5.1.

Cuadro 5.1. Metas para promover la salud sexual

- Meta 1. Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.
- Meta 2. Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.
- Meta 3. Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual.
- Meta 4. Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual y brindar a la población el acceso a dichos servicios.
- Meta 5. Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

También recomiendan propiciar la adopción de medidas que faciliten a los hombres discutir y entender los cambios en los roles de género y “la nueva masculinidad”, como también mejorar el acceso a una educación sexual que promueva pautas de comportamiento saludable en los adolescentes. Estos esfuerzos deben concebirse en el marco de un enfoque integral que considere todo su ciclo de vida y tome en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.

Particularmente con relación a los adolescentes, el nexo con las políticas en favor de las y los adolescentes es altamente recomendado. Recojo las propuestas hechas por las Naciones Unidas al respecto:

- Participación activa de los jóvenes, de sus familias y de organizaciones del nivel local.
- Intersectorialidad en las acciones, mediante una mayor colaboración entre los sectores de salud y educación
- Demanda informada y que los adolescentes sepan requerir servicios de salud sexual y reproductiva
- Que el Sector Salud se convierta además en una instancia formativa en esta materia a través de servicios que garanticen calidad y calidez y donde se promueva el empoderamiento en la toma de decisiones responsables y el desarrollo de habilidades para toda la vida.
- Que se ofrezcan Servicios amigables para jóvenes.

LA EDUCACIÓN SEXUAL

En cuanto a la educación sexual, se requiere: 1) articular las experiencias de los sectores formal y no formal; 2) incluir en los programas de educación, los componentes adecuados de educación sexual desde la niñez; 3) incorporar en los programas educativos a la comunidad de padres, adolescentes, maestros y comunidad en general; y 4) fomentar metodologías de educación participativas que promuevan el aprendizaje.

A continuación, algunas recomendaciones sobre los temas que son prio-

ritarios para avanzar en la equidad de género y el disfrute de la sexualidad con base en los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos contribuyen al logro de niveles de bienestar y salud, propenden por el ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, al ejercicio de una sexualidad placentera y recreacional independiente de la procreación, a conocer/ respetar y amar el cuerpo y los genitales, a la relación sexual exenta de cualquier forma de violencia (13).

Una encuesta con adolescentes de educación secundaria encontró que el 92% estaban de acuerdo en que la educación sexual debería ser dada en la escuela. Los temas que consideraron importantes de trabajar son: la pubertad, la reproducción, la seguridad personal, la coerción sexual, el abuso sexual, la toma de decisiones sobre la sexualidad, métodos anticonceptivos, prácticas de sexo seguro e ITS.

Es imperativo revertir la cultura predominante que dictamina que las mujeres deben postergarse y ser reconocidas desde el “ser para otros” hacia un “ser para sí” en donde se visibilice y se priorice, en asuntos que tienen que ver con su vida. Esto implica confrontaciones personales y sociales sumamente complejas.

También lo es el reivindicar el principio de una relación para sí, fortalecedora de la capacidad para decidir en todo lo que compete con sus mundos de la corporalidad, la emocionalidad, la espiritualidad, así como lo concerniente a su salud, sus afectos, sus opciones, su sexualidad, es decir la vida misma (20).

En los párrafos siguientes se incluyen algunas recomendaciones para los programas y profesionales encargados de la educación e investigación en esta temática y en especial en salud sexual.

Se recomienda incluir en la educación sexual los temas y estrategias educativas que contribuyan a la eliminación de la violencia sexual, entre ellas:

- Reconocimiento de la violencia sexual en sus diversas formas.
- Introducción de legislación eficaz para reducir la violencia sexual.
- Promoción de una cultura que denuncie la violencia sexual.
- Promoción del comportamiento de búsqueda de salud para víctimas de la violencia sexual.
- Promoción de la atención en salud para los agresores sexuales que, en muchos, casos podrían beneficiarse del tratamiento.

Las estrategias propuestas por organismos nacionales e internacionales incluyen (18):

- Integrar la salud sexual en los programas de salud pública.
- Promover la igualdad y la equidad de género y eliminar la discriminación por razones de género.
- Promover un comportamiento sexual responsable.
- Eliminar el temor, el prejuicio, la discriminación y el odio relaciona-

dos con la sexualidad y los grupos considerados minoritarios debido a su orientación sexual.

- Eliminar la violencia sexual.

En relación con temas para la investigación se incluyen algunos sin pretender agotar las posibilidades:

- Influencia de la cultura en la identidad
- Imagen corporal
- Sexualidad no sólo de heterosexuales
- Estereotipos
- Rol de género
- Diferencias, clase, grupos étnicos, etc.
- Sexualidad y erotismo
- Sexualidad a lo largo del ciclo de vida particularmente:
 - Sexualidad en la adolescencia.
 - Sexualidad en las personas adultas maduras y mayores.
- Salud sexual
- Violencia sexual
- Contexto social y político de la sexualidad
- Influencia de los medios en la sexualidad
- Influencia de la familia en la sexualidad

La revisión y análisis de la literatura indica que los programas de educación sexual más efectivos contienen elementos que se detallan a continuación (21, 22):

- Tiempo suficiente en el salón de clase para alcanzar los objetivos del programa.
- Capacitación y entrenamiento a maestros y personal académico - administrativo de apoyo.
- Programación de las actividades con base en un modelo teórico que oriente.
- Investigación para conocer las características de los estudiantes, sus necesidades y estilos de aprendizaje.
- Abordaje específico de temas sobre comportamiento sexual que hayan conducido a embarazo no deseado y a infecciones de transmisión sexual.
- Información y refuerzo sobre mensajes de prevención relacionados con los límites en la sexualidad, uso de condón y otras formas de anticoncepción.
- Incluye actividades que tienen que ver con la presión social a los y las adolescentes sobre comportamiento sexual.
- Incorpora información necesaria, motivación y habilidades sobre promoción de la salud sexual.
- Proporciona ejemplos y oportunidades para practicar sobre el hecho de poner límites a la sexualidad, negociación del condón, habilidades para la comunicación.

- Emplea herramientas de evaluación para evaluar las fortalezas y debilidades de los programas para mejorar la programación siguiente.

Para terminar retomo el texto de Arango sobre el autocuidado, la sexualidad y el desarrollo humano:

La expresividad de cálidas sintonías y sensualidades (se refiere a las caricias, la piel, los estímulos corporales) desde la sexualidad femenina, aparecen aún tímidamente, en buena medida, por las sanciones derivadas de tabúes, restricciones y fundamentalismos que encuadran la sexualidad como tributo a la maternidad desde la concepción marianista y condenan y sancionan la libre opción de la sexualidad. De otra parte las conductas dominantes, machistas ancestrales, rutinarias y falocráticas que deslegitiman la riqueza del mundo afectivo femenino tan intenso en delicadezas, en manifestaciones, en ternuras, en detalles, en lúdicas, en recrear: el erotismo, las fantasías y las diversas maneras de demostrar sentimientos de amor siguen menoscabando la oportunidad de dignificar el mundo de la sexualidad humana.

Con respecto a la dignidad humana, la misma autora añade:

Está en relación con la búsqueda de las mujeres de interiorizar y asumir la conciencia de ser-para-sí, fundamento que se contrapone a la función tradicional de concebir a las mujeres como apoyo para los fines de otros. En este sentido la valoración del autocuidado de la salud y la sexualidad de las mujeres está en la genuina determinación de la capacidad de pensarse a sí misma, de la capacidad de priorizarse, de tomar decisiones personales que favorezcan su salud y su sexualidad en la esfera de la corporalidad, de la emocionalidad, de la espiritualidad [...] (20, p. 111)

En resumen, el énfasis que deseo remarcar es el de la mismidad como afirmación de cada una en su vida.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Avances de Colombia en la implementación de programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 2004-2009. Ministerio de Relaciones Exteriores UNFPA. Bogotá. Julio de 2009.
2. McHugh, M. What Do Women Want? A New View of Women's Sexual Problems. *Sex Roles*. 2006; 54: 361 – 369.
3. Tiefer, L. A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sexual Research*. 2001; 38: 89 – 96.
4. _____. Sexology and the pharmaceutical industry: The threat of co-optation. *Journal of Sex Research*. 2000; 37: 273 – 283.
5. _____. The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues. *Annual Review of Sex Research*. 1996; 7: 252 – 282.
6. Shah, S. The orgasm industry. *Progressive*. 2001; 65: 29.

7. Canaval, G.E.; Gómez, O.L. y Guerrero, L. Adaptación y traducción del instrumento sobre eventos estresantes en una muestra de mujeres de Cali, Colombia. Informe presentado en la reunión de la Red de Enfermeras Investigadoras en Violencia de Pareja - EAPIVP, Universidad del Valle, Escuela de Enfermería, Cali, Marzo, 2009.
8. Canaval, G.E.; González, M.C.; De León, N.; González, S. y Humphreys, J. Impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres que consultan a las Comisarías de Familia. Ponencia presentada en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Paipa. Agosto, 2007.
9. Canaval, G.E.; González, M.C. y Sánchez, M.O. Informe de investigación proyecto Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. Presentado a la Universidad del Valle, Julio de 2008.
10. Abma, J.; Driscoll, A. y Moore, K. Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*. 1998; 30 (1): 12–18.
11. Arias, L. A.; Ceballos, G. A.; Herrera, J. A. y Valencia, C. P. No sólo el amor te salva. Cali, Feriva. 2003.
12. Políticas públicas de población para adolescentes: Diagnóstico de situación y políticas de SSR 2008. UNFPA. Acceso mayo 2009. Disponible en: <<http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/prevencion/WORKINGPAPERSTLAC09.pdf>>
13. Londoño, M.L. Derechos sexuales y reproductivos. Los más humanos de todos los derechos. Cali. Sí Mujer. 1996.
14. Canaval, G.E.; Valencia, C.P.; Arias, L. y Ceballos, J. Adolescencia y VIH: Vulnerabilidad, riesgo y protección. Ponencia presentada en el XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Universidad de Caldas, Acofaen. Manizales, Octubre 2003.
15. Canaval, G. E.; Valencia, C. P.; Forero, L.; Magaña, A. y Guardela, N. Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia. *Ciencia Enfermería*, 2005; 11 (2): 23-33.
16. Smith, C. A. Women, weight, and body image. In: J. C. Chrisler, C. Golden, & P. D. Rozee (Eds.), *Lectures on the psychology of women* (3rd. ed., pp. 76–93). New York: The McGraw-Hill Companies. 2004.
17. Thompson, S. H. & Sargent, R. G. Black and White women's weight related attitudes and parental criticism of their childhood appearance. *Women and Health*. 2000; 20, 77–92.
18. OPS, OMS, WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. OPS, OMS y WAS Guatemala, Mayo 2000, p. 8.
19. Luna, L. Entre discursos y significados. Apuntes sobre el discurso feminista en América Latina. *Manzana de la Discordia*. 2007; 2 (4): 85 – 100.
20. Arango, Y. Autocuidado, género y desarrollo humano: Hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *Manzana de la Discordia*. 2007; 2 (4): 107 - 115.
21. McKay, A. Sexual health education in the schools: Questions & Answers. The Sex Information and Education Council of Canada. 2005.
22. _____. Prevention of sexually transmitted infections in different populations: a review of behaviourally effective and costeffective interventions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2000; 9: 95-120.

BIBLIOGRAFÍA

- Byers, S.E.; Sears, H.A. and Voyer, S.D. et al. An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2003; 12: 1-17.
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Módulos pedagógicos para formadores. Módulo 2. Bogotá, 1998.
- Londoño, M.C. Breve análisis de las brechas de género en Colombia desde los objetivos de Desarrollo del Milenio. *Manzana de la Discordia*. 2008; 5: 7 – 24.
- OIM, ANEC – Antioquia, SÍ MUJER, GEMAS. *Lecturas del Silencio*. El taller. Bogotá, 2002.

LA MUJER Y EL VIH

Prevenir la propagación del VIH - SIDA es una de las ocho Metas del Milenio conocidas también como los Objetivos del Milenio (ODM) a los que se comprometieron los países del mundo en el año 2000, entre ellos Colombia. El comprender por qué el VIH - SIDA afecta o tiene un alto potencial de afectar grandemente a las mujeres es de vital importancia para orientar los programas y las acciones en pro de la promoción de la salud y de la prevención de la propagación del VIH.

FEMINIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH - SIDA

El riesgo al VIH es el producto de las fuerzas sociales, culturales, económicas e interpersonales que crean definiciones del rol sexual y expectativas que pueden conducir a inequidad en salud. La inequidad en salud describe la falta de acceso a los recursos y el poder y actúa como la principal barrera a la participación por la mujer en su propia prevención contra la infección del VIH (1).

La mayor parte de las personas con VIH en el mundo viven en países en desarrollo, por eso se denominó a la infección con el VIH - SIDA como una enfermedad de la pobreza. En países del África Subsahariana las mujeres infectadas sobrepasan el 50% del total de infectados con VIH - SIDA.

Ante la pregunta ¿Por qué las mujeres, en general, son tan altamente vulnerables al VIH y tienen alto riesgo de infectarse? Parte de la respuesta se encuentra en la inequidad de género, las normas sociales que ponen a muchas mujeres en posición de desventaja frente a las relaciones con su pareja, la estigmatización de que son objeto y la homofobia. La violencia contra la mujer es otro aspecto que incide grandemente en la búsqueda de servicios de salud y en la negociación con la pareja.

Las mujeres de bajo estrato social tienen poca habilidad para la negociación con su compañero, por ejemplo para el uso del condón, al igual que para negociar la obtención de servicios de salud diferentes de la atención en salud reproductiva. Las mujeres tienen barreras para acceder a los servicios de salud y más a los servicios de atención integral para personas que viven con el virus del SIDA (PVVS). El rápido incremento observado en la seroprevalencia del VIH es entre mujeres de estrato socioeconómico bajo (1, 2).

La epidemia del VIH - SIDA se ha convertido en una de las que más reto impone a la humanidad. Se la ha llamado una pandemia por la magnitud de la propagación. Los esfuerzos para lograr el tratamiento han sido grandes por lo que hoy se la denomina una enfermedad crónica, en sitios donde se tiene el acceso a la atención en salud, a los medicamentos antirretrovirales y en donde se tienen otros recursos, entre ellos el apoyo de las redes sociales y de la familia. Sin embargo, en otros lugares aún es un problema que irremediablemente llevará a la muerte a hombres y mujeres, a niños y a niñas, en especial en regiones donde la pobreza contribuye a que esta epidemia tenga cara de mujer adolescente y joven.

Escribir sobre la mujer y el VIH - SIDA implica abordar el tema de la mujer aunado al de la sexualidad, la salud sexual, los determinantes sociales de la enfermedad, la epidemia mundial del VIH, la discriminación y los géneros, las políticas públicas, los recursos, los servicios de salud y los asuntos polémicos relacionados con el tabú del VIH y moralismos. Adicionalmente, de acuerdo con el Centro de Desarrollo Internacional de Canadá (IDRAC) (de la sigla en inglés: *International Development Research Centre - Canada*) este tema se relaciona con los intereses y el poder de quienes gobiernan en la sociedad (3).

El virus de la inmunodeficiencia humana es el causante de la enfermedad del SIDA, se transmite principalmente por vía sexual, a través del contacto con la sangre y las secreciones corporales y, hasta hace poco, las transfusiones sanguíneas presentaban un alto riesgo para propagar la infección. También se adquiere por transmisión vertical, es decir, la referida transmisión de madre-hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia. Esta última manera de denominar la transmisión ha sido criticada por las connotaciones y tendencias de culpabilizar a las mujeres, Herrera y Campero (4) anotan que defensoras de los derechos de las mujeres sugieren cambiar el término por el de transmisión de padres a hijo en razón a que es en la mayoría de los casos la pareja de la mujer, en una supuesta relación de pareja estable y de monogamia, quien la ha infectado.

Desde cuando la persona se infecta con el virus transcurre un tiempo denominado la ventana epidemiológica, es el tiempo que tarda el organismo en producir anticuerpos; este período toma de dos semanas a tres meses. El período de incubación de la enfermedad o sea el tiempo que transcurre para que se presente la enfermedad varía tardando hasta 10 años sin aparecer; muchas personas pueden no darse cuenta de la enfermedad hasta que

empiezan a sospechar por la presencia de los síntomas desagradables y la relación con el tipo de vida que han llevado (5). Durante el período de incubación una persona puede transmitir el virus sin saber que está infectada.

El incremento de la epidemia en las mujeres ha sido muy rápido, este aumento obedece parcialmente a la alta vulnerabilidad de las mujeres y al elevado riesgo producto de factores de carácter económico, social, cultural e interpersonal. Factores como la pobreza, la precariedad del empleo, la discriminación, la violencia, particularmente la violencia de pareja, las migraciones y el desplazamiento que afecta a una alta proporción de mujeres y niñas que conducen a inequidades de género. También el comercio sexual que aumenta cada vez, particularmente entre las adolescentes, con las nuevas figuras que surgen de manera soterrada como las *prepagos*, nombre con el que se denomina a adolescentes y jóvenes que venden sus servicios a través de llamadas telefónicas por celular y de fácil acceso. También el peso de la carga de la epidemia lo soportan las mujeres adultas como cuidadoras informales.

La transmisión sigue un patrón epidemiológico característico según la región: En unas la transmisión es por la vía homosexual y bisexual, en primer lugar y, en segundo, por los usuarios de drogas intravenosas - IV. En tercer lugar, un patrón que sigue la vía heterosexual primero y después la vía de las transfusiones sanguíneas. Cuando la infección se reportó inicialmente, los hombres fueron los más afectados; con el aumento de los casos de manera tan rápida, la relación hombre-mujer disminuyó significativamente y en algunos países la relación se ha revertido, como sucede en África. Las mujeres se están infectando en grandes proporciones.

La relación hombre-mujer, en países con patrón epidemiológico caracterizado por transmisión homosexual es de 8 a 1; en países de patrón epidemiológico caracterizado por transmisión heterosexual la relación es de 1.9 a 1. En el 2008 se estimó que en el mundo había 38 millones de personas con el virus del SIDA; en Colombia el estimado de los casos por infección y fallecidos a noviembre de 2007 según el Ministerio de Protección Social, eran 57.489, de éstos 76.6% son hombres y el 22.1% mujeres (6). Lo que se ha reportado para la relación hombre-mujer por ONUSIDA (7) es de 2,5: 1. Anualmente en el mundo mueren alrededor de dos millones de adultos y niños hombres y mujeres (8).

Respecto a lo anotado, en países del continente africano donde la epidemia es de gran proporción, la relación hombre-mujer muestra que son muchas más las mujeres infectadas y en edades muy jóvenes; en Uganda la relación es de 1 hombre por 6 mujeres, en Malawi es de 1 hombre por 4 mujeres. En dichas latitudes las mujeres infectadas tienen un promedio de edad menor que el promedio de edad de los hombres infectados, en un rango de entre 4 y 10 años menos, el promedio muestra que la mayoría son jóvenes y que si se tiene en cuenta el período de latencia de 10 a 15 años, la infección la adquirieron cuando eran adolescentes (9).

El porcentaje de mujeres infectadas con respecto al total de adultos infectados con VIH - SIDA varía entre el 20% y el 60%; en el África Subsahariana para el año 2005 correspondió al 57%, en el continente europeo y Asia para el año 2004 fue del 33%. En Norteamérica para el año 2004 correspondió al 23%; en el Caribe para el año 2004 fue del 49% y en América Latina del 36%; conviene anotar que 10 años atrás los datos de África eran similares a los de Latinoamérica en la actualidad.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN CON VIH

Además de las mencionadas repercusiones individuales y familiares publicadas por doquier, tenemos el impacto en la sociedad. La sobrecarga que impone el VIH - SIDA es muy alta, en adición a los altos costos que se han calculado para el tratamiento, básicamente en antirretrovirales. Para una nación implica la pérdida de una alta proporción de fuerza laboral y si sólo hablamos de las mujeres, ellas representan la mitad de la población; si están en edad de producir económicamente muchas serán las que se retiran del mercado laboral, otras lastimosamente serán rechazadas por su enfermedad y otras pasarán a engrosar el grupo de quienes buscan empleo seguramente con menos probabilidad de lograrlo; muchas otras quizás tengan menos preparación y recursos personales como liderazgo, asertividad, poder de toma de decisiones, etc., lo cual limitará su desarrollo y muy probablemente pasarán a depender del compañero, si lo tienen.

El sistema de salud considera la enfermedad VIH - SIDA como de alto costo; adicionalmente el impacto de este virus en el sistema produce una sobrecarga y, por otro lado, una reducción de la productividad nacional por lo mencionado en los párrafos anteriores, y por la pérdida de trabajadoras con habilidades para laborar.

El panorama no es muy alentador, urge enfocar esfuerzos en la promoción de la salud y realizar tanto prevención como tratamiento adecuado. Es imperativo que el programa integral para atención a las personas con el VIH - SIDA sea implementado en todas las instituciones de salud. Es importante también dirigir gran parte de las acciones en promoción de la salud y en prevención hacia los y las jóvenes, para invertir en el futuro. Esta es una de las recomendaciones de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en este campo.

En asuntos de la mujer se han logrado avances en la aceptación de la importancia de la mujer en la sociedad, en la promulgación de sus derechos y de su situación de inequidad; esto derivado del reconocimiento de que las mujeres son las principales cuidadoras informales de la familia, hacen el puente entre el sistema de salud y la familia y poseen un gran potencial para la promoción de la salud; las conferencias Mundiales de la Mujer en Nairobi, México y Beijing así lo promulgan. Del mismo modo, se avanzó

significativamente con la definición de salud sexual y reproductiva en la Conferencia de Población de El Cairo, con las discusiones y la recapitulación de los avances logrados con Beijing + 10 y posteriormente en la reunión de expertos sobre Promoción de la Salud Sexual en Guatemala, en el año 2000.

En contraste con lo anterior también se tienen retrocesos, algunos ejemplos son: el recorte a los presupuestos para ayudar a combatir la epidemia, principalmente a los programas de prevención de la transmisión de la infección (10); cuando se escucha la opinión de altos jerarcas de la Iglesia al referirse a la protección en las relaciones sexuales; cuando condenan el uso del condón, a pesar de la evidencia que existe tanto con estudios en el laboratorio (11, 12) como con estudios epidemiológicos que han evaluado su efectividad (13) y de las recomendaciones sobre si se usa consistente y correctamente confiere protección contra el VIH y contra la propagación de las infecciones de transmisión sexual –ITS– incluido el virus del papiloma humano –VPH (12, 14, p. 1; 15, 16, 17).

El esfuerzo que realizan las naciones para evitar la propagación de la infección debe ser apoyado por todos y todas. Leyendo a Abad (18) artículo publicado en el periódico colombiano El Espectador sobre los sagrados imperios y “alguna iniciativa global que de algún modo tiene que ver con un asunto moral –eutanasia, aborto, pena de muerte, derechos de la mujer, minorías sexuales– la iglesia toma partido (se refiere a la Iglesia Católica) al lado de los musulmanes [...] y vota con ellos en contra de las reformas” (p. 54). No puedo más que traerlo a colación para usarlo como ejemplo de estos retrocesos cuando se condena el uso del condón.

La Organización Mundial de la Salud se ha expresado también en favor del uso del condón como el único medio de anticoncepción que reduce el riesgo contra las ITS incluido el VIH (19, p. 1). Además ha divulgado que tanto clínicos, como personal de salud pública, incluidas las enfermeras, deben recomendar su uso consistente entre personas de riesgo para prevenir las ITS (15, 20).

Hay mucho camino por recorrer para el logro de una verdadera promoción de la salud sexual y la prevención del VIH particularmente en las mujeres, quienes son las que sufren por muchas situaciones relacionadas con las consecuencias de la epidemia. Para mencionar a manera de ilustración sobre lo anterior, las mujeres en una relación de monogamia y heterosexual, amas de casa, están infectándose con el virus del SIDA en proporciones alarmantes, las cifras lo muestran.

Las mujeres en regiones de gran pobreza sufren por la infección mayor discriminación, estigma, abandono, rechazo laboral y tienen gran dificultad para acceder a los servicios de salud. En otras regiones, las creencias sobre la curación de la infección ponen en alta vulnerabilidad social a niñas y adolescentes; los hombres infectados creen que tener relaciones sexuales

con una mujer virgen los curará, como sucede en algunas provincias de África Subsahariana (9) donde es alarmante el reporte sobre la alta proporción de adolescentes infectadas; en general, ante la enfermedad, en todos los rincones del mundo las mujeres son las cuidadoras informales en el hogar, de la pareja, de los hijos y de los enfermos, soportando la sobrecarga que esta enfermedad impone. Se ha estimado que aproximadamente 50% de nuevos casos de VIH están ocurriendo en la población entre 15 y 25 años (21).

La salud sexual es parte integral de la salud personal y del bienestar (22). Dos actores son protagónicos en la formación de las mujeres y los hombres en la salud y la educación sexual: los padres y los maestros.

Los maestros sirven como mentores, hacen abogacía y sirven adicionalmente como modelos que los estudiantes desean seguir; están ubicados en una posición clave para la educación sexual (23). Sin embargo, con relación a los maestros, la gran mayoría de estudiantes a quienes se les ha preguntado, están de acuerdo en que los docentes no tienen actitudes positivas sobre el tema de la salud sexual, el VIH, las ITS, ni cuentan con la preparación adecuada para la educación en salud sexual (24, 25, 26). La mayoría de los expertos en este campo están de acuerdo en la importancia de la formación adecuada de las personas que directamente se relacionan con los procesos formativos de los adolescentes; este aspecto es un asunto crítico.

La investigación sobre las actitudes y conocimientos de los maestros han mostrado que ellos y ellas están dispuestos a participar en los programas de educación sexual solo si tienen conocimientos y si se sienten cómodos con el tema; para desarrollar las actividades educativas se requiere el apoyo de muchos otros actores (27, 28). Esto tiene implicaciones para las políticas públicas y para el cumplimiento de lo que ordena la legislación en el ámbito escolar sobre la preparación de los maestros, los programas de educación sexual y su incorporación en el proyecto educativo institucional al tenor de la normativa vigente.

De acuerdo con el reporte de la Organización Mundial de la Salud - OMS (29), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida alcanzó la publicidad en los años ochenta; el primer caso se describió en 1981 en población de hombres homosexuales y el virus de la inmunodeficiencia humana se descubrió en el año 1983; se cree que la propagación empezó en los años setenta (9). La transmisión es por contacto sexual, por contacto con sangre infectada, por transmisión de madre a hijo; no se transmite por la picadura de mosquitos ni por el contacto cotidiano con la gente como abrazos.

La mujer es considerada altamente vulnerable a la infección por sus características biológicas y por su situación social; generalmente son las más pobres de los pobres, muchas en situación de violencia de pareja; es usual que tengan parejas mayores que ellas entre 3 a 10 años, con historia sexual que pesa sobre las relaciones de pareja; los hombres reportan mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida en comparación con las mujeres (30, 31), lo que aumenta el estado de vulnerabilidad y el riesgo de infectar a las mujeres.

VULNERABILIDAD Y RIESGO

La vulnerabilidad se usó originalmente en el campo de los derechos humanos para designar a grupos o personas con situaciones políticas o jurídicas que alteraban la garantía de los derechos ciudadanos; la connotación de vulnerabilidad en el ámbito estructural y social implica lo que se ha denominado la vulnerabilidad social. Cuando esta se traslada al campo de la epidemia del VIH - SIDA, se amplía la visión del control de la misma y se va más allá de la mirada puesta en el riesgo que es un término usado para indicar, a nivel individual, la probabilidad que tiene una persona de infectarse. De acuerdo con Herrera y Campero las condiciones estructurales de desigualdad, unidas a las características biológicas de la mujer, se constituyen en factor de vulnerabilidad, en adición al riesgo individual de cada mujer (4).

La vulnerabilidad biológica está determinada por la mayor zona de exposición al virus durante la relación sexual; la mujer es receptora del semen, éste contiene una mayor carga viral que las secreciones vaginales. Las otras infecciones de transmisión sexual son cofactores para la infección con el VIH; estas infecciones son con mayor frecuencia asintomáticas en las mujeres y por lo general son menos tratadas, por lo que en muchos casos lesionan la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus; las adolescentes, con mayor razón, son vulnerables biológicamente porque su tracto vaginal está aún en desarrollo.

Corrientemente las mujeres, como ya se dijo antes, tienen parejas sexuales mayores que ellas, lo que conlleva a tener relaciones desiguales y a compartir la historia sexual del compañero, con relaciones sexuales muchas veces sin protección y algunas veces sin capacidad para negociar el uso del condón en las mismas. Respecto a la condición social de las mujeres, estas presentan mayor precariedad económica debido a salarios bajos, desempleo, falta de seguridad social, situación que las coloca en posición dependiente frente a sus compañeros.

La vulnerabilidad no es igual para todas las mujeres, hay situaciones a las que están expuestas que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad en el caso de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual, las mujeres migrantes y las desplazadas que pierden sus redes sociales, las mujeres compañeras de personas que viven con el virus del SIDA, las mujeres compañeras de hombres en prisión.

En el anexo sobre *Las cifras* se presenta información de utilidad respecto a indicadores demográficos y otros relacionados con la situación de la mujer; se remite al lector a dicho capítulo para ampliar la información, si lo desea.

De acuerdo con el papel de género que se espera que la mujer desempeñe en la sociedad, se la sobrevalora en el rol reproductivo, se le

impone la subordinación, que en algunos casos es invisible, se espera que siempre esté en disposición de complacer al compañero y a relegar el placer en aras de la procreación.

La presencia de violencia de pareja en muchas ocasiones exacerbada por el uso de sustancias psicoactivas o del alcohol, pone a las mujeres en alta vulnerabilidad y riesgo de adquirir el VIH; en muchas ocasiones la pareja de la mujer es infiel y adicionalmente no admite el uso del condón.

También el amor romántico que las mujeres tienen por sus compañeros, como sucede muchas veces, les impide ejercer su sexualidad de manera libre y responsable. Las mujeres aman de manera incondicional, no les cabe la palabra infidelidad, tienen gran confianza en la pareja y no toman medidas de protección porque, como ya se dijo antes, la negociación del uso del condón no es bien visto, podría la mujer ser mirada como sospechosa de ser una mujer promiscua, de tener una ITS o de portar el virus del SIDA.

Muchas mujeres tienen dificultad para percibirse a sí mismas en riesgo; bajo el supuesto ideal de la vida de pareja estable y la monogamia, se creen seguras, sin riesgo; como resultado la práctica del sexo seguro está muy lejos de ser una prioridad en los hogares de muchas mujeres, en especial el de aquellas que tienen dependencia económica de sus parejas y adicionalmente tienen hijos menores de edad.

El estereotipo que se mostró al comienzo con la divulgación que se hizo de la epidemia contribuyó a que se pensara que solamente las mujeres trabajadoras sexuales eran las que estaban en riesgo, o el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres, y por lo tanto las mujeres del común no se vieron como personas que podrían tener riesgo.

Los hallazgos epidemiológicos evidencian que las mujeres están en necesidad de gran protección, particularmente las adolescentes, quienes por su situación socioeconómica muchas veces desfavorecida, tienen adicionalmente factores biológicos que las ubica en la escala de mayor vulnerabilidad y riesgo; ellas tienen los órganos genitales en desarrollo por lo que la pared vaginal es más delgada, no tienen suficiente moco, y la mucosa vaginal es inmunológicamente inmadura; la membrana mucosa del endocervix se extiende al ectocervix; por todas estas razones las adolescentes son más vulnerables a las ITS, incluido el VIH.

La edad de la adolescencia es considerada una época de transición, crucial para el desarrollo y para la adopción de comportamientos de riesgo, también es una época en la que se puede moldear las expresiones positivas respecto al autoconcepto, a conductas protectoras, a identidad, a involucramiento en la acción comunitaria, a desarrollo de liderazgo y muchas más.

ENFOQUE DE GÉNERO Y LA INFECCIÓN CON EL VIH

La sexualidad en los adolescentes es un tema que despierta gran interés en la comunidad por la complejidad del mismo; estudios sobre la sexualidad se han realizado motivados por el aumento en las ITS, la infección con el VIH (32, 33) y el embarazo en adolescentes; se han propuesto múltiples teorías para comprenderla, para guiar las intervenciones y la investigación y para dar apoyo a las adolescentes en la toma de decisiones.

Un enfoque que se sugiere emplear para abordar la temática de la sexualidad en los adolescentes es el enfoque de género; precisamente son las mujeres adolescentes quienes se encuentran en la etapa de formación de la identidad, las que se benefician de los programas dirigidos a ellas para ayudarles a desarrollar sus potencialidades y a moldear la identidad libre de los estereotipos que subordinan a la mujer.

Frente a la situación de la mujer y el VIH - SIDA, el enfoque de género llama a la acción en el plano social para lograr transformaciones que visibilicen el problema y centren la atención en disminuir la vulnerabilidad social de las mujeres y las adolescentes y no sólo se oriente en lograr los cambios individuales como se espera del enfoque de riesgo.

Se recomienda, por diferentes activistas, clínicas y profesionales de la salud y de las ciencias sociales y humanas, que el empoderamiento de las mujeres es una manera de contribuir a frenar la epidemia, no sólo el empoderamiento individual sino el empoderamiento comunitario, de acuerdo con los planteamientos de varias investigadoras (1, 34). Lo anterior conlleva a que las mujeres asuman el papel protagónico en la promoción de la salud y la prevención del VIH como ya se está dando en diversos sitios a través de las organizaciones de mujeres y la participación comunitaria.

FACTORES PROTECTORES Y EL VIH

Potenciar los factores de protección de las mujeres ante el VIH como que las mujeres alcancen altos niveles educativos, logren ser independientes económicamente, desarrollen habilidades para la vida, formulen proyectos de vida, se vinculen a la acción colectiva (35), contribuirá a disminuir su vulnerabilidad social ante el VIH.

Existen experiencias documentadas sobre la importancia de la educación en salud para adquirir las habilidades de liderazgo, el trabajo en equipo, la comunicación con pares, el avance en el conocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Hace unos años, en el 2006, participé en nombre de la Universidad del Valle en la programación sobre charlas a grupos de mujeres respecto a los derechos sexuales y reproductivos, con motivo de la conmemoración del

Día de la Mujer, el 8 de marzo; al finalizar la presentación las mujeres asistentes comentaron que era la primera vez que oían hablar de estos derechos.

El papel de las organizaciones no gubernamentales ha sido definitivo en este proceso de visibilizar la epidemia del SIDA con cara de mujer, además mujer joven y pobre. El plano de las intervenciones dada la magnitud de esta problemática, debe darse en el terreno de lo político, lo colectivo, lo familiar y lo individual; los programas donde se privilegie la promoción de la salud y se potencien los factores protectores y la prevención están en primer orden; los servicios de salud son claves en la atención integral y el cuidado de la salud, de la vida y de las personas, tanto de hombres como de las mujeres.

La equidad de género es mandatorio si se desean lograr las metas del milenio, entre ellas controlar la epidemia del SIDA. El trabajo en red y la conformación de coaliciones de grupos de mujeres con objetivos comunes movilizará y ejercerá presión para lograr la reducción de la epidemia. Nuevamente, la educación para la salud es primordial, el gran énfasis es la educación sexual.

Diversas guías respecto a la educación sexual se han promulgado, estas hacen énfasis en dos objetivos centrales que ayudan a las personas a alcanzar los resultados deseados en cuanto a:

- Aumentar la autoestima, el respeto a sí mismo y a los demás
- No tener relaciones sexuales por explotación ni por negocio
- Comprender lo valioso de asumir la maternidad y la paternidad porque así se desea y no por una equivocación o por no planear el uso de métodos anticonceptivos.
- Evitar resultados negativos por ejemplo adquirir el VIH - SIDA, el embarazo no deseado, la violencia sexual.

Un prelado de la Pastoral Social informó el domingo 2 de agosto de 2009 en las noticias radiales de Caracol Nacional que los adolescentes en Pereira (Risaralda) se están infectando con VIH, mencionó que el promedio de edad de esos jóvenes es de 18 - 20 años, lo que podría indicar que están infectándose en edades más tempranas, asunto bastante alarmante; él adicionó que es preciso que se tomen medidas de prevención.

No sé cuáles son las fuentes del dignatario para fundamentar esa información, él mismo es testigo de lo que sucede a los jóvenes; es preocupante que los adolescentes y jóvenes estén asumiendo conductas de riesgo, razón por la cual el reto es grande tanto para los servicios de salud como para los profesionales de la salud y para los tomadores de decisiones.

Los adolescentes y jóvenes tienen un gran potencial y reconocen los límites cuando estos son claros; si conducimos nuestros esfuerzos a lograr que ellos crezcan en un medio que les permita el desarrollo integral, que les amplíe el horizonte y las oportunidades para la educación y el deporte, en donde tengan espacios de esparcimiento social, cultural y recreativo, y cuando la sociedad comprenda que los niños y niñas y los adolescentes son de toda la comunidad, otro será el panorama. Esto significará que la socie-

dad en su conjunto velará por el cumplimiento de las normas sociales y apoyará las iniciativas de los adolescentes y jóvenes hombres y mujeres y las de organismos que propician las mismas en favor del aumento en las oportunidades para los jóvenes y de actividades que potencien sus capacidades.

La familia es el principal sitio donde se moldea el comportamiento de los hijos. Se ha encontrado que las familias que tienen cercanía entre sus miembros, los jóvenes presentan comportamientos saludables y tienen menor tasa de prevalencia de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección con el VIH (9)

Cuando la sociedad reconozca la prioridad para alcanzar el desarrollo de juventud, las familias no estarán solas en la lucha por educar a los hijos en una sociedad permisiva, porque esta no lo será más, por el contrario será una comunidad llena de oportunidades y de apoyo para el desarrollo de la juventud.

Lo anterior señala la gran importancia de la formación de los padres y madres para lograr la crianza deseada, surge entonces las siguientes preguntas: ¿cómo podrán los padres y madres sentar límites al interior de las familias si ellos mismos ven la sexualidad como un tabú? ¿Cómo podrán los padres dar consejo, orientación a los hijos, si ellos y ellas mismas tienen actitudes negativas y no conocen lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad?

Se sabe que los hombres y mujeres en la etapa temprana de la adolescencia confían en sus padres, los consideran fuente importante de consejo e información; los adolescentes de edades más tardías acuden principalmente a sus pares. Este gran impacto que tienen los padres y madres sobre sus hijos adolescentes hay que potencializarlo.

Es en el seno de las familias donde los valores se preservan, donde las normas se sientan y se hacen cumplir con amor, comprensión y respeto; pero si las familias no están conformadas como se espera que así sea por las múltiples razones que se conocen como madresolterismo, abandono del padre, migración del jefe del hogar, desplazamiento, separación por maltrato u otras circunstancias, poco se podrá hacer al respecto; es esta una de las organizaciones que al preservarlas se preserva también la sociedad.

El estudio de tendencias sobre el comportamiento en salud sexual en Canadá mostró que las adolescentes que tienen mejor salud tienen mejores relaciones familiares; tanto hombres como mujeres adolescentes reportaron mejor relación con la madre. En general estos adolescentes con menores comportamientos de riesgo tuvieron cerca de ellos y ellas al menos a uno de sus padres en los últimos cinco días a la encuesta. Al levantarse encontraron a uno de sus padres cerca y compartieron una de las comidas del día con ellos (36).

Abogar hasta el infinito para lograr que quienes conformen la familia sean personas maduras y responsables es un deber de la sociedad, para el cual se requiere reunir todos los recursos que sean necesarios. ¿Qué podemos esperar de mujeres jóvenes embarazadas que luego asumen solas, la

crianza de los hijos o lo hacen con otro joven que tampoco ha completado el ciclo del desarrollo que le corresponde? ¿Con qué recursos podrán levantar una familia si ellos mismos no han completado su educación?

La promoción de la salud no es la prevención de la enfermedad, son dos conceptos distintos; desde luego que para realizar actividades de promoción de salud específicas se realizan acciones de prevención, pero el principio que las guía es diferente; siempre la promoción de la salud se ve con el énfasis en desarrollo de potencialidades, con la mira en la búsqueda del ser saludable, en la preservación de la salud y en mantenerse saludable.

Las acciones de las entidades y de las personas a quienes les corresponde este asunto tendrán que ser dirigidas en favor del trabajo intersectorial, que facilite el pleno desarrollo del potencial humano de adolescentes y jóvenes en ambientes seguros, libres de humo y de permisividad para la ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas (SSA), donde se estimule y apoye el deporte formativo y la recreación, en donde la salud escolar sea una prioridad en los centros educativos, donde se implementen programas de promoción de la salud en general y de salud sexual.

Es primordial que en las comunidades existan sitios a donde puedan acudir adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus derechos, de la libre expresión de su personalidad y el respeto a los demás, de la participación a través de organizaciones juveniles, de la asistencia a eventos en polideportivos, bibliotecas, teatros y salones culturales donde los y las adolescentes puedan realizar las tareas propias del desarrollo.

Los resultados de estudios con muestras de adolescentes sugieren que es necesario que todas las instituciones comprometidas con la salud de la mujer, de las adolescentes y de la comunidad aborden el tema de la promoción de la salud sexual a través de estrategias dirigidas específicamente a esos grupos y con la participación de los adolescentes y escolares.

Entre más temprana sea la edad en la que se inician las actividades de promoción de la salud, mejor; esto contribuye a que las y los adolescentes desarrollen habilidades para la vida; la edad de inicio de las relaciones sexuales varía de región a región, los datos no son generalizables, lo que se observa es que el inicio es a edades cada vez más tempranas, particularmente para los hombres (35, 37, 38).

Los programas dirigidos a las adolescentes requieren que se planeen de manera integral, con perspectiva de género, que tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud; esto permite responder a los retos del cuidado de las mujeres, de su salud y en consecuencia de la humanidad (37, 39).

PREVENCIÓN DEL VIH

De acuerdo con lo recomendado por diferentes programas, entidades y organismos conocedores del tema, se presentan algunas pautas para el desarrollo

de programas de prevención. En el nivel más amplio la prevención consiste en programas, actividades y servicios que tienen como objetivo evitar o reducir la transmisión del VIH, programas que están dirigidos a aquellos que son portadores y a aquellos que aún no se han infectado. Incluye múltiples tipos de intervenciones y programas dirigidos a las personas de manera individual, a las familias, a las comunidades en diferentes estados o niveles de riesgo.

Algunas de esas actividades y servicios se plantean con base en las sugerencias de diversos organismos e investigadores (2, 40 - 45); en el esquema siguiente se muestran algunos de los componentes de los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y acciones para prevenir o reducir directa o indirectamente la transmisión del VIH.

Cuadro 6.1. Actividades para promoción de la salud y prevención del VIH - SIDA

- Consejería – asesoría sobre la prevención del Vih
- Servicios de prueba y referencia, incluye valoración de conductas de riesgo
- Pruebas de Tamizaje para adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y recién nacidos, en los servicios de salud
- Apoyo para el compañero de las mujeres que reciben el diagnóstico, incluye notificación y consejería
- Educación para la salud y actividades para la reducción del riesgo a todo nivel, el individual, el grupal y el de la comunidad
- Consejería – asesoría y servicios amigables
- Tamizaje, pruebas y tratamiento al igual que para otras infecciones de transmisión sexual
- Prevención de la transmisión de madre a hijo a través de la terapia antirretroviral
- Promoción y distribución del condón
- Programas de acceso a agujas y jeringas
- Profilaxis post exposición, ocupacional o no
- Servicios relacionados con el uso de SSA
- Programas de información al público y campañas en asocio con diferentes entidades e instituciones de servicio, investigación y educación
- Servicios de salud mental
- Prevención del Vih a nivel de programas comunitarios
- Apoyo a laboratorios que toman las pruebas
- Construcción de capacidad e infraestructura que apoyen las actividades de promoción de la salud y prevención: seguimiento, investigación, coordinación, evaluación.

Con respecto al cuidado de la salud, las mujeres con VIH tienen una gran necesidad de cuidado; en particular para las mujeres algunas intervenciones prioritarias son:

- Asesoría y consejería para la realización de la prueba diagnóstica y acceso a ella en los servicios de atención en VIH, en salud reproductiva, en investigación y en salud sexual.
- Apoyo sicosocial.
- Apoyo para hablar de su condición a su pareja y relativos.
- Apoyo en revelar la condición. La prueba permite iniciar la ruta de revelar su condición; discutir sobre la estructura familiar, abordar el tema del miedo, el VIH y el estigma.
- Acceso a tratamiento según comorbilidad.
- Prevención de otras enfermedades, acceso a vacunación según el caso.
- Orientación sobre nutrición y apoyo para obtener los nutrientes adecuados.
- Consejería en planificación familiar o en regulación de la fecundidad y facilitar el acceso al uso de métodos apropiados.

Por último, a continuación se presentan algunas notas sobre la educación sexual; esta es considerada como una de las estrategias altamente recomendadas para encarar la problemática del VIH - SIDA y la promoción de la salud.

LA EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual permitirá al grupo de adolescentes, de acuerdo con lo señalado por Vásquez, Argote, Castillo, Mejía, Tunjo y Villaquirán, tomar poder frente al ejercicio de los derechos y deberes sexuales y reproductivos y expresar sus sentimientos y emociones relacionados con su sexualidad (46). Investigadoras y profesionales de servicio confirmaron que mediante estrategias educativas diversas, entre ellas el taller, los conversatorios, el trabajo con pares, por proyectos y de campañas de sensibilización, socialización, y divulgación de información se pueden alcanzar niveles progresivos de toma de conciencia, conocimiento, cambio de actitudes y participación (46, 35).

La metodología empleada y recomendada por diversos autores es la que facilita la expresión de situaciones que viven las personas en su día a día; los talleres, el trabajo en pequeños grupos, la elaboración del proyecto de vida, la ejecución y evaluación de proyectos para trabajo con pares, facilitan el ejercicio de la autonomía, la resolución de problemas, la reflexión, la creatividad y la responsabilidad. Adicionalmente con la implementación de estos programas se fortalece la autoestima, se desarrollan habilidades de liderazgo, se modifican actitudes negativas y se refuerzan actitudes positivas, se incrementa el conocimiento en los temas seleccionados; también se

reconocen los derechos y deberes sexuales y reproductivos y se formulan o ajustan los proyectos de vida fundamentados en la búsqueda de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Suplementariamente, la educación promueve la acción del colectivo por encima de lo individual.

Se ha especulado sobre el posible aumento de adolescentes y jóvenes que con la educación sexual podrían emprender el inicio de las relaciones sexuales; a este respecto lo que se ha demostrado es que la tendencia es hacia la disminución. En un estudio de varias cohortes en adolescentes de educación secundaria, con base en los resultados ajustados por edad, el porcentaje de hombres adolescentes que habían disminuido el inicio de las relaciones sexuales entre 1992 a 2003 fue del 34% al 23% y de las mujeres adolescentes fue del 29% al 24%.

Igualmente, el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual aumentó para hombres de 64% a 75% y para mujeres de 55% a 62%; el porcentaje de adolescentes hombres y mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 14 años disminuyó en ambos sexos en parte por la disminución del abuso sexual; se encontró una disminución de la mitad en el porcentaje de embarazo (47). Sin embargo, para las mujeres el porcentaje de relaciones sexuales forzadas aumentó levemente; entre las mujeres que tuvieron violencia sexual la probabilidad de usar condón en la última relación fue de 20% menos que sus compañeras no abusadas.

En los datos arrojados sobre factores protectores se encontró que para ambos sexos la unión familiar, la pertenencia a su escuela y las buenas relaciones con los maestros, son factores protectores para el postergar el inicio de las relaciones sexuales, aumentar la edad de la primera relación sexual y para no tener embarazo en la adolescencia.

Realizar actividades extracurriculares también fue un factor protector sólo para las mujeres. Ninguno de estos factores protectores se relacionó con usar condón en la última relación.

Los datos anteriores son de la provincia de British Columbia en Canadá y la participación desde 1992, fecha en la que se realizó la primera encuesta que se repite cada cinco años, de más de 72. 000 adolescentes encuestados por enfermeras y estudiantes de enfermería, con un promedio de edad para ambos sexos de entre 14.8 años a 15 años y la distribución por sexos muy similar cada vez: en el año 2003 participaron 50.3% mujeres y 49.7% hombres adolescentes. En nuestro medio no hay estadísticas que muestren estas tendencias, excepto las que proporciona la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia, que cada cinco años arroja resultados relacionados, pero que no están centrados en los adolescentes; por lo que se recomienda que se hagan estudios al respecto para que las políticas y estrategias que se implementen sean basadas en la evidencia.

Entre las conductas de riesgo en el estudio mencionado en el párrafo anterior se encontró que la proporción de hombres que usaron SSA o alco-

hol antes de las relaciones sexuales fue de uno por cada tres hombres y de mujeres fue de una por cada cuatro mujeres; el porcentaje de hombres que tuvieron más de tres parejas sexuales fue mayor que el porcentaje para las mujeres.

Otro estudio relacionado con conductas de riesgo entre adolescentes y jóvenes en Canadá mostró que las mujeres lesbianas, los hombres homosexuales y las personas bisexuales tienen mayor riesgo de desarrollar comportamientos de riesgo para VIH (48).

Como se ha encontrado en otras latitudes, involucrarse en actividades comunitarias, tener alta pertenencia a la escuela, relaciones de apoyo con la familia o amigos con actitudes a favor de la promoción de la salud, son factores que contribuyen a mejorar el comportamiento sexual de los y las adolescentes; particularmente para las mujeres se encontró el beneficio de la participación en actividades con la comunidad (47).

REFERENCIAS

1. Romero, L.; Wallerstein, N.; Lucero, J.; Fredine, H.G.; Keefe, J. and O'Connell, J. Woman to woman: coming together for positive change – using empowerment and popular education to preven HIV in Women. *AIDS Education and Prevention*. 2006; 18(5): 390 - 405.
2. Tyer-Viola, L. HOPE Nurses Conference: Care of Women. Meeting ID: DYD208913. Febrero 18 de 2009.
3. IDRAC. Youth Take Aim Against AIDS. An IDRC-supported project in Peru employs youthful creativity and advanced communication technology in the battle against HIV/AIDS. Agosto de 2006. Acceso Agosto 2008. Disponible en: <http://www.idrc.ca/es/ev-101042-201-1-DO_TOPIC.html>
4. Herrera, C.; Campero, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Mex*. 2002; 44: 554-564.
5. Bastidas, A.M, y Canaval, G.E. Ser VIH positivo: Motor de cambio de vida. Ponencia inscrita en junio de 2009 para evaluación en el XIX Coloquio de Investigación en Enfermería. Universidad Sur Colombiana, Acofaen. Neiva. 2009.
6. Ministerio de Protección Social - SIVIGILA. Colombia. Resumen de situación de la epidemia por VIH - SIDA en Colombia. 1 de diciembre de 2007.
7. ONUSIDA. Infección por VIH - SIDA en Colombia. Estado del arte ONUSIDA 2000 - 2005. ONUSIDA, 2006.
8. UNAIDS, OMS. Epi_update, death due to AIDS gobally. 1990–2007. UNAIDS. 2008.
9. Nduati, R. and Kiai, W. Communicating with adolescents about aids experience from Eastern and Southern Africa. 1997. Acceso enero de 2008. Disponible en: <http://www.idrc.ca/es/ev-28672-201-1-DO_TOPIC.html>
10. Ministerio de Relaciones Exteriores Colombia. Avances de Colombia en la implementación de programa de acción de la Conferencia Internacional sobre

Población y Desarrollo 2004-2009. Ministerio de Relaciones exteriores UNFPA. Bogotá. Julio de 2009.

11. Lytle, C. et al. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sexually Transmitted Diseases*. 1997; 24, 161-164.

12. McKay, A. The effectiveness of latex condoms for prevention of STI/HIV. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2007; 16 (1-2): 57 – 62.

13. Weller, S. & Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Systematic Review*. 2002; 1, CD003255

14. Public Health Agency of Canada. Condoms, sexually transmitted infections and you. 2002. 577–Epi Update, Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiuaepi/std-mts/condom_e.html>

15. Public Health Agency of Canada. 2004 Canadian sexually transmitted infections report. *Canada Communicable Disease Report*. 2007; 33 S1: 1-69.

16. CDC. Fact Sheet for Public Health Personnel- Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases. Atlanta, GA. 2000: Centers for Disease Control and Prevention, <<http://www.cdc.gov/nchstp/od/condoms.pdf>>

17. Gerberding, J.L. Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection. Report to Congress. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Citado en McKay, A. The effectiveness of latex condoms for prevention of STI/HIV *Alexander The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2007; 6 (1-2): 57 - 62.

18. Abad, H. Mahoma y los maricas. *El Espectador*, diario de Colombia. Diciembre 7 de 2008. p. 54.

19. World Health Organization - WHO. Effectiveness of Male Latex Condoms in Protecting Against Pregnancy and Sexually Transmitted Infections. *World Health Organization Fact Sheet No. 243*, June 2000. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/en/print.html>>

20. Public Health Agency of Canada. *Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: 2006 Edition*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

21. Population Reports. Los jóvenes y el VH/SIDA ¿Podemos evitar una catástrofe? *Popul Rep J*. 2001; XXIX: 1- 35.

22. Lokanc-Diluzio, W; Cobb, H; Harrison, R. and Nelson A. Building Capacity to Talk, Teach, and Tackle Sexual Health. *Canad J Human Sexuality*. 2007; Vol. 16 (3-4): 135 – 145.

23. Weaver, A.; Byers, E.S.; Sears, H.A.; Cohen, J.N. and Randall, H.E.S. New Brunswick Parents' Ideas About Sexual Health Education. Report prepared for the New Brunswick Department of Education May 2001. Access Julio 2009. Available from: <<http://www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbparentidea.pdf>>

24. DiCenso, A.; Borthwick, V.; Busca, C.A.; Creatura, C.; Holmes, J.A., Kalagian, W.F. and Partington, B.M. Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*. 2001; 92, 35-38.

25. Byers, E.S.; Sears, H.A.; Voyer, S.D.; Thuriow, J.L. and Cohen, Weaver A.D. New Brunswick student's ideas about sexual health education. Retrieved July

15, 2007, Available from: <<http://www.gnb.ca/0000/publications/ss/studentsexeducation.pdf>>

26. Bickerton, J. and deRoche, J. What teachers are saying about teaching sexuality: Factors affecting the capacity of teachers to deliver sexuality education within the Victoria Regional School Board. 2005. [Retrieved August 8, 2008, from <<http://anthrosoc.capebretonu.ca/Teaching%20Sexuality%20-%20main.pdf>>

27. Cohen, J.N., Byers, E.S., Sears, H.A., Weaver, A.D. New Brunswick teachers' ideas about sexual health education. 2001. Retrieved July 15, 2007. Available from: <<http://www.gnb.ca/0000/publications/ss/nbteachersidea.pdf>>

28. _____. Sexual health education: Attitudes, knowledge, and comfort of teachers in New Brunswick schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2004; 13, 1-5.

29. World Health Organization - WHO. Global Program on AIDS. The HIV/AIDS pandemic: 1994 overview. WHO/GPA/TCO/SEF/94.4.

30. Pitts, M., & Rahman, Q. Which behaviors constitute "having sex" among university students in the UK? *Archives of Sexual Behavior*. 2001; 30, 169-176.

31. Wiederman, M.W. The truth must be in here somewhere: Examining the gender discrepancy in self-reported lifetime number of sex partners. *J Sex Research*. 1997; 34, 375-386.

32. Corcoran, J. Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. *Adolescence*. 1999; 34: 603- 619.

33. Pastsdaughter, C.; Kelley, B.; Babington, L. and Dyer, J. A comparison of sexual risk behaviours of Dominicans adolescents in their homeland and the United States. *J Multicult Nurs Health*. 2005; 11: 63-68.

34. Canaval, G.E. Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. Cali, 1996. *Inv Ed Enf*. 1998; 16 (2): 27 – 45.

35. Arias, L.; Ceballos, J.; Canaval, G.E.; Herrera, J.; Rojas, O. y Valencia C.P. No sólo el amor te salva. Feriva. Cali. 2003.

36. McCreary Centre Society. Adolescent Health Survey 2008. [Consultado en junio de 2009] Disponible en: <<http://www.mcs.bc.ca/pdf/AHS%20IV%20March%2030%20Final.pdf>>

37. Ceballos, G.A. y Campo-Arias, A. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: una encuesta transversal. *Colombia Médica*. 2007; 38 (3): 185 – 190.

38. Campo-Arias, A.; Silva, J.L.; Meneses, M.; Castillo, M. y Navarrete, P.A. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004; 33: 367-377.

39. Ceballos, G.A. y Campo, A. Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años. Santa Marta, Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac* 2006; 54: 4-11.

40. Comulada, W.S., Swendeman, D.T., Rotheram-Borus, M. J., Mattes, K.M.

& Weiss, R.E. Use of HAART among young people living with HIV. *American Journal of Health Behavior*. 2003; 27 (4), 389-400.

41. Rotheram-Borus, M.J.; Swendeman, D.; Comulada, S.; Weiss, R. and Lightfoot, M. Prevention for substance using HIV + young people: telephone and in person delivery. *JAIDS*. 2004; 37 (Supp2): S68-S77.

42. Lightfoot, M.; Swendeman, D.; Rotheram-Borus, M.J.; Comulada, S. and Weiss, R. Risk behaviors of youth living with HIV: Pre- and post-HAART. *American Journal of Health Behavior*. 2005; 29 (2): 162-171.

43. Swendeman, D.; Rotheram-Borus, M.J.; Comulada, S.; Weiss, R. & Ramos, M.E. HIV-related stigma among young people living with HIV. *Health Psychology*. 2006; 25(4): 501-509.

44. Lightfoot, M.; Rotheram-Borus, M.J. and Tevendale, H. An HIV preventive intervention for youth living with HIV. *Behavior Modification*. 2007; 31(3): 345-363.

45. Kaiser Family Foundation. The state of hiv prevention across the U.S. a report by Nastad and the Kaiser Family Foundation. Julio 2009. Acceso julio 30 de 2009. Disponible en: <<http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7932.pdf>>

46. Vásquez, M.L.; Argote, L.A.; Castillo, E.; Mejía, M.E., Tunjo, R. y Villalquirán, M.E. Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. 2005; Vol. 36 No. 3 (Supl 2): 6 -13.

47. Saewyc, E.M.; Taylor, D.; Homma, Y. and Ogilvie, G. Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2008; 17 (1-2): 1-15.

48. Saewyc, E.M.; Skay, C.L.; Pettingell, S.; Murphy, A. and Reis, E. HIV Risk Behaviors among Adolescents in the Pacific Northwest. Abstract published online for American Public Health Association annual meeting, held November 2003 in San Francisco.

BIBLIOGRAFÍA

- Canaval, G.E.; Valencia, C.P.; Forero, L.; Magaña, A. y Guardela, N. Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en Mujeres de Cali, Colombia. *Ciencia y Enfermería*. 2005; 11 (2): 23-33.

- Canaval, G.E.; Cerquera, G.I.; Hurtado, N. y Lozano, J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Inv Ed Enf*. 2004; 24 (1): 26 -36.

- Canaval, G.E.; Valencia, C.P.; Arias, L. y Ceballos, J. Adolescencia y VIH: Vulnerabilidad, riesgo y protección. Ponencia presentada en el XIII Coloquio de Investigación en Enfermería. Universidad de Caldas, Acofaen. Manizales, Octubre 2003.

- Maticka-Kiyndale, E.; Barrett, M. and McKay, A. Adolescent sexual and reproductive Health in Canada: A review of data sources and its limitations. *Can J Human Sexuality*. 2000; 9 (1): 41 – 67.

- Ministerio de Educación Nacional. Bogotá: Resolución 03353, julio 2 de 1993.

- Mosquera, J. y Mateus, J.C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Col Med.* 2003; 34 (4): 206 -212.

- Rios, B. The latino families hiv/aids prevention project: a national needs assessment moves to prevention. Abstracts of the 16th World Congress of Sexology: Part III. Sexuality and Disability. 2004; 22 (4): 290 - 291.

- Valencia, C.P.; Canaval, G.E.; Caicedo, H.A. y Girón, C. Factores que afectan la adherencia en personas que viven con el virus del SIDA en Cali: Retos para el cuidado. En: *El compromiso social de la investigación en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.* 2008. Programa Editorial de la Universidad del Valle, pág. 97-106.

- Valencia, C.P.; Canaval, G.E.; Rizo, V.; Correa, D. y Marín, D. Signos y síntomas en personas que viven con el virus del SIDA. *Col Med.* 2007; 38, 4 (Supl 2): 365-374.

- Valencia, C.P.; Canaval, G.E.; Collazos, M.F.; Echeverry, N. y Molina, A.P. Riesgo de VIH - SIDA en la mujer: No es cuestión de estrato socioeconómico. *Col Med.* 2005; Vol 36 No. 3 (Sup1): 50-57.

- OPS, OMS, WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. OPS, OMS y WAS Guatemala, Mayo 2000.

LA MUJER, EL EMPODERAMIENTO Y LA SALUD

Desde la búsqueda de una respuesta a la vulnerabilidad social de las mujeres se propone que el empoderamiento, estrechamente ligado a la promoción de la salud, sirva para aproximarse al cuidado de la salud de la mujer en situaciones que la alteran tanto física como mentalmente; el empoderamiento tiene gran aplicabilidad a la vida de las mujeres, a su educación, su participación como ciudadanas y a su salud; entre otros de los temas de gran utilidad del empoderamiento, están el de la promoción de la salud y la prevención del VIH - SIDA, el de la violencia contra la mujer y la violencia de pareja. Aithal (1) se refiere al empoderamiento como el concepto y la inspiración que puede orientar el cambio en la vida de las mujeres. Este tema, que incluye los diferentes niveles de empoderamiento, tiene el propósito de que sirva para el trabajo en educación y en salud particularmente con mujeres adolescentes y jóvenes.

Se asume que el empoderamiento es un motor de cambio que ayuda a transformar el ambiente, la salud individual y la salud colectiva. El empoderamiento ha sido recomendado por diferentes académicos, por profesionales que realizan su práctica en los servicios de salud, por administradores y por las mujeres mismas.

Del tema del empoderamiento no podemos sustraernos si abogamos por la equidad, por la promoción de la salud y por la disminución de la vulnerabilidad social de las mujeres. Desde muy temprano en la década del ochenta me interesé en este tema, quizás movida por la influencia del maestro brasileño Pablo Freire, de quien he sido seguidora, y quien promueve la liberación en el más amplio sentido de la palabra; los conceptos de Freire se centran en los individuos como sujetos, el llegar a ser sujetos de sus propias vidas y en el desarrollo de la conciencia crítica, lo que significa el comprender las

condiciones de vida de sí mismos, las circunstancias y el ambiente social para tomar acción (2 - 6). Movida por ese interés realicé durante mis estudios de doctorado en Ciencias de Enfermería, en la Universidad de Illinois, en Chicago, una revisión amplia sobre el tema de la promoción de la salud y del empoderamiento para la preparación de la tesis de doctorado; como parte de la tesis presenté la investigación realizada con las mujeres de las Comunas 9 y 10 de la ciudad de Cali, Colombia, sobre el empoderamiento comunitario; a ella me referiré posteriormente (7).

Las Conferencias Mundiales de Población en El Cairo y la de la Mujer, en Beijing, apuntaron hacia el empoderamiento de la mujer para lograr la promoción de la salud (8). La concepción de la promoción de la salud fundamentada en la visión amplia de la salud y sus determinantes, los cuales incluyen el contexto social, económico y político que afectan la salud de las personas, involucra el empoderamiento como una estrategia clave. Por otro lado, es importante recordar que todos los países miembros de las Naciones Unidas se comprometieron para el año 2015 con las denominadas Metas del Milenio.

Las Metas del Milenio son de un gran alcance, cinco de ellas se relacionan con salud y educación lo que indica la importancia del bienestar en el desarrollo (9); con la meta tercera y la sexta, se pretende lograr el avance sustancial en el empoderamiento de las mujeres y en el control de la propagación del VIH - SIDA (Ver Cuadro 7.1). El empoderamiento de la salud es la ruta para lograr la reducción de las inequidades de género y para alcanzar el desarrollo humano y por ende la promoción de la salud de ellas mismas, de sus familias y de la sociedad.

Cuadro 7.1. Metas del Milenio para el desarrollo a las cuales adhirieron todos los países miembros de las Naciones Unidas

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre 2. Acceso universal a la educación primaria 3. Promover la equidad de género y empoderar a la mujer 4. Reducir la mortalidad infantil 5. Mejorar la salud materna 6. Combatir el VIH - SIDA, la malaria y otras enfermedades 7. Asegurar la sostenibilidad medioambiental 8. Desarrollar compañerismo global |
|---|

Fuente: World Bank website, 2004: Millennium Development Goals (10).

DEFINICIÓN DE EMPODERAMIENTO Y CLASIFICACIÓN

La palabra empoderamiento es ampliamente usada en múltiples campos y se emplea de diversas maneras. La literatura sobre el empoderamiento abunda en ciencias sociales, trabajo social, sicología, ciencias políticas, teología, sociología, educación y ciencias de la salud, también en la literatura feminista y en el lenguaje de muchas organizaciones comunitarias y de desarrollo (11).

La idea de poder es la raíz del término empoderamiento. El término poder significa la habilidad para controlar las acciones de otros (12). A diferencia del poder, en sentido general, el empoderamiento es algo que es distinto: no equivale a controlar las acciones del otro sino a ganar poder junto con otros y otras; de allí, que el que ostenta el poder puede ver en el empoderamiento una amenaza a su posición.

En la literatura feminista el término poder se toma en varios sentidos; uno es el poder sobre el otro, que involucra una relación de dominación y subordinación basada en amenazas de violencia e intimidación; otro significado es el que equivale a *poder para*, entendido como la capacidad y la autoridad para la toma de decisiones; otro alcance es el *poder con*, el cual involucra la organización de las personas para el logro de propósitos comunes; es el poder que se logra con la cooperación, las alianzas y las redes.

Una acepción final es el *poder interior*, el cual se refiere a la autoconfianza, la conciencia y la asertividad; se relaciona al cómo las personas pueden reconocer que el poder opera en sus vidas a través de analizar sus experiencias y ganar la confianza para influir sobre el poder y lograr el cambio (13, 14). En el Cuadro 7.2 se presentan diferentes maneras de ejercer el poder.

Cuadro 7.2. Maneras de ejercer el poder

Poder sobre: Poder que involucra una relación de dominación/subordinación. Cobija amenaza de violencia e intimidación, invita a la resistencia activa y pasiva.

Poder para: Poder que se relaciona con la toma de decisiones, con tener autoridad, poder para resolver problemas.

Poder con: Este es el poder compartido; implica que las personas se organicen con un propósito común, es decir para el logro de metas colectivas.

Poder interior: Este poder se refiere a la autoconfianza, a la autoconciencia y a la asertividad; tiene que ver con que las personas puedan reconocer, a través de analizar sus experiencias, cómo el poder opera en sus vidas, y a partir de allí ganar la confianza para actuar, para influenciar y para cambiar.

El empoderamiento no es para dominar, el empoderamiento es para compartir el poder, es para obtener las habilidades personales, sociales y políticas en el logro de metas comunes. El poder compartido no puede ser dado, tiene que generarse y ser tomado por sí misma. El empoderamiento es un proceso donde las mujeres son capaces de cambiar de un estado de no tener poder a otro de autoconfianza colectiva.

En el sentido más general el empoderamiento se refiere a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas que actúan y que les impiden tener control de las situaciones de la vida, es decir, el empoderamiento permite tomar acción para mejorar (15).

NIVEL DE EMPODERAMIENTO

El empoderamiento es un constructo de múltiples niveles que abraza diferentes aspectos, además puede ser visto como un proceso o como un producto. El empoderamiento se logra en el nivel personal, en el del hogar, en el institucional u organizacional y en el comunitario o colectivo. Algunos teóricos han expresado que si se ejerce el poder habrá necesariamente uno que ostenta el poder mientras habrá otro/a que pierde poder; en la teoría del empoderamiento esto no es así, porque el tener poder es para compartirlo.

Hombres y mujeres se beneficiarán del poder compartido. Con el empoderamiento de la mujer se tendrá la oportunidad de vivir en una sociedad más equitativa y de explorar nuevos papeles; por ejemplo, quien puede hoy día, en sociedades menos tradicionales y menos patriarcales, negarse a compartir la cotidianidad del hogar, la crianza de los hijos, la preparación de los alimentos en el hogar, las tareas domésticas, cuando ambos cónyuges trabajan por fuera de la casa.

Asimismo, el empoderamiento individual se relaciona con el empoderamiento en los otros niveles a través de la competencia para actuar, para buscar apoyo social y para desarrollar habilidades sociales en la interrelación con los demás.

El empoderamiento a nivel organizacional incorpora procesos que facilitan a los individuos el ejercer control sobre las organizaciones y a su vez las organizaciones influir sobre las políticas y decisiones en la sociedad (16).

El empoderamiento comunitario se refiere al proceso por el cual una colectividad gana poder. El poder comunitario se refiere a la habilidad de una comunidad o colectividad para crear cambio. Enfatiza respecto a la participación de los miembros de la colectividad, en el cuidado, el compartir y la responsabilidad. Una comunidad empoderada es aquella donde los individuos y organizaciones reúnen habilidades y recursos en un esfuerzo colectivo para satisfacer sus necesidades (15).

El empoderamiento comunitario también ha sido definido como un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organi-

zaciones y las comunidades hacia el logro del control por los individuos y las comunidades, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y la justicia social (16).

MUJER Y EMPODERAMIENTO

El empoderamiento de las mujeres se fundamenta en el poder compartido, que tiene su significado según el contexto en que se vive, de acuerdo con lo expuesto por Wallestrein y Berstein (17).

El empoderamiento es un proceso de acción social que tiene que ser mirado en el contexto del ambiente social y político. El contexto, como se explicó en el capítulo de la salud, es importante porque contribuye a determinar la salud de las mujeres. Por ejemplo, en Colombia y en otros países donde se vive un ambiente de guerra, ya sea declarado en algunos sitios, en otros de manera aislada y en otros donde abiertamente no se reconoce pero existe, ese conflicto armado trae como consecuencia, entre otros, el desplazamiento forzado con sus efectos sobre la salud de la mujer, que consecuentemente lleva a ver y tratar el cuerpo de la mujer como botín de guerra; para mencionar sólo un ejemplo del impacto del conflicto.

Las mujeres de Irak, las mujeres de Palestina y de otras nacionalidades tienen en común en el proceso de empoderamiento, que el poder compartido está entre sus metas para el logro común de la paz y no la guerra (independientemente del tipo de guerra, sea civil, política o de cualquier otra índole).

El empoderamiento como proceso tiene particularidades para las mujeres colombianas o las mexicanas, o las mujeres de Sri Lanka o de Palestina (7, 15, 12, 18), lo que significa que la medida del empoderamiento puede variar y una sola medida podría no ser apropiada. Lo importante en el empoderamiento es que se pueda expresar en la práctica y en la vida diaria de las mujeres.

La literatura identifica la educación de la mujer, la independencia socioeconómica y la autonomía para la toma de decisiones como las características del empoderamiento de la mujer. Las mujeres empoderadas logran un mejor estado de salud para ellas mismas y para sus familias a través de la promoción de la salud.

En un estudio sobre percepción de empoderamiento comunitario de las mujeres de Cali, Colombia, Canaval (16) encontró que aunque el empoderamiento comunitario percibido era bajo, las variables como tener conciencia sobre los problemas de salud en la comunidad, empleo, conocer grupos organizados de la comunidad, tener modelos de acción comunitaria, realizar actividades empoderadoras y el tipo de comunidad donde las mujeres viven, explicaron el 55% del total de la varianza de la percepción del empoderamiento comunitario. En otras palabras, que la percepción de las mujeres de su empoderamiento comunitario depende en gran parte de los

factores del contexto, que están dados por la comunidad donde ellas viven, por características personales que seguramente reflejan el empoderamiento individual, entre ellas la educación, la participación en actividades empoderadoras y el empoderamiento a nivel institucional que estaría relacionado con la existencia de grupos organizados a través de los cuales la acción individual facilita un actuar compartido lo que contribuye al empoderamiento organizacional.

Algunos datos nos muestran la relación de educación de la mujer con variables de interés en salud y desarrollo; estos se presentan a continuación. Los datos tienden a reflejar que:

- La educación tiene un impacto significativo sobre el estado nutricional de las familias, sobre la mortalidad infantil y de los menores de cinco años.
- Las mujeres con mayor educación tienen menos hijos.
- Las mujeres con mayor nivel de educación tienen mejores resultados en salud, en nutrición de la familia y en vacunación (19, 20); de forma similar se ha encontrado que la autonomía para la toma de decisiones es mayor entre mayor educación tengan las mujeres, la educación además mejora el estatus de la mujer en la familia y les facilita asumir conductas de búsqueda de salud.

A continuación, en los Cuadros 7.3 a 7.12 se muestran algunos datos sobre la educación de la mujer y resultados en salud. Estos datos están basados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS– del año 2005.

Cuadro 7.3. Nivel de educación, mujeres entrevistadas en 2005

NIVEL DE EDUCACIÓN	PORCENTAJE
Sin educación	2,7%
Primaria incompleta	12,9%
Primaria completa	14%
Secundaria incompleta	28,1%
Secundaria completa	22,7%
Educación superior	19,5%
Mediana de educación	8,6%

Cuadro 7.4. Empleo y nivel de educación

NIVEL DE EDUCACIÓN	ACTUALMENTE EMPLEADA %	SIN EMPLEO %
Sin educación	44,6%	10,5%
Primaria	48,3%	11,5%
Secundaria	47,6%	12,9%
Educación superior	67,6%	11,9%

Cuadro 7.5. Edad media de Primera Unión en mujeres entre 15-45 años (al momento de la entrevista) y nivel de educación

NIVEL DE EDUCACIÓN	EDAD
Sin educación	18,6
Primaria	20,2
Secundaria	21,6
Educación superior	25,5

Cuadro 7.6. Mortalidad X 1000 nacidos vivos según nivel de educación de la madre¹

NIVEL DE EDUCACIÓN	INFANTIL (durante 1er año de vida)	NIÑEZ (menores de cinco años)
Sin educación	43	51
Primaria	27	32
Secundaria	18	21
Educación superior	14	16

1. Nota de la ENDS 2005 - probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar del método directo de estimación para la construcción de tablas de mortalidad a partir de historia de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 7.7. Mortalidad perinatal* según nivel de educación de la madre

NIVEL DE EDUCACIÓN	MUERTES
Sin educación	29
Primaria	20
Secundaria	14
Educación superior	12

* Suma de mortinatos y muertes neonatales tempranas dividida por el número de embarazos de siete o más meses de duración.

Cuadro 7.8. Fecundidad (Tasa global de fecundidad - TGF, número promedio de nacidos vivos, mujeres entre 40 - 49 años) y nivel de educación

NIVEL DE EDUCACIÓN	FECUNDIDAD (Tasa X 1000 mujeres)
Sin educación	4,5
Primaria	3,4
Secundaria	2,4
Educación superior	1,4

**Cuadro 7.9. Infecciones de transmisión sexual - ITS
y virus de inmunodeficiencia humana - VIH**

	SIN EDUCACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	EDUCACIÓN SUPERIOR
Conocen la transmisión madre a hijo (transmisión vertical)	70,6%	82,8%	92,5%	95,6%
Con prueba de Sida y consejería	12,6%	13,2%	18,3%	26,3%
Conocimiento síntomas ITS	57%	67%	87%	97%

**Cuadro 7.10. Desnutrición en niños menores de cinco años,
por nivel de educación de la madre**

NIVEL DE EDUCACIÓN	PORCENTAJE DE DESNUTRICION GLOBAL (peso para la edad)
Sin educación	14,3%
Primaria	9%
Secundaria	6,1%
Educación Superior	2,6%

Las mujeres en muchas partes del mundo –y Colombia no es la excepción– viven en realidades muy complejas, las influencias del medio y de las interrelaciones no siempre conducen a una mejor salud; en el capítulo sobre determinantes de la salud se mostró que existen determinantes que afectan la salud física y la salud mental de las mujeres como también su calidad de vida. Por ejemplo, en Sri Lanka las mujeres son vulnerables a la violencia sexual, lo mismo se ha descrito en Centroamérica, en Colombia, en Perú y en muchos sitios más (21, 22). Muchas mujeres experimentan situaciones de violencia de pareja que incrementan los efectos o el impacto sobre su salud; también como consecuencia de esas situaciones muchas mujeres viven con miedo, estrés y ansiedad (23, 24); muchas experimentan abortos a causa de esta situación o enfermedades de transmisión sexual. Las hay que perdieron la vida (12), o las que han sido abusadas o las que les han sido vulnerados los derechos humanos en la sociedad, en los sitios de trabajo o en los hogares (25, 26).

Como se mencionó anteriormente en la literatura sobre empoderamiento de la mujer, el poder se refiere a poder interior, poder para y poder con, y a la capacidad para alcanzar las metas que se proponen, mas no se refiere al poder sobre otros (27).

En la literatura sobre mujer y desarrollo el discurso sobre empoderamiento refiere tanto al proceso como al resultado del desarrollo; el empoderamiento es el resultado del desarrollo; el empoderamiento no sólo es el

resultado, es también el medio para alcanzar el desarrollo. Ganar poder en lo psicológico, en lo social, en lo político en los diferentes niveles descritos, ya sea personal, organizacional o colectivo, hace que las personas adquieran control sobre los asuntos que más les preocupan (27).

Cuadro 7.11. Violencia: Situaciones de control esposo/compañero

	SIN EDUCACIÓN %	PRIMARIA %	SECUNDARIA %	EDUCACIÓN SUPERIOR %
No le consulta para las decisiones	36%	23,9%	16,6%	12%
Le limita el contacto con la familia	18%	19%	16,5%	12,9%
Situaciones desobligantes				
En público	23.4%	19,3%	19,1%	15,3%
En privado	400%	47%	50,5%	58,3%
Amenazas	37%	36%	32%	25%
Violencia física	38%	42%	40%	30,6%
Actitudes ante la violencia Intrafamiliar (VIF)				
Visita al establecimiento médico por VIF	22%	19%	22%	24%
Nunca ha buscado ayuda por VIF	76%	77%	76%	76%
Mujer violada por alguien diferente del cónyuge	7,8%	7,8%	5,8%	4%

Cuadro 7.12. Autocuidado según nivel de educación

	SIN EDUCACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	EDUCACIÓN SUPERIOR
Se ha realizado la citología una vez al año (18-69)*	32%	46%	48%	54 %
Se han hecho citología vaginal en algún momento de su vida (18-69)	73%	86%	85%	86%
Conoce autoexamen de mama (mujeres entre 18-69 años)	53%	70%	85%	96%

Cuadro 7.12. Autocuidado según nivel de educación (Cont.)

	SIN EDUCACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	EDUCACIÓN SUPERIOR
Se ha realizado el auto examen de mama (mujeres entre 18-69 años)	28%	40%	58%	73%
Se hace autoexamen mama de 4-10 días del ciclo menstrual	3,6%	5,5%	8,4%	12,4%
Uso actual de cualquier método de planificación	67%	79%	79%	77%

* El porcentaje de mujeres sin información sobre la citología cérvico-uterina es de 40%.

EL EMPODERAMIENTO Y LAS METAS PARA MEJORAR EL BIENESTAR

El empoderamiento también ha sido definido como la habilidad de la gente para elegir opciones de vida estratégicas en un contexto donde antes le fue negado (27); las opciones comprenden los recursos que conforman las condiciones bajo las cuales se elige, la persona es el centro del proceso a través del cual se eligen opciones y se toman decisiones. Los logros son importantes cuando se mide el empoderamiento porque el empoderamiento por sí solo no significa nada si las personas no alcanzan las metas que se proponen para mejorar el bienestar.

Las mujeres empoderadas ganan control sobre sus vidas (28) y alcanzan las metas que satisfacen sus necesidades. El empoderamiento capacita a las mujeres para tomar iniciativas, para cambiar su posición en la sociedad retando las estructuras y las instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género, por ejemplo la familia, la religión, la educación, las instituciones de salud, los medios, el gobierno y el sistema económico.

El empoderamiento significa que las mujeres ganan control sobre asuntos como género y el papel que desempeña la mujer en el medio laboral; sobre la violencia de género y específicamente la violencia doméstica y la violencia de pareja; también adquiere el control sobre su cuerpo para mencionar sólo algunos campos donde se realiza el ejercicio del poder.

EL EMPODERAMIENTO Y EL DESARROLLO

Como se escribió antes, las conferencias de las Naciones Unidas han abogado por el empoderamiento de las mujeres como elemento central para el desarrollo. La conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo (UNCED, por su sigla en inglés) en la Agenda 21 menciona el avance de la mujer y

su empoderamiento para la toma de decisiones incluyendo la participación en el manejo y control del ecosistema y la degradación del ambiente a nivel local e internacional como clave para el desarrollo.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo discutió aspectos de población no solo como problemas demográficos sino como una manera de empoderar a la mujer.

La Declaración de Copenhague de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social exhortó al reconocimiento del empoderamiento de la gente particularmente el de la mujer para fortalecer sus capacidades; señaló que este es un objetivo principal del desarrollo, que el empoderamiento requiere la participación plena de las personas en la formulación, implementación y evaluación de las decisiones que influyen en el bienestar de la sociedad (11).

El Reporte de la cuarta Conferencia Mundial de Mujer de las Naciones Unidas denominada Plataforma para la Acción una Agenda para el Empoderamiento de la Mujer significó que el principio del poder compartido y la responsabilidad debería ser establecida entre hombres y mujeres en el hogar, en el trabajo, en otros sitios a nivel no solo local sino nacional e internacional.

Entidades no gubernamentales enfatizan sobre la importancia de las organizaciones de mujeres en demandar y promover el cambio de acuerdo con la visión que tienen de la sociedad y al mismo tiempo abonar el clima político para la acción por aquellos que tienen el poder.

El cambio no es asunto de individuos aislados, sino de organizaciones las cuales trabajan el empoderamiento como proceso (29). Las actividades centrales propuestas para lograr el cambio son la movilización política, los cambios en la legislación y su puesta en práctica; por ejemplo, a pesar de existir en Colombia la Ley de Cuotas, aún no se logra la representación de las mujeres en la tercera parte de los cargos públicos de poder. Otros casos se aprecian en la educación superior, donde sólo hasta hace unos pocos años se logró tener una mujer en el cargo de Rectora de la Universidad Nacional de Colombia, en la sede de Manizales. Hasta hace escasos dos años por primera vez en 50 años de historia del Hospital Universitario del Valle se nombró a una mujer como directora de la institución.

Para el empoderamiento organizacional, en adición a la visión del desarrollo, es necesaria la realización de actividades que promuevan, la estructura organizacional y los procedimientos. El empoderamiento requiere recursos, conocimientos, tecnologías, presupuesto, desarrollo de habilidades, formación en liderazgo como también procesos democráticos, diálogo, participación en política, toma de decisiones y técnicas para la resolución de conflictos.

Es altamente recomendado que el empoderamiento no se visualice solamente como el empoderamiento individual porque si así se aborda no se hará énfasis en el trabajo conjunto, es decir, en el trabajo del colectivo o la comunidad, el cual es necesario para retar las estructuras de poder que subordinan a la mujer.

La participación y el empoderamiento están muy relacionados (15). Algunas organizaciones se sienten más cómodas con el término participación y no empoderamiento, puede ser porque el primero no reta las relaciones de poder. En efecto encontré que la escala para medir empoderamiento comunitario empleada en el estudio con mujeres de Cali comprendía 4 factores. El de mayor peso, denominado *Participación e influencia*, estaba constituido por enunciados relacionados en su mayoría con la participación; este factor explicó la mitad de la varianza de percepción de empoderamiento; el resultado del análisis factorial para determinar el número de factores que componían la escala encontró que el citado factor dio cuenta del 49% de la varianza (15).

EL EMPODERAMIENTO COMO UN PROCESO

El empoderamiento se ha visto como producto y como proceso, me ocuparé solamente del empoderamiento como proceso porque permitirá posteriormente tomar algún espacio para sugerir sobre el cómo se realiza el proceso, o al menos algunos ejemplos que puedan ser llevados a la práctica. El empoderamiento no es algo que se gana o se da, el empoderamiento se adquiere con la práctica, lo que significa que las mujeres tienen que empoderarse ellas mismas.

El proceso de empoderarse requiere del apoyo de organizaciones que jueguen el papel de facilitadoras. Aquí tomaré un ejemplo a nivel regional, me referiré a la Secretaría de Equidad para las Mujeres del Valle del Cauca, en su papel para apoyar a las mujeres de la Confluencia de Organizaciones de Mujeres del Valle y a la movilización de otras Organizaciones no gubernamentales - ONG que colaboraron con las actividades desarrolladas durante el proceso, entre ellas, sólo mencionaré a CAMI, MAVI, la Mesa Mujer Salud y Desarrollo Corporación y Taller Abierto, las cuales conozco de alguna manera. En este proceso desarrollado durante los años 2006 y 2007, se aunaron esfuerzos y recursos que contribuyeron con el empoderamiento de las mujeres.

Como producto de las acciones realizadas en el 2008 se planificó la creación del Observatorio de Violencia contra la mujer. En el año 2009 las mujeres de la Confluencia de Procesos Organizativos del Valle en cabeza de La Confluencia Municipal de Organizaciones de Mujeres de Palmira, organizaron y participaron en actividades con la Confluencia de Organizaciones de Mujeres del Suroccidente Colombiano, para estudiar, entender y crear el Observatorio de Violencia contra la Mujer para la región (30).

Las agencias externas pueden apoyar a las mujeres con recursos financieros, asesorías, facilitando la participación de las mujeres y el diálogo entre los que ostentan el poder y las mujeres. Los planificadores que apoyan la agenda de empoderamiento pueden sugerir modos de capacitar a las mu-

eres para que ellas mismas valoren críticamente su propia situación y le den forma a la transformación de la sociedad.

EL EMPODERAMIENTO, LA EDUCACIÓN Y LA SALUD

El empoderamiento se logra a través de la educación, de la participación en actividades sociales, económicas y políticas, esta es una manera de aumentar la conciencia crítica de cada persona, incrementa la manera de analizar los problemas, de verlos como tal, mejora el poder para la toma de decisiones dentro del hogar y fuera de él (27, 28).

A través de la educación de calidad y la participación, las mujeres ganan acceso a la información precisa y aumentan los conocimientos sobre los problemas que aquejan su salud, la de sus familias y comunidades, reconocen los problemas de la salud ocupacional, de la salud reproductiva, y también de sus derechos como mujeres. Las mujeres empoderadas son capaces de negociar con sus compañeros y reducir la carga laboral por ejemplo la triple jornada; subsecuentemente se obtendrá mejor salud; también podrán participar para negociar con sus empleadores sobre las condiciones laborales (23).

Las mujeres empoderadas aprenden a controlar cuando y en qué circunstancias ellas se involucran en el trabajo o en actividad sexual o en la crianza de los hijos, o en cualquier otra que ellas decidan, lo cual a su vez se revierte en una mejor salud para ellas y en bienestar. Las mujeres que logran tener ingresos podrán tener seguridad social incluida la atención en salud y mejor acceso a los servicios de salud; mayor capacidad económica para comprar los alimentos. El participar en la acción colectiva les permitirá abogar y demandar mejor servicio y atención en salud (12). Las mujeres, de manera organizada o a través de organizaciones, pueden presionar a los responsables de las instituciones para que sean escuchadas sus necesidades y los requerimientos para promover su salud, mantenerse sanas y prevenir la enfermedad. De la misma manera pueden ejercer influencia sobre políticas y programas relacionados con su salud.

Como se mencionó anteriormente, el empoderamiento es esencial para la promoción de la salud; el sector salud provee un espacio para el ejercicio del empoderamiento en todos los niveles y en muchos campos de la salud, particularmente en su promoción. Desde luego que también en la prevención de la enfermedad, en el tratamiento y en la rehabilitación. En relación con los servicios de salud, también las personas empoderadas pueden ejercer influencia de diversas maneras no sólo con las instituciones prestadoras de los servicios sino a nivel central en los municipios, en el nivel regional y en el nivel central.

Para mencionar solamente, a manera de ejemplo, el empoderamiento colectivo o comunitario en pro de la influencia que los grupos de usuarios puede ejercer en la política pública saludable, en las decisiones en salud, en el apoyo

a personas en condiciones de enfermedad, en casos de tratamiento especializado o rehabilitación.

Para ilustrar lo anterior y en conexión con la importancia de los grupos de apoyo me referiré brevemente a la decidida labor desarrollada en Colombia y particularmente en el Valle del Cauca por el grupo de Apoyo a personas con estomas (“Grupo de Ostomizados del Valle” hoy día “Ostovida”), el cual de manera ininterrumpida trabajó de forma voluntaria por más de 20 años y bajo el liderazgo de varias mujeres, entre ellas personas con la condición de portar un estoma, profesionales de la salud y de otros campos; familiares de pacientes, estudiantes de enfermería y profesionales en cargos directivos de instituciones de salud y educación, para facilitar la rehabilitación de las personas con estomas, a través de múltiples acciones colectivas como las siguientes:

- Realizar reuniones periódicas
- Identificar necesidades
- Brindar educación en salud
- Acompañar las consultas de la Enfermera Terapista Enterostomal para el apoyo emocional a las personas que consultan (Hospital Universitario del Valle período 1984 - 1991)
- Participar en las visitas institucionales y domiciliarias a nuevas personas con estoma desde la etapa prequirúrgica.
- Apoyar la consecución de implementos para el cuidado, lo que les implicó sustentar ante directivos y gobernantes sobre la importancia de proveer los insumos y dispositivos para el cuidado como parte de los elementos que requieren las personas con esta condición.
- Fortalecer la formación de profesionales de enfermería entre otros con la interacción de personas rehabilitadas y estudiantes en los cursos de formación.
- Sustentar, entre otros, ante directivos de instituciones de salud la importancia de contar con profesionales especializadas en el cuidado específico de los usuarios.
- Participar como miembros de las asociaciones internacionales en actividades como reuniones, encuentros, visitas, etc.

La labor desarrollada les significó obtener logros como la aprobación de la entrega de insumos para el cuidado a las personas con la condición mencionada por parte de las Empresas Promotoras de Salud - EPS.

Después de debates, peticiones, participación en reuniones, etc., en los que la organización contribuyó a sustentar la necesidad de las personas con estomas (31), también obtuvieron la aprobación de una beca para una enfermera colombiana para el curso de especialización en la primera Clínica de formación en esta área (Escuela Rupert Turnbull de la *Cleveland Clinic Foundation*), que otorgó diploma de Terapista Enterostomal, que fue una de las motivaciones y recursos que contribuyó a la creación en la Escuela de

Enfermería de la Universidad del Valle del curso de esta especialidad, el que hoy en día es ofrecido por la misma Universidad (a nivel de especialización) como pionera en Latinoamérica de la formación del recurso humano en este campo; ejemplos que muestran los alcances del trabajo organizado, participativo, colectivo y de empoderamiento organizacional y el empoderamiento individual.

El empoderamiento en relación con la salud también puede operar a nivel individual o personal; tradicionalmente los programas de salud, hoy grandemente afectados por la reforma del sector, se han desarrollado con un enfoque de arriba hacia abajo, es decir, la planificación, desarrollo y evaluación es la que aprueban e implementan los que tienen la dirección, la toma de decisiones y el poder en la prestación del servicio a su cargo, sin la participación de las usuarias, en este caso de las mujeres.

Una aproximación empoderadora en pro de la salud de la mujer a nivel personal enfatiza el sentido individual del valor de sí misma en conexión con el valor que le da a su propia salud (ligado al empoderamiento interior y el empoderamiento para), la toma de decisión individual sobre el acceso al cuidado y la atención en salud (poder para), la relación con el empoderamiento colectivo a través del organizarse y participar con el colectivo para hacer de los servicios de salud espacios más amigables y para aumentar las posibilidades de escoger, tomar decisiones y ejercer control sobre su cuerpo (poder con).

El indicador sobre uso de métodos de planificación familiar o los métodos anticonceptivos (MAC) por la mujer ha sido tomado para mostrar el empoderamiento individual de la misma (16, 32); este indicador es influenciado por otras variables del contexto en el que vive la mujer como el sitio donde habita, la educación que ha alcanzado, el acceso a salud, la facilidad económica, entre otros.

En el Cuadro 7.13 se muestran las cifras de uso de MAC por las mujeres colombianas dependiendo de la educación y de la región donde viven. Es de anotar que este solo indicador no puede verse libre de la relación con el contexto en el cual las mujeres toman decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, cosa que ocurre también con el indicador “*uso de condón en la última relación sexual*”.

Las relaciones de poder entran en juego, y en circunstancias que no les favorecen a las mujeres como la violencia de pareja ellas quedan sometidas a la decisión del compañero; lo que quiere decir que no siempre se puede equiparar el uso de MAC en el sentido del derecho al acceso a los servicios de planificación familiar con el empoderamiento individual; aunque sí se relaciona con la capacidad y habilidad para la negociación con la pareja. Esto ilustra la necesidad de entender el empoderamiento en su concepción más amplia y no como una meta de un área particular.

Cuadro 7.13. Uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil (15 - 49 años) Colombia

	MUJERES CASADAS O UNIDAS %	MUJERES NO UNIDAS, SEXUALMENTE ACTIVAS%
ENDS – Año		
1990	66	-
1995	72	-
2000	77	84
2005	78	81
Por Regiones, uso actual año 2005		
Rural	77	-
Urbana	79	-
Según Educación		
Sin educación	67	-
Primaria	78,5	-
Secundaria	79	-
Superior	77	-
Según Índice de Riqueza		
Más bajo	73	-
Bajo	77	-
Medio	79	-
Más alto	81	-

ENDS – 2005 “hecho importante aunque negativo es que desde 1969, fecha en la que se está midiendo este indicador, se presenta un estancamiento” (32).

El nexo entre empoderamiento y salud en general y en especial de la mujer es ahora reconocido por agentes de la salud, investigadores, tomadores de decisión y políticos. La investigación resalta la relación entre la falta de poder y la susceptibilidad de enfermar y, por otro lado, entre la capacidad del empoderamiento de aumentar o mantener la salud; el empoderamiento ya sea individual o colectivo (33). Igualmente las agencias de cooperación internacional reconocen la importancia del empoderamiento y el desarrollo y la salud. Por ejemplo, la Fundación SIDA, la OMS con su posición sobre la educación para la salud y la participación comunitaria, en relación con el empoderamiento para promover salud. El documento de la OMS acerca de su posición sobre la salud de la mujer, elaborado para la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer establece que:

El empoderamiento de la mujer es requisito fundamental para su salud, lo cual implica aumentar el acceso de la mujer a los recursos, a la educación de calidad, al empleo, a la protección y promoción de los derechos humanos

y de los derechos sexuales y reproductivos, de tal manera que las mujeres puedan decidir y escoger sin coacción ni discriminación.

El Centro para el Desarrollo de Población (CEPDA, por su sigla en inglés), organización internacional comprometida con el empoderamiento de la mujer, hace énfasis en la estrecha relación entre el empoderamiento y la salud; a esta aproximación de *empoderamiento para* y *empoderamiento con* le sumo la visión de *empoderamiento individual*, así como las acciones necesarias para el empoderamiento a nivel de la familia, en el hogar para la toma de decisiones compartidas con la pareja o en las relaciones de pareja. Ver en el cuadro siguiente la propuesta modificada de CEDPA para el logro del empoderamiento y su efecto en el bienestar y la salud de las mujeres.

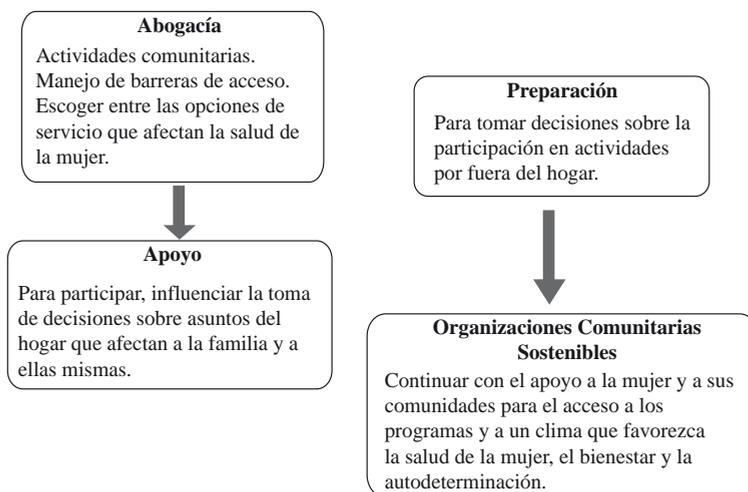
Implementar y evaluar:

- Programas de entrenamiento y educación para la salud para el desarrollo de habilidades de liderazgo
- Programas de educación para la salud con niñas y adolescentes para el desarrollo de habilidades para la vida (34). Las mujeres adolescentes (entre 11-20 años) en Colombia según la última encuesta de demografía y salud ENDS 2005 señala que son el 20%. Este porcentaje aplica también para hombres en ese mismo rango de edad.
- Los y las adolescentes requieren adicionalmente ganar habilidades para el manejo de una sexualidad responsable, libre de riesgos, comprometida con el proyecto de vida y con el paso de una transición saludable sin adquirir compromisos no planeados como el embarazo en adolescentes, el aborto, la maternidad no deseada, la crianza de los hijos como madre soltera o sin el apoyo de la pareja, la deserción escolar, entre otros.
- Apoyar proyectos relacionados con los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, derechos legales, participación económica, desarrollo de juventud, desarrollo humano.
- Implementar y evaluar servicios amigables para adolescentes y jóvenes, para mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital. De acuerdo con lo propuesto por organismos internacionales se requiere servicios amigables de salud de la mujer y de la mujer adolescente de manera que estén integrados y no desarticulados en los distintos servicios y actividades que se ofrecen, la educación para la salud, la participación en salud, la evaluación empoderadora (35), en la atención que se le brinda a la mujer y a la adolescente, lo que facilita la adopción del cambio que se requiere en el que la mujer sea protagonista de su propio cuidado (36).

Para que los programas y servicios sean de calidad, sostenibles y efectivos deben estar conexos con la construcción de capacidad organizacional,

con la equidad de género y con la movilización comunitaria. En acuerdo con CEDPA, la figura conceptual que orienta la acción señala los niveles de acceso, intervención y empoderamiento, los cuales contribuyen con la integración de los diferentes programas que se ofrezcan a la mujer (37 - 39) (Ver Figura 7.1).

Figura 7.1. Niveles de acceso, intervención y empoderamiento



IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS Y PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

Trasladar la acción a las políticas requiere promover y apoyar procesos de distribución equitativa del poder en la sociedad sobre los niveles personal, económico y político, lo que implica aumentar el control de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas de manera individual y colectiva, y su participación e influencia en las decisiones a nivel institucional y a niveles más amplios en la sociedad.

De una forma u otra el empoderamiento se refleja en aspectos cuantitativos que muestran la posición de la mujer. A continuación se ilustra sobre las posiciones y los diferentes niveles de empoderamiento deseables, los alcanzables y los reales, y se presentan algunas preguntas para futura investigación relacionada con el empoderamiento en los diferentes niveles:

Empoderamiento, participación social y toma de decisiones

- Número de mujeres en posiciones de poder en instituciones locales (por ejemplo asociaciones de mujeres, grupos de generación de ingresos), redes locales de mujeres comparadas con el número de las mismas conformadas por hombres. Control de la mujer sobre las decisiones respecto a la fertilidad (número de hijos que desea tener). La

movilidad de la mujer comparada con los hombres (dentro y fuera de su sitio de residencia).

Adicionalmente existen indicadores cualitativos que ayudan a evaluar el empoderamiento, estos son algunos:

- ¿En qué grado las mujeres son conscientes de la política local y de sus derechos legales?
- ¿Están percibiendo las mujeres el nivel de empoderamiento que han alcanzado?
- ¿Cuál es el grado de autonomía económica que tienen las mujeres?
- ¿Cuál es el grado de autonomía e independencia que tienen las mujeres en general?
- ¿Se están dando cambios en la manera como se toman las decisiones en el hogar? ¿Cuál es el impacto del cambio en la toma de decisiones?
- ¿Qué clase de decisiones toma la mujer de manera independiente en el hogar?

En el capítulo sobre el marco normativo se muestra de manera resumida el listado de las leyes, acuerdos, normas, resoluciones, etc., que orientan y apoyan aspectos relacionados con la salud de la mujer, el empoderamiento, la equidad, la participación, la no discriminación, la no violencia y el desarrollo social, entre otros. También se remite al lector o lectora a consultar algunas cifras de interés en el capítulo denominado *Los Datos*.

REFERENCIAS

1. Aithal, Vathsala (Ed.). Diversity seen as Strength. Beijing 1995. *Epd-Materialien*, II / 1996.
2. Freire, P. *Pedagogy of the oppressed*. NY: Continuum. 1970.
3. _____. *Education for critical consciousness*. NY: Continuum. 1973.
4. _____. *Educación como práctica de libertad*. Editora Paz E Terra S/A Brasil. 1992.
5. _____. *Pedagogía de la esperanza*. Siglo Veintiuno Editores S. A. México DF. 1993.
6. _____. *Pedagogía de la autonomía*. Siglo Veintiuno Editores S. A. Argentina. 2002.
7. Canaval, G.E. *Health promotion: Women's perception of community empowerment in Cali, Colombia*. Tesis de doctorado. Universidad de Illinois, Chicago. 1996.
8. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo. Septiembre. 1994.
9. Pradesh, A. *Human Development Report. Women's Empowerment and Child Well-Being*. Human Development Report 2007. Capítulo 9: 113 – 131. India. 2007.
10. *Metas del Desarrollo del Milenio*. Banco Mundial Website 2004.

11. Oxaal, Z. and Baden, S. definitions, approaches and implications for policy. Briefing prepared for the Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). October 1997. Website: <http://www.ids.ac.uk/bridge>

12. Attanapola, C.T. Women's empowerment for promoting health: Stories of migrant women workers in Katunayake export-processing zone, Sri Lanka Norwegian Journal of Geography. 2008; Vol. 62, 1 - 8.

13. Williams, S.; Seed, J. and Mwau, A. Oxfam Gender Training Manual. Oxfam. Oxford, 1994, p. 35.

14. Rowlands, Jo. Questioning Empowerment. Working with Women in Honduras. Oxford. 1997.

15. Canaval, G.E. Propiedades psicométricas de una escala para medir percepción del empoderamiento comunitario en mujeres. Col Med. 1999; 30: 69 - 73.

16. Canaval, G.E. Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres Cali, 1996. Inv Ed Enf. 1998; 16 (2): 27 - 45.

17. Wallestrein, N.; Berstein, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. Health Education Q. 1994; 21: 141 - 148.

18. Nahleh, L.A; Nasser, R y Kuttub, E. Empoderamiento de la mujer palestina: una evaluación. Instituto de Estudios Sobre la Mujer. Universidad de Birzeit, Palestina y UNESCO. 2006. Acceso Agosto de 2009. Disponible en: <http://74.125.45.132/translate_c?hl=es&sl=en&u=http://www.pwrdc.ps/site_files/Empowerment%2520final%2520report%25209-4-2006.pdf&prev=/search%3Fq%3DCentre%2Bfor%2BWomen%25E2%2580%2599s%2BResearch%26h1%3Des%26sa%3DN%26start%3D40&rurl=translate.google.com.co&usg=ALkJrhgDsaedRMCV-NegE-2Hju1fR1vkAWA>

19. Becker, S.; Peters, R.G; Gray, C.G. and Black, R.E. The determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, the Philippines. Health Transition Review. 1993; 3:1, 77_89.

20. Fosu, G.B. Childhood morbidity and health services utilization: Crossnational comparisons of user related factors from DHS data. Social Science & Medicine. 1994; 38:9, 1209 - 1220.

21. OPS. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. OPS Programa Mujer Salud y Desarrollo. Washington, 2000.

22. Canaval, G.E.; González, M.C. y Sánchez, M.O. Del miedo a la libertad. Tomar la decisión de separarse de una relación de violencia de pareja. Ponencia presentada en el XI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Quito, Ecuador, 2008.

23. Attanapola, C.T. Experiences of globalization and health in the narratives of women industrial workers in Sri Lanka. Gender, Technology and Development. 2005; 9 (1): 81 - 102.

24. Canaval, G.E.; González, M.C.; Humphreys, J.; De León, N. y González, S. El impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres. Ponencia XVII Coloquio de Investigación en Enfermería, UPTC - Acofaen. Paipa. 2007.

25. Dent, K. Harassment at the workplace: Case study of FTZ in Sri Lanka. *Asian Women Workers Newsletter*. 1999; 18: 3, 5 – 7.
26. Dent, K. y Marcus, A. 2002. *Rights Denied. A Case Study*. Acceso junio de 2006. Disponible en: <www.tieasia.org/SL.htm> .
27. Kabeer, N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment, in B. Sevefjord, et al. *Discussing Women's Empowerment – Theory and Practice*, SIDA Study No.3, 2001. Acceso Julio de 2009. Disponible en: <http://www.sida.se/sida/articles/10200/10299/10273/studies3_.pdf>
28. Moser. *Gender Planning in the Third World*. *World Development*; 1989; 17 (11).
29. Oxfam, 1995, *The Oxfam Handbook of Relief and Development*, Oxfam, Oxford
30. Confluencia Municipal de Organizaciones de Mujeres de Palmira. *Primer Encuentro Regional de Mujeres: Por un observatorio de violencias, mujeres en red*. Palmira, marzo 12–15 de 2009.
31. Canaval, G.E. Comunicación verbal sobre concepto de ACOFAEN al Ministerio de Salud respecto a la necesidad e importancia de los insumos y dispositivos para el cuidado, rehabilitación y calidad de vida de la persona con estoma. Bogotá, 2000a.
32. ENDS – 2005. *Colombia Profamilia. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 – ENDS 2005*. Bogotá: Profamilia; 2005; 67, 314, 322.
33. Wallerstein, Nina. *Empowerment and health: The theory and practice of community change*. *Community Development Journal*, 28 (3), Oxford University Press, London. 1993.
34. Canaval, G.E.; Cerquera, G.I.; Hurtado, N. y Lozano, J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Inv Ed Enferm*. 2006; 24 (1): 26 – 35.
35. Fetterman, D.M.; Kaftarian, S.J. y Wandersman, A. *Empowerment evaluation*. Sage. Thousand Oaks. 1996.
36. Canaval, G.E. El cambio social: Análisis del concepto y aplicación en la investigación, educación y práctica de los profesionales de la salud. *Colombia Med*. 2000b; 31(1): 37 - 45.
37. CEDPA, 1995, *Building For Impact: Annual Report 1995*, CEPDA, Washington.
38. CEPDA. *The ACCESS Project Annual Report 1996*. CEPDA, Washington.
39. CEPDA, 1997. *Project Synergy and Women's Empowerment*. Research Concept Paper, CEPDA, Washington.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, E.C. *Community empowerment training project. Mujer, salud y poder*. Hunter College. New York, 1995.
- Anleu, S. R. (2006). *Gendered bodies: Between conformity and autonomy*. In

K. Davis, M. Evans, & J. Lorber (Eds.) Handbook of gender and women's studies. CA: Sage Publications, Inc.

- Attanapola, C.T. Unravelling women's stories of health Doctoral thesis for the degree of doctor rerum politicarum. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Social Science and Technology Management. 2005.

- Bargad, A., & Hyde, J. (1991). Women's studies: A study of feminist identity development in women. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 181–201.

- Bergsma, L. J. (2004). Empowerment education: The link between media literacy and health promotion. *American Behavioral Scientist*, 48, 152–164.

- Brown, T. A., Cash, T. F., Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135–144.

- Canaval, G.E.; Berrío, C.A.; Caicedo, S. y Murillas, C. Grupo de apoyo a las mujeres con cáncer de mama: Mujeres de Fe. Informe presentado a Unicancer sobre el Trabajo de Grado de Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle. Diciembre 2000.

- Canaval, G.E. Informe presentado al ISS CAA La Selva sobre el proyecto "Mujeres por la Salud" como parte del Trabajo de Grado de estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle, Julio de 2002.

- Calogero, R. M., Davis, W. N. & Thompson, J. K. (2005). The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders. *Sex Roles*, 52, 43–50.

- Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales Ministerio de Protección Social. Javegraf, 2009.

- Fredrickson, B. L. & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 1997; 21, 173–206.

- Goetz, Anne Marie and Sen Gupta, Rina. Who Takes the Credit? Gender Power and Control Over Loan Use in Rural Credit Programs in Bangladesh, *World Development*. 1996; 24 (1), The Netherlands.

- Herrera, A. Sexualidad en el anciano. Ponencia presentada en el V Seminario de Actualización en el Cuidado al Adulto Mayor. Memorias del evento. Cali. Agosto 27 de 2009.

- Peterson, R.D; Grippo, K.P and Tantleff-Dunn, S. Empowerment and Powerlessness: A Closer Look at the Relationship Between Feminism, Body Image and Eating Disturbance. *Sex Roles*. 2008; 58:639–648.

- Piran, N.; Levine, M.P. and Irving, L.M. Go girls! Media literacy, activism, and advocacy project. *Healthy Weight Journal*, 89–90, Nov/Dec. 2000.

- Sen, G., Germain, A., Chen, L. Population Policies Reconsidered, Harvard University Press, Boston. UN, 1995a, Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, China. 1994.

- Rappaport, J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 1987; 15, 121 - 142.

- Rogers, E.S.; Chamberlin, J.; Ellison, M.L. and Crean, T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*. 1997; 48, 1042–1047.
- UNDP. Women's Empowerment and Child Well-Being. Human development report 2007. Chapter 9. Acceso agosto, 2009. Disponible en: <http://www.aonline.gov.in/Portal/HumanDevelopmentReport2007/APHDR_2007_Chapter9.pdf>
- Zimmerman, M. A. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*. 1995; 23, 581–599.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 1988; 16, 725 - 750.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

DESARROLLO DE JUVENTUD. LAS MUJERES Y EL EMPODERAMIENTO

El empoderamiento es un proceso de transformación ya sea personal o colectivo que conduce a las personas a tomar el control de sí mismas y de las situaciones que afectan su existencia, lo que requiere que en primer lugar hagan conciencia de sus derechos, de las situaciones de inequidad, de las condiciones de vida, es decir de lo que influye en su salud, en su bienestar y en su calidad de vida.

Como se mencionó anteriormente, el empoderamiento no sólo es individual, también lo es a nivel organizacional y a nivel comunitario (1, 2), por lo que se requiere que las personas se organicen para trabajar juntas y acuerden propósitos comunes que las congreguen para identificar sus necesidades, para fijar acciones para el logro de metas concretas, alcanzables; también para ser escuchadas, es decir, que sus necesidades lleguen a donde están los que toman las decisiones (3).

La mujer empoderada se valora a sí misma como ser humano, como ciudadana con derechos y deberes, que conoce sobre las necesidades de su familia y de su comunidad, analiza las fuerzas que influyen en su bienestar, establece prioridades, sabe dónde se encuentran los recursos, conoce a dónde puede acudir y toma sus propias decisiones.

EMPODERAMIENTO EN LA PRÁCTICA CON MUJERES ADOLESCENTES

La adolescencia es una de las transiciones más fascinantes y complejas en el ciclo de vida de los seres humanos, es un tiempo de profundos cambios y transformaciones que se presentan de manera acelerada; es un tiempo de expandir el horizonte, de autodescubrirse y de independencia; todo lo que

ocurra en esta fase de la vida ayudará a dar forma al curso que tome la vida de cada mujer y cada hombre y por extensión de la sociedad.

Durante la adolescencia es de gran importancia lo relacionado con la identidad, Erikson (4) argumentó que la formación de la identidad es la mayor tarea sicosocial de la adolescencia; particularmente para la mujer la identidad alcanzada en esta etapa se transforma durante el pasaje de las transiciones siguientes propias del desarrollo, en las cuales el concepto de identidad fluida, es decir, en movimiento, se expresa en una nueva identidad en las etapas posteriores de la vida, lo que significa que es cambiante de acuerdo con la teoría de mediano rango de Transiciones (5, 6); en la etapa de la edad madura ocurren cambios en la mujer entre ellos la transformación de su identidad (7).

Ernesto Rodríguez (8), coordinador general del portal de Juventud de América Latina y el Caribe, en su escrito sobre *“El futuro ya no es como antes. Ser joven en América Latina”*, del Centro Latinoamericano sobre Juventud, indica que las respuestas alternativas, en construcción colectiva desde comienzos de los años 90, se sustentan en tres pilares centrales: primero, las y los jóvenes son sujetos de derecho (y no un simple grupo de riesgo), por lo cual deben ser objeto de políticas públicas que tiendan a asegurar la vigencia de sus derechos (a la educación, al trabajo, a la participación, etc.).

Segundo, las políticas públicas de juventud son un asunto y una responsabilidad de todos y todas, por lo cual es importante involucrar tanto a los propios jóvenes como a los adultos que trabajan con ellos (docentes, personal de salud, policía, jueces, etc.) desde enfoques incluyentes y no estigmatizadores.

Tercero, las y los jóvenes pueden ser –en el marco de la actual construcción de la sociedad del conocimiento– «actores estratégicos del desarrollo», dado que están infinitamente más y mejor preparados que los adultos para lidiar con la permanencia del cambio y con la centralidad del conocimiento, dos de las principales reglas de juego del mundo del siglo XXI.

Si todo esto es así, el «protagonismo» juvenil es clave para el propio desarrollo de nuestras sociedades y no solo una justa «aspiración» de un sector poblacional «crítico» casi por definición, y ello debiera guiar la gestión pública (en todos los niveles) en el futuro.

DESARROLLO DE JUVENTUD

El desarrollo de juventud se formula a partir de las potencialidades, fortalezas y oportunidades que tienen los adolescentes; recoge los ideales, el riesgo, las tareas propias del desarrollo, las relaciones con los pares, las relaciones con los padres, los maestros y la comunidad. El reto para la sociedad es asegurar que todos los y las adolescentes tengan un futuro promisorio, encuentren un lugar en un grupo constructivo de pares, establezcan

relaciones de amistad, se valoren como personas, tomen decisiones informadas, expresen curiosidad y exploren el entorno, encuentren la manera de ser útiles a los demás, crean en el futuro, aprendan a respetar los valores democráticos, aprendan a ser ciudadanos responsables, y construyan un estilo de vida sano y un proyecto de vida promisorio (9).

Con base en la promoción de la salud centrada en las potencialidades de los seres humanos y con énfasis en el desarrollo de juventud, se propone una aproximación hacia descubrir, resaltar y potencializar las fortalezas y capacidades, en vez de centrarse en los problemas y en lo negativo; además se plantean algunas herramientas tomadas de diversas fuentes y de experiencias en el trabajo con adolescentes, con jóvenes y con mujeres.

Entre las orientaciones que se han tomado están las de la Caja de Herramientas del McCreary Centre Society (10) de Nduati y Kiai, (11), del programa Joven Amanecer del grupo Promesa (12) y del Proyecto Colombia (13).

Los y las adolescentes necesitan realizar una serie de tareas propias del desarrollo en orden a lograr una actitud y un comportamiento sexual constructivo y maduro (11). Las relaciones sexuales del adulto son más que un encuentro físico, incluyen la habilidad para amar y para cuidar del otro-a como también para establecer relaciones profundas y duraderas con un compañero, con los hijos, con los miembros de la familia y de la comunidad.

Cuadro 8.1. Tareas propias del desarrollo de los y las adolescentes

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer independencia emocional y fisiológica de los padres y de otros adultos.
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr su autodefinición, lo que conduce al desarrollo de su autoconcepto.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la automotivación y la autodeterminación
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un grupo de valores que le guíen en la etapa de la adultez
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar autocontrol para implementar y adherirse al sistema ético
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar simpatía y practicar la reciprocidad en las relaciones interpersonales.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar nuevas capacidades intelectuales.

Las y los adolescentes se mueven de un estado de pensamiento concreto a un estado de ser capaz de desarrollar un árbol de toma de decisiones (pensamiento operacional). Se ha encontrado que algunos individuos nunca alcanzan este nivel de desarrollo. El pensamiento concreto y el desarrollo incompleto del pensamiento operacional conducen a que los adolescentes creen que son infalibles y que situaciones desafortunadas sólo se les presentan a algunas

personas y no a ellos. Este pensamiento produce un comportamiento de riesgo excesivo que cuando se acopla con la experimentación en el campo sexual puede acarrear infecciones de transmisión sexual-ITS y embarazos no deseados.

Un adolescente que no ha desarrollado el pensamiento formal no comprenderá el curso y el efecto del comportamiento sexual de la misma manera que lo haría un adulto. Se requiere guiar a los-as adolescentes en la satisfacción de sus necesidades del desarrollo para ser más concretos y posicionarse en el presente y no en el futuro, para desarrollar habilidades, para funcionar satisfactoriamente con los-as compañeras de su edad y comportarse adecuadamente en las relaciones con los grupos de pares. También para desarrollar habilidades con la capacitación para ello, en orden a alcanzar la independencia económica.

Es necesario comprender que la madurez física no implica la suficiente madurez cognitiva para comprender y anticipar las consecuencias no deseadas de la sexualidad como el embarazo y las ITS. Es necesario comprender la sexualidad del adolescente en pro del desarrollo de programas que los hagan más responsables. Adolescentes y jóvenes con alto sentido de autoestima y autodeterminación se involucran menos, probablemente en experimentación sexual antes de estar preparados. El grupo de los adolescentes ha sido visto como un factor importante para la economía y se constituye en blanco de las propagandas. Los medios muestran estilos de vida que tienen gran impacto en los adolescentes.

Para el desarrollo de juventud se recomiendan las cinco C (14) entre ellas se encuentra el “cuidado”, ver la figura siguiente:

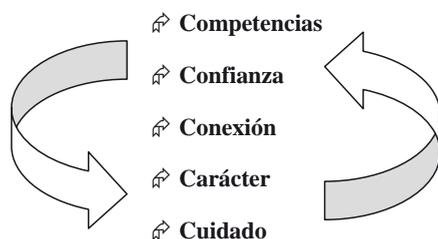


Figura 8.1. Las cinco C

Las competencias se refieren al desarrollo de habilidades académicas y en otros campos, por ejemplo, el desarrollo de habilidades sociales. La confianza se refiere a una identidad positiva; la conexión a los lazos con la comunidad, con los pares y con la familia. El carácter se refiere al compromiso, a los valores, a la ética. Por último, el cuidado es para hacerlo consigo mismo, es decir, el autocuidado y la compasión propia y con los demás.

Recordemos que la adolescencia es un estado de transición el cual se subdivide en tres etapas: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, caracte-

rizada por los cambios propios de la pubertad, el despertar sexual y emocional; la adolescencia media de 15 a 17 años, tiempo de autonomía y experimentación, y la adolescencia tardía de 18 - 20 años. Como toda transición se caracteriza por un paso de un estado a otro, el paso de la transición produce cambios diversos y múltiples en lo físico, lo emocional y lo social.

El papel que asumen las y los adolescentes se relaciona con la estrecha conexión que se establecen con sus pares y en menor proporción con la familia; también durante esta época suelen vincularse a grupos de voluntarios, de deportes, de música, etc. En esta etapa inician muchos adolescentes mujeres y hombres prácticas como las relaciones sexuales y el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas – SSA; crecer en condiciones adversas como las que impone la violencia y la pobreza, cosa que le ocurre a una gran mayoría de las adolescentes en nuestro medio, les impone retos a los que se enfrentan en muchas ocasiones sin el apoyo social.

En adelante me referiré a las adolescentes, sin embargo quiero anotar que no excluyo a los adolescentes hombres, muchas de las notas expuestas se aplican a ellos.

Para desarrollo de juventud se puntualizan algunas estrategias:

- Volcar los esfuerzos hacia los factores protectores reportados en la literatura a partir de experiencias en la práctica y de resultados de investigación es valioso y debe ser tenido en cuenta para adaptarlo según el medio en el que se desea aplicar. Entre los factores recomendados están el establecer conexiones con la familia, con la escuela y con la comunidad; estudios con adolescentes hombres y mujeres abogan porque estas conexiones o relaciones deben fortalecerse.
- Apoyar para el establecimiento y avance de organizaciones fuertes, bien establecidas y para la conformación de equipos de diversa índole con el involucramiento de las adolescentes. Sin embargo, esta época de la adolescencia es un momento de la vida en el que hay que ser cuidadosos, porque tanto como aparecen oportunidades también es una época de gran vulnerabilidad, así como lo han mostrado estudios al respecto (10, 15). El desarrollo de competencias centradas en el desarrollo de potencialidades prepara a las jóvenes para los retos y cambios futuros y previene resultados indeseables en la adolescencia tardía.

Existen diversos modelos teóricos y marcos conceptuales para guiar la práctica del desarrollo de juventud con adolescentes. En el proyecto Amanecer Joven del grupo Promesa de la Universidad del Valle se ha trabajado con un modelo conceptual (15, 16) el cual he modificado para este capítulo.

Este marco orientador fue adaptado del proyecto Norhland – 2000 (17). Se fundamenta en la integración de teorías que han sido aplicadas en la construcción de intervenciones comunitarias como la Teoría Social Cognitiva, la Teoría del Aprendizaje Social y las Teorías de Conducta Social

Planeada y Acción Razonada, las cuales enfatizan sobre cambios en factores socio-ambientales (normas particulares, apoyo social, oportunidades) y en factores personales (aprendizaje de modelos, autoeficacia, intención y acción).

Ver en la Figura 8.2 el marco conceptual denominado “*Marco conceptual para la promoción de la salud con base en el empoderamiento y en el desarrollo de la juventud*”*.

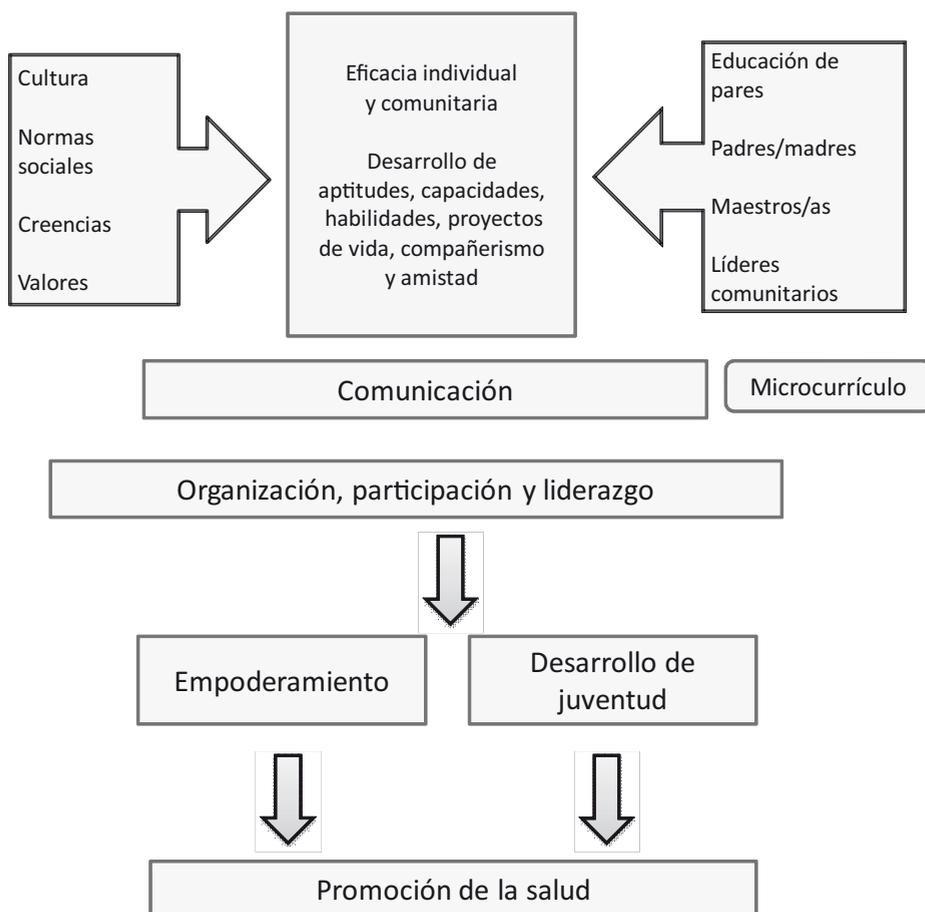


Figura 8.2. Marco conceptual para la promoción de la salud con base en el empoderamiento y en el desarrollo de la juventud

También se pretende incrementar no sólo la autoeficacia (confianza individual para producir cambios particulares en la conducta), sino la eficacia

* Canaval, G.E., 2009.

comunitaria (nivel de confianza que los miembros de la comunidad tienen en la acción colectiva para producir cambios en la comunidad) con el fin de facilitar modificaciones en políticas relacionadas con la incorporación, mantenimiento y reforzamiento de temáticas sobre la promoción de la salud sexual y la adopción de conductas saludables.

El aumento en la autoeficacia es predictivo de cambios en el comportamiento y es producto del desarrollo progresivo de habilidades; el aumento de la eficacia colectiva produce cambios comunitarios como producto del involucramiento de los miembros de la comunidad en las intervenciones; estas intervenciones son diseñadas con el aporte de los participantes, con el objetivo de enseñar habilidades de manera progresiva para crear cambio de políticas y de prácticas (15).

Este modelo de intervención para el desarrollo de la juventud pretende también obtener cambios actitudinales que deben aportar herramientas desde lo personal para el desarrollo y crecimiento individual: fortalecimiento de la autoestima, liderazgo, amor a sí mismo, juicios y valores, mediante los cuales se motive a los jóvenes para que conciben y aprehendan un proyecto de vida que oriente y conduzca sus ideales. La influencia del grupo de pares es un tema central en la juventud, la influencia positiva de los pares puede ser un aspecto crítico en el éxito de esfuerzos para prevención, particularmente cuando los pares toman responsabilidad en acciones que también los afectan a ellos (18).

La estrategia para el desarrollo de juventud consiste en la participación de las adolescentes en talleres y proyectos con la comunidad, bajo el liderazgo de personas adultas y jóvenes que las preparen para asumir los compromisos y retos del futuro, con metodología lúdica, participativa y creadora. Se pretende obtener cambios actitudinales y el aporte de herramientas personales para el crecimiento y desarrollo individual y colectivo que nutran el fortalecimiento de la autoestima, amor a sí mismo, liderazgo, valores y crítica constructiva, proyecto de vida que oriente y conduzca sus ideales, presión de pares, responsabilidad personal y colectiva.

Se preparan una serie de aproximadamente 6 a 8 talleres que se ejecutan en un periodo de tiempo de año y medio; los talleres que aquí se proponen no se van a detallar, porque el tema y el nombre del taller dependen del tipo de proyectos que se desarrollen y de las necesidades de las adolescentes; algunos talleres básicos son: Los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, mujer y género, la vulnerabilidad social vs. el riesgo individual, el liderazgo, las habilidades para la comunicación, la resolución de problemas y conflictos, la toma de decisiones, la organización y participación, la creatividad, las habilidades para las relaciones entre pares, con la pareja, con los padres, etc.

Durante la ejecución de los talleres se realizan minitalleres con un microcurrículo sobre el desarrollo de actitudes y habilidades en temas específicos apropiados según la edad y características de los grupos, minitalleres en

temas como la salud sexual, la prevención, cómo mantenerse saludable, la alimentación sana, la autoimagen, la actividad física, etc.

Durante un taller típico se realizan actividades recreativas como juegos, preparar los alimentos que posteriormente servirán como parte del refrigerio o del almuerzo, ejercicios activos y de relajación; práctica de danza moderna, folclórica, etc., juegos por equipos; se recomienda realizar cada taller en dos o tres sesiones de 6 a 8 horas de duración por sesión; si la planeación y desarrollo del taller acoge las recomendaciones dadas para este tipo de actividades, las adolescentes no se dispersaran, estarán atentas y participativas durante las horas que dure el taller. Con el ánimo de establecer una conexión más profunda con la comunidad, la escuela, los padres y los líderes comunitarios, se implementa durante los últimos 4 talleres la planeación de miniproyectos que permitan poner en práctica lo que las adolescentes van entendiendo y de acuerdo con las ideas que surjan.

La participación en todos los talleres y proyectos requiere del consentimiento de los padres de las adolescentes. De gran importancia es el contar con la ayuda financiera necesaria para la adquisición de los insumos, el pago a facilitadores, los refrigerios, y en general las condiciones locativas que propicien el ambiente de amistad, de recreación, de confianza y de organización durante el desarrollo de los talleres.

Un componente muy importante es el desarrollo de amistad. Las adolescentes tienen oportunidad de establecer nexos de compañerismo y amistad duradera durante el tiempo de las actividades; tanto en los talleres como en los proyectos se ha reportado que estos lazos de amistad que se establecen van más allá de los 18 meses que duran las actividades. Otro componente es el desarrollo de liderazgo en las adolescentes quienes se involucran como líderes en futuros talleres. Ellas participan en la planeación, organización, convocatoria a las adolescentes para los siguientes talleres y en hacer de líderes facilitadoras durante el desarrollo de los mismos, una vez han terminado la etapa de su propia participación en los talleres de formación.

Otras adolescentes se vinculan con organizaciones juveniles o comunitarias. Adicionalmente en cada uno de los talleres se les pide a las adolescentes llenar la bitácora para identificar las acciones que realizarán en el futuro para ser incorporadas en sus proyectos de vida. Esta manera de hacer que la adolescente se piense en relación consigo misma y con los demás en el presente y lo que desea para el futuro nos dio excelentes resultados para la formulación, reajuste y revisión de su proyecto de vida (15).

El proyecto de vida es fundamental en el desarrollo de juventud y como ejercicio que facilita la aplicación de las habilidades ganadas y las motivaciones y proyectos futuros de las adolescentes (19, 20).

Algunos ejemplos son tomados de los talleres realizados con adolescentes de una institución educativa de reconocida trayectoria, de origen centenaria, con mucha fama por su calidad académica principalmente en los años

sesenta a ochenta en la ciudad de Cali, en el proyecto “*Amanecer Joven*” denominado “*Movilización de adolescentes y jóvenes para la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH*”, el cual se llevó a cabo en el período comprendido entre los años 2005 y 2008 (12).

Desde la planeación se incluye la evaluación de la estrategia independientemente del tamaño o duración de las actividades. La evaluación de la estrategia es mandatorio, se requiere adoptar un modelo que la guíe y la planeación desde el comienzo de cada proyecto y de cada serie de talleres. El seguimiento a las adolescentes se recomienda hacerlo 6 meses después, al año y de ser posible, a los dos y cinco años; cada seguimiento se recomienda realizarlo acompañado de una actividad corta de reforzamiento.

La planeación de la evaluación incluye la evaluación de proceso, de resultado y de impacto; determinar los indicadores que se van a medir, tanto cualitativos como cuantitativos. Se recomienda organizar la evaluación para medir cinco áreas (10, 21):

- Participación y organización
- Participación e involucramiento de las jóvenes
- Desarrollo de habilidades
- Apoyo comunitario
- Elección de estilos de vida

DESARROLLO DE LIDERAZGO Y AMISTAD

El desarrollo de amistad es una habilidad que se construye desde temprano en la vida de hombres y mujeres; nos interesa aquí particularmente en la vida de las mujeres.

Se sugiere para el trabajo relacionado con las temáticas de promoción de la salud y prevención del VIH - SIDA y otras ITS, al igual que para abordar el tema de la violencia de género, de la violencia contra las mujeres y de la violencia de pareja, tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Establecer uno o varios clubs de conversación sobre temáticas de interés a las adolescentes y jóvenes con base en las necesidades que hayan expresado al iniciar el trabajo en la organización, en la comunidad, en la institución educativa o en el sitio que las congrega. Los temas sugeridos son: salud sexual y prevención de VIH - SIDA, promoción de la salud, rol de género, salud de la mujer y violencia contra la mujer. La otra alternativa es sencillamente presentar cada semana un tema seguido de una película o video seleccionado, para conversar sobre tópicos de interés de adolescentes y hombres y mujeres relacionados con resultados de investigación, con las necesidades expresadas, con temas de actualidad, con temas alusivos a las presiones sociales, al rol de género, etc.

Cuadro 8.2. Algunas sugerencias para el trabajo con adolescentes y con mujeres según especificidades, de acuerdo con las necesidades y propósitos establecidos (21, 22)

<ul style="list-style-type: none">• Organizar la red de jóvenes para la promoción de la salud, la salud sexual, la prevención de la violencia de género y la prevención del VIH entre algunos de los temas sugeridos
<ul style="list-style-type: none">• Establecer el Centro de recursos para jóvenes hombre y mujeres, en promoción de la salud.
<ul style="list-style-type: none">• Realizar talleres de desarrollo de juventud con la metodología: Arte, juego, trabajo.
<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda disponer de espacio amplio el cual abrirá las puertas a las adolescentes mínimo 2 veces por semana, con horario fijo el cual podría llamarse Centro para el Desarrollo de juventud, o desarrollo humano (21)

Un mundo adaptado a los adolescentes y jóvenes es un mundo en el cual sus derechos son promovidos y protegidos. Es un mundo donde los jóvenes y las jóvenes tienen iguales y óptimas oportunidades para desarrollar sus plenos potenciales, para expresarse libremente por sí mismos y ver sus opiniones respetadas, y para vivir libres de la pobreza, de la discriminación y de la violencia.

THORAYA OBAID
Directora Ejecutiva de UNFPA

REFERENCIAS

1. Canaval, G.E. Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. Cali, 1996. Inv Ed Enf. 1998; 16 (2): 27 – 45.
2. Canaval, G.E. Propiedades psicométricas de una escala para medir percepción del empoderamiento comunitario en mujeres. Colombia Med. 1999; 30: 69-73.
3. Acuña, E.C. Community empowerment training project. Mujer, salud y poder. Hunter College. New York, 1995.
4. Erikson, E. H. Identity: Youth and crisis. New York: Norton. 1968.
5. Meleis, A. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. Memorias de las ponencias centrales y paneles, Octavo coloquio panamericano de investigación en enfermería, octubre 9-12 de 2000, Bogotá, Colombia. Acofaen.
6. Canaval, G.E.; Jaramillo, C.; Rosero, D.H. y Valencia, M. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer. Aquichan; 2007; 7 (1): 8-24.
7. Wentworth, P.A. y Peterson, B.E. Crossing the Line: Case Studies of Identity Development in First-Generation College Women. Journal of Adult Development. 2001; Vol. 8 (1): 9-21

8. Rodríguez, E. El futuro ya no es como antes, ser joven en América Latina. Centro Latinoamericano sobre Juventud. Portal de Juventud de América Latina y el Caribe. (sf.) Acceso en julio de 2009. Disponible en: <www.joveneslac.org>
9. Kipke, M.D. (Ed.) Risks and Opportunities: Synthesis of Studies on Adolescence. National Research Council and Institute of Medicine. 1999. Acceso junio 2009. Disponible en: <<http://www.nap.edu/catalog/9721.html>>
10. McCreary Centre Society. From The Inside Out Toolkit: A guide for early adolescent workshops (sf.). Acceso junio de 2009. Disponible en: <http://www.mcs.bc.ca/ya_insideout.htm>
11. Nduati, R. and Kiai, W. Communicating with adolescents about AIDS experience from Eastern and Southern Africa. IDRC. 1997.
12. Canaval, G.E.; Aponte, J. y Bedoya, L.M., et al. Informe ejecutivo de actividades realizadas en el Proyecto Joven Amanecer: Movilización de adolescentes y jóvenes para la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH - SIDA. Grupo PROMESA, Universidad del Valle. Presentado a las directivas de la Institución Educativa Santa Librada. Cali. Junio 2008.
13. Fundalegriavalle. Grupo Promesa Escuela de Enfermería, Universidad del Valle y Fundación Fe y Alegría. Proyecto Colombia - Cali. Informe final. Abril de 2008.
14. Lerner, R. Theoretical frames for understanding and enhancing adolescent development. National Research Council Conference. Washington DC. September, 2005.
15. Arias, L.; Ceballos, J.; Canaval, G. E.; Herrera, J.A.; Rojas, O. y Valencia, C.P. No sólo el Amor te salva. Cali. Feriva. 2003.
16. Acofaen, Encuentro de grupos de investigación en el marco del XVII Coloquio de Investigación en Enfermería, Paipa, 2007.
17. Perry, C.L.; Williams, C.; Komro, K. y cols. Project Northland High School Intervention: community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Ed Behav.* 2000; 27 (1): 29 – 49.
18. Komro, K. A.; Perry, C. L; Murray, D. M.; Veblen-Mortenson, S.; Williams, C. L. y Astine, P. S. Peer planned social activities for the prevention of alcohol use among Young adolescents. *J. Sch Health*, 1996.
19. Canaval, G.E.; Cerquera, G.I.; Hurtado, N. y Lozano, J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Inv Ed Enf.* 2004; 24 (1): 26 -36.
20. Vásquez, M.L.; Argote, L.A.; Castillo, E.; Mejía, M.E.; Tunjo, R. y Villalquirán, M.E. Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. 2005; Vol. 36 No. 3 (Supl 2): 6 -13.
21. Shorr, L.B. *Commun purpose*. New York. Anchor Books. 1997.
22. Saewyc, E.M.; Taylor, D.; Homma, Y. and Ogilvie, G. Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *The Canadian Journal of Human Sexuality* - 2008; Vol. 17 (1-2): 1-15.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

SALUD DE LA MUJER EN LA ETAPA DE ADULTA MADURA: LA MENOPAUSIA

En este capítulo se abordará la menopausia como un fenómeno natural propio del desarrollo de las mujeres, razón por la cual se hará énfasis en la “transición de la menopausia” y se hará mención, principalmente, a la experiencia de las mujeres, los cambios que se presentan, la manera de afrontarlos, las modificaciones en la identidad y el cuidado a la luz de la teoría de mediano rango de las Transiciones.

Primero presentaré los componentes básicos de la teoría de Transiciones, luego la aplicación de los supuestos teóricos a la transición de la menopausia; posteriormente detallaré algunos aspectos como los cambios que se presentan en la vida de las mujeres y sus experiencias. También haré mención a la terapia hormonal y a las recomendaciones de expertos. En el Capítulo de cuidado se amplía de manera general el cuidado a la mujer sin particularizar situación alguna; sin embargo se presentan especificidades en cuanto a las diversas maneras de cuidar. En este capítulo me referiré a la educación para el autocuidado.

LA MENOPAUSIA, UN FENÓMENO NATURAL

Las mujeres durante su desarrollo atraviesan por varias transiciones, esta de la menopausia es muy importante para la salud y el bienestar de las mujeres. En este tema de la menopausia no podemos caer en extremos de ver la transición solamente con el enfoque biológico o con el psicológico, tampoco como un proceso al que no se le presta atención, ni como una transición que requiere siempre ser medicalizada.

Si las mujeres presentan cambios dramáticos, síntomas molestos y la ne-

cesidad de la terapia medicamentosa, es mandatoria la valoración clínica, la decisión conjunta entre ella y el galeno y la iniciación de tratamiento farmacológico cuando corresponda. Los avances en este tema son significativos y las mujeres pueden beneficiarse de los mismos.

Tradicionalmente la menopausia se ha considerado un aspecto íntimo correspondiente a la vida privada de las mujeres (1) y en este sentido, no resulta fácil hablar de ello en grandes grupos. Se podría decir que la menopausia constituye, junto con las enfermedades psicosomáticas y la depresión, lo que Salamonovitz (2) llamara enfermedades del silencio; sin embargo, con el advenimiento de la terapia de reemplazo hormonal durante la época de la postmenopausia principalmente y los resultados de grandes estudios realizados con mujeres en Norteamérica y en Europa y las polémicas suscitadas por dichos resultados, hablar de menopausia se tornó en asunto de gran interés para profesionales de la salud, agencias gubernamentales, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y para las mujeres mismas.

La menopausia es una situación de salud de la mujer que se corresponde con una etapa propia del desarrollo. La menopausia es una etapa normal de la vida así como la pubertad. Se considera que es una transición porque es un paso en un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo. Para la mayoría de las mujeres este proceso comienza silenciosamente alrededor de los cuarenta años, cuando la menstruación empieza a ser menos regular hasta que desaparece (3).

LA TEORÍA DE LAS TRANSICIONES Y LA MENOPAUSIA

Las transiciones son definidas como el pasaje de un estado a otro, de una etapa a otra, de un lugar a otro o de una situación a otra. La Transición es definida en el contexto de salud y las relaciones, expectativas y habilidades que poseen las personas.

De acuerdo con Schumacher, Jones y Meleis (4), una transición es el tránsito entre dos períodos de tiempo relativamente estables; en esta travesía la persona se mueve de una fase, situación o estado de vida a otro nuevo estado o situación o fase.

Las transiciones son procesos que ocurren en el tiempo y tienen un sentido de flujo y un movimiento. Durante el período de la transición la persona experimenta profundos cambios en su mundo externo y en la manera como lo percibe. Con frecuencia se experimenta una sensación de pérdida o de enajenación o separación de lo que le ha sido familiar o de lo que la persona ha valorado. En otras ocasiones la transición es positiva y bienvenida y representa oportunidades en lugar de pérdidas. Para realizar un pasaje saludable por la transición la persona necesita desarrollar nuevas habilidades, nuevas relaciones y nuevos roles (5, 6, 7).

El tiempo requerido para una transición es variable, depende de la naturaleza del cambio y de la magnitud en que el cambio afecta otros aspectos

de la vida. Las transiciones no tienen que ver con cambios menores, por el contrario, se relacionan con cambios fundamentales en la propia manera de verse a sí misma y de ver el mundo.

En la teoría de Transiciones, Meleis (8) propone que el mismo proceso de la transición produce cambios en la vida de las personas, la pareja y la familia, que están determinados por una serie de factores tanto internos como externos que repercuten en su manejo; estos cambios y la manera de asumirlos determinarán si se presenta una transición saludable o no.

Cualquiera que sea la transición se pasa por varios estados; uno es el de la finalización de la situación anterior caracterizada por la ruptura para dar paso a una zona neutral en la que se experimenta desorientación y pérdida hasta llegar a un estado en el que hay cambio y se experimenta el control.

Cuadro 9.1. Los estados de transición

<i>Finalización</i>
Ruptura de relaciones
Ruptura en la manera de comportarse
Cambio en el sentido de sí mismo/a
<i>Zona Neutral</i>
Perdida
Desorientación
Desintegración de sistemas
<i>Nuevo Comienzo</i>
Hallar o redefinir el significado
Experimentar control

Las transiciones a menudo se conceptualizan en términos de los estados según como la transición evoluciona en el tiempo. El primer estado es un período de terminación o finalización en el cual hay una ruptura de relaciones o de modos de comportarse, también se presenta un cambio en la apreciación que la persona tiene de sí misma. El segundo estado llamado “zona neutral” es un período en medio de la transición, en el cual la persona experimenta desorientación causada por la pérdida vivida en el primer estado y a la cual le sigue la desintegración de los sistemas que estaban en su lugar. Este es un estado desagradable pero necesario; solamente el pasar a través de la zona neutral le permite a la persona abrirse a nuevas posibilidades.

El estado final de la transición es el de un nuevo comienzo y está marcado por encontrar un nuevo significado y experimentar control sobre lo que ocurre. Estos estados no se presentan necesariamente de manera lineal, ellos pueden ser secuenciales, paralelos o aun sobreponerse unos sobre otros.

Las transiciones se categorizan dependiendo de si son propias del desarrollo o de situaciones especiales, o relacionadas con la salud o la enferme-

dad. Algunos eventos en la vida de las personas son propios del crecimiento y el desarrollo, la transición de la menopausia es una de estas.

Las transiciones se presentan por el disparo de un evento marcador significativo, el cual implica el desarrollo de nuevas respuestas diferentes a las usuales, rutinarias o cotidianas. Ese disparador marca el reconocimiento de la situación que es diferente y el requerimiento de nuevas estrategias para manejar la situación, por ejemplo los síntomas propios de la menopausia que algunas mujeres experimentan de manera más intensa que otra.

Esas nuevas estrategias también tienen que ver con el desarrollo de nuevas habilidades, nuevas relaciones y nuevos roles. Lo anterior implica un proceso que toma tiempo. El tiempo que dura la transición es necesario para experimentar e incorporar las estrategias en la vida diaria; ese tiempo es variable y depende de la naturaleza del cambio y de la magnitud en que dicho cambio influye en otros aspectos de la vida de la persona.

Las transiciones simultáneas son agrupaciones de transiciones que pueden o no estar relacionadas, ellas se presentan al mismo tiempo. Las transiciones simultáneas relacionadas se disparan por un mismo evento marcador el cual precipita las transiciones. Respecto al bienestar emocional y físico, las transiciones están acompañadas por diversas emociones, muchas de estas emociones reflejan las dificultades encontradas durante la transición. Los conflictos de rol y una baja autoestima también pueden estar presentes. Algunas de las manifestaciones emocionales del dolor fueron mencionadas por las personas que han descrito su proceso transicional. El temor al fracaso y la autocrítica son aspectos que conllevan a sentimientos de frustración y aislamiento, los cuales pueden ser el resultado de indisposición frente a los riesgos, o la falta de conocimientos.

El bienestar físico es también importante durante la transición. Cuando la incomodidad física acompaña la transición, esta puede interferir en la asimilación de nueva información, por ejemplo, los cambios que se presentan en el cuerpo en la etapa de la menopausia. Los cambios en la corporalidad son inherentes en el desarrollo de algunas transiciones, el nivel de comodidad que experimenta la persona con estos cambios en el cuerpo influye en el bienestar que siente durante la transición.

LA TRANSICIÓN Y LA SALUD

Las transiciones pueden implicar un proceso saludable o no. Las características de un proceso involucran el significado, las expectativas, las rutinas diarias, el conocimiento, las habilidades, la continuidad de algunas estrategias, las decisiones y las oportunidades. Lo anterior para un proceso de transición saludable se traduce en estar consciente de lo que ocurre y redefinir el significado, en modificar las expectativas, reestructurar las rutinas de la vida diaria, en ganar un conocimiento específico y nuevas habilidades, el man-

tener algunas estrategias, el decidir sobre nuevas alternativas y el encontrar oportunidades de crecimiento.

Los procesos de una transición no saludable implican el resistirse a dar o encontrar nuevos significados, el mantener expectativas no realistas, mantener ciertas rutinas o volver a rutinas anteriores, evitar la adquisición de nuevo conocimiento o habilidades, experimentar rupturas, limitar las alternativas y decisiones y rehusar las oportunidades de crecimiento.

Redefinir significados: En el caso de una transición saludable, se reconoce que el significado dado a una situación no aplica en el momento actual y se procede a encontrar nuevos significados; la transición de la menopausia es un momento para reflexionar sobre la imagen corporal y lo que representa la manipulación de los medios y los estereotipos, o una mirada a la edad madura y los logros obtenidos en la vida laboral y familiar. En las transiciones no saludables se presenta una resistencia a redefinir el significado y se intenta aplicar la vieja definición a una nueva situación.

Modificar expectativas: Durante la transición saludable se modifican las expectativas hacia sí mismo, hacia otros y hacia el futuro (9); las viejas expectativas se modifican gradualmente y se reemplazan por nuevas expectativas realistas respecto a la nueva situación. En las transiciones no saludables las personas mantienen expectativas no realistas y anticipan un futuro que probablemente no ocurrirá.

Reestructurar las rutinas de la vida diaria: Las rutinas sirven para ordenar las actividades de la vida diaria, hacerlas predecibles, manejables y aun placenteras. Esto hace que la persona sea congruente entre las rutinas y la nueva situación y permiten a la persona tener un sentido de que su vida ocurre de manera predecible, manejable y que le da placer (10). En las transiciones no saludables las rutinas no se reestructuran, estas se sostienen de la misma manera como se había hecho anteriormente o no se fijan rutinas por lo cual la vida diaria se hace impredecible, desordenada y vacía.

Las transiciones saludables se caracterizan por el desarrollo de conocimientos y habilidades (11). Se identifican necesidades específicas y se visualizan nuevas oportunidades (12). En las transiciones no saludables se evita el nuevo conocimiento y las nuevas habilidades, y las habilidades y el conocimiento anterior no son suficientes ni de utilidad en la nueva situación, además no se toman las nuevas oportunidades y hay un vacío entre las demandas y las habilidades y el conocimiento para satisfacer esas demandas.

La culminación de una transición en forma saludable se manifiesta en un sentido de maestría y en la capacidad de asumir una nueva identidad, esto es lo que significa tener una identidad integradora fluida. Lo anterior mueve al individuo en una dirección hacia la salud. Las transiciones no saludables mueven al individuo en una dirección de vulnerabilidad y riesgo.

LA TRANSICIÓN DE LA MENOPAUSIA

Tiempo atrás la menopausia fue vista en muchas culturas como una experiencia oculta, e ignorada por las mismas mujeres; hablar de menopausia fue un tabú, fue considerada como un evento solamente biológico que no valía la pena discutir. Además porque muchas mujeres hacen de su experiencia de la menopausia algo “invisible” y se dedican a suplir las necesidades de la familia y de otros ignorando las propias. Algunas mujeres “normalizan” los síntomas que se presentan en la menopausia, una de las razones es que ellas usualmente relacionan los síntomas con eventos de la vida que ocurren simultáneamente con ese período de edad, como el retiro del trabajo, la salida de los hijos de la casa, la muerte del esposo, o los problemas financieros etc., consecuentemente se cree que los síntomas desaparecerán después de resolverse los problemas que los precedieron. Otras mujeres creen que ellas vivirán con esos síntomas hasta la muerte porque son normales y propios del envejecimiento.

Otras mujeres creen que los síntomas son transitorios, se espera que desaparezcan después de la menopausia; esto ocurre por ejemplo con los dolores en la espalda y en el cuello, así que por esta transitoriedad las mujeres no buscan ayuda de los profesionales o agentes de salud.

Algunas ven los síntomas como algo normal que ocurre por los cambios en la vida de las mujeres por lo cual la menopausia no es vista como un problema. Solamente cuando los cambios no les permiten trabajar como lo hacían usualmente es cuando buscan ayuda profesional.

Otra razón para normalizar los síntomas es porque las mujeres rara vez tienen tiempo para ellas mismas durante la etapa de la menopausia. En resumen las mujeres ignoran pero normalizan su transición de la menopausia debido a las demandas de los múltiples roles que desempeñan y porque es algo culturalmente aceptable. También influye enormemente el estado socioeconómico que tengan antes y durante la transición (13); el contexto es un aspecto que condiciona la transición: entender los efectos e influencias de la cultura, y el contexto sociopolítico y psicológico es muy importante para comprender la experiencia de la menopausia.

La cultura son las características de un grupo determinado, como las materiales, intelectuales, espirituales y afectivas; los modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (14); estas características influyen en la vivencia de la menopausia. La cultura moldea las actitudes hacia la salud y la enfermedad, principalmente las actitudes hacia el bienestar físico y emocional. Si la cultura condiciona la manera de ver los problemas de la mujer como algo de lo cual no se habla en público, la experiencia de la menopausia puede ser vista en solitario y de manera silenciosa (15). Esta, como otras transiciones, requiere que la persona incorpore un nuevo conocimiento, cambie de comportamiento y por lo tanto cambie la definición de sí misma en el nuevo contexto.

Durante la transición de la menopausia los problemas o necesidades no se separan del contexto social y psicológico que viven las mujeres por lo cual la valoración trasciende lo meramente físico y valora los aspectos relacionados con los sistemas de apoyo, lo económico, lo político, lo psicológico y lo espiritual. La transición de la menopausia es del tipo de las transiciones del desarrollo que forma parte del ciclo de vida de la mujer, como se mencionó antes, durante esta etapa de cambios pueden presentarse otras transiciones; por ejemplo, la menopausia podría coincidir con una separación ya sea de los hijos que se casan y forman su propio hogar o por cualquier otra razón, o una separación del esposo por divorcio; otra transición que podría ser secuencial es el retiro de la vida laboral. Dependiendo de lo que se presente, la mujer se enfrenta a una serie de estresores simultáneos o secuenciales que hay que aprender a manejar. Es importante identificar esos estresores; el cuidado para la promoción de la salud de la mujer es vital.

Valorar la experiencia del proceso de la transición de la menopausia implica valorar la concientización que la mujer tiene de la transición, el significado que le atribuye, las expectativas que se plantea, cómo reestructura su vida actual, si le da continuidad o no a ciertas rutinas, qué conocimiento tiene de la menopausia, qué habilidades para el manejo de la menopausia está desarrollando, qué decisiones ha tomado o está tomando, y qué oportunidades de crecimiento ha encontrado.

Entre los indicadores de proceso se realiza una valoración de los síntomas, los sentimientos de conexión e interdependencia con otros como la pareja si la tiene, los hijos, los amigos, etc. y la conexión con un Ser o Fuerza Superior que evidencie la espiritualidad, también se valora el estado funcional y psicológico y el sentido de empoderamiento y de integridad que percibe.

El nuevo rol es aquel que le permite tomar decisiones sobre su cuidado y tomar control de la situación. La reformulación de la identidad, por ejemplo, implica en una transición saludable el verse como una mujer madura en menopausia o postmenopausia que ha experimentado ciertos cambios fisiológicos, que realiza su autocuidado y se relaciona con los/las demás de manera armónica, etc.

La menopausia está marcada por la no presencia de la menstruación durante un año. La etapa correspondiente a los años alrededor de la menopausia se denomina perimenopausia; la etapa de los años posteriores después de un año de la menopausia se denomina postmenopausia.

La disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona causa cambios en la menstruación. Estas hormonas son importantes para mantener en buen estado de salud a la vagina y al útero, lo mismo que para los ciclos menstruales normales y para un embarazo exitoso. El estrógeno también ayuda a la buena salud de los huesos y a que las mujeres mantengan un buen nivel de colesterol en la sangre.

Las mujeres que pasan a la etapa de la postmenopausia cada vez serán más; las cifras muestran que por lo general las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer mayor que los hombres, aun en países donde las condiciones socioeconómicas y de salud no son adecuadas; en muchos de los países del mundo, excepto los de ingresos y con índices de desarrollo bajos, las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los 65 años, lo que implica que éstas pasarán la transición de la menopausia como una etapa del ciclo vital de adulta en la edad madura, años en los que continuará su preparación para la edad de adulta mayor. En el actual contexto de cambio demográfico la principal tendencia es el marcado envejecimiento de la población; de acuerdo con las proyecciones de población para el año 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será en ese año una persona adulta mayor (16).

La menopausia es presentada por los medios como una enfermedad que necesita ser tratada y curada. Si bien la disminución de las hormonas puede conducir a síntomas como las oleadas de calor y resequedad en la vagina, la menopausia no es una enfermedad; los síntomas que se presentan en la menopausia varían de una mujer a otra y dependen de varios factores, entre ellos de la disminución progresiva de la función ovárica, de las condiciones socioculturales, de factores sicoafectivos, antecedentes personales de enfermedad y factores medioambientales (17).

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS DE LA MENOPAUSIA

En el Cuadro 9.2 se presentan los síntomas y los trastornos más comunes descritos en la literatura [Sánchez (18, p. 9)].

Cuadro 9.2. Síntomas y trastornos de la menopausia

• Oleadas de calor, sudoración y palpitaciones
• Insomnio, fragmentación del sueño
• Incontinencia, urgencia urinaria, disuria
• Disminución de la libido, dispareunia
• Trastornos en la concentración, nerviosismo y depresión
• Síntomas articulares: Lumbalgias y artralgias
• Sequedad de mucosas: piel, conjuntiva de los ojos, boca y vagina
• Aumento de peso y de la grasa centripeta
• Disminución de la masa ósea y muscular
• Trastorno de lípidos

La terapia hormonal (TH) tiene sus riesgos y beneficios, estos serán valorados por el médico de confianza de la mujer al igual que la duración de la terapia. La terapia con hormonas debe ser individualizada y en común acuerdo entre el médico y la mujer, se ha encontrado que usada por corto tiempo, de 1 a 4 años por lo general, es beneficioso para las mujeres que presentan síntomas vasomotores y alteraciones urogenitales entre otros. La terapia de reemplazo hormonal conlleva riesgos; Sánchez y Onatra (19) urgen evaluar muy bien los riesgos frente a los beneficios al prescribir la terapia como también el tiempo de uso. También existen terapias con medicamentos no hormonales y terapias complementarias para el manejo de la sintomatología durante la menopausia.

La menopausia es una época que coincide con cambios en la vida de la mujer de acuerdo con la evolución del ciclo vital, como la transición laboral que la prepara para el retiro, la salida de los hijos del hogar, la afirmación de su autonomía e independencia, el cuidado de sus padres que si presentan enfermedad crónica requiere de cuidados especiales.

A pesar de que se define la menopausia como un hecho natural y se dice que ella es una transición del desarrollo que se presenta normalmente en el ciclo de vida de la mujer, es considerada en el modelo biológico como una situación que requiere ser medicalizada en muchos de los casos y la mayoría de las investigaciones siguen el modelo biologicista (20); los reportes de investigación, en gran proporción, también se centran en los síntomas, en la función sexual y en el tratamiento (21).

Para otras mujeres la menopausia es una parte del ciclo de vida, una transición, una época para continuar el desarrollo, para enfrentar nuevos retos y para adquirir nuevas habilidades. Las críticas desde la sociología argumentan que definir la menopausia en términos de la salud y de la enfermedad le da una connotación médica y un cambio en su significado social como un marcador del final de la vida reproductiva (22).

Los síntomas varían grandemente dependiendo de la cultura, otras variables también se asocian a la presencia de los síntomas, como el nivel educativo, el estado ocupacional, el estado de salud, la concepción del envejecimiento, variables sicosociales y del estilo de vida; las mujeres asiáticas reportan menos síntomas (23). Por ejemplo, las mujeres filipinas ven la menopausia como parte de la vida normal que no amerita por qué preocuparse; la cultura coreana ve la menopausia como un signo del paso de la edad que ayuda a ganar más respeto y poder dentro de la familia y la comunidad; sin embargo las mujeres coreanas que viven en Estados Unidos –en la cultura americana la valoración de la mujer vieja es menor con respecto a la valoración de la cultura coreana– son más propensas a la depresión relacionada con la devaluación del papel que ellas ejercen (20, 24).

Los cambios no son iguales para todas las mujeres. Una mujer relató en una conversación entre amigas:

[...] siento que he tenido algunos cambios, algunos casi no se notan, por ejemplo algunas noches siento un sudor fino en la cara y en el cuello; he tenido mucha resequedad en las manos, no son suaves como antes, la resequedad en la vagina se presenta algunas veces. También he sentido que estoy un poco irritable, es decir me molestan ciertas cosas lo que antes no me sucedía.[...]

Su amiga añadió que a ella le sucedió algo parecido pero más intenso en cuanto al calor en la cara, se presentaba súbitamente, enrojecía y sentía como si estuviera muy cerca del fuego, esta sensación le duraba unos pocos minutos, le repetía algunas veces con mayor frecuencia en la noche, pero también en el día a cualquier hora. Otras molestias que sintió fueron la “*resequedad en la piel y la poca lubricación en la vagina*”.

Menopausia, o “*el cambio de vida*” es diferente para cada mujer (25). Por ejemplo, los calores súbitos y las dificultades para dormir son molestias para una persona, mientras que para otra no. Hay mujeres que no sienten mayores cambios y algunas no se dan por enteradas de los cambios que ocurren.

Un estudio cualitativo sobre representaciones sociales de la menopausia realizado con mujeres mexicanas mostró que durante la menopausia se presenta alivio ante la desaparición del constante temor a quedar embarazadas; aparece también una atribución de orientación negativa relacionada con el envejecimiento, cuya caracterización se basa en ideas como pérdida de energía, molestias de diferente índole e imposibilidad de cumplir con su papel social reproductivo (26). Aquí ocurre lo que expresara Simone de Beauvoir en su libro sobre la vejez, el envejecimiento se caracteriza como un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez (27). Algunas mujeres expresaron liberación del “*fastidio*” que significa la menstruación, ello les daba a su vez mayor seguridad en sí mismas.

En cuanto a las relaciones de pareja, las mujeres del estudio referido (26, p. 411) expresan que los hombres tienen a sus mujeres sólo para satisfacerles sexualmente, lo cual se convierte en una obligación asumida hacia el marido; en general no comparten la vivencia del proceso menopáusico con sus parejas y manifiestan que el deseo sexual desaparece en ellas, adjudicando este hecho a la edad; esto no sucede en los hombres, dicen las mujeres, pues su deseo permanece constante. Para las autoras, este tipo de afirmaciones habla de una representación particular del ser mujer y la vivencia de la sexualidad en relación con ésta; sugiere una naturalización de la diada edad-libido, en donde sexualidad y edad mantienen una relación inversamente proporcional una vez alcanzada la expresión máxima de la sexualidad.

En las mujeres de 60 años y más, los mitos y las creencias son ampliamente frecuentes en este tema. Se identificaron mitos alusivos con su sistema reproductivo, y con el rol social de las mujeres. En relación con el primer aspecto una mujer expresó:

[...] yo soy una persona [...] que nunca le pregunté a mi mamá, ¿mamá, por qué esto?, ¿mamá, por qué lo otro?, nunca le pregunté a mi madre. Solamente pues, las amigas que me llegaban a decir algo, ya estaba yo una muchacha como de unos 14 años y todavía no sabía qué tenía que hacer la mujer para sus hijos, sí, porque [...] mi mamá cuando tuvo a su tercer hijo, me mandó a un mandado y ya llegué yo, y cuando entré, escuché que lloraba mi hermano [...] y yo le pregunté, ¿cómo?, ¿cómo éste resultó ahí?, dice: por la boca.

Respecto al rol social de las mujeres, una de ellas expresó, refiriéndose a lo que sintió cuando cesó la menstruación: “[...] *lo asocias también con tu incapacidad de ser mujer, lo cual es otro de los problemas que modifican tu conducta [...]*” (26, p. 411). Probablemente esta incapacidad esté identificada con la función social reproductiva.

Estas mujeres aluden a una sensación de mutilación cuando se presenta su menopausia, lo que sugiere que la menstruación es un elemento decisivo del significado de ser mujer. Cuando desaparece las mujeres sienten haber perdido una parte de sí mismas, de lo que las define e identifica.

La menopausia es la etapa del último ciclo menstrual, pero los síntomas pueden empezar varios años antes. Algunos de los síntomas de la menopausia pueden durar por meses o permanecer por varios años después. Los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona, las cuales son dos hormonas femeninas que se reproducen en los ovarios, podrían generar estos síntomas. En general los cambios son en lo físico principalmente con los cambios vasomotores, en lo psicológico y en la sexualidad (28); el estudio cualitativo hecho por Oliveira, Pinto y Barbosa (29) con mujeres en la transición de la menopausia reportó cambios en la sexualidad; los resultados mostraron que la mujer evidencia alteraciones en la vida sexual, caracterizadas por la sequedad vaginal y la disminución o ausencia de la libido sexual. Otros factores que interfieren directamente en su sexualidad son: baja autoestima, falta de diálogo e incompreensión del compañero afectivo.

Estas investigadoras evidenciaron en algunas mujeres, que los cambios corporales y de la estética que altera el patrón de belleza y de juventud, les produce vergüenza de mostrar el cuerpo, cuerpo que en la cultura occidental es idealizado; algunas se tornan esclavas de la tecnología de la estética y de los productos de belleza. Refieren las autoras que en Brasil el evento de la menopausia marca decisivamente la concepción de envejecimiento de las mujeres. Resaltaron que la imagen de la mujer occidental, construida a partir de valores fundamentados en la belleza, en la juventud y en la fertilidad, sufre alteraciones negativas con la menopausia lo que a su vez altera la sexualidad.

Esta etapa de cambio es conocida como la transición menopáusica, pero es también llamada perimenopausia. Como se mencionó, puede empezar varios años antes del último período menstrual. La perimenopausia dura

hasta 1 año después del último período menstrual (30, 31). Después de 1 año entero sin ninguna menstruación, se dice que la mujer “*ha pasado por la menopausia*”. La postmenopausia sigue después de la menopausia y permanece por el resto de la vida (32). La menopausia ha tenido lugar cuando han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea. La postmenopausia es el período que sigue a la última menstruación, independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea.

La edad promedio de una mujer que está teniendo su último período, la menopausia, es 51 años, se ha reportado que las mujeres de Cali, Colombia la experimentan en promedio a la edad de 52 años (33). Algunas mujeres tienen su último período en sus cuarenta, y algunas lo tienen más tarde.

Estudios han mostrado que eventos estresantes en la vida, la desnutrición y un aumento a la exposición de toxinas del medio ambiente por ejemplo tabaco y plomo, están asociados con una menopausia temprana (35 - 38). Factores asociados con condiciones socioeconómicas adversas a través del ciclo de vida pueden afectar la edad de la perimenopausia. La investigación sobre la perimenopausia tiene implicaciones importantes para la salud de la mujer (39); investigadores encontraron que la posición socioeconómica medida en términos de dificultad socioeconómica y bajo nivel educativo, influye en la edad del comienzo de la perimenopausia; ellos sugieren con base en su estudio que los efectos acumulativos del estado socioeconómico puede influir en la función ovárica; de la misma manera recomiendan futuros estudios para investigar el impacto de factores del ambiente, toxinas, tabaco y otros. La menopausia temprana está asociada con un incremento del riesgo para morbilidad y mortalidad cardiovascular, osteoporosis y desórdenes tiroideos (30, 40, 41).

Fumar puede llevar a una menopausia temprana, así como también a algunos tipos de intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo, la cirugía para remover el útero (histerectomía) hará que no se presente la menstruación, y eso es menopausia. Probablemente la mujer no tendrá síntomas de menopausia, como calores súbitos, durante ese tiempo, porque si los ovarios no han sido removidos, éstos pueden todavía producir hormonas. Pasado un tiempo, cuando los ovarios empiezan a producir menos estrógeno, los síntomas de la menopausia podrían empezar. Sin embargo, algunas veces los dos ovarios son removidos (ooforectomía) junto con el útero. Eso es menopausia también. En este caso, los síntomas de la menopausia pueden empezar inmediatamente, sin importar la edad de la mujer, pues el cuerpo ha perdido la fuente principal de producción de estrógeno.

Independientemente de la severidad de los síntomas iniciales existen efectos a largo plazo de la deficiencia de estrógenos sobre el hueso, el corazón y las mamas; estos efectos deben ser evaluados (42, 43).

Hay problemas comunes que podrían empezar a suceder en la menopausia, y que tal vez la persona ni siquiera los note; en adición a esto muchas

mujeres no conocen sobre los cambios que tendrán (44), lo que contribuye a que no se preparan para esta etapa y no asuman el autocuidado que les ayudará a pasar esta transición de manera saludable. Entre los objetivos de la promoción de la salud de la mujer están las medidas anticipatorias que preparan a la mujer, a los miembros de la familia a movilizar los recursos, a desarrollar las potencialidades y a prepararse sanamente para la vivencia plena de esta etapa.

La menopausia también se denomina climaterio; es una etapa que permite a las mujeres ver la vida de manera positiva e intercambiar experiencias; los cambios no se pueden evitar si se presentan pero se logra atenuarlos y controlarlos; un 15 por ciento de las mujeres "experimentan síntomas de manera transcendental, no sólo al interior de su familia sino de la sociedad y de su trabajo y por ello necesitan mucho apoyo para mitigar los síntomas" (45).

Algunos cambios en la mujer relacionados con la menopausia, se presentan para ilustrar la importancia de la valoración temprana y de los controles periódicos en los servicios de salud durante esta época de la vida de la mujer con el objeto de abogar por la prevención y por la promoción de la salud. La gran parte de la información consignada en los párrafos siguientes es tomada de referencias que provienen de países desarrollados, no se encuentran recomendaciones en salud en nuestro medio aparte de las producidas por las sociedades científicas (Sociedad Colombiana de Menopausia):

Osteoporosis. Día tras día el cuerpo desecha tejido óseo y lo reemplaza con un tejido óseo nuevo y saludable. El estrógeno ayuda a controlar la pérdida del tejido óseo, y la pérdida de estrógeno durante el tiempo de la menopausia causa que las mujeres pierdan más tejido óseo que el que recuperan. Al tiempo, los huesos se ponen débiles y se quiebran fácilmente. Esta condición se llama osteoporosis.

Enfermedades cardíacas. Después de la menopausia, las mujeres están más propensas a sufrir de enfermedades cardíacas. Los cambios en los niveles de estrógeno pueden ser parte de la causa. Pero también puede ser el envejecimiento. Al envejecer, es posible que la mujer aumente de peso y desarrolle otros problemas, como una presión arterial alta, que es un factor de riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.

Manifestaciones psicológicas. En algunas mujeres se presenta con frecuencia nerviosismo y ansiedad, síntomas depresivos, tristeza, impaciencia, irritabilidad, angustia y la sensación de sentirse solas (31, 46), estos síntomas no se encuentran únicamente asociados a la carencia de estrógenos (47, 48). La perturbación en el dormir es uno de los mayores problemas de las mujeres perimenopáusicas, siendo su etiología aún poco clara, provoca fatiga, incapacidad de concentrarse, cambios de humor y altera la calidad de vida (32).

Se conoce bastante de los síntomas vasomotores, los bochornos es la molestia más referida por las mujeres (49). Una gran parte de las mujeres en

la perimenopausia presenta bochornos o sudoraciones nocturnas, que permanecen en un 10% de ellas, a pesar del tratamiento (32).

Mientras que para algunas mujeres los bochornos no representan un problema durante el climaterio, porque son de poca duración y ocurren infrecuentemente, para otro grupo los síntomas climatéricos y principalmente los vasomotores influyen negativamente en la calidad de vida (31). Se ha sugerido que se requieren más estudios sobre la diferencia de la severidad de los síntomas y su causa (47).

Cambios en la sexualidad. Los cambios difieren en las mujeres: unas presentarán muchos síntomas, necesidades y problemas, otras menos y algunas casi nada; en un estudio cualitativo con mujeres en la transición de la menopausia sobre el significado atribuido a las vivencias de la sexualidad se encontró que algunas presentaron alteraciones en la vida sexual, caracterizadas por la sequedad vaginal y la disminución o ausencia de la libido sexual. Otros factores que interfirieron directamente en la sexualidad fueron: baja autoestima, falta de diálogo e incompreensión del compañero afectivo (19); también se manifestó vergüenza, dificultad en las relaciones con el compañero o pareja y el sentirse incomprendidas.

Las alteraciones más frecuentes, según la revisión realizada por Gutiérrez, Urrutia, Soto, Cabieses Valdés (50), se relacionan con síntomas como la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad de alcanzar el orgasmo (31, 32, 47, 49, 51). El descenso en el nivel de estrógenos produce una disminución de la lubricación vaginal, alteraciones en la dinámica del piso pélvico, cambios en la contextura corporal y alteraciones del ánimo, lo cual se puede traducir en una baja de la autoestima y del deseo sexual (52, 53). Se observa una declinación de los andrógenos circulantes en la edad reproductiva tardía, siendo aquellas mujeres que presentan variaciones en los niveles de testosterona las que más reportan disminución de la libido (51, 32).

La libido depende del estado psicológico de la mujer, de las expectativas de sus encuentros sexuales y de la relación con su pareja, entre otros factores. Según algunos autores, la disminución de la libido es el problema más común en esta etapa (47). Se ha observado que factores predictores de disminución de la libido son la sequedad vaginal y tener hijos menores de 18 años al cuidado de la mujer, lo que confirma que la noción de sexualidad femenina está altamente ligada a factores psicosociales (51).

La actividad sexual disminuye con la edad (52, 53). Se describe que las mujeres de mayor edad evitan tener relaciones sexuales y el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuye a la mitad entre los 40 y los 60 años (31). Este fenómeno puede explicarse por las disfunciones sexuales en la mujer, impotencia de la pareja, por enfermedad de uno o ambos, entre otros factores (52).

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

La educación para el autocuidado requiere de un plan que debe empezar desde la etapa temprana de la vida; introducir dichos cuidados es importante para asumir un estilo de vida saludable, esto es adicional a contar con las condiciones externas apropiadas, es decir, con el ambiente adecuado que ayude a las mujeres a su implementación. La valoración de los conocimientos que las mujeres poseen al respecto es de gran utilidad para el trabajo de educación para la salud, se cuenta con instrumentos validados en nuestro medio para este efecto. Triviño, Merino y Stepovich midieron las características sicométricas de un instrumento con mujeres colombianas en edades entre 45 y 60 años y recomiendan continuar su validación con muestras probabilísticas, la medición redujo el instrumento a 11 enunciados y arrojó un Alfa de Cronbach de 0.83; el análisis factorial señaló la unidimensionalidad del instrumento (44).

De acuerdo con Araya y col. (50) para la mujer, la decisión de tomar terapia de reemplazo hormonal – TRH es compleja e involucra múltiples aspectos. Los factores que más influyen en la decisión de tomar TRH son los síntomas vasomotores, la alteración en la sexualidad, los efectos beneficiosos y adversos de la TRH, el uso crónico de medicamentos y la autopercepción de riesgo (54). También influyen en esta decisión factores como el nivel socioeconómico, ya que las mujeres con mayor nivel demandan mayor información sobre la TRH a su médico y, a su vez, son más informadas por ellos. Sin embargo, la información que reciben las mujeres acerca de la TRH es percibida como poco clara, conflictiva e incompleta (52). Este es un tema importante de abordar por el equipo profesional de la salud; las mujeres requieren información clara, oportuna y precisa, destinada a apoyarla en el proceso de toma de decisión en torno a la TRH.

Las mujeres pueden tener diferentes señales o síntomas durante la menopausia. Eso sucede porque el estrógeno es usado por muchas partes de nuestro cuerpo. De manera que, a medida que van teniendo menos estrógeno, se pueden presentar diversos síntomas. Estos son los cambios más comunes –algunos son parte del proceso del envejecimiento–:

Cambio en el período menstrual. Puede ser lo que se note primero. Sus períodos podrían no ser regulares. Éstos podrían ser más cortos o durar más. Tal vez sangre menos o más que lo usual. Estos son todos cambios normales, pero para asegurarse de que no haya ningún problema se recomienda consultar si:

- Los períodos se hacen muy cercanos entre sí
- Se tiene flujo abundante
- Sangra un poco o mancha entre períodos
- Los períodos duran más de una semana

Calores súbitos. Muchas mujeres tienen calores súbitos durante la etapa de la menopausia. Éstos podrían estar relacionados con cambios en los

niveles de estrógeno. Los calores súbitos podrían durar unos cuantos años después de la menopausia. Un calor súbito es una sensación repentina de calor en la parte superior de todo su cuerpo. La cara y el cuello se enrojecen. Áreas enrojecidas podrían aparecer en distintas partes del cuerpo principalmente en el pecho, en espalda y brazos, seguidas por sudor fuerte y escalofríos. Los calores súbitos podrían ser muy leves o suficientemente fuertes como para despertar a la persona (llamados sudores nocturnos). La mayoría de los calores súbitos duran de 30 segundos a 10 minutos.

Problemas con la vagina y la vejiga. Cambios en los niveles de estrógeno pueden causar que el área genital se reseque y adelgace. Esto podría hacer que las relaciones sexuales resulten incómodas. Algunas mujeres encuentran difícil sostener la eliminación urinaria hasta poder llegar a un baño. Algunas veces hay goteo de orina durante el ejercicio, al estornudar, al toser, al reírse o al correr.

Sueño. Alrededor de la edad de adulta madura algunas mujeres empiezan a tener problemas para lograr una buena noche de sueño tranquilo. Puede ocurrir que la mujer no pueda dormirse fácilmente, o se despierte muy temprano. Los sudores nocturnos la pueden despertar. Es posible que le cueste dormirse nuevamente si se despierta durante la noche.

Vida sexual. Es posible que la mujer experimente que los sentimientos acerca del sexo están cambiando. Tal vez está menos interesada. Tal vez se sienta liberada o más sexy después de la menopausia. Después de cerca de un año entero sin su período, la mujer ya no podrá quedar embarazada. Pero es importante recordar que siempre puede haber riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluso el VIH-SIDA. El riesgo aumenta si se tienen relaciones sexuales con más de una persona o con alguien que está teniendo relaciones sexuales con otras personas.

Cambios del estado de ánimo. La asociación entre la depresión y los cambios hormonales durante la menopausia ha suscitado controversia. En un estudio con diseño longitudinal, con una muestra identificada al azar de 218 mujeres afroamericanas y 218 mujeres blancas con un rango de edad de 35 a 47 años y ciclos menstruales regulares, sin uso de medicamentos y sin problemas serios en lo físico y en lo mental se reportó que existe relación (aún después de controlar por algunas variables sociodemográficas) entre la sintomatología depresiva (medida con el CES-D) y los cambios hormonales durante la transición de la menopausia, más no después de la menopausia (55).

Algunas mujeres pueden sentirse irritables durante el tiempo de la menopausia. Los científicos no saben por qué pasa esto. Es posible que el estrés, cambios en la familia tales como que los hijos están creciendo o que los padres están envejeciendo, o un historial de depresión o el sentirse cansada puedan causar estas variaciones del estado de ánimo.

El cuerpo se siente diferente. Se experimenta cambio de peso, la tendencia es hacia subir de peso; la cintura se puede ensanchar. Se puede per-

der masa muscular y ganar grasa. La piel se podría poner delgada. Tal vez se presenten problemas de memoria, y las articulaciones y músculos podrían sentirse entumecidos y adoloridos.

Los cambios se perciben de manera diferente dependiendo de la cultura a la que pertenezca la mujer; investigadoras recomiendan ayudar a las mujeres a participar activamente en el manejo de los síntomas de la menopausia incluyendo estrategias de autocuidado lo que contribuirá a que las mujeres sientan control sobre los síntomas de la menopausia y sobre la salud en general (56). Para mejorar el cuidado a las mujeres durante esta etapa se recomienda usar la mejor evidencia posible, familiarizarse con la cultura y con las influencias sicosociales, empoderando a las mujeres para tomar decisiones respecto a su cuidado.

RETOS Y PERSPECTIVAS PARA EL CUIDADO

Solamente señalaré lo relacionado con la función cognitiva a manera de ejemplo y unas pocas líneas para ilustrar el campo tan amplio que está por explorar y dada la importancia de los aspectos que tienen que ver con las percepciones y la memoria entre otros, para los seres humanos y en particular para las mujeres. Las mujeres después de la menopausia vivirán por muchos años, entre 25 y 35 más según las tendencias y las proyecciones.

Menopausia y función cognitiva. Los resultados de investigación aún no son concluyentes además que algunos estudios no son comparables entre ellos porque se han usado diferentes diseños de investigación y diferentes instrumentos; mucha discusión ha surgido después del reporte sobre la memoria, del estudio denominado *Women's Health Initiative* (WHI) con mujeres entre 65 y 79 años, en el que se encontró efecto negativo de la terapia hormonal, se discute sobre el efecto de la terapia hormonal pero en edades más tempranas a esas de dicho estudio; es decir, si la administración de estrógenos cuando se inicia la postmenopausia tiene efecto positivo sobre la función cognitiva (57 - 60).

Los estudios aún no son concluyentes al respecto. Los resultados son inconsistentes y conflictivos (59). Este mismo editor se refiere a un estudio de corte longitudinal con una muestra de 800 mujeres que se seleccionaron al azar y con requisitos de inclusión claramente definidos en términos de la edad, no estar en la postmenopausia y no tener histerectomía, las cuales se siguieron por seis años. Se evaluaron las funciones cognitivas de memoria y velocidad perceptual; la hipótesis respecto a que esas funciones cognitivas podrían declinar con el paso de la menopausia no fue confirmada; observaron pequeñas mejorías con el tiempo en las medidas hechas pero no confirmaron la hipótesis (60).

Otro estudio longitudinal con 2.500 mujeres cuyas medidas se iniciaron años antes de la menopausia y después se siguieron a la edad de 43 y 53 años, no

reportó una influencia significativa de la menopausia sobre la función cognitiva tomando en contexto la habilidad previa (61). Se necesitan más estudios al respecto. Como lo señalan algunos autores existe una relación compleja entre el ánimo, la memoria y las hormonas durante la menopausia (63, 64).

RECOMENDACIONES

Controles periódicos con el proveedor de cuidados de salud. Chequearse regularmente la presión arterial y los niveles de triglicéridos, la glucosa, la lipoproteína de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés), la lipoproteína de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés) y el nivel de colesterol. Se aconseja que la mujer hable con su proveedor de salud para averiguar qué puede hacer para proteger su corazón.

Para otras recomendaciones, recordar que automedicarse o no cumplir con los controles no es lo mejor; cuando se recibe terapia de reemplazo hormonal (TRH) se tienen efectos benéficos pero también existen efectos secundarios indeseables.

La posición de la Sociedad Norteamericana de Menopausia y de la Sociedad Colombiana de Menopausia, es que el uso de la terapia hormonal (TH) debe ser consistente con la finalidad del tratamiento y los riesgos y beneficios de una mujer individualmente. La relación riesgo-beneficio de una mujer individual cambia continuamente con la edad y los síntomas relacionados con la menopausia.

Las recomendaciones de tratamiento son diferentes para mujeres que experimentan menopausia prematura, para aquellas que tienen más de 60 años y han usado terapia anteriormente por varios años y para las que son usuarias por primera vez. Es muy importante que la mujer reciba información clara al respecto. Es indispensable que las y los clínicos se encarguen de que las mujeres entiendan los factores básicos de riesgo. El riesgo es definido como la posibilidad de daño; lo que no indica que el daño vaya a ocurrir (65, 66).

El mensaje sobre el uso apropiado de la terapia hormonal sigue siendo el mismo: tomarla sólo para los síntomas molestos de la menopausia, durante el período de tiempo más corto posible y a la menor dosis posible (63). Se recomienda proporcionar cuidado a la mujer de acuerdo con las necesidades que se le presenten; actualmente operan en diferentes instituciones de salud las clínicas de menopausia que proporcionan atención a las mujeres a través de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas –entre ellas de enfermería– que conocen de esta transición, del tratamiento y del desarrollo de programas en los que el cuidado a la mujer es importante.

REFERENCIAS

1. Pelcastre-Villafuerte, B. y Garrido-Latorre, F. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública Mex.* 2001; 43: 408-414.
2. Salamonovitz, A. Del silencio a la palabra. Reflexiones psicoanalíticas sobre la depresión. México, D.F.: Círculo Psicoanalítico Mexicano, 1999.
3. Araya Gutiérrez, A.; Urrutia Soto, M.T. y Cabieses Valdés, B. Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del período. *Ciencia y Enfermería.* 2006; 12 (1): 19-27
4. Schumacher, K.L. y Meleis, A.I. Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of nursing scholarship,* 2004; 26, 119-127.
5. Chick, N. and Meleis, A.I. Transitions: A nursing concern. In: P.L. Chinn, *Nursing research methodology: Issues and implementation (237-257).* 1986.
6. Schumacher, K.L.; Jones, P.S. y Meleis, A.I. Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. En L. Swanson y T. Tripp Reimer (Eds.), *Advances in Gerontological Nursing: Life transitions in older adult,* Vol. 3, pp. 1-26. New York: Springer Publishing. 1999.
7. Meleis, A.I. y Trangenstein, P.A. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook.* 1994; 42, 255-259.
8. Meleis, A. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. Memorias de las ponencias centrales y páneles, Octavo coloquio panamericano de investigación en enfermería, octubre 9-12 de 2000, Bogotá, Colombia. ACOFAEN. 2000.
9. Dewar, A.L. and Morse, J.M. Unbearable incidents: Failure to endure the experience of illness. *Journal of Advanced Nursing.* 1995; 22, 957 - 964.
10. Daley, O.E. Women's strategies for living in a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing.* 1993; 19 (9), 5 - 9.
11. Canaval, G.E.; Jaramillo, C.D.; Rosero, D.H. y Valencia, M. La teoría de las Transiciones y la salud de la mujer. *Aquichan.* 2007; 7 (1): 8 - 24.
12. Davis, L.L. y Grant, J.S. Constructing the reality of recovery: family home care management strategies. *Advances in Nursing Science.* 1994; 17 (2), 66-76.
13. Im, E. y Meleis, A.I. A Situation-Specific Theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Image: Journal of Nursing Scholarship.* Vol 31, No. 4, 333- 338. 1999
14. Canaval, H.O. Terapia no hormonal en el climaterio. En: Gómez, G., Onatra, W., Sánchez, F. *Climaterio y Menopausia.* Cali. Centro Editorial Catorse. 2004.
15. Im, E. Neglecting and ignoring menopause within a gendered multiple transitional context: Low income Korean immigrant women. Doctoral dissertation. University of California. San Francisco. 1997.
16. Huenchaun, S. (Ed.). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.* Cepal – Celade. Abril 2009. Santiago de Chile.
17. Canaval, H.O. Op. cit.
18. Sánchez, F. Manifestaciones clínicas de la menopausia. En: Gómez, G., Onatra, W., Sánchez, F. *Climaterio y Menopausia.* Cali. Centro Editorial Catorse. 2004.
19. Sánchez, F. y Onatra, W. Terapia de reemplazo hormonal. En: Gómez, G., Onatra, W., Sánchez, F. *Climaterio y menopausia.* Cali. Centro Editorial Catorse. 2004.

20. Berg, J.A. y Taylor, D.L. Symptom experience of Filipino American midlife women. *Menopause*. 1999; 6: 105 – 114.
21. Pariser, S.F. y Niedermier, J.A. Sex and the mature women. *J Women's Health*. 1998; 7: 849 – 859.
22. Susan, B. Sociological perspectives on the medicalization of menopause. *Ann NY Acad Sci*. 1990; 592: 1- 488.
23. Dennerstein, L. Well-being, symptoms and the menopausal transition *Maturitas*. 1996; 23: 147-157.
24. Im, E; Lipson, J.G. Menopausal transition of Korean immigrant woman: A literature review. *Health Care Woman Int*. 1997; 18: 507 – 520.
25. Blümel, J.E.; Castelo-Branco, C.; Binfa, L.; Gramegna, G.; Tacla, X., Aracena, B. et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000; 34 (1), 17-23.
26. Pelcastre-Villafuerte, B. y Garrido-Latorre, F. Menopausia: representaciones sociales y prácticas *Salud Publica Mex*. 2001; 43: 408-414.
27. Beauvoir, S. *La vejez*. México, DF. Hermes, 1980.
28. Bastías, E. & Sanhueza, O. (2004). Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción Chile. *Ciencia Enferm* 10 (1), 41-56.
29. Oliveira, D.M.; Pinto, M.C.J. y Merighi, M.A.B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3):519-526.
30. Frackiewicz, E.J. and Cutler, N.R. Women's health care during the perimenopause. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 800–11.
31. Li, S.; Holm, K.; Gulanick, M. & Lanuza, D. Perimenopause and the quality of life. *Clin. Nurs. Res*. 2000; 9 (1): 6-26.
32. La Valleur, J. Counseling the perimenopausal woman. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am*. 2002; 29 (3), 541-553.
33. Onatra, W. Organización de una clínica de climaterio. En: Gómez, G., Onatra, W. y Sánchez, F. *Climaterio y menopausia*. Cali, Colombia. Centro Editorial Catorse. 2004.
34. Berga, S.L. How stress can affect ovarian function. *Contemp Obstet Gynecol* 1993; Jul: 87–94.
35. Bromberger, I.T.; Matthews, K.A. y Kuller, L.H. et al. Prospective study of the determinants of age at menopause. *Am J Epidemiol* 1997; 145:124 - 133.
36. Jick, H.; Porter, J. y Morrison, A.S. Relation between smoking and age of natural menopause. *Lancet* 1977; i: 1354–5.
37. Torgerson, J.J.; Avenell, A. y Russell, I.T, et al. Factors associated with onset of menopause in women aged 45–49. *Maturitas* 1994; 19: 83.
38. Mahaffey, K.R.; Annett, J.L. y Roberts, J. et al. National estimates of blood lead levels: United States, 1976–1980: Association with selected demographic and socioeconomic factors. *N Engl J Med*. 1982; 307: 573– 579.
39. Wise, L.A.; Krieger, N.; Zierler, S. y Harlow, B.L. Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56: 851-860.
40. Matthews. K.A.; Meilahn, E. y Kuller, L,H, et al. Menopause and risk factors for coronary heart disease. *N Engl J Med*. 1989; 321: 641– 6.

41. Kritz-Silverstein, D. and Barrett-Connor, E. Early menopause, number of reproductive years, and bone mineral density in postmenopausal women. *Am J Public Health*. 1993; 83: 983 – 8.
42. Posición de la Conferencia del NIH sobre el manejo de los síntomas menopáusicos. *Rev. Col Menopausia*. 2005; 11 (2): 186 – 187.
43. Miller, R.G. Menopause and Beyond. En Fiebach N, Kern H, Thomas DE, Patricia A, Ziegelstein RC. (Eds.). *Principles of Ambulatory Medicine*, 7th Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Capítulo 106.
44. Triviño, Z.V.; Merino, J.M. y Stiepovich, J. Conocimientos peri-postmenopausicos en mujeres colombianas, una validación psicométrica. *Ciencia y Enfermería*; 12 (2): 23-33, 2006.
45. Canaval, H.O. Expertos piden a las mujeres prepararse para aprovechar la menopausia. 2007. EFE. Acceso Agosto de 2009. Disponible en: <http://www.salud.com/secciones/salud_femenina.asp?contenido=257780>
46. Lyndaker, C. & Hulton, L. The influence of age on symptoms of perimenopause. *JOGNN*. 2004; 33(3), 340-347.
47. Jokinen, K.; Rautava, P.; Makinen, J.; Ojanlatva, A.; Sundell, J. & Helenius, H. Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56- year-old women. *Maturitas* 2003; 46(3), 199-205.
48. Illanes, E.; Bustos, L.; Lagos, X.; Navarro, N. & Muñoz, S. (2002). Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco. *Rev. Med Chil*. 130 (8), 885-891.
49. Bastías, E. & Sanhueza, O. (2004). Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción Chile. *Cienc. Enferm* 10 (1), 41-56.
50. Araya Gutiérrez, A.; Urrutia Soto, M.T. y Cabieses Valdés, B. Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del período. *Ciencia y Enfermería*. 2006; 12 (1): 19-27
51. Gracia, C.R.; Sammel, M.D.; Freeman, E.W.; Liu, L. and Hollander, L. & Nelson, D.B. (2004). Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause* 11 (2), 144-150.
52. Blümel, J.E.; Castelo-Branco, C.; Binfa, L.; Gramegna, G.; Tacla, X.; Aracena, B. et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000; 34 (1), 17-23.
53. Almeida, L.H.R.B; Luz, M.H.B.A y Monteiro, C.F.S. Ser 25 mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2007 Jul-Set; 15(3):370-5.
54. Schapira, M.M.; Gilligan, M.A.; McAuliffe, T.L. and Nattinger, A.B. Menopausal hormone therapy decisions: insights from a multi-attribute model. *Patient. Educ. Couns*. 2004; 52 (1): 89-95.
55. Freeman, E.; Sammel, M.; Liu, L.; Gracia, C.; Nelson, D. and Hollander, L. Hormones and Menopausal Status as Predictors of Depression in Women in Transition to Menopause. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(1):62-70.
56. Hall, L.; Callister, L.C.; Berry, J. and Matsumura, G. Meanings of Menopause: Cultural Influences on Perception and Management of Menopause. *J Holistic Nursing*. 2007; 25 (2): 106 -118.

57. The Women's health initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. The Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 ; 291 : 1707 – 1712.

58. Espeland, M.A.; Rapp, S.R. and Shumaker, S.A. et al. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. *JAMA* 2004; 291: 2959- 2968.

59. Shumaker, S.A.; Lagault, C. and Kuller, L. et al. Conjugated equine estrogens and incidence of probably dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. *JAMA* 2004; 291: 2947-2958.

60. Barlow, D.H. What do we think about cognition and menopause? Editorial. *Menopause*. 2006 13 (1): 4 – 5.

61. Meyer, P.M.; Powell, L.H. and Wilson, R.S. et al. A population-based longitudinal study of cognitive functioning in the menopausal transition. *Neurology* 2003; 61:801-806.

62. Kok, H.S.; Kuh, D. and Cooper, R. et al. Cognitive function across the life course and the menopausal transition in a British birth cohort. *Menopause*. 2006; 13: 19-27.

63. Karlamangla, A.S.; Geffen, D. y Henderson, V. Health Day News, 2009. Health Day News. La memoria sufre con la Menopausia Mayo 25 de 2009. Acceso Mayo 26 de 2009. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_84765.html>

64. Weber, M. and Mapstone, M. Memory complaints and memory performance in the menopausal transition. *Menopause*. 2009; 16 (4): 694 – 700.

65. North American Menopause Society – NAMS. Comunicado de la Posición sobre Uso de Estrogenos y Progestágenos en Menopausia. *Rev Col Menopausia*. 2008; 14 (4), 302 – 331.

66. Barón, C. y Vásquez, D.A. Terapia de suplencia para la mujer mayor: los riesgos son menores de lo esperado. Posicionamiento de la Asociación colombiana de menopausia. Abril 2006. *Rev Col menopausia*. 2006; 12 (1): 43 – 44.

BIBLIOGRAFÍA

- Adlersberg, M.; Y. Thorne, S. Emerging from the chrysalis: Older windows in transition. *Journal of Gerontological Nursing*, 16 (1), 4 – 8. 1990.

- Bridges, W. *Transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley. 1980.

- Davies, S. Meleis's theory of nursing transition and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 52, No. 6, 658-671. 2005.

- Catanzaro, M. *Transitions in midlife: adults with long-term illness*. *Holistic Nursing Practice*. 1990; 4, 64-73.

- Frank, M.E. Transition into midlife. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women Health Nursing*. 1991; 2, 421-428.

- Fishbein, E.G. Women at midlife: The transition to menopause. *Nursing Clinics of North America*. 1992; 27, 951-957.

- Hollander, J. & Haber L. Ecological transitions: Using Bronfenbrenner's model to study sexual identity change. *Health Care for Women International*. 1992; 13, 121-129.

- Imle, M.A. Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. *Holistic Nursing Practice*. 1990; 4, 25-36.
- Johnson, M.A; Morton, M.K y Knox, S.M. The transition to a nursing home: Meeting the family's needs. *Geriatric Nursing*. 1992; 13, 299- 302.
- Jones, P.S. y Meleis, A.I. Health is empowerment. *Advances in Nursing Sciences*. 1993; 15 (3), 1-14.
- Kenner, C. y Lott. J.W. Parent transition after discharge from the NIUC. *Neonatal Network*. 1990; 9, 31 - 37.
- Reeder, S. *Enfermería Materno-Infantil*. 15a. Edición. Editorial Harla, México. 1990.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

LA MUJER Y LA "ENFERMEDAD DE LA OSCURIDAD"

La depresión es un fenómeno multidimensional que tiene sus raíces en la experiencia de vida de las mujeres la cual también es en su naturaleza multidimensional. La depresión es nombrada por las mujeres como “enfermedad de la oscuridad”; otro nombre para referirse a ella es “infelicidad”, estos términos capturan la experiencia de vida y el significado que la mujer le atribuye a la depresión. Los problemas de salud mental de las mujeres con frecuencia se medicalizan y como resultado el tratamiento a veces resulta muy sencillo, se reduce a unas “simples píldoras” que enmascaran problemas sociales, dolor emocional, conflictos con la pareja, violencia de pareja y violencia en general (1).

La depresión es una situación que altera la salud mental, es frecuente en las mujeres, se “normaliza”, se hace invisible y no se atiende. Este capítulo sobre la depresión en las mujeres hace énfasis en la perspectiva de género, identifica elementos que arrojan luces al trabajo que realizan investigadores, prestadores de servicios en salud y bienestar, cuidadores y quienes toman las decisiones.

Los problemas que alteran la salud mental como sucede con la depresión afectan el funcionamiento y el papel que desempeñan las mujeres; como resultado se modifican las relaciones que establecen con los demás y con las comunidades con las que interactúa; a su vez se altera el cuidado que las mujeres proporcionan a los padres, a los hijos y a la familia y el autocuidado.

A lo largo del capítulo me referiré a depresión –diagnóstico de depresión– sin hacer diferencia entre la clasificación de depresión mayor o menor, y en otros momentos a sintomatología depresiva; en algunas citas y párrafos me referiré a depresión en cualquier momento de la vida de la mujer y en otros específicamente a depresión en el embarazo o en el postparto. Se hace así porque el objetivo es mostrar, indistintamente de la clasificación,

que el tema de la depresión es una situación común a muchas mujeres, que las afecta grandemente y que requiere atención en los servicios de salud, al mismo tiempo la intención es destacar las necesidades de cuidado que presentan las mujeres con esta situación; algunas inquietudes surgidas de investigación también se resaltan.

Las enfermedades que alteran la salud mental y neurológica más prevalentes, en orden decreciente, según O'Connor (2), son:

- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Alzheimer
- Desórdenes de alimentación
- Parkinson

La depresión es una de las mayores causas de discapacidad; según diversos autores es la cuarta causa en el mundo que produce discapacidad como también es la causa líder de sobrecarga por enfermedad no fatal; en los países occidentales es la primera razón de discapacidad en mujeres (3, 4, 5). Un estudio en 10 países de las Américas, de Europa y Asia reportó que el episodio de depresión mayor alguna vez en la vida varió entre 3% (Japón), y 16% (Estados Unidos) (6). La depresión es un problema de salud pública común a muchas sociedades; es una enfermedad que no es diagnosticada en muchos casos, por lo cual la mujer no recibe tratamiento; puede pasar que transcurra un largo tiempo antes de ser determinada por un profesional de la salud. Para algunas mujeres esta situación ocurre de manera inadvertida con alguna frecuencia (7); se calcula que cerca de dos tercios de las mujeres con depresión no reciben tratamiento (8).

Las mujeres tienen mayores tasas de incidencia de depresión que los hombres; la prevalencia de depresión también es mayor en las mujeres; se ha reportado entre uno y medio a tres veces mayor (9); una interpretación es que los hombres tienen otros métodos de afrontamiento; en los hombres existe una fuerte asociación entre depresión y suicidio comparado con las mujeres, esta situación podría mostrar que los métodos de afrontamiento entre hombres y mujeres son diferentes, las mujeres realizan más acciones de búsqueda de salud (1).

Las mujeres, jóvenes, divorciadas o separadas tienen tasas más altas de depresión en comparación con la población de hombres, con las mujeres mayores y con personas casadas o unidas. La depresión puede cursar con otra alteración; en general, el 75% de las personas con depresión mayor alguna vez en su vida o recientemente, tienen al menos un problema adicional de salud mental (abuso de sustancias psicoactivas, ansiedad), u otra alteración como diabetes o factores de riesgo como estrés y pobreza (10).

Para algunas personas con episodios de depresión, estos se resuelven en

unas pocas semanas o meses; sin embargo, se estima que entre el 30% y el 50% de adultos la depresión es recurrente (11); paradójicamente la depresión es uno de los desórdenes de salud mental que tiene un tratamiento efectivo, depende en parte del diagnóstico temprano y puede ser prevenida.

La depresión es universal. Moussavi y col. (12) en su prominente estudio en 60 países de todas las regiones del mundo estimaron que la prevalencia en un año de un solo episodio de depresión fue de 3.2%. La depresión afecta grandemente a la mujer; la magnitud de su impacto se extiende a la familia y a los hijos que dependen del cuidado de la madre. En ese sentido la depresión ha sido vista como un desorden multigeneracional de graves consecuencias no sólo económicas sino sociales, personales, familiares; repercute en el ausentismo laboral, en la productividad, en la crianza de los hijos; aumenta las tasas de suicidio, se asocia a la no adherencia al tratamiento de enfermedades como la diabetes, el VIH y la enfermedad coronaria; también se ha reportado que la depresión afecta la salud de las personas con cáncer; los índices de mortalidad reportados en personas con cáncer alcanzan hasta 25% más en los pacientes que se sintieron deprimidos y 39 por ciento más entre aquellos a los que se diagnosticó depresión (8, 13, 14, 15).

Así como la depresión en general se presenta en mayor proporción en las mujeres que en los hombres, también la depresión postparto se evidencia con mayor frecuencia en mujeres que en hombres [la literatura científica ha descrito la depresión postparto en hombres (hombres compañeros de las mujeres que han tenido parto; es decir, el papa del recién nacido), es un tema raro y poco tratado en la literatura]. Igualmente la depresión es diferente según la etnia y el estado socioeconómico. La prevalencia de la depresión en población de mujeres negras afroamericanas y en mujeres originarias del Caribe es de 56%, mientras que en mujeres blancas americanas es del 38.6% (3). La prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos es alta (42%); los estudios hechos midieron la sintomatología depresiva con el empleo de la escala CES-D (16)*. En Europa se estima que entre el 15 y el 17% de las personas sufren depresión (17).

En Colombia las cifras sobre depresión en el embarazo y postparto, de un estudio longitudinal con una muestra no aleatorizada de mujeres de estrato socioeconómico bajo y medio, señalan que el 50% de ellas tuvieron sintomatología depresiva tanto en el embarazo como en el postparto, las medidas se hicieron con la escala CES – D* (19); otros estudios han mostrado cifras de depresión postparto en mujeres adultas entre el 15% y el 34% (20), también en Europa y en Asia Huang y Mathers (21) reportaron cifras de

* La escala CES – D, instrumento del Centro de Estudios Epidemiológicos de Filadelfia, ha sido usada extensamente, está traducida al español, ha mostrado alta consistencia interna (confiabilidad) y validez de construcción con una estructura por factores semejante en muestras con mujeres y poblaciones de diversa índole (18); también se usan otras escalas como la de Depresión de Edimburgo.

depresión postparto del 18% para mujeres del Reino Unido y de 19% para mujeres de Taiwan.

El más reciente estudio Nacional de Salud Mental en Colombia – 2003 (22) con base en una muestra probabilística encontró para el trastorno psiquiátrico que ocho de cada 20 colombianos lo tuvieron alguna vez en la vida, que tres de cada 20 en los últimos 12 meses, y uno de cada 14 lo presentaron los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes fueron ansiedad con 19.3% (alguna vez en la vida), seguido por los trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar, otros trastornos del estado de ánimo) con el 15% y los de uso de sustancias psicoactivas con 10.6%.

De acuerdo con los resultados de la misma encuesta (22), la prevalencia de depresión mayor y menor en los últimos 12 meses fue de 7.3% y de 0.9%, respectivamente, para las mujeres, cifra que dobla los datos reportados para los hombres, las cuales fueron de 3.5% y de 0.5%. En contraste a lo anterior solamente una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. Adicionalmente, entre los trastornos por uso de sustancias (prevalencia del 10.6%), el abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de alcohol es de 6.7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo muestra que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

En resumen, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres. Los trastornos mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan. La depresión causa la mayor proporción de discapacidad en el mundo de acuerdo con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (22) y con lo que ha señalado Noble (5) que en los países occidentales la depresión es la mayor causa de discapacidad por enfermedad.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Los síntomas y signos de la depresión son variados; se presenta una lista de los síntomas y signos que son frecuentes en las personas deprimidas (8):

- Tristeza persistente.
- Ansiedad, sensación de “mente vacía”.
- Pérdida de interés o placer en las actividades, incluyendo las sexuales.
- Cansancio, irritabilidad, llorar mucho.
- Sentimientos de culpabilidad, de minusvalía, de desesperanza, de pesimismo.
- Dormir mucho o poco, despertarse temprano en la mañana.
- Pérdida de apetito o de peso.

- Disminución de la energía para las actividades diarias, fatiga, sentirse “baja de ánimo”.
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento como dolor de cabeza, desórdenes digestivos y dolor crónico.

DEPRESIÓN Y GÉNERO

Como se presentó en el capítulo de *Perspectiva de Género*, la categoría de género, como la de etnia y el estado socioeconómico, es vista como un factor de desventaja social (23); la desventaja social es un conjunto de características de la identidad del individuo o las circunstancias que limitan el grado de ventaja social, económica, política ya sea absoluta o relativa; factores de desventaja social como el género predicen el aumento en el estrés que viven las mujeres (24), igualmente el género, juega un papel significativo en el comienzo y desarrollo de la interiorización de síntomas en mujeres adolescentes (25, 26). La interiorización de síntomas está asociada con trastornos de ansiedad, depresión y desórdenes de alimentación entre otros, los cuales se presentan desde la adolescencia y son más prevalentes en mujeres que en hombres (27).

Como se expresó anteriormente la depresión en general, es mayor en las mujeres que en los hombres. Los hombres compañeros de las mujeres en embarazo y en postparto sufren también depresión en ambos períodos, pero la proporción es menor que en las mujeres en estas dos etapas; Escribana-Aguir (28) reportó cifras de depresión en el embarazo, en una muestra de 687 mujeres de 10.3% y en 669 hombres de 6.5% medidas con la escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Las cifras de depresión postparto reportadas para mujeres varían entre del 18 al 37% y en hombres del 5 al 13% (29, 30, 31, 32, 33).

Las cifras en general muestran que una de cada cuatro mujeres experimenta depresión alguna vez en su vida (8); a la edad de 13 años las mujeres empiezan a desarrollar significativamente más episodios de depresión que los hombres, una diferencia de género que incrementa con la edad (34); esa tendencia persiste en la etapa de mujer adulta; se ha indicado que las mujeres tienen dos veces mayor probabilidad de presentar depresión en comparación con los hombres (35).

El estatus social basado en el género puede producir un gran impacto en el autoconcepto, en la autoestima, en las estrategias de afrontamiento y en algunos comportamientos, y también puede incrementar la vulnerabilidad a ciertos problemas de salud mental como la depresión (34).

El estrato socioeconómico (ESE) es una característica que tiene gran relevancia con respecto a los resultados en salud (36); la investigación en este

campo indica la existencia de un gradiente socioeconómico en los resultados de la salud mental de adultos que muestra más altas tasas de depresión a menores niveles de estado socioeconómico (37). También estudios transversales y prospectivos muestran que los síntomas depresivos se presentan en adolescentes de manera diferencial según los contrastes de estado socioeconómico (38). Se han dado explicaciones para estas diferencias; se ha indicado que el estrés tiene influencia en la salud mental, se ha encontrado asociación entre el estrés y el estrato socioeconómico; quienes tienen bajo ESE presentan mayor estrés. Los adolescentes muestran que la desventaja social predice mayor estrés lo cual puede producir resultados negativos en salud (24, 25).

Adicionalmente la investigación ha mostrado que los recursos personales median entre la desventaja social y los resultados en salud mental. Jóvenes que han crecido en hogares con desventaja socioeconómica son menos optimistas, esos niveles de menor optimismo dan cuenta de los mayores niveles de estrés (39).

LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia de pareja tanto en mujeres adolescentes como adultas se asocia con efectos de menoscabo de la salud mental particularmente con la sintomatología depresiva (40); es relevante también la violencia de pareja y sus consecuencias en el contexto de la maternidad; la transición de ser madre comienza durante la etapa de embarazo cuando las madres y padres empiezan a formar los lazos emocionales con el bebé y continua por un cierto tiempo después del nacimiento; durante esa época se presentan cambios emocionales significantes y se realizan ajustes que son necesarios (28, 41, 42); como consecuencia de esto las mujeres son más vulnerables a la enfermedad mental durante la etapa del postparto. La evidencia sugiere que la depresión postparto es parte de un continuo que se inicia en el embarazo (43).

En las mujeres en embarazo se incrementa el riesgo de tener situaciones de violencia de pareja; particularmente las mujeres adolescentes pueden tener efectos de victimización en virtud de su edad más joven y de su estado de embarazo (44); las madres adolescentes están en alto riesgo de sufrir violencia de pareja lo cual puede aumentar la probabilidad de presentar depresión cuando adultas; poco se conoce sobre la trayectoria de los efectos de la violencia de pareja sobre la sintomatología depresiva de las madres adolescentes. En las mujeres adultas en situación de violencia de pareja de Cali, Colombia, que reportan su situación a las Comisarías de Familia se encontró que la duración promedio de esta situación es de 13 años; adicionalmente que los efectos en la salud mental de las mujeres son muy grandes, no sólo en la sintomatología depresiva sino en el estrés postraumático y en distrés (5, 46).

Un estudio prospectivo (44) con 229 madres adolescentes de Estados Unidos, realizado para evaluar el efecto de la exposición a la violencia de pareja (VP) sobre la trayectoria en el tiempo de los síntomas depresivos y la probabilidad de presentar esos síntomas a la edad de 28 años (controlando por niveles de inseguridad económica), mostró que la VP en la adolescencia se relaciona con vulnerabilidad temprana a la depresión; tanto la VP acumulativa como concurrente predijeron la probabilidad de sintomatología depresiva a la edad de 28 años; adicionalmente el seguimiento indicó que la VP en las adolescentes está asociada con mayor nivel de VP cuando adultas y que las mujeres que reportan VP tanto de adolescentes como de adultas tienen mayores promedios de sintomatología depresiva.

Estos hallazgos sugieren que la exposición a VP en la adolescencia puede alterar el curso de la vida de las mujeres jóvenes, incrementa el riesgo de exposición continua a la VP cuando adultas y a su concomitante efecto sobre la salud mental; hallazgos que están acordes con otro estudio semejante (47).

Es de notar que las desventajas en un campo de la vida tal como las que trae el impacto de la VP y la violencia basada en el género pueden disminuir las oportunidades en otros campos de la vida de las mujeres. La VP en la adolescencia tiene un efecto temprano que moldea otros aspectos del desarrollo importantes durante la transición a la adultez y que afecta otros dominios que, a su vez, lesionan la salud mental como por ejemplo, el tener poco contacto con la red de apoyo a la mujer, no asistir a la escuela o no conseguir trabajo (45, 48, 49).

Esas formas de control social y aislamiento pueden en el futuro poner a la mujer en desventaja e iniciar una cadena de eventos que la predisponen a mayores problemas mentales y a su vez a evitar otras situaciones de estrés como iniciar nuevas relaciones sociales o buscar empleo, adicionalmente reduce las oportunidades económicas y sociales; si esto ocurre sería importante en investigación futura identificar esos factores para posteriormente desarrollar intervenciones apropiadas. Las cifras de VP en adolescentes mientras están en la etapa de noviazgo varían entre el 8% y el 56%; estos valores son generalmente más altos que los de las mujeres adultas (50). Mujeres menores de 20 años reportaron mayores tasas de violencia de pareja que mujeres mayores, los valores variaron entre 18.5% y 20% para madres jóvenes y entre 4.4% y 14.2% para mujeres mayores (51 - 53).

LA DOBLE AMENAZA

La doble amenaza señala que dos o más eventos simultáneos o dos o más factores que actúen como fuentes de desventaja social pueden interactuar para producir un efecto no deseado; de acuerdo con McLeod y Owens (38) el estrato socioeconómico - ESE bajo y el género femenino juntos producen un efecto más potente en adolescentes mujeres que en adolescentes hom-

bres. El ESE bajo es fuente de varios estresores y al mismo tiempo la persona tiene pocos recursos para afrontarlos. Entre los factores protectores que estarían faltando a adolescentes de ESE bajo está la protección y monitoreo de los padres (54).

Vivir en barrios caracterizados por viviendas de baja calidad está asociado con mayor probabilidad de depresión. Igualmente, vivir en barrios de ESE bajo, con desorganización social y en áreas deprivadas económicamente está asociado con depresión (55, 56).

En sociedades de países en vía de desarrollo, entre ellos Colombia, hoy día, muchos hogares de ESE bajo son hogares monoparentales, generalmente con toda la responsabilidad en cabeza de la mujer lo que resta la posibilidad de contar con el monitoreo de los padres; en Colombia la jefatura femenina en el hogar era del 26% según datos del DANE (57). Adicionalmente en los hogares de ESE bajo se presentan otras situaciones como la depresión de la madre, el maltrato infantil, el abuso sexual y el conflicto de pareja, situaciones que aumentan la fuente de estresores (39, 58, 59).

En las mujeres adultas también se han hecho estudios con respecto a la doble amenaza. La investigación encontró asociación entre ser pobres cuando niñas y mayor probabilidad de presentar depresión en la edad madura (60); la poca educación puede estar asociada con mayor desventaja social y psicológica en las mujeres que en los hombres. Se ha encontrado que el ESE bajo a la edad de 5 años puede tener un impacto más negativo de riesgo de depresión, ansiedad e interiorización de síntomas durante la adolescencia en niñas que en niños (61, 62).

La asociación entre el ESE y la depresión no es del todo concluyente (63). Investigadores como McLeod y Owens (38) encontraron resultados diferentes para la doble amenaza entre género y ESE en una muestra representativa de niños y niñas con datos tomados cuando tenían entre 10 y 11 años, seguidos hasta la edad de 14 y 15 años; la pobreza predijo menor competencia escolar y menor autovalía de manera más fuerte en las niñas que en los niños; pero la pobreza predijo mayor depresión en los niños que en las niñas. Otro estudio con adolescentes no encontró diferencias entre hombres y mujeres adolescentes por la asociación entre ingresos y sintomatología depresiva (64). Se requieren más estudios al respecto.

DEPRESIÓN Y RECIPROCIDAD EN LAS RELACIONES

La depresión en las mujeres puede ser considerada por ellas mismas, por los agentes de salud, por la familia y por la comunidad que las rodea como una respuesta “normal” a la que no se le dedica atención alguna. La depresión en las mujeres es una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria; a pesar de esto, en diferentes culturas se le da poca atención, los síntomas de tristeza, son vistos como parte de la vida cotidiana

de las mujeres o como un tabú, y como consecuencia muchas mujeres viven su situación de depresión con poca ayuda.

Los cambios en el contexto sociocultural asociados con las migraciones, el urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en su calidad de vida (19).

Existen nexos entre las relaciones interpersonales con los miembros de la familia y allegados, con el recibir apoyo y la presencia de síntomas depresivos en la mujer (7). Ser casada, tener buenas relaciones con el esposo y tener personas que le dan apoyo está relacionado con menor nivel de depresión (65).

Datos señalan que la depresión puede surgir en personas que tienen relaciones donde no hay reciprocidad (7); la falta de reciprocidad en las relaciones produce estrés. El riesgo de depresión en la mujer puede disminuir con las relaciones sociales de apoyo; las mujeres también pueden reaccionar más sensiblemente como proveedoras de ayuda cuando las personas allegadas a ellas la necesitan a diferencia de la respuesta de los hombres cercanos a ellas (66).

A partir del modelo propuesto por Taylor y col. (67) en el que se sugiere que el comportamiento de ayudar o dar apoyo a otros se relaciona con el estado de salud y que las conductas de cuidado con los familiares más cercanos producen un estado emocional positivo mediado por la liberación de hormonas reproductivas tal como la oxitocina; se postuló que las hormonas tienen efecto inhibitorio a las respuestas de estrés y que promueven un efecto positivo sobre el estado emocional. Más tarde fue propuesto que la respuesta de quien recibe el apoyo es muy importante y que la reciprocidad es la que cuenta; se ha anotado que la mujer se afecta más que el hombre cuando se pierde la reciprocidad (68, 69).

Es necesaria mayor evidencia; sin embargo, a diferencia de los hombres, las mujeres sufren más por la alteración del balance en la reciprocidad con sus familiares cercanos y significativos. En el estudio cualitativo reportado por Canaval, González, Tovar y Valencia (70) muchas de las mujeres que mostraron sintomatología depresiva tenían relaciones de poca reciprocidad con su compañero.

El Instituto Kinsey iniciará un proyecto sobre el papel de la oxitocina en la depresión postparto. Al respecto la Dra. Rupp, investigadora del instituto Kinsey, expresó: “La depresión no solamente puede interferir con la habilidad de la nueva madre en el cuidado del recién nacido sino que puede generar confusión en su familia”. Ella y sus colegas estudiarán sobre el papel de la oxitocina, hormona que reduce el estrés fisiológico y promueve las conexiones sociales, al amortiguar la depresión a través de las influencias sobre la respuesta neural al estrés e interrumpiendo el proceso de alguna manera en las mujeres que sufren depresión postparto (71).

ESTRÉS, SITUACIONES ESPECIALES Y DEPRESIÓN

En las mujeres que viven en condiciones de gran pobreza, con estresores crónicos, los factores relacionados con el trabajo y el hogar se asocian de manera separada con el estrés (72), por ejemplo, mujeres con tasas altas de desempleo. Mujeres con enfermedades crónicas como enfermedad cardiovascular, diabetes, y otras condiciones que minan su salud tienen mayores necesidades y se tornan altamente vulnerables a la depresión.

El apoyo social se relaciona con depresión de manera inversa; este apoyo se pierde cuando las redes sociales disminuyen como sucede a las mujeres en contexto de desplazamiento o inmigrante; ejemplo de ello ocurre con las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos con sintomatología depresiva quienes tienen altos niveles de aculturación lo que hace suponer que presentan altos niveles de estrés. Otro ejemplo es el de un estudio longitudinal con mujeres colombianas con depresión postparto que encontró relación inversa con el apoyo social (19).

En un estudio cualitativo sobre la depresión en mujeres afroamericanas Waite y Killian (73) mostraron como las mujeres tienen múltiples situaciones relacionadas con su diario vivir lo que les hace difícil realizar su autocuidado. Una de las mujeres expresó, en relación con su salud, que ésta era pobre; la explicación sobre esta condición indicó que estaba ocasionada por el estrés adicional debido a problemas con la glicemia y la presión arterial; *“con cada una de esas molestias, no tengo tiempo ni energía para lidiar con los problemas de azúcar en la sangre”* [...] dijo; y continuó: *“me dijeron (se refiere a los proveedores de cuidados de salud): usted no debería hacer esto. Ni esto [...] pero yo necesito vivir y cuidar a mi familia, yo hago las cosas que debo hacer lo mejor que puedo”*.

Otras mujeres mencionaron que el problema de la depresión es originado por el trauma que han experimentado en la niñez o en la etapa de adultas, tal como abuso sexual, violación, violencia contra la mujer; una mujer dijo: *“Pensar en las cosas que le han pasado a una desde cuando era niña hasta ahora no es agradable. Usted trata de ser positiva, pero el dolor que se siente de manera constante la hace sentirse deprimida”*; otras mujeres dijeron que esas experiencias negativas no fueron discutidas en el contexto de la vida diaria (73, p. 5).

Dos estudios realizados en diferentes contextos de cierto modo similares, sobre las vivencias de las mujeres, ilustran acerca de las necesidades que ellas tienen. Una de las investigaciones con mujeres de la ciudad de Cali, Colombia, sobre la experiencia del embarazo y del postparto, realizada con metodología cualitativa mostró como las mujeres atraviesan situaciones durante el embarazo, muchas veces no deseado, que se relacionan con las creencias culturales, las presiones de la familia, la vida en pareja, entre otros; una mujer dijo *“me sentí mal por la edad (se refiere a que era una mujer adulta mayor de 35 años), sentí mucha depresión por tener mis*

hijos tan grandes, hay uno de 15 años, tuve un amigo que me aconsejó que no era ni la primera ni la última y me ayudó a salir adelante, me resigné a tener el bebé.” (70, p. 36).

El otro estudio relacionado con la manera de afrontar situaciones de estrés (Waite y Killian), una mujer expresó: *“Estuve extenuada y disgustada conmigo misma por no ser capaz de hacer lo que yo necesitaba para mí misma y para los niños. Yo siempre estoy haciendo cosas para los otros y tratando de mantener la cabeza por encima del agua al mismo tiempo”* (73, p. 5). Otra mujer del estudio de Canaval y col. dijo: *“sí, tengo problemas con mi esposo, hemos pensado en separarnos [...] la última vez pensamos que es mejor esperar hasta que la niña esté mas grandecita (se refería a la recién nacida) [...] esta situación me tiene muy aburrida”* (70, p. 43).

Para muchas mujeres la expresión somática de distrés psicológico puede ser vista como una expresión de queja mas no como expresión de distrés emocional (74); lo que podría estar asociado ya sea con falta de conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad o con la causa del estigma que se tiene sobre la enfermedad mental. Wang, Fick, Adair y Lai (75) refieren que el estigma hacia las enfermedades mentales existe en todo el mundo; las mujeres con familiares o amigos con depresión tienen menor puntaje en relación con el estigma de la enfermedad mental que entre las que no los tienen. Muchas mujeres y proveedores de salud no reconocen algunos síntomas como indicativos de depresión. Como consecuencia de lo anterior, no se proporciona información a la mujer que consulta, no se le hace el diagnóstico ni se identifican sus necesidades de cuidado; la depresión es un asunto que no se discute.

Estudios epidemiológicos, usando técnica de computo – G, sugieren que los eventos estresantes en la vida predicen la aparición de depresión (76); un estudio sobre eventos estresantes y depresión que soporta esta propuesta, reportó que los eventos estresantes en la vida preceden la subsecuente aparición de depresión (77); otro estudio con población latina también arrojó resultados similares (78). Se ha sugerido que el estrés percibido podría ser originado por razón de no ser capaz de controlar los eventos estresantes, propuesta que se soporta con datos de un estudio que sugiere que el control percibido media la asociación entre estrés percibido y depresión (79). Se ha mostrado el efecto que tienen varias técnicas empleadas como terapias complementarias para reducir el estrés percibido (80). Un meta-análisis mostró que las técnicas para reducir el estrés percibido tuvieron influencia en los resultados tanto físicos como mentales (81).

MADRES ADOLESCENTES Y DEPRESIÓN

La transición de la maternidad es una época de gran importancia tanto en lo psicológico, en el desarrollo y en los cambios biológicos para la vida

de la madre (41, 82). Las mujeres que son madres a menudo experimentan múltiples estresores, entre ellos pocos recursos financieros, cansancio físico, sobrecarga de tareas, restricción y confusión en el rol que desempeñan, aislamiento social y sintomatología depresiva. Una de cada cuatro mujeres adultas en el postparto experimenta alguna forma de estrés emocional (83).

Para las madres adolescentes por no estar preparadas, la maternidad, puede ser un tiempo difícil por las altas demandas de cuidado relacionadas con el embarazo y sus cambios, con el parto, con la lactancia, con el cuidado del bebé y de sí misma. Las tasas de depresión postparto en adolescentes oscilan entre 28% y 67% (84); es importante señalar que el embarazo en adolescentes muestra una tendencia al aumento, por ejemplo, la proporción de adolescentes embarazadas en Colombia es del 21 % cifra que aumenta si las adolescentes pertenecen al grupo de las mujeres desplazadas (85).

Por sí sola la adolescencia es demandante en cuanto en esta época se establece la identidad, se desarrolla la individualidad y se busca la autonomía emocional de la familia de origen (86). Las madres adolescentes deben también integrar los roles que tienen en la vida como hijas, estudiantes, compañeras, adolescentes, con el nuevo papel de madres; ellas pueden enfrentar conflictos, restricción y sentirse confundidas; desarrollar confianza y creer en su propia habilidad para las tareas de la maternidad es también una tarea difícil y estresante que las adolescentes pueden experimentar en tanto que no están preparadas para asumir su nuevo rol.

La depresión postparto tiene múltiples etiologías; incluye factores biológicos, psicológicos, sociales, historia personal de sintomatología depresiva en el embarazo (87, 19). En las adolescentes también la depresión tiene una multicausalidad, intervienen factores de riesgo como la imagen corporal alterada, estrés, conflicto con los padres (82). Factores predictores de depresión postparto en adolescentes son el conflicto con la pareja, la baja satisfacción marital y la depresión en el embarazo (28).

Sumado a lo anterior, algunas madres adolescentes tienen problema con la imagen corporal, recordemos que la adolescencia es el tiempo para la formación de la imagen corporal y que se ha reportado que entre el 40% y el 60% de las adolescentes están insatisfechas con su apariencia (88) y durante la época del embarazo y del postparto se aumenta la autoevaluación de la apariencia; Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia (41) encontraron que durante la transición del embarazo un aspecto sobresaliente fue el cambio en el cuerpo.

Otra dificultad es la relacionada con la competencia maternal, termino semejante a la autoeficacia descrita por Bandura (89). La competencia maternal se refiere a la confianza que tiene la persona de poder realizar ciertas conductas efectivamente. Se ha postulado que esta competencia juega un papel central en la adaptación a la maternidad; las mujeres adultas que son madres han calificado consistentemente de difícil el alcanzar la confianza

en el adecuado desempeño del rol de madres (20); poca competencia puede ser una preocupación para las adolescentes, quienes se pueden sentir criticadas acerca de sus habilidades maternas y para la crianza y pueden recibir consejos sobre cómo actuar que no desean.

APOYO SOCIAL

Las mujeres adolescentes y muy jóvenes que tienen hijos tienen muchos retos que enfrentar pero cuentan con menos recursos y menor apoyo social que las mujeres adultas. El no tener apoyo social puede contribuir a generar otros problemas que son típicos de las adolescentes como conflicto y restricción con el papel que les toca asumir, fracasos educativos, abandono de la escuela o cambios en los horarios escolares, desempleo, relaciones inestables con el padre del bebé, dificultades por la dependencia de su familia y problemas de salud. La investigación en este campo ha mostrado que el aislamiento social, los disturbios relacionados con el peso y la forma corporal y la autoeficacia maternal explican la varianza asociada con la depresión (82, 90, 91).

En general, los hallazgos de investigación señalan que el primer año del postparto es un período de retos para las madres adolescentes independientemente de su origen étnico; en contraste, muchas madres adolescentes confrontan esta época difícil con limitaciones en los recursos tanto psicológicos como sociales por lo cual pueden experimentar distrés; los resultados de investigación de Birkeland, Thompson y Phares (82) muestran que el 29% de las adolescentes en postparto participantes de su estudio tuvieron depresión, con cifras cercanas a las de depresión en mujeres adultas en postparto.

DEPRESIÓN Y CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la depresión se podrían ver con la relación existente entre las acciones hechas o dejadas de hacer de las mujeres y el efecto sobre ellas mismas y sobre quienes la rodean. Las madres con depresión postparto afectan negativamente las interacciones madre-hijo(a) como también el desarrollo cognitivo y social del hijo (92). Los hijos de las mujeres con depresión tienen mayor probabilidad de ser maltratados, lo que podría aumentar si además son mujeres adolescentes (93).

Las mujeres con poco apoyo social, con estrés causado por el rol maternal y afrontamiento inadecuado pueden adoptar prácticas de abuso y maltrato a sus hijos; los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de maltrato (94). Se han reportado cifras que señalan que entre el 36% y el 51% de los niños abusados pertenecen a hogares de madres adolescentes. Existen situaciones adversas para niños criados por madres deprimidas; hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamientos desfa-

vorables, acompañado de bajo peso al nacer, quejas somáticas, accidentes, retardo en el crecimiento, depresión y dificultades en el aprendizaje (95). También se ha señalado que las adolescentes que se deprimieron en el postparto tienen riesgo de depresión cuando adultas (96).

Otras consecuencias de la depresión se relacionan con las conductas en salud, Kaida A, Colman I, Janssen (97) encontraron que existe una fuerte interacción de la edad sobre la asociación entre depresión y la prueba de la citología cérvico-uterina; mujeres de edad media (40 - 49 años y 59 - 69 años) deprimidas reportaron menos pruebas de citología que las mujeres de otros grupos de edad. También se ha reportado que mujeres con cáncer de mama y depresión reportan menos mamografías y atienden menos visitas clínicas en comparación con mujeres con cáncer de mama pero sin depresión (98). Mujeres adultas mayores con diagnóstico de depresión se preocupan más por su salud pero están menos motivadas para realizarse exámenes clínicos (15).

La adherencia al tratamiento en personas con enfermedad crónica y con depresión se altera; las personas seropositivas al VIH que experimentan estados de depresión más o menos prolongados tienen menos probabilidades de seguir fielmente el tratamiento y con el paso del tiempo experimentan más problemas de salud (99, 100, 101, 102).

La combinación de niveles intermedios de estrés vinculado con la tolerancia a la ambigüedad y depresión se asocia de manera significativa con la adhesión al tratamiento y podría emplearse como factor de predicción del fiel cumplimiento de las indicaciones médicas prescritas (15). Estos resultados se deben tener en cuenta al diseñar intervenciones y programas dirigidos a promover la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH.

La depresión es una respuesta frecuente en personas con el virus del SIDA. Valencia, Canaval, Rizo, Correa y Marín (103) encontraron que la sintomatología depresiva fue la más frecuente entre las personas de la muestra del estudio sobre signos y síntomas en personas que viven con el virus del SIDA. Valencia, Canaval, Rizo, Correa y Marín señalan que múltiples creencias negativas y catastróficas relacionadas con el diagnóstico y/o el pronóstico inciden en la respuesta emocional y en el uso de estrategias de afrontamiento. La mayoría de las veces se identifica un bajo nivel de información en los pacientes y/o información distorsionada que va a influir en la vinculación activa con el tratamiento. La forma como conceptualiza el paciente su enfermedad va a determinar en gran medida su respuesta emocional.

En el mismo estudio se encontró que la depresión y los temores o preocupaciones fueron mayores en las mujeres que en los hombres, lo cual ratifica la predominancia de la depresión en el género femenino (103). Así lo demuestran investigaciones como las de Aranda Naranjo y col. (104), quienes entrevistaron 24 mujeres VIH positivas de origen hispano, que recibieron los servicios de una institución de salud, y encontraron que los síntomas más frecuentes fueron fatiga y depresión. La depresión así como

otros síntomas psicológicos inciden en la adherencia y en la calidad de vida (105). La falta de adherencia y los estados emocionales tienen relación con las creencias que el paciente construye y refuerza a lo largo del proceso.

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida también se afecta grandemente con la depresión y viceversa. Los datos del estudio de Canaval, González, Schallmosser, Tovar y Valencia (19) así lo confirman, la depresión correlacionó significativamente y de manera negativa con la calidad de vida en mujeres de la muestra del estudio de depresión postparto. También la depresión es predictor de la calidad de vida según lo reportado en el estudio de las personas que viven con el virus del SIDA realizado por Valencia, Canaval, Rizo y Correa (102). En este estudio los pacientes con mayores puntajes en la escala de calidad de vida, tuvieron mayor acceso a servicios de salud, los que por pertenecer al régimen contributivo podrían tener servicios de mejor calidad; presentaron menos preocupaciones financieras, menor sintomatología depresiva, recibían tratamiento antirretroviral y experimentaron una menor frecuencia e intensidad de síntomas; también evidenciaron menos antecedentes de abuso sexual o físico.

IMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN EN LA PRÁCTICA, EL CUIDADO Y LA INVESTIGACIÓN

Las consecuencias de la depresión en la mujer y para quienes la rodean son grandes y no se mitigan fácilmente; lo ideal es prevenir que esto ocurra. Es importante aumentar el apoyo para la investigación, para la implementación de programas en las instituciones de salud y a nivel comunitario.

La investigación requiere aporte financiero y logística que apoye el desarrollo de investigaciones en salud de la mujer, en salud mental de las mujeres, en apoyo social, en evaluación de programas a la mujer; se requieren más estudios sobre la salud mental de las mujeres específicamente sobre este tema de depresión; las cifras reportadas varían dependiendo de los instrumentos utilizados, la definición de depresión, la época o la etapa en la que se mida y la cultura en la que se apliquen los instrumentos. También se requieren estudios sobre factores de riesgo y que tienen influencia en la aparición de la depresión como eventos estresantes en la vida, bajo apoyo social, conflictos, violencia e insatisfacción marital, depresión del compañero, embarazos no planeados, entre otros.

Son necesarios programas que conduzcan acciones para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección oportuna y que faciliten el tratamiento y el cuidado a las mujeres de manera integral con los diferentes servicios a donde ellas acuden.

Las intervenciones dirigidas a la mujer incluyen la integración de diferentes servicios no solamente el de salud mental, entre los servicios de bienestar y salud es primordial el servicio social a ellas y sus familias entre los cuales se encuentra el programa de apoyo social a mujeres en alta vulnerabilidad social como las adolescentes, las mujeres desplazadas, las mujeres en situación de violencia de pareja, entre otras.

Particularmente en lo que se refiere a las madres adolescentes que están en riesgo alto de experimentar violencia de pareja y sintomatología depresiva es importante no ahorrar esfuerzos con el propósito de trabajar ampliamente para la promoción de la salud, la prevención e intervenciones tempranas en violencia de pareja como componentes de la atención en salud y del cuidado. Por otro lado, el mejorar los síntomas de depresión en las mujeres y ayudarlas a terminar con la violencia es muy importante; primero que todo es vital que en los servicios de salud se reconozca cuales son las mujeres que están expuestas a violencia de pareja. Para ser efectivos en ayudar a las mujeres abusadas los proveedores de salud deben saber quién es la mujer abusada. Mujeres en situación de abuso han expresado que ellas quisieran que sus proveedores de cuidado les pregunten acerca de la violencia de pareja, como también que se haga de una manera sensible a las necesidades de confidencialidad y seguridad.

Las enfermeras son las profesionales de la salud que ocupan una posición clave que les permite ayudar a las mujeres adolescentes y adultas y a desarrollar planes acordes a sus necesidades inmediatas tales como la movilización de las redes sociales y pueden colaborarles en la forma de negociar las múltiples amenazas a su bienestar (106, 107, 108).

La depresión en la mujer es un problema de salud pública y como tal debe ser parte de las prioridades en salud, bienestar y desarrollo; altos niveles de educación en la mujer la protegen de depresión (109). Esfuerzos con el propósito de prevenir y detectar oportunamente, por ejemplo, la violencia de pareja entre madres adolescentes son componentes importantes del cuidado que se ofrezca a las mujeres en general y en particular a las madres adolescentes. El diseño, aplicación y evaluación de servicios y programas que contribuyan con la promoción de la salud, la prevención y el cuidado holístico es un asunto impostergable.

REFERENCIAS

1. Feely, M.; Sines, D. and Lang, A. Naming of Depression: Nursing social and personal descriptors. *J Psychol Mental Health Nursing*. 2007; 14: 21 – 32.
2. O'Connor, P.J. Mental and neurological health. In: West Sutor C., Kraak VI. (Relatoras). *Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23, 24, 2006*. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Disponible en: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>

3. Williams, D.R.; González, H.M.; Neighbors; Nesse, R.; Abelson, J.M, Sweetman, J. and Jackson, J.S. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: Results from the National Survey of American Life. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64: 305–315.
4. World Health Organization (WHO). (2001). *The Global Burden of Disease*. Acceso Diciembre de 2008. Disponible en: <<http://files.dcp2.org/pdf/GBD/GBD01.pdf>>
5. Noble, R. E. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2005; 54, 49–52.
6. Andrade L., Caraveo-Anduaga, J.J.; Berglund, P.; Bijl, R.V.; De Graaf, R., Vollebergh, W.; Dragomirecka, E.; Kohn, R.; Keller, M.; Kessler, R.C.; Kawakami, N.; Kilic, C.; Offord, D.; Ustun, T.B. and Wittchen, H.U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 12: 3–21.
7. Vaananen, A.; Buunk, A.P.; Kivimäi, M.; Vahtera and J.; Koskenvuo, M. Change in reciprocity as a predictor of depressive symptoms: A prospective cohort study of Finnish women and men. *Social Science & Medicine*. 2008; 67: 1907–1916.
8. WebMD. Depression in women. Abril, 2009. Consultado en Julio de 2009. Disponible en: <<http://www.webmd.com/depression/guide/depression-women>>
9. Brommelhoff, J.A.; Conway, K.; Merikangas, K. and Levy, B.R. Higher Rates of Depression in Women: Role of Gender Bias within the Family. *J Women's Health*. 2004; 13 (1): 69 -76.
10. England, M.J. and Sim, L.J. (Eds.). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities in improve identification, treatment and prevention*. National Research Council. Institute of Medicine. 2009. Consultado en Julio de 2009. Disponible en: <<http://www.nap.edu/catalog/12565.html>>
11. Solomon, D.A.; Keller, M.B.; Leon, A.C.; Mueller, T.I.; Lavori, P.W.; Shea, M.T.; Coryell, W.; Warshaw, M.; Turvey, C.; Maser, J. D. and Endicott, J. Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 229 – 233.
12. Moussavi, S.; Chatterji, S.; Verdes, E.; Tandon, A., Patel, V. and Ustun, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370, 851-858.
13. Lippa, M.; Heinrich, S.; Angermeyer, M.C.; König, H.H.; Riedel-Heller, S.G. Cost-of-illness studies of depression: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*. 2007; 98, 29 – 43.
14. HealthDay News/Dr. Tango. La depresión podría acelerar la muerte por cáncer. Septiembre 14 de 2009. Acceso Septiembre 14 de 2009. Disponible en: <<http://healthfinder.gov/news/newsstory.aspx?docID=630990>>
15. Piña López, J.A.; Dávila Tapia, M.; Sánchez-Sosa, J.J.; Togawa, C. y Cazarres Robles, O. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 23(6): 377-383.

16a. Salgado de Snyder, N. Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican immigrant women. *Psychology of Women Quarterly*. 1987, 11: 475 – 488).

16b. Salgado de Snyder, V.N.; Maldonado, M. The psychometric characteristics of the Depression Scale of the Centro de Estudios Epidemiológicos in adult Mexican women from rural areas. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 200-9.

17. Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K.R.; Rush, A.J.; Walters, E.E. and Wang, P.S. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289: 3095 – 3105.

18. Vega, W.A.; Kolody, B.; Valle, R.; Hough, R. Depressive symptomatology and their correlates among Mexican women in the United States. *Soc Sc Med* 22, 645 – 652.

19. Canaval, G.E.; González, M.C.; Shallmoser, L.; Tovar, M.C.; Valencia, C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Col Med*. 2000; 31 (1): 4 – 10.

20. Kline, C.R.; Martin, D.P. and Deyo, R.A. Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1998; 92: 842 – 848.

21. Huang, Y.C. and Mathers, N.J. A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review*. 2006; 53, 197–204.

22. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social – Fundación Fes Social. Gráficas Ltda. Cali, 2005.

23. Mendelson, T.; Kubzansky, L.D.; Datta, G.D. and Buka, S.L. Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: A case of double jeopardy? *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 1284 – 1296.

24. Goodman, E.; McEwan, B.S.; Dolan, L.M.; Schafer-Kalkhoff, T.; Adler, N.E. Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*. 2005; 37: 484 -492.

25. Goodman, E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in U.S. adolescents' health. *American Journal of Public Health*. 1999; 89: 1522 -1528.

26. Leadbeater, B. J.; Blatt, S.J. and Quinlan, D.M. Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence*. 1995; 5, 1 - 29.

27. Lewinsohn, P.M.; Hops, H.; Roberts, R.E.; Seeley, J.R.; Andrews, J.A. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993; 102, 133 - 144.

28. Escriba-Aguir, V.; González-Galarzo, M.C.; Barona-Vilar, C. and Artazcoz L. Factors related to depression during pregnancy: Are there gender differences? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 410–414.

29. Matthey, S.; Barnett, B. and Ungerer, J. et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*. 2000; 60: 75–85.

30. Halbreich, U. and Karkum, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006; 91: 97 – 111.
31. Ballard, C.; Davis, R. and Cullen, P. et al. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 782 – 8.
32. Evans, J.; Heron, J. and Francomb, H. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257–60.
33. Rubertsson, C.; Waldenstrom, U. and Wickberg, B. et al. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol.* 2005; 23: 155 – 66.
34. Hankin, B.L. and Abramson, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability transactional stress theory. *Psychological Bulletin.* 2001; 127, 773 -796.
35. Weissman, M.M.; Bland, R.C.; Canino, G.J.; Faravelli, C.; Greenwald, S. and Hwu, H. G. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association.* 1996; 276, 293 - 299.
36. Adler, N. A.; Boyce, T.; Chesney, M. A.; Cohen, S.; Folkman, S.; Kahn and R. I. et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist.* 1994; 49, 15 - 24.
37. Lorant, V.; Deliege, D.; Eaton, W.; Robert, A.; Philippot and Ansseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology.* 2003; 157, 98 - 112.
38. McLeod, J.D. and Owens, T.J. Psychological well-being in the early life course: variations by socioeconomic status, gender, and race/ethnicity. *Social Psychology Quarterly.* 2004; 67, 257 - 278.
39. Finkelstein, D.M.; Kubzansky, L.D.; Capitman and Goodman, E. Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health.* 2007; 40, 127 - 134.
40. Golding, J.M. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence.* 1999; 14: 99 - 132.
41. Canaval, G.E.; Jaramillo, C.; Rosero, D.H. y Valencia, M. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan.* 2007; 7 (1): 8 – 24.
42. Perren, S.; von Wyl, A.; Burgin, D. y col. Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005; 26: 173 – 83.
43. Ryan, D.; Milis, L. and Misri, N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1087 – 93.
44. Lindhorst, T. and Oxford, M. The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Social Science Medicine.* 2008; 66: 1322 – 1333.
45. Canaval, G.E.; González, M.C. y Sánchez, M.O. Espiritualidad, Resiliencia y Distrés en mujeres maltratadas. Informe de investigación presentado a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle. Mayo 2008.
46. Canaval, G.E.; González, M.C.; Humphreys, J.; De León, N. y González,

S. Violencia de Pareja y Salud de las Mujeres que Consultan a las Comisarías de Familia en Cali, Colombia. *Inv Ed Enf.* 2009; 27 (2): en prensa.

47. Zlotnick, C.; Johnson, D.M. and Kohn, R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence.* 2006; 21: 262 - 275.

48. Canaval, G.E.; González, M.C. y Sánchez, M.O. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de maltrato de pareja. *Col Med* 2007a; 38, 4 (Supl 2): 72 -78.

49. _____. Perfil socio demográfico de mujeres que denuncian maltrato de pareja. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo* 2007b; 9, (2): 163 -179.

50. Hickman, L.; Jaycox, L. and Arnoff, J. Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma, Violence and Abuse.* 2004; 5: 123 - 142.

51. Gazmararian, J.A.; Lazorick, S.; Spitz, A.M.; Ballard, T.J.; Saltzman, L.E. and Marks, J.S. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996; 275: 1915 - 1920.

52. Goodwin, M.M.; Gazmararian, J.A.; Johnson, C.H.; Gilbert, B.C. and Saltzman, L.E. The PRAMS Working Group (2000). Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996 - 1997. *Maternal Child Health Journal.* 2000; 4: 85 - 92.

53. Parker, B.; McFarlane, J. and Soeken, K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics Gynecology.* 1994; 84: 323 - 328.

54. Formoso, D.; Gonzales, N.A. and Aiken, L.S. Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: protective factors. *American Journal of Community Psychology.* 2000; 28, 175 - 199.

55. Galea, S.; Ahern, J.; Rudenstine, S.; Wallace, Z. and Vlahov, D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 822 - 827.

56. Walters, K.; Breeze, E. and Wilkinson, P. et al. Local area deprivation and urban rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *Am J Public Health.* 2004; 94: 1768 - 74.

57. DANE, Colombia. 2007. Acceso Mayo de 2009. Disponible en: < www.dane.gov.co>

58. Pettit, G.S.; Laird, R.D.; Dodge, K.; Bates, J.E. and Criss, M.M. Antecedents and behavior problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development.* 2001; 72, 583 - 598.

59. Stein, B.D.; Jaycox, L.H.; Kataoka, S.; Rhodes, H.J. and Vestal, K.D. Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2003; 6, 247 - 264.

60. Gilman, S.E.; Kawachi, I.; Fitzmaurice, G.M. y Buka, S.L. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of Epidemiology.* 2002; 31: 359 - 367.

61. Leve, L.D.; Kim, H.K. and Pears, K.C. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2005; 33, 505 - 520.

62. Thurston, R.C.; Kubzansky, L.D.; Kawachi, I. and Berkman, L.F. Is the association between socioeconomic position and coronary heart disease stronger in women than in men? *American Journal of Epidemiology*. 2005; 162, 57 - 65.
63. Turner, R.; Wheaton, B.; Lloyd, D.; The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*. 1995; 60, 104 - 125.
64. Schraedley, P. K.; Gotlib, I.H.; Hayward, C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1999; 25, 98 - 108.
65. Hasin, D.S.; Goodwin, R.D. and Stinson, F.S.; Grant B.F. Epidemiology of major depressive disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62, 1097–1106.
66. Neff, L.A. and Karney, B.R. Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 88, 79–92.
67. Taylor, S.W.; Klein, L.C.; Lewis, B.P.; Gruenewald, T.L.; Gurung, R.A.R, and Updegraff, J.A. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-be-friend, not fight-or-flight. *Psychological Review* 2000; 3, 411–429.
68. Hendrix, M.; Baumgartner, T.; Kirschbaum, C. and Ehlert, U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*. 2003; 54, 1389–1398.
69. Hooker, K.; Menoogian-O’Dell, M.; Monahan, D.J.; Frazier, L.D. and Shifren, K. Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer’s and Parkinson’s disease spouse caregivers. *The Gerontologist*. 2000; 40, 568–573.
70. Canaval, G.E., González, M.C., Tovar, M.C., Valencia, C. Lo invisible de las mujeres gestantes. *Investigación Educación Enf*. 2003; 21 (2): 32 - 46.
71. Kinsey Institute, Spring Research Update When the 'Baby Blues' Linger - Investigating Postpartum Depression. Network. Spring 2009. Acceso Agosto 2009. Disponible en: <<http://www.kinseyinstitute.org/>>
72. WHO. Information on mental disorders management: depression. Available from: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/>
73. Waite, R. and Killian, P. Perspectives About Depression: Explanatory Models Among African-American Women. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; October: 1–11.
74. Beauboeuf-Lafontant, T. You have to show strength: An exploration of gender, race and depression. *Gender and Society*. 2007; 21(1): 28 51.
75. Wang, J.L.; Fick, G.; Adair, C. and Lai, D. Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample *Journal Affective Disorders*. 2007; 103: 91–97.
76. Fleischer, N.L.; Fernald, L.C.H. and Hubbard, A.E. Estimating the potential impacts of intervention from observational data: methods for estimating causal attributable risk in a cross-sectional analysis of depressive symptoms in Latin America. *J Epidemiol Community Health* published online 29 Jul 2009; doi:10.1136/jech.2008.085985 p. 1 – 16. Acceso Julio 30 de 2009. Disponible en: <www.jech.bmj.com>
77. Kessler, R.C.; Davis, C.G. and Kendler, K.S. Childhood adversity and adult

psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 1997; 27: 1101 – 1119.

78. Munet-Vilaro, F.; Folkman, S. and Gregorich, S. Depressive symptomatology in three Latino groups. *West J Nurs Res*. 1999; 21: 209-24.

79. Ghorbani, N.; Krauss, S.W. and Watson, P.J. et al. Relationship of perceived stress with depression: Complete mediation by perceived control and anxiety in Iran and the United States. *International Journal Psychology*. 2008; 43: 958 - 68.

80. Smith, B.W., Shelley, B.M., Dalen J. et al. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008; 14: 251 - 8.

81. Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S. y col. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004; 57: 35 - 43.

82. Birkeland, R.; Thompson, J.K. and Phares, V. Adolescent motherhood and postpartum despression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005, Vol. 34 (2): 293–301.

83. Fleischer, N.L.; Fernald, L.C. and Hubbard, A.E. Depressive symptoms in low-income women in rural Mexico. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2007; 18: 678-85.

84. Deal, L.W. and Holt, V.L. Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health*. 1998; 88(2): 266 – 270.

85. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – 2005 (ENDS – 2005), Colombia. Profamilia. Bogotá. 2006.

86. Larson, R.W.; Richards, M.H.; Moneta, G. and Holmbeck, G. Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psycholog*. 1996; 32: 744 – 754.

87. DaCosta, D.; Larouche, J.; Dritsa, M. and Brender, W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*. 2000; 59: 31–40.

88. Thompson, J.K. and Smolak, L. Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 2001.

89. Bandura, A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 1989; 44, 1175–1184.

90. Gee, C., Rhodes, J. Adolescent mothers' relationship with their children's biological fathers: Social support, social strain and relationship continuity. *Journal of Family Psychology*. 2003; 17: 370 – 383.

91. Hetherington, E.M. Teenaged childbearing and divorce. In: S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 350–373). Cambridge, England: Cambridge University Press. 1997. (citado en ref. 82).

92. Carter, A.S.; Baker, C.W. and Brownell, K.D. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and postpartum period. *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62, 264–270.

93. Canaval, G.E.; Cerquera, G.I., Hurtado, N. and Lozano, J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2006; Vol 24, 1, 26 -35.

94. Kurtz, L.; Derevensky, J.L. Adolescent motherhood: An application of the stress and coping model to child-rearing attitudes and practices. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 1994; 13: 5–24.
95. Hey, D.F. and Kumar, R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: A critique and reanalysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995; 25: 165-81.
96. Horowitz, S.M.; Bruce, M.L.; Hoff, R.A.; Harley, I. and Jekel J.F. Depression in former school-age mothers and community comparison subjects. *Journal of Affective Disorders*. 1996; 40, 95–103.
97. Kaida, A; Colman, I and Janssen, P.A. Recent Pap Tests among Canadian Women: Is Depression a Barrier to Cervical Cancer Screening? *J Women's Health*. 2008; 17 (7): 1175 – 1181. DOI: 10.1089/jwh.2008.0626
98. Aggarwal, A.; Freund, K.; Sato, A, y col. Are depressive symptoms associated with cancer screening and cancer stage at diagnosis among postmenopausal women? The Women's Health Initiative Observational Cohort. *J Women's Health*. 2008; 17 (8): 1353 – 1361.
99. Grierson, J.W.; Pitts, M.K. and Misson, S. Health and well-being of HIV-positive Australians: findings from the third national HIV feature survey. *Int J STD AIDS*. 2005;16: 802 – 6.
100. Nogueira, L.; de Fátima, P. and Crosland, M.D. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*. 2006; 18: 529 – 36.
101. Valencia, C.P.; Canaval, G.E.; Caicedo, H.A. y Girón, C. Factores que afectan la adherencia en personas que viven con el virus del sida en Cali: Retos para el cuidado. En: M.L. Vásquez, A. Contreras (compiladores). *El compromiso social de la investigación en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle*. 2008. Programa Editorial de la Universidad del Valle, p. 97-106. ISBN: 978-958-670-673-5 Septiembre de 2008.
102. Valencia, C.P.; Canaval, G.E.; Rizo, V. y Correa, D. Informe de la investigación “signos y síntomas en personas que viven con el virus del Sida en Cali, Colombia presentado a la Universidad del Valle y al Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS). Contrato N° 11060416327 de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. 2007.
103. Valencia, C,P.; Canaval, G,E.; Rizo, V.; Correa, D. y Marín, D. Signos y Síntomas en personas que viven con el virus del SIDA. *Col Med*. 2007; 38, 4 (Supl 2): 365-374.
104. Aranda-Naranjo, B.; Portillo, C.; Schietinger, H. and Norgan, G. Impact of Ryan White CARE Act on services provided to women, children and families. In: Ryan C (ed.). *Directions in HIV services delivery & care. A policy brief* (HRSA, Office of Policy and Program Development. HIV/AIDS) Bureau N° 1. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. p. 12- 17.
105. Capaldini, L. and Harrison, G. Overcoming depresión. *Beta* (Winter) 2004; 16: 18-25.
106. Davies, J. and Lyon, E. Safety planning with battered women: Complex lives/difficult choices. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1998.
107. Lindhorst, T.; Nurius, P. and Macy, R. Contextualized assessment with

battered women: strategic safety planning to cope with multiple harms. *Journal of Social Work Education*. 2005; 41(2), 371 - 393.

108. Rhodes, K.V. and Levinson, W. Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. *JAMA*. 2003; 289(5): 601 - 605.

109. Bjelland, I.; Krokstad, S.; Mykletun, A.; Dshl, A.A; Tell, G.S. and Tambs, K. Does higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008; 66: 1334 – 1345.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE INSTRUMENTOS PARA MEDIR DEPRESIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

- Inventario de Depresión de Beck. Autor: AT Beck, RA Steer, GK Brown. 1996.

- Escala del Centro para estudios Epidemiológicos – Escala de Depresión (CES-D) Autor: LS Radloff . 1977.

- Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EPDS) Autor: JL, Cox, JM, Holden, R., Sagovsky (1987).

- Cuestionario de Salud para el Paciente (PHQ-9) Autor: RL Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke (1999).

- Escala de Depresión postparto de Tamizaje (PDSS) Autor: CT Beck and RK Gable. 2000.

- Adouard, F. Glangeaud-Freudenthal N., Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France.

- *Arch Women Ment Health* 2005; 8: 89–95.

- Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J and Erbauhg J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr*. 1961; 4: 561–71.

- Beck, A.; Steer, R. and Garbin, M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8: 77–100.

-Radloff, L. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Management*. 1977; 1: 385 - 401.

BIBLIOGRAFÍA

- Aneshensel, C.S. Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology*. 1992; 18, 15 -38.

- Angold, A.; Costello, E.J. Puberty and depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2006; 15: 919 -937.

- Areias, M.; Kumar, R.C. and Barros, H. et al. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996; 169: 36 – 41.

- Bruce, M.L.; Takeuchi, D.T. and Leaf, P.J. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48, 470 - 474.

- Conger, R.D.; Ge, X.; Elder, G.H.; Lorenz, F.O. and Simons, R.L. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*. 1994; 65: 541 - 561.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and Self- efficacy. *J Social Clinical Psychology*. 2006; 25 (9): 875 – 884.
- Dowd, J.J. and Bengston, V.L.; Aging in minority populations: an examination of the double jeopardy hypothesis. *Journal of Gerontology*. 1978; 33: 427- 436.
- Drake, B. and Zuravin, S. Bias in child maltreatment reporting: revisiting the myth of classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998; 68, 295 - 304.
- Frojd, S.; Marttunen, M.; Pelkonen, M.; von der Pahlen B, Kaltiala-Heino R. Perceived financial difficulties and maladjustment outcomes in adolescence. *European Journal of Public Health*. 2006; 16.
- Gore, S; Aseltine, R. H. and Colton, M.E. Social structure, life stress, and depressive symptoms in a high school-aged population. *Journal of Health and Social Behavior*. 1992; 33, 97 - 113.
- Kovacs, M. and Devlin, B. Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 39: 47 - 63.
- Moffitt, T.E.; Caspi and Rutter, M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62, 473 - 481.
- Reinherz, H.Z.; Paradis, A.D.; Giaconia, R.M.; Stashwick, C.K. and Fitzmaurice, G. Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160:2 141 - 2147.
- Rosenberg, M. and Pearlin, L.I. Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of Sociology*. 1978; 84: 53 - 77.
- Shively, C.A.; Laber-Laird, K. and Anton, R.F. Behavior and physiology of social stress and depression in female cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry*. 1997; 41, 871 - 882.
- Sloman, L.; Gilbert, P. and Hasey, G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 74: 107 -121.
- Spence, S.H.; Najman, J.M.; Bor, W.; O'Callaghan, M.J. and Williams, G.M. Maternal anxiety and depression, poverty, and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002; 43: 457 - 469.
- UNFPA. Análisis de situación en población para Colombia. Volumen 1. UNFP. 2008. Acceso julio de 2009. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/documents/UNProjfinal_.pdf>
- Youngstrom, E.; Loeber, R. and Stouthamer-Loeber M. Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 1038 -1050.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

ACTIVIDAD FÍSICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actividad física (AF) es cualquier forma de ejercicio o movimiento del cuerpo que consume energía. La actividad física es reconocida por sus beneficios para la salud desde la niñez hasta la edad de adulto/a mayor.

La disminución en la actividad física diaria, que se observa en la población en general, es decir la inactividad física, se ha convertido en un problema de salud pública, lo que hace necesaria la elaboración de guías basadas en la evidencia que orienten a la población en general y a los grupos específicos según edad, sexo y condición de salud, sobre planes determinados según la capacidad y las características de la persona.

Estudios realizados en el último decenio ofrecen soporte sobre los beneficios y riesgos de la actividad física (AF) incorporada a las rutinas cotidianas y a lo largo del ciclo de vida. La actividad física es uno de los componentes de interés en el desarrollo de estilos de vida saludables.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física tiene efectos benéficos como el aumento de la capacidad cardiorrespiratoria, la prevención de la depresión, quienes realizan actividad física tienen menor número de síntomas depresivos; la actividad física también fortalece los huesos, la memoria, y la coordinación motora.

Es conocido que la AF reporta grandes beneficios a quienes la practican, estos beneficios están directamente relacionados con la salud en general, la salud cardiovascular, la salud mental, la salud de la piel y del sistema endocrino, la salud del sistema osteomuscular, etc. Quienes son físicamente activos tienen altos niveles de lipoproteínas de alta densidad. Esta es la mejor manera y quizás la única de elevar las lipoproteínas “buenas”; también

tienen menor riesgo de desarrollar condiciones de incapacidad y enfermedades crónicas, con respecto a las personas inactivas. En el caso de las mujeres que desarrollaron actividad física regular, tienen mayor probabilidad de presentar síntomas leves durante la menopausia y aumentar la probabilidad de tener huesos fuertes, disminuyendo la incidencia de osteoporosis si además les favorecen aspectos nutricionales y la ingesta de calcio y captación de vitamina D.

PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad física habitual significa dedicación mínima de 30 minutos por cinco días a la semana (2.5 h/sem) con intensidad moderada a alta, incluido el ejercicio aeróbico para la salud cardiorrespiratoria y para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. También se recomiendan ejercicios de resistencia para aumentar la fuerza muscular, mínimo dos veces a la semana con repetición de cada ejercicio 10 veces, por un mínimo de dos veces todo el grupo de ejercicios (dirigidos a los músculos mayores); adicionalmente, se recomienda hacerlos de forma gradual.

Las adolescentes y niñas pueden realizar 60 minutos diarios de actividad física moderada o alta, y ejercicios de resistencia tres veces a la semana, y para todas, además, ejercicios con soporte de peso para la salud ósea, con lo cual se obtendrán los beneficios mencionados. La evidencia señala que para lograr mejores beneficios en salud la cantidad de actividad física moderada o alta debe ser hecha entre 3 a 5 h por semana, los resultados son evidentes en el mantenimiento y/o reducción del peso corporal, y en bajas tasas de cáncer de colon y de mama.

Las niñas que realizan actividad física alcanzan el desarrollo muscular adecuado en la adolescencia, mejoran el perfil para enfermedad metabólica y cardiovascular. Las adolescentes que realizan actividad física tienen menor probabilidad de desarrollar obesidad y de presentar trastornos relacionados con la alimentación; adicionalmente, mejoran su salud mental y presentan menor riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

Durante la etapa adulta, las mujeres que practican actividad física tienen menor tasa de mortalidad, de enfermedad coronaria, de presión arterial alta, de infarto, de diabetes tipo 2, de síndrome metabólico, de cáncer de colon, de cáncer de mama y de depresión. Comparadas con las mujeres inactivas, la masa ósea será más densa, el índice de masa corporal (IMC) estará en límites normales.

El IMC es igual al peso en kilogramos dividido sobre la estatura, en m² (IMC = peso/altura), los valores adecuados oscilan entre 18 y 25; si el IMC es igual o menor de 17 es considerado bajo peso; se denomina sobrepeso cuando el IMC oscila entre 25.5 - 29 y obesidad cuando es mayor de 29.

ACTIVIDAD FÍSICA Y SITUACIONES ESPECÍFICAS

Existe fuerte evidencia que durante la etapa de la gestación, las mujeres que realizan actividad física moderada presentan mejor función cardiovascular y metabólica, sin que afecte el peso del bebe, ni aumente el riesgo de parto prematuro o pérdida temprana del embarazo.

No existe fuerte evidencia del efecto de la AF en la etapa del postparto, pero se indica que no afecta la producción de leche materna ni el crecimiento del bebe; no produce disminución de peso si no se combina con cambios en la dieta; sin embargo es de importancia recalcar que durante la época de lactancia las mujeres requieren un aporte energético adecuado porque el consumo se eleva durante esta etapa; la lactancia por si sola contribuye a regular el peso en mujeres que han alcanzado un peso adecuado.

En la edad adulta las mujeres que han realizado y continúan con actividad física tienen mejor salud funcional, menos probabilidad de caídas, más horas de sueño, una mejor función cognitiva y, en general, mejor calidad de vida.

Existe poca evidencia sobre el beneficio de la AF en personas con discapacidad o limitaciones físicas; pero sí la hay sobre los beneficios de la actividad física en personas con enfermedad mental, con esclerosis múltiple, con alzheimer, con daño de la médula espinal. Lo anterior, a través de mejorar la fuerza muscular, la liberación de endorfinas, la disminución de los lípidos aterogénicos y el aumento de la densidad ósea y de la flexibilidad.

Para las mujeres adultas mayores la cantidad de ejercicio debe tener una intensidad mínima absoluta con respecto a la capacidad de la persona para realizar la actividad; se recomienda ejercicios de resistencia realizados dos veces por semana de 30 minutos cada sesión, combinados con caminatas dos a tres veces por semana, por 30 min.

ACTIVIDAD FÍSICA Y RELACIÓN CON EL PESO CORPORAL

Para mantener el peso estable se necesita realizar actividad física de intensidad moderada por más de 150 min a la semana. Quienes desean perder peso requieren un plan organizado que incluya actividad física y cambios en la dieta. Esto es recomendado para quienes después de bajar de peso deseen mantenerlo estable; la literatura soporta la idea de que a más ejercicio mejor resultado. No hay evidencia suficiente sobre cuál es la cantidad óptima para obtener beneficios en la salud; sin embargo, la idea es que hacer algo es mejor que nada.

Para una persona que ha sido sedentaria, por cualquier razón, la dosis inicial de actividad podría ser de baja intensidad y por un tiempo corto, distribuyendo las sesiones de ejercicio o actividad física a lo largo de la semana. Una manera podría ser un programa que consista en caminar por cinco

minutos, cinco días a la semana, por varias veces en el día (de 2 a 4 veces). En la medida en que la persona se adapta a esa actividad se podría aumentar a una duración, por sesión, de 10 minutos y con el aumento de la capacidad para el ejercicio la velocidad podría incrementarse paulatinamente. Siempre es mandatorio la valoración por el experto antes de empezar el programa de AF y también una vez ha ganado alguna capacidad que indique la necesidad de hacer cambios.

Una fuerte evidencia muestra que al menos de 2 a 2.5 h /semana de actividad física moderada a intensa son necesarias para una disminución significativa de riesgo para la salud. También hay fuerte evidencia que muestra que caminar al menos 2 h /semana está asociado significativamente con un menor riesgo de problemas de salud. Los datos consistentemente apoyan el mensaje “*Algo es bueno, más es mejor*”.

Muchos estudios han mostrado que la grasa corporal es menor en personas con alta actividad física, el IMC, el porcentaje de grasa corporal y la relación cintura-cadera disminuye con el aumento del nivel de actividad física. Se ha señalado que la cantidad de peso que se pierde con la cantidad de actividad física tiende a ser pequeño y es mayor para hombres que para mujeres; 30 min de ejercicio continuo supervisado, tres veces a la semana, o dos cortos ejercicios de 10 a 15 minutos por 5 días a la semana, previene la ganancia de peso sin intervención con dieta.

Existe asociación inversa entre la actividad física y el índice de masa corporal aunque el efecto ha sido reportado como relativamente pequeño. La actividad física puede ser más efectiva en prevenir la ganancia de peso que en reducir el exceso; definitivamente muchos problemas de salud pueden mejorar si se realiza ejercicio independientemente de la pérdida de peso.

De gran importancia es el mantenimiento del peso corporal desde que se está en edad escolar, la Academia Norteamericana de Ciencias recomienda apoyar programas de educación física por varios períodos pequeños de actividad física durante la jornada diaria escolar.

OTRAS SITUACIONES ESPECÍFICAS

Muerte súbita. Datos suministrados respecto a muerte súbita en mujeres y la asociación con la actividad física muestran una disminución sustancial en la tasa ajustada por edad de muerte súbita de mujeres que emplearon más de 3.9 h/sem de actividad física entre moderada y vigorosa.

Riesgo de hipertensión. El riesgo de hipertensión en mujeres sanas que realizan actividad de acondicionamiento físico, por grupo de nivel de intensidad, después de ajustar por edad y otros factores relevantes, disminuye marcadamente para las mujeres del grupo de nivel de intensidad moderado y aún más en las del grupo de acondicionamiento de alta intensidad. El uso de medidas de intensidad de actividad física con acelerómetro muestra que

tanto hombres como mujeres con enfermedad arterial periférica tuvieron tasas ajustadas por diferentes variables, menores para todas las causas de mortalidad con incrementos en los niveles de actividad física.

Cáncer. Mujeres diagnosticadas con cáncer tuvieron un menor riesgo relativo de muerte ajustado para múltiples variables y también un menor riesgo relativo de recurrencia, si obtenían al menos 3 equivalentes metabólicos (MET) – horas/semana de actividad comparado a si tenían una menor intensidad de ejercicio.

Huesos. La intensidad del ejercicio también parece ser un determinante importante de la respuesta osteogénica. Según datos suministrados de un meta-análisis tomado de la base de datos de Cochrane, que incluyó 18 estudios de intervención con ejercicio y que involucró 1.400 mujeres en la etapa de postmenopausia, encontró diferencias de las medias de densidad ósea entre el grupo que hacía ejercicio versus el grupo inactivo; se observó el beneficio con cualquier tipo de ejercicio, en el porcentaje de incremento de la densidad ósea en la columna lumbar, y en el beneficio para el grupo que caminó, en la densidad de la masa ósea de la columna y de la cadera.

El ejercicio también tiene beneficios significativos entre mujeres postmenopáusicas tanto en la densidad ósea de la columna lumbar como en el cuello del fémur. Esos mismos resultados también lo fueron para mujeres en etapa de premenopausia.

Un estudio con más de 60.000 mujeres con datos de actividad física autorreportados mostró una disminución del riesgo relativo del 50% en la incidencia de fractura de cadera (datos recolectados por 12 años) en mujeres con el más alto nivel de actividad física medido en MET –horas/semana. De la misma manera entre mayor tiempo de la duración del ejercicio (caminar), el riesgo de fractura de la cadera disminuyó. Aquellas que caminaron más rápido obtuvieron mayor beneficio. Las mujeres que fueron menos activas en un período de 6 años tuvieron incremento estadísticamente significativo en el riesgo de fractura de cadera.

La inactividad física por razones como inmovilización de la cadera o reposo obligado en cama, causa una profunda y rápida pérdida ósea. Un meta-análisis realizado sobre el efecto del reposo en cama sugirió que tres meses de reposo dobla el riesgo de fractura de cadera durante los siguientes 10 años.

Un estudio sobre la densidad ósea de una persona fracturada en la tibia comparada con la de la tibia sana, por 5 años después de la fractura, mostró que el período de 8 semanas de inmovilización por la fractura resultó en una disminución sustancial de la densidad ósea en la cadera del lado lesionado, aún 5 años después de la fractura. Los mecanismos que explican la bondad de los efectos de la actividad física en la reducción del riesgo de fractura osteoporótica se presentan en el Cuadro 11.1.

Masa muscular. Respecto a la respuesta de la masa muscular al ejercicio en personas con problemas de enfermedad crónica como la osteoporosis y la diabetes tipo 2, se ha identificado en los reportes científicos que hay una

Cuadro 11.1. Efectos positivos de la actividad física en la salud ósea

- Incremento de la acumulación mineral ósea durante la maduración
- Atenúa la tasa de pérdida mineral ósea durante el envejecimiento
- Disminuye el riesgo de las caídas al mejorar la fuerza muscular, la flexibilidad, la coordinación y el equilibrio
- Aumenta la fuerza ósea

respuesta favorable en la calidad del músculo, en la resistencia a la fatiga muscular, en la activación de la función metabólica (la que tiene que ver con la resistencia a insulina) y en el estado inflamatorio.

Se señala que aún falta evidencia de la asociación de la calidad del músculo con el riesgo de enfermedad crónica y hay evidencia (moderada y fuerte) respecto a que la actividad física juega un papel esencial en el mantenimiento de la salud ósea, aunque se indica que falta información sobre el tipo y dosis de actividad requerida para optimizar los beneficios. El ejercicio aeróbico tiene poco efecto sobre preservar la masa muscular pero tiene múltiples efectos favorables sobre la calidad del músculo, a su vez, el entrenamiento con pesas preserva la masa muscular con el envejecimiento.

Salud mental, salud neurológica y actividad física. Una revisión de cerca de 100 estudios sobre salud mental, salud neurológica y el ejercicio o la actividad física, encontró que la depresión –que es la más prevalente entre las afecciones a la salud mental, después de la ansiedad– disminuye en cuanto a la severidad de los síntomas o mejora en personas adultas y jóvenes que son físicamente activas.

También se ha reportado del estudio de egresados de Harvard en seguimiento entre 23 y 27 años, que hay una reducción al riesgo de depresión entre aquellos con mayor actividad física por semana. Otro estudio de meta-análisis con 14 estudios controlados mostró que el ejercicio redujo los síntomas depresivos. La actividad física muestra un efecto antidepresivo y hay evidencia que sugiere mecanismos biológicos plausibles para la prevención de la ansiedad con el ejercicio.

La literatura sobre la actividad física y la enfermedad de Alzheimer enfatiza que en el desarrollo de la enfermedad y también que en el daño cognitivo en adultos hay un efecto positivo. La actividad física, según alguna evidencia existente soporta mecanismos biológicos plausibles, a favor de que puede prevenir o atenuar el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Síndrome de fatiga. La actividad física es de beneficio en el síndrome de fatiga crónica a través de reducir los síntomas de la fatiga misma.

Diabetes. La actividad física también tiene efecto positivo en la diabetes tipo 2, puede atenuar los efectos del progreso de los mecanismos biológicos de la enfermedad y puede aumentar la salud cardiovascular, por lo tanto conferir protección contra los efectos negativos de la diabetes incluidos los

efectos sobre los cambios bioquímicos y estructurales en el músculo esquelético; mejora la capacidad máxima de oxígeno y la capacidad funcional, los lípidos, la secreción hepática, la concentración de hormonas contrarreguladoras y mejora las condiciones comórbidas.

Adicionalmente, con respecto a la dosis, se ha reportado que aproximadamente 30 min de AF de intensidad moderada por al menos 5 días/sem produce una reducción sustancial de entre el 25% al 36% en el riesgo de presentar diabetes tipo 2 en personas sanas. Estudios en personas con diabetes 2 para la prevención de eventos cardiovasculares han mostrado que la AF reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular en aquellos que realizan AF comparado con quienes no la hacen; aún más, los datos indican que cualquier tipo de AF, sea recreativa u ocupacional, produce resultados benéficos en la reducción de la mortalidad y de eventos cardiovasculares.

La AF produce impacto sobre el mantenimiento del peso corporal, sobre la sensibilidad a la insulina y en el control de la glicemia, la presión arterial, en la dislipidemia, en la inflamación y función endotelial. En un Programa de Prevención de Diabetes, el riesgo de desarrollar síndrome metabólico fue más bajo para el grupo de cambio en el estilo de vida (dieta y ejercicio) que para el grupo con tratamiento con metformina (medicamento) y que para el grupo con placebo.

Enfermedad cardiovascular. Entre el 10 y el 15% de todas las muertes por enfermedad coronaria se deben a muerte súbita. Aproximadamente 5% de éstas ocurren durante ejercicio vigoroso y 10% durante ejercicio de moderado a intenso. La magnitud del riesgo varía con la naturaleza de la actividad física, el ambiente, las características de la población y otros factores.

El riesgo absoluto y el riesgo relativo de muerte súbita por paro cardíaco durante ejercicio moderado a vigoroso es mucho menor en mujeres que en hombres. En los hombres el entrenamiento estuvo asociado con un menor riesgo durante ejercicio moderado a vigoroso. El riesgo absoluto de muerte súbita aumenta con la edad y se ha reportado que el riesgo disminuye en quienes tienen historia de realizar ejercicio de manera habitual. No hay diferencias en el riesgo por variación en el ritmo circadiano; el riesgo es semejante si el ejercicio es durante la mañana, la tarde o la noche; los autores señalan que no hay suficiente evidencia para ofrecer datos concluyentes al respecto; recomiendan tener en cuenta los riesgos y beneficios del ejercicio.

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

La recomendación respecto a la cantidad de actividad física es la realizada con intensidad de moderada a alta y está en el rango de 500 a 1000 equivalentes metabólicos MET – Minuto. En los Cuadros 11.2 y 11.3 se encuentran las recomendaciones elaboradas por diversos organismos internacionales.

Cuadro 11.2. Recomendaciones para la actividad física

Actividades aeróbicas: aquellas que hacen que su corazón lata más rápido
 Las actividades de fuerza son las que hacen que sus músculos trabajen más.
 Es mejor distribuir la actividad física en toda la semana y al menos realizarla tres veces por semana.
 Se pueden combinar actividades entre intensidad moderada y vigorosa en la misma semana.

Cuadro 11.3. Intensidad de la actividad física medida en equivalentes metabólicos

MODERADA	ALTA	ALTA
500 MET Caminar a 4.8 km/h Tres veces /sem por 50 minutos o Cinco veces /sem por 30 min	500 MET Caminar rápido a 6.4 km/h dos veces a la semana por 50 minutos	500 MET Trotar 9.6 km/h dos veces/sem 25 minutos
Total: 12 km	10.6 km	8 km
1 milla = 1.609 km MET= Equivalentes metabólicos.		

BIBLIOGRAFÍA

- American Heart Association. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Re-habilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*. 1992; 86 (1): 340 – 344.
- Blair, S.N. Cardiovascular disease, all-cause mortality, and cancer. En West Sutor C; Kraak, V.I. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>
- Abbott, R.; White, L.R.; Ross, G.W.; Masaki, G.H.; Curb, J.D.; Petrovitch, H. 2004. Walking and dementia in physically capable elderly men. *J Am Med Assoc* 292 (12): 1447 – 1453.
- Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary. Oct. 2006. PHYSICAL ACTIVITY WORKSHOP. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>

- Adlard, P.A.; Perreau, V.M.; Pop, V. and Cotman, C.W. 2005. Voluntary exercise de-creases amyloid load in a transgenic model of Alzheimer's disease. *J Neurosci* 25(17): 4217 – 4221.
- Akerstedt, T.; Knutsson, A.; Westerholm, P.; Theorell, T.; Alfredsson, L. and Kecklund, G. 2002. Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. *J Psychosom Res* 53 (3): 741 – 748.
- Colcombe, S. and Kramer, A.F. 2003. Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychol Sci* 14(2): 125 – 130.
- Canaval, G.E. y Sánchez, M.N. Estilo de vida para el cuidado de la salud y la prevención del cáncer de cérvix y de mama. Poster presentado en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Buenos Aires Argentina, Noviembre de 2006.
- Donnelly, J.E. Weight loss maintenance, and the prevention of weight gain . En West Sutor C, Kraak VI. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>
- Dunn, A.L.; Trivedi, M.H.; Kampert, J.B.; Clark, C.G. and Chambliss, H.O. 2005. Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 28(1):1–8.
- Exercício e memoria. *Revista Ciencia Hoje* 253, octubre 2008.
- Feskanich, D.; Willett, W. and Colditz, G. 2002. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *J Am Med Assoc* 288(18):2300–2306.
- Haskell. W.L.; Lee. I.M.; Pate, R.R.; Powell, K.E.; Blair, S.N.; Franklin, B.A.; Macera, C.A.; Heath, G.W.; Thompson, P.D. and Bauman, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007 Aug 28; 116 (9): 1081 - 93.
- Holmes, M.D.; Chen, W.Y.; Feskanich, D.; Kroenke, C.H. and Colditz, G.A. 2005. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *J Am Med Assoc.* 293 (20): 2479 – 2486.
- Hu, F.B.; Stampfer, M.J.; Solomon, C.; Liu, S.; Colditz, G.A.; Speizer, F.E., Willett, W.C. and Manson, J.E. 2001. Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic women. *Ann Intern Med* 134 (2): 96–105.
- Kohrt, W.M. Bone, joint, and muscle health and performance. In: West Sutor, C., Kraak, V.I. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>
- LaMonte, M.J.; Blair, S.N. and Church, T.S. Physical activity and diabetes prevention. *J Appl Physiol.* 2005; 99: 1205 – 1213.
- Lindsay, J.; Laurin, D.; Verreault, R.; Hebert, R.; Helliwell, B.; Hill, G.B. and McDowell, I. 2002. Risk factors for Alzheimer's disease: A prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *Am J Epidemiol* 156(5):445–452.
- Lee, I.M.; Rexrode, K.M.; Cook, N.R.; Manson, J.E. and Buring, J.E. Physical

activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" passe? JAMA 2001 Mar 21;285(11):1447-54.

- Manson, J.E.; Hu, F.B.; Rich-Edwards, J.W.; Colditz, G.A.; Stampfer, M.J.; Willett, W.C.; Speizer, F.E. and Hennekens, C.H. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. N. Engl. J. Med. 1999 Aug 26; 341(9): 650-8.

- Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report G2-41 Part G. Section 2: Cardiorespiratory

- O'Connor, P.J. Mental and Neurological Health. In: West Sutor C., Kraak VI. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>

- Puetz, T.W.; O'Connor, P.J. and Dishman, R.K. 2006. Effects of chronic exercise on feelings of energy and fatigue: A quantitative synthesis. Psych Bull; 132 (6): 866 – 876.

- Regensteiner, J.G. Physical activity and diabetes and other metabolic disorders. In: West Sutor, C., Kraak, V.I. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>

- Roubenoff, R.; Tucker, K. and Nelson, M. 2002. High-intensity progressive resistance exercise training in Hispanic older adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Diabetes Care 25 (12): 2335 – 2341.

- Scarmeas, N.; Levy, G.; Tang, M.X.; Manly, J. and Stern, Y. 2001. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. Neurology 57 (12): 2236 – 2242.

- Secretary of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.

- Sigal, R.J.; Kenny, G.P.; Wasserman, D.H.; Castaneda-Sceppa, C. and White, R.D. 2006. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: A consensus statement from the American Diabetes Association. Diabetes Care 29 (6): 1433 – 1438.

- Swain, D.P. and Franklin, B.A. VO(2) reserve and the minimal intensity for improving cardiorespiratory fitness. Med.Sci.Sports Exerc. 2002 Jan; 34 (1): 152 - 7.

- Van Der, Poest, C.E.; Van Der, Wiel, H.; Patka, P.; Roos, J.C. and Lips, P. 1999. Long-term consequences of fracture of the lower leg: Cross-sectional study and long-term longitudinal follow-up of bone mineral density in the hip after fracture of lower leg. Bone 24 (2): 131 – 134.

- Wallman, K.E.; Morton, A.R.; Goodman, C.; Grove, R. and Guilfoyle, A.M. 2004. Randomised controlled trial of graded exercise in chronic fatigue syndrome. Med J Aust 180 (9): 444 – 448.

- Wannamethee, S.G.; Shaper, A.G. and Alberti, K.G. 2000. Physical activity, metabolic factors, and the incidence of coronary heart disease and type 2 diabetes. Arch Intern Med 160 (14): 2108 – 2116.

- Westerterp, K.R. 2000. Daily physical activity, aging and body composition. J Nutr Health Aging 4 (4): 239 – 242.

- West, Sutor, C.; Kraak, V.I. (Relatoras). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Oct 23 – 24, 2006. The National Academic of Sciences. National Academic Press. USA. 2007. Available from: <<http://www.nap.edu/catalog/11819.html>>

- Whang, W.; Manson, J.E.; Hu, F.B.; Chae, C.U.; Rexrode, K.M.; Willett, W.C.; Stampfer, M.J.; Albert, C.M. 2006. Physical exertion, exercise, and sudden cardiac death in women. *J Am Med Assoc* 295(12): 1399 – 1403.

- Williams, M.A.; Haskell, W.L.; Ades, P.A.; Amsterdam, E.A.; Bittner, V.; Franklin, B.A.; Gulanick, M.; Laing, S.T. and Stewart, K.J. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2007 Jul 31; 116(5): 572-84.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

EL CUIDADO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

Este capítulo hace referencia al cuidado de la salud de la mujer y de la vida con énfasis en el cuidado para la promoción de la salud; se hace la distinción entre el cuidado formal y el cuidado informal, también se diferencia entre dos tipos de cuidado, “el cuidado” propiamente dicho y el cuidado para “la cura”. El centro de este capítulo es el cuidado de la salud de la mujer, razón por la cual se resalta la función de las mujeres como cuidadoras.

Se presentan aspectos de la filosofía del cuidado, de la teoría de mediano rango de las transiciones y esto se justifica porque en el libro se abordan dos grandes transiciones en la vida de las mujeres como parte del desarrollo: la de la adolescencia y la de la edad madura (la menopausia). También se muestra una combinación de aspectos tanto teóricos como prácticos del cuidado, algunos con base en el modelo de la promoción de la salud de Nola Pender, conceptos de Marie - Françoise Colliere y del marco conceptual de “*Las Cáritas*” de la doctora Jean Watson.

La salud de la mujer fue definida al comienzo de este libro; sin embargo, consideramos otra definición, que cubre un amplio rango: *La salud de la mujer es un campo de práctica, educación e investigación que se centra en el bienestar de la mujer en lo físico, sicosocial, espiritual, económico y político y en el mundo real interno y externo de la mujer* [adaptada de la definición de Mulligan (1), p. 2].

EL CUIDADO, ENFERMERÍA Y LAS CUIDADORAS INFORMALES

El cuidado es todo lo que ayuda a vivir y permite existir, es una relación y un proceso (2, 3); es el fundamento de la profesión de enfermería. Las

mujeres y el cuidado hacen parte de la misma historia, ambos han subsistido en relación mutua, a lo largo de los siglos, de una manera silenciosa e invisible (4).

El cuidado se ha denominado formal e informal dependiendo de la preparación educativa de quienes lo proveen. El cuidado “formal” es el que prestan las profesionales de enfermería. Todos los seres humanos proporcionamos cuidados; sin embargo el cuidado como actividad humana en su componente no profesional, es decir, el que desempeñan cuidadores informales, es realizado en gran proporción por mujeres desde épocas milenarias; la primacía de las mujeres en la práctica del cuidado es evidente. El cuidado tiene sus raíces en lo femenino (4).

Desde hace más de tres décadas Graham (5) discutió acerca del cuidado como la característica más importante que define y distingue a los hombres de las mujeres en la sociedad occidental. El cuidado es entregado a las mujeres; llega a ser la característica que define su identidad y su trabajo en la vida. Graham también estableció la diferencia entre las mujeres que realizan su rol reproductivo simplemente “siendo” y los hombres que llenan el sector público simplemente “*haciendo*”.

El cuidado está presente en toda la historia y es brindado por las mujeres aunque no es exclusivo de ellas (6); todos cuidamos cuando establecemos relaciones de respeto a la autonomía, a la individualidad, a los derechos de los seres humanos y a la búsqueda de solución a los problemas cuando el otro o la otra no se encuentra en condiciones de resolverlo por sí misma.

El rol de cuidadora es construido a través de una “red de relaciones sociales y económicas, en el hogar y en el trabajo, en el cual las mujeres toman la responsabilidad de suplir las necesidades materiales y emocionales no sólo del esposo y de los hijos, sino también de los adultos mayores, de los discapacitados, de los enfermos y de los infelices.” (5, p. 22).

Entender la naturaleza del cuidado de enfermería exige situarlo en el contexto de la vida; cuidar es un acto de vida; es un acto individual cuando cada quien se cuida a sí mismo, pero es un acto de reciprocidad cuando se le proporciona a otra persona para ayudarla a asumir sus necesidades vitales.

El rol de enfermería se centra en el cuidado; las acciones de cuidado son las actividades que se recomiendan para la práctica orientada por la teoría. La teoría que guía el cuidado comprende diferentes aproximaciones. Todo conocimiento que ayude a la comprensión de los fenómenos vitales participa directamente en el enriquecimiento de la teoría que orienta los cuidados de enfermería en situaciones donde actúa la dialéctica vida - muerte, según lo señala Colliere (2).

La práctica, con base en la teoría, es importante para reconocer el papel de la enfermería, los valores y el conocimiento que poseen. Adicionalmente la práctica guiada por la teoría tiene el potencial para avanzar hacia la satisfacción de las necesidades de las mujeres e informar sobre el desarrollo

de indicadores para la evaluación; las necesidades se refieren al desarrollo humano, no sólo a la carencia sino a las potencialidades. Las capacidades, oportunidades y habilidades humanas son elementos constitutivos del ser, que permiten alcanzar estados valiosos como el bienestar y la libertad (8); el modelo de práctica basado en la teoría ofrece el contexto para reflexionar y avanzar en el logro de la calidad en el cuidado.

LA FILOSOFÍA DEL CUIDADO

Según Heidegger (9) el cuidado es un modo de ser esencial; significa un fenómeno ontológico, existencial básico; es la base que posibilita la existencia humana en cuanto existencia. El cuidado surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para quien cuida; cuidado significa desvelo, diligencia, atención, buen trato. Es una actitud fundamental, un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro u otra con desvelo y solicitud (10); con el cuidado se establece una relación sujeto – sujeto, no de dominación sino de convivencia; no es intervención sino interacción con el otro o la otra; de acuerdo con Heidegger formular preguntas sobre el ser y su cotidianidad es una propiedad central del cuidado (11).

El cuidado como un modo de ser en el mundo permite al ser humano vivir la experiencia fundamental del valor, del valor intrínseco; a partir de ese valor sustantivo emerge la dimensión de alteridad, de respeto, de reciprocidad y de complementariedad. El modo de ser como cuidado revela la dimensión de lo femenino del hombre y de la mujer. El origen del cuidado está en el sentimiento, en la capacidad de simpatía y de empatía; es el sentimiento que nos hace sensibles, que nos une y nos conecta con las personas, como lo expresó el pequeño príncipe de Antoine de Saint-Exupéry (12): *“Es con el corazón que se ve correctamente (con los sentimientos); lo esencial es invisible a los ojos”*.

El cuidado de la salud significa mantener una visión integral, buscar el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu; cuidar del espíritu significa cuidar los valores que dan rumbo a nuestra vida, es ese significado el que genera esperanza; cuidar del espíritu implica poner los compromisos éticos por encima de los intereses individuales o colectivos; el cuidado espiritual demanda mantener encendida la llama interior de contemplación. El cuidado como esencia de la vida humana necesita ser alimentado, vive del amor, de la ternura, de la caricia, de la compasión, de la convivencia y de la medida justa de todas las cosas (10).

Es necesario promover y cimentar una adecuada noción del *ethos* del cuidado, que está enraizado en lo más profundo de la cultura y propender a la autonomía y la igualdad, éstas constituyen el horizonte de la dignidad humana (13). No es posible un cuidado óptimo de sí, de los demás y del entorno sin asumir una ética de la responsabilidad y de la justicia social. Los

esfuerzos deben encaminarse a convertir el *ethos* en una ética del cuidado (13). Adicionalmente, el cuidado de la salud es el cuidado de la vida porque la vida y la salud son una y la vida es un fenómeno colectivo a escala planetaria (14).

El cuidado es ético por principio y por naturaleza; es una acción que se desarrolla y termina en y con la persona, está lleno de valor ético, estético y es un bien necesario (6, 15); el cuidado requiere una actitud ética para con la dignidad del ser humano (16, 17). La naturaleza del cuidado es una característica humana, es un imperativo moral, es mantener la dignidad de la persona respetándola como ser único; es afecto, es amor y es interacción personal, esto último se ha denominado como componente esencial en el cuidado (18, 19).

EL CUIDADO Y LA TEORÍA DE LAS TRANSICIONES

En el capítulo de *La mujer y la salud en la edad de la madurez: La menopausia* se describió, en gran parte, la teoría de mediano rango de las transiciones debido a que se aborda la menopausia como una transición y muestra la aplicación de la teoría a la práctica. Los capítulos se pueden leer de manera independiente; en este capítulo del *Cuidado* se presentan aspectos básicos de la teoría de las transiciones, tratando de no repetir.

La transición se ha definido como un proceso que viven los seres humanos en la que se producen cambios en sus vidas y en el ambiente que los rodea (20). La transición es una experiencia humana descrita como una constelación de respuestas en el tiempo según las condiciones personales y del ambiente, tales como las expectativas y percepciones de la persona, el significado que le atribuye a esas experiencias, su conocimiento y habilidades para manejar los cambios y su condición física y emocional.

Las enfermeras tienen un papel muy importante en el cuidado de la salud de las mujeres. Se considera que se ubican en una posición crucial que les permite promover la salud y el bienestar, en colaboración con otros profesionales de la salud y de las mujeres mismas que viven el período de transición.

La información, el análisis y la reflexión alrededor de los conceptos y ejemplos que se toman a la luz de la teoría de transiciones, proporcionan herramientas para el cuidado y la formulación de estrategias e interacciones que facilitan el paso de las transiciones en las mujeres de manera positiva o favorable y ayudan a minimizar los riesgos para la salud.

Profundizar en un evento transicional puede aclarar las necesidades de las mujeres; el enfoque del cuidado transicional se centra en las experiencias y sus respuestas y no sólo en los eventos individuales discretos que no parecen tener relación; los interrogantes que se plantea el cuidado transicional tienen una orientación menos centrada en la condición médica y más orientada por la misión de enfermería.

Los supuestos teóricos de la teoría de mediano rango sobre transiciones, propuesta por Meleis et al. (21) surgen de una perspectiva orientada por la misión de enfermería de centrarse en el cuidado de los seres humanos, quienes a lo largo de su vida tienen diversas experiencias y respuestas a las mismas. Comprender la experiencia transicional es parte del cuidado.

La transición es un proceso que ocurre a través del tiempo. Una de sus propiedades universales es el desarrollo, flujo o movimiento del proceso desde un estado a otro y es posible entenderlo al dividirlo en fases o etapas. Otra propiedad es hallar la naturaleza del cambio que ocurre en las transiciones; por ejemplo, en las mujeres se presentan cambios en la identidad, en los roles, en las relaciones con las y los otros, en las habilidades y conductas (22). La transición se ve como el proceso que involucra el pasar de un estado inicial a otro, con la aparición de sentimientos y situaciones que facilitan, o no, la transición.

El significado dentro de los procesos transicionales se refiere a la estimación subjetiva de una transición experimentada y la evaluación de su probable efecto en la vida de quien la vivió. Estos significados califican la transición como positiva, neutral o negativa. Tener conciencia sobre el significado de una transición es esencial para una persona pues le ayuda a comprender su experiencia, así como las consecuencias para su salud. La inclusión de los significados en la teoría de transiciones atrae la atención, en cuanto a la importancia de entender una transición desde la perspectiva de la experiencia.

Se facilita la transición al apoyar la búsqueda de soluciones a las necesidades que se presentan a lo largo de este proceso. Es importante conocer en profundidad los aspectos relacionados con la vivencia de la transición y las necesidades que identifican las mujeres.

La importancia de la perspectiva de la persona que vive la transición ha sido enfatizada por varios autores (23, 24). Los significados podrían ser entendidos desde el punto de vista del contexto cultural de la transición. Por ejemplo, el significado de la transición de la menopausia varía según la cultura, así como el significado de recibir un diagnóstico de VIH - SIDA, cáncer, hipertensión arterial o diabetes mellitus, difiere según el contexto. También tienen una connotación existencial tal como sucede en la búsqueda del significado durante el proceso de transición de la familia ante la pérdida de uno de sus miembros, cuando se presenta la muerte.

Las expectativas son otro fenómeno subjetivo que colectivamente influye en la experiencia transicional. Las personas durante la transición pueden conocer lo que esperan, y sus expectativas podrían ser reales o no. Cuando alguien conoce lo que le espera, la ansiedad asociada a la transición disminuye. Esto nos muestra la importancia de prepararse para las transiciones propias del desarrollo de la mujer.

El entorno es un aspecto relevante ya que proporciona recursos indispensables durante la transición. En un estudio de teoría fundamentada sobre la

transición, Imle (25) conceptualizó el entorno como un facilitador externo de recursos. Este fue definido como el proceso de percibir, construir y evaluar la utilidad y el apoyo brindado a las personas durante la transición. El apoyo social proveniente de los miembros de la familia, parientes y amigos, ha recibido gran atención; el soporte dado por las enfermeras y el grupo terapéutico también fue identificado como importante.

El nivel de planeación que ocurre antes y durante una transición es otra condición que influye en los sucesos de la transición. Una buena planeación permite crear una transición fácil y saludable. Por otra parte, cuando sobreviene una crisis o un evento no planeado como una situación no prevista, la planeación puede desarrollarse durante el proceso de transición, de modo que cada fase es llevada a cabo a través de una preparación que puede ser o no óptima. Una planeación efectiva requiere comprensión, identificación de los problemas, soluciones y necesidades que pueden surgir durante la transición; la comunicación entre las personas es el principal elemento en la planeación.

TRANSICIONES SALUDABLES

Las transiciones pueden implicar un proceso saludable o no saludable. Las características de un proceso involucran el significado, las expectativas, las rutinas diarias, el conocimiento, las habilidades, la continuidad de algunas estrategias, las decisiones y las oportunidades. Un proceso de transición saludable se traduce en estar consciente de lo que ocurre y redefinir el significado, en modificar las expectativas, reestructurar las rutinas de vida diaria, obtener un conocimiento, ganar nuevas habilidades, mantener algunas estrategias, decidir sobre nuevas alternativas y encontrar oportunidades de crecimiento.

En una transición no saludable se presenta resistencia a encontrar nuevos significados, se mantienen expectativas alejadas de la realidad, se mantienen viejas rutinas o se retoman rutinas anteriores, se rechaza la adquisición de nuevo conocimiento o nuevas habilidades, se experimenta discontinuidad, se limitan las alternativas y decisiones y se alejan las oportunidades de crecimiento.

Se han identificado tres indicadores de una transición saludable: 1. Un sentido subjetivo de bienestar personal; 2. El manejo de nuevas conductas; y 3. El bienestar en las relaciones interpersonales. La satisfacción en el rol desempeñado en el trabajo, en el matrimonio o en otros papeles es un indicativo más de respuesta subjetiva de una transición exitosa. El crecimiento personal, el sentimiento de liberación, el aumento de la autoestima y obtener empoderamiento también pueden ocurrir durante una transición saludable.

El bienestar en las relaciones interpersonales es un indicador de que la transición ocurre adecuadamente. La integración con amplias redes sociales,

en la comunidad, es también indicador de transición saludable y es crucial en la prevención de aislamiento social como resultado de la transición (26); las acciones de cuidado ayudan a disminuir la interrupción en las relaciones interpersonales (27).

En la transición hay factores facilitadores e inhibidores que permiten a las mujeres alcanzar la transición de manera saludable; estos factores se ubican en el ámbito personal, familiar, comunitario y de la sociedad. La culminación de una transición en forma saludable se manifiesta en un sentido de maestría y en la capacidad de asumir una nueva identidad, esto es lo que significa tener una identidad integradora fluida. Lo anterior mueve al individuo en dirección hacia la salud. Las transiciones no saludables mueven al individuo en dirección de vulnerabilidad y riesgo.

El cuidado durante las transiciones pretende mantener y aumentar el bienestar de las personas, movilizar la energía de la persona y sus familias para desarrollar las capacidades funcionales e incrementar sus habilidades, su conocimiento y destrezas para el logro de una “salud holística”. Esta mirada envuelve la integración humana del cuerpo, mente, espíritu y ambiente. El cuidado de enfermería en términos de la terapéutica se relaciona con los aspectos que se presentan en la Figura 12.1.

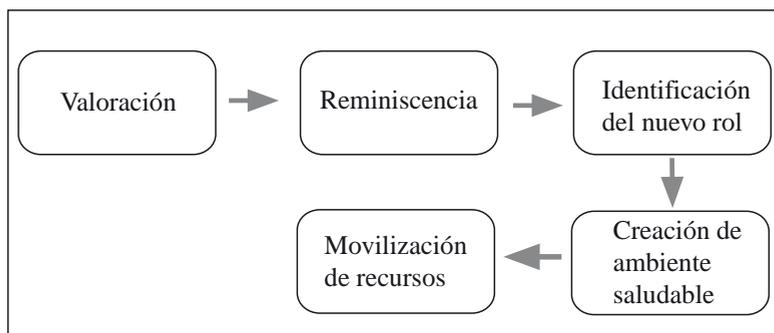


Figura 12.1. Cuidado en la transición y terapéutica de enfermería

EL CUIDADO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El cuidado responde a las necesidades de las personas, necesidades que varían de acuerdo con la situación que vive, su contexto, las habilidades que posea, los recursos a su alcance, su ciclo de vida, la transición propia del desarrollo o la transición por enfermedad o por razón laboral o de cualquier otro tipo.

El cuidado para la promoción de la salud es, en general, aplicable a cualquier persona, no obstante, el que aquí se detalla aplica a las mujeres en diferentes etapas del ciclo vital, se centra en las mujeres adolescentes algunas veces y otras en las mujeres de edad madura y además en otros apartes se refiere al cuidado de mujeres en algunas situaciones especiales.

El cuidado para la promoción de la salud incluye a personas sanas y a personas con diagnóstico de enfermedad crónica; en el viejo modelo de ver la salud y la enfermedad como un solo proceso, este no permitía responder a asuntos relacionados con la promoción de la salud en presencia de la enfermedad.

Muchas veces se mencionó, y aún hoy día, sobre el proceso salud - enfermedad que representa la salud en un extremo y la enfermedad en el otro, proceso que no satisface la concepción de la salud como un concepto positivo que implica la estabilidad y adaptación y el desarrollo de potencialidades, especialmente en lo que se refiere a la promoción de la salud. También la salud es reconocida como un concepto que no sólo es multidimensional sino que aplica tanto a individuos como a colectividades.

De acuerdo con Pender, Murdaugh y Parsons (28) y con Sullivan (29) la salud y la enfermedad están interrelacionadas, pero son dos conceptos cualitativamente diferentes que pueden coexistir. Cuando la salud y la enfermedad representan un continuo es difícil discutir aspectos saludables de las personas enfermas. La presencia de la enfermedad le adscribe al individuo el “papel de enfermo” y se espera que él o ella dirijan todas sus energías a encontrar la causa de la enfermedad y realicen conductas que le devuelvan la salud tan pronto como sea posible.

A pesar de la enfermedad las personas pueden llegar a sentirse saludables y pueden realizar acciones de cuidado para promover la salud, es decir, la salud puede manifestarse en la presencia de la enfermedad, aunque la persona haya recibido un diagnóstico de enfermedad crónica; el ser saludable es una aspiración de las personas (30). Aun, una pobre salud puede existir sin la presencia de enfermedad y una buena salud puede estar presente a pesar de la enfermedad. Lo que significa que la salud y la enfermedad no son parte de un continuo en donde lo que sigue después de la enfermedad es la muerte si no se recupera la salud.

Ser saludable es una condición que se logra no obstante si se entrecruzan situaciones de enfermedad. Las personas reciben un diagnóstico de enfermedad de corta duración (aguda) o larga (crónica) y, sin embargo, tienen potencialidades a desarrollar y diversas maneras de realizar el autocuidado y los cambios necesarios para sentirse saludables. Las personas tienen capacidades para la promoción de la salud; la promoción de la salud es vista como una oportunidad para el logro de metas en pro de ser saludable; por ejemplo, en la mujer trabajadora la aplicación de la promoción de la salud se hace en el marco de la salud en el trabajo (31).

Las personas que se sienten funcionales y con habilidades para el disfrute de la vida, que desempeñan su papel en concordancia con la identidad integradora fluida que adoptan según si están o no en una transición (Teoría de las Transiciones - 21, 32), pueden adquirir maestría en el cuidado para la promoción de la salud, el cuidado para la prevención de otras enfermedades, la prevención de complicaciones y la rehabilitación según la situación en la que se encuentren.

TIPOS DE CUIDADO

Actualmente, gran parte de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer, el hipotiroidismo, el VIH - SIDA y la artritis se mueven entre períodos de exacerbación de la enfermedad y períodos de mejoría o relativa estabilidad. Los cuidados que proporcionan las enfermeras son para el mantenimiento de la vida. Colliere (2) distingue dos tipos de cuidado: el de mantenimiento de la vida y el de recuperación de la enfermedad. El cuidado para el mantenimiento de la vida como lo mostraba Nightingale se basa en la salud; salud como el conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe y se desarrolle, incluso, cuando hay enfermedad. Esto se traduce en que “salud es el conjunto de fuerzas físicas, afectivas, espirituales, psíquicas y sociales que se pueden movilizar para afrontar y compensar la enfermedad, dejarla atrás o hacerle frente.” (le adicioné *fuerzas espirituales*) (2, p. 289).

Los dos tipos de cuidado son: el cuidado para la conservación y la continuidad de la vida (*el cuidado*) y el cuidado para curar todo aquello que obstaculiza la vida o tratamiento de la enfermedad (*la cura*). Cuando prevalece la cura sobre el cuidado se acaban progresivamente las fuerzas vitales. Las capacidades vitales requieren ser movilizadas constantemente, hasta el momento de la muerte, inclusive; así se puede “vivir” la muerte. El cuidado y la cura no se excluyen.

Existen diversos modelos de cuidado y teorías que guían la práctica. Fundamentalmente un modelo de cuidado centrado en las necesidades de las mujeres requiere primero que se identifiquen dichas necesidades de acuerdo con la edad de la mujer, el ciclo de vida, la transición específica que atraviesa, si la hay como propia del desarrollo o si es de carácter situacional.

Las necesidades de cuidado no están relacionadas únicamente con la gravedad de la enfermedad considerada aisladamente, sino con la interrelación existente entre las posibilidades, capacidades y recursos de la persona según el período o el ciclo de vida en el que se encuentre.

Cuando se recibe el diagnóstico de enfermedad crónica, tanto la persona afectada como sus cuidadores informales, que generalmente son mujeres y miembros de la familia, realizan el autocuidado y el cuidado respectivamente, según el grado de dependencia de la persona afectada, para responder a las necesidades que día a día aumentarán y que la llevarán a las modificaciones del estilo de vida (33).

Durante el período de cambio de una fase a otra o de un ciclo de vida a otro, se vivirá una etapa transicional que puede ser corta o larga, o diferentes transiciones simultáneas o seguidas las unas de las otras, en donde las personas y sus cuidadores necesitan desarrollar habilidades de cuidado, maestría en el cuidado y pasar la transición de manera saludable.

LAS MUJERES COMO CUIDADORAS

Es de gran importancia la persona que cuida; Watson (34) afirma que la persona que cuida es el instrumento del cuidado. El proveer cuidado a los niños/as, a los adultos mayores o a un miembro enfermo en la familia es una labor demandante; ese trabajo por fuera de las instituciones de salud es, usualmente, un trabajo no remunerado, es invisible y hecho por las mujeres, principalmente.

El que las mujeres sean las cuidadoras informales es parte de las expectativas sociales; las mujeres han sido cuidadoras informales desde siempre. Actualmente asumen ese trabajo no remunerado en mayor proporción, dado que el Sistema de Salud con su contención de costos ha disminuido el tiempo de hospitalización y, en algunos casos, la hospitalización misma se realiza en casa, ahorrando al sistema una cuantía de dinero considerable con las cuidadoras informales.

Muchas mujeres reflejan las tensiones producto de la presión que ejercen los otros sobre ellas como cuidadoras y por el hecho de trabajar por fuera del hogar. Ellas reflejan las tensiones a través de sentir culpa, en muchas ocasiones sentir que no hacen lo suficiente. A su vez, la persona cuidada si, por ejemplo, es una mujer adulta mayor, también siente tensión porque quiere tener su independencia y autosuficiencia, pero se da cuenta de las necesidades de cuidado y de apoyo que requiere.

Cuando se necesita de la ayuda de un cuidador informal para el cuidado de un familiar con enfermedad crónica, el cuidador atraviesa tres etapas: la de exploración y contacto, la de comprensión y progreso, y la tercera de cambio y nuevos retos (33). La preparación de las cuidadoras es de gran beneficio en favor de las personas receptoras del cuidado.

Las mujeres como cuidadoras informales requieren prepararse y lograr la habilidad para realizar su papel, para el empoderamiento de su nuevo rol y disminuir la carga que le puede significar el asumir el papel sin la preparación adecuada. Es ahí donde cobra un valor importante la educación para la salud, el efecto será sobre la persona cuidada y también sobre la cuidadora informal.

Tanto las mujeres con diagnóstico de enfermedad crónica como las mujeres cuidadoras informales pueden vivir largos períodos con salud gracias a la promoción de la salud y a la preparación para ello. El cuidado que ofrecen o realizan incorpora los valores del humanismo, la preocupación personal, la sensibilidad y la colaboración. El cuidado y la sanación estarán muy cercanos el uno del otro. Entre los objetivos del cuidado están: reducir la incidencia de la enfermedad, bajar las tasas de muerte prematura, alcanzar o aumentar la salud y la calidad de vida.

EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER

El cuidado a la mujer significa cuidado a la familia. Rara vez el cuidado a la mujer se realiza sin extenderse al cuidado de la familia; el cuidado que recibe la mujer casi siempre produce un gran impacto sobre la familia; por otro lado, para las mujeres muchas veces el cuidado a la familia es su prioridad. Aquí surgen preguntas e inquietudes sobre el papel de género asignado a la mujer y la familia como terreno de inequidad, opresión, violencia y desigualdad. Una pregunta es: ¿Qué hacer para que el cuidado de sí misma sea una prioridad? En este terreno es básico comprender la teoría de *ser o estar en relación* para el desarrollo de la mujer adulta. La mujer adulta se define como constituida por relaciones; esta es parte de su propia definición. La definición de sí misma en términos de relaciones de servidora o en términos de no ser libre para expresarse por sí misma representa una condición de opresión. Cuando la mujer se define totalmente a sí misma, a través del cuidado que da a otros y asume que tal cuidado constituye estar *en relación* con otros es cuando falla para reconocerse independiente *de y para* realizar su propio cuidado; de esta manera acepta la definición de adulta “*para el servicio a*” (35).

El trabajo de la mujer cuidadora informal es de gran magnitud. El cuidado de los hijos lo realiza la mujer y es de las tareas de mayor consumo de tiempo y energía. A pesar de esto aún no se reconoce la dimensión del trabajo de la mujer, se subvalora y asume como parte de su papel. Muchas mujeres sienten que hay presión y necesidad económica para trabajar fuera de casa; otras que trabajan por fuera sienten que las llaman egoístas porque no están en casa cuando los hijos o los padres las necesitan.

El cuidado de las personas adultas mayores lo realiza la mujer, especialmente la mujer en la etapa de madurez que es cuando sus padres están en la etapa de adultos mayores. La sociedad espera esto de la mujer. Las demandas son grandes, su trabajo es invisible y sus reclamos no tienen eco. Sobrecarga, estrés o inhabilidad para afrontarlo son vistas como una falla exclusivamente personal. En el caso de niños-as enfermos crónicos, la madre es la que asume toda la carga del cuidado porque las instituciones de salud no toman parte en él o escasamente lo hacen a través de las citas de control. De esta manera los costos económicos se transfieren de la institución a la familia.

La aproximación al cuidado de la salud de las mujeres, en términos de lo relacional, nos permite considerar las fortalezas y necesidades de las mujeres en relaciones de diferente tipo; por ejemplo, en las relaciones de maltrato a las mujeres y las relaciones con los proveedores de salud; se espera que estas contribuyan o las ayuden a terminar con el abuso. Otro ejemplo es el de las mujeres cuidadoras informales que ofrecen cuidado a miembros de su familia enfermos o sanos pero que se encuentran en estado de gran fragilidad.

El cuidado es parte de las relaciones pero también es un trabajo; la responsabilidad de cuidadora, exclusivamente para la mujer, es otra manera de restringir su independencia. La teoría de “*estar en relación*” ofrece una perspectiva no tradicional de las mujeres cuidadoras informales que ubica la salud en la red de las conexiones que las mujeres sostienen con y por los otros.

Otra inquietud es la necesidad de separar el desarrollo de la mujer del desarrollo de la familia; son dos cosas diferentes. Tomar el ciclo de la familia como parte del desarrollo de las mujeres es una manera de reforzar el estereotipo de los roles de género y crea una mirada muy estrecha de las mujeres, otra vez centrada en la reproducción.

Las mujeres no sólo realizan trabajo dentro del hogar, denominado el trabajo doméstico no reconocido y no pagado; también realizan trabajo fuera de la casa. Actualmente la mujer representa la mitad de la fuerza laboral (en Colombia los datos señalan que el 48.5% de la fuerza laboral está representada por las mujeres) y su salud también está relacionada con la salud en el trabajo.

El poder liberador de los cuidados se da cuando es creador, cuando permite el desarrollo de la capacidad de vivir tanto en la persona cuidada como en el cuidador ya que ambas participan en el mismo acto de renacer. Un ejemplo es el poder terapéutico de los grupos, me refiero a los “grupos de reflexión” que recomiendo para las mujeres en situación de violencia de pareja, a los grupos de apoyo de las mujeres con cáncer, etc. El poder transmitido por los cuidados permite a las mujeres usar el poder que poseen, es decir, movilizar todo aquello de lo que son capaces; es devolver o aumentar el poder de existir y de tener autonomía.

EL ARTE COMO ESTRATEGIA DE CUIDADO

El arte ayuda a ganar un sentido de control y provee un complemento valioso al proceso de sanación; esta indicación es altamente recomendada para las mujeres en situaciones de violencia de pareja o que han tomado la decisión de romper la relación. Acorde con Suter y Baylin (36) el arte ayuda en la sanación, mejora el ambiente que rodea a las mujeres y la respuesta emocional de la persona afectada. Por otro lado, el arte genera la autorreflexión, produce disfrute y facilita la interacción entre las personas que brindan y reciben el cuidado. Adicionalmente, propicia la opción de escoger y de ganar control de lo que se hace, lo que repercute en el bienestar emocional de las personas (37).

El arte facilita la comunicación y las interacciones sociales con los familiares y las amistades (38, 39); se ha empleado en personas adultas mayores residentes de hogares para ancianos favoreciendo la imaginación y el disfrute en adición a las magníficas relaciones que se establecen con los/las cuidadoras, la familia y personas cercanas, por lo cual se recomienda usar

con mujeres usuarias de programas ambulatorios, residentes en hogares geriátricos y en mujeres que se preparan para la vivencia de la etapa de adulta mayor. La comunicación con las cuidadoras ayuda a reducir la ansiedad tanto de la persona afectada como de la familia (36).

LAS MUJERES SE AYUDAN ENTRE ELLAS

Las mujeres se ayudan entre ellas, es un subtítulo empleado por Lesly Doyal en su libro *What makes women sick?* [¿Qué enferma a las mujeres?] (40); quise repetirlo porque destaca dos aspectos que, en mi opinión, son importantes para ayudar y cuidar a las mujeres: uno es el poder de la amistad, el compañerismo, y otro es el apoyo social y los grupos de ayuda.

Los grupos de ayuda son reuniones de mujeres que comparten experiencias, conocimientos, sentimientos –se apoyan mutuamente y aprenden juntas–; es reunirse para aprender sobre lo que saben y no saben, sobre lo que desean conocer y explorar, sobre lo que quieren compartir.

Es una reunión de mujeres para desmitificar la atención en salud, los profesionales y sus propios cuerpos; involucra el ser capaz de elegir por sí mismas con base en la experiencia de cada una (41).

El interés en la conformación de los grupos de ayuda mutua es amplio, los hay para congregar personas con VIH, alcoholismo, diabetes, cáncer. El propósito es brindar apoyo mutuo e información útil; adicionalmente permite involucrar a las mujeres en campañas en pro de la satisfacción de las necesidades de quienes conforman los grupos.

Se recomienda aumentar la red social de apoyo, que incluye la red familiar que da apoyo y también desarrollar nuevas redes sociales tanto para las mujeres en particular como para las comunidades en general. Se recomienda promover procesos de participación comunitaria que se sabe, tradicionalmente, han involucrado mayoritariamente a las mujeres. Estos procesos son considerados muy importantes para el logro de los cambios estructurales de factores como inseguridad, pobreza, falta de acceso a la salud, que acompañan las condiciones ambientales y sociales de muchas de nuestras comunidades.

Por ejemplo, para el cuidado de las personas con diabetes podría implementarse la estrategia de los grupos de apoyo social, lo cual permitirá aumentar las redes de apoyo de las personas con este diagnóstico y de sus familias, para trabajar objetivos comunes como preparación de alimentos, brindar apoyo emocional, adherencia al tratamiento, educación diabetológica, etc.

En un estudio realizado por Bustamante, Forero y Urresty (42) se encontró que la educación diabetológica y el apoyo social fueron de gran ayuda a las personas con diagnóstico de diabetes y sus familias, afiliados a una institución de salud de Cali; tanto las personas con diabetes como la familia que asistían al programa eran en su mayoría mujeres.

EL CUIDADO Y LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL

Otra fortaleza que contribuye con el cuidado es la espiritualidad, porque enfatiza en el afrontamiento y en la sanación; también reduce el estrés. El apoyo espiritual que se proporciona a las mujeres es altamente valorado por ellas. El poder de la oración es muy valioso; las mujeres reconocen ese poder cuando se congregan en oración por la salud de todos durante tiempos de enfermedad y crisis; este recurso es reconocido en otros trabajos (43 – 46).

La espiritualidad es un afrontamiento positivo ante las dificultades de la vida (47) es sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros y con el orden natural o con un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales, trabajo significativo y prácticas que generan una dimensión existencial (48). La espiritualidad es un fundamento ontológico de enfermería, es vista como una característica básica de los seres humanos, de importancia para el bienestar y la salud (49, 50).

El cuidado en la dimensión espiritual es un factor de crecimiento personal, es un aspecto de trascendencia que ayuda a las mujeres en particular ante situaciones que les afecta en gran medida su salud y las ayuda a buscar otras maneras de abordar el cuidado de sí y de ser saludable. Canaval, González y Sánchez (51) encontraron en su estudio con mujeres maltratadas que la espiritualidad es un recurso personal que poseen y les ayuda a sobrevivir ante la situación de violencia de pareja.

LA AMISTAD Y EL COMPAÑERISMO

La amistad es un afecto compartido con otra persona que nace y se fortalece con el trato (52); la amistad produce resultados favorables en salud, no sólo a la persona sino también a la comunidad (53).

Las amistades son parte de las redes sociales de apoyo; el deseo de ser parte de una relación de amistad es una necesidad humana de gran importancia; se ha encontrado en investigación que existen diferencias de género con respecto a la amistad; concretamente en el mantenimiento de conductas amigables. Las mujeres usan más relaciones de apoyo, más abiertas y con muchas interacciones en comparación con los hombres; las personas que tienen dificultad para establecer relaciones de amistad presentan distrés mental (54).

Compañerismo. Este término se refiere al trabajo colaborativo entre las y los profesionales de la salud, particularmente las enfermeras y las mujeres. El compañerismo hace que las personas sean capaces de compartir conocimiento, habilidades y recursos; que exista además el reconocimiento mutuo del conocimiento y las habilidades (55 - 57). Para empoderar a las mujeres las y los profesionales necesitan reconceptualizar su relación con las mujeres, rechazar el paternalismo en favor de las aproximaciones de compañerismo y reconocer el poder de la construcción colaborativa. Las

características del compañerismo son: igualdad del cuidado entre profesionales y mujeres, negociación, información que se comparte, balance del poder (Ver Cuadro 12.1).

Cuadro 12.1. Características del compañerismo

<p>Las características del compañerismo son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relación genuina y de confianza. 2. Escuchar y comunicarse honesta y abiertamente. 3. Reconocimiento y estímulo. 4. Reciprocidad. 5. Empatía. 6. Compartir experiencias y respeto por el otro-a. 7. Trabajar juntos, negociar y acordar sobre las metas, los planes y los límites. 8. Participación e involucramiento. 9. Soporte y abogacía. 10. Proporcionar información. 11. Facilitar las decisiones y la equidad.
--

CUIDADO DE LA SALUD. LA SANACIÓN Y EL MITO

Se ha descrito que a través del simbolismo los seres humanos entran de manera afectiva y consciente en contacto con lo más profundo de su ser, en contacto con otros y en contacto con su espiritualidad y con el Ser Superior.

El mito describe el panorama de los fenómenos de preocupación para la enfermería: coraje, nutrición, transiciones, fortalezas, debilidades, pérdidas y duelos; recuperación, heridas, relaciones, nacimiento, muerte, sufrimiento, imperfección, lucha, triunfo. El explorar a través del mito como una manera de conocer es apropiado y puede arrojar luces sobre la experiencia humana de la salud y la sanación (58).

La sanación emerge de una relación de amor, de cuidado consigo misma y con el otro o con un Poder Superior (59, 60); describe el arquetipo femenino como esencial a la sanación porque trae al frente el cuidado con valores de compasión, amabilidad, amor, responsabilidad mutua, el valor de la vida y permite procesos de sanación y práctica (61).

El amor es el dominio de las acciones que constituyen al otro como un legítimo otro u otra en la convivencia (62). En su artículo sobre el cuidado a la mujer Vanegas (63) señala que el cuidado implica un acercamiento más afectivo y dedicado. En el paradigma holístico, Montes (64) hace énfasis en que conocer y amar se vuelven un único proceso, indisociable, que de

acuerdo con ella y otros autores citados en su libro sobre un modelo fundamentado en el amor para el cuidado de adolescentes embarazadas, el cuidar es una forma de amar.

Watson, en su presentación sobre el proceso de *Cáritas* (34) destacó que los valores altruistas, humanistas, implican la práctica del amor, la suavidad, la cordialidad y la ecuanimidad consigo misma y con los otros. Las enfermeras son calificadas como instrumentos finales del cuidado, lo que obliga a prepararnos en nuestra propia humanidad para cuidar a las personas en estado de vulnerabilidad. Watson (61) describe el arquetipo femenino como dinámico, que fluye con energía, que trae sabiduría y orden donde hay caos. Es en el amor donde se encuentra el gozo, el reposo, el júbilo y la creatividad; enseña y da vida al modo sagrado de vivir, de ser y de sanar, nos vuelve a la totalidad y a la integridad.

Trabajar con los mitos es una manera diferente de comprender la experiencia humana. Es otro abordaje epistemológico en la investigación y en la práctica para comprender las experiencias y los significados. Describir la investigación y las experiencias con metáforas como por ejemplo: “La odisea de navegar en el sistema de salud de las mujeres con cáncer de mama” (65) y “Sentirse como un bicho raro”, según lo expresaron las trabajadoras sexuales al referirse al estigma que les ocasiona su trabajo (66) es extender esa metáfora en la forma de mitos, mitos que representen el cómo las mujeres se sentían; esto puede ayudarlas en el proceso de sanación.

EL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Por último, quisiera mencionar brevemente la importancia de la dimensión transcultural que contribuye a dar el toque humanístico al cuidado; esta dimensión fomenta el descubrimiento de las influencias culturales de las mujeres, de sus prácticas, de sus valores. Explorar las bases lógicas de las historias causales de las mujeres en relación con la salud o la enfermedad permitirá entender mejor sus prácticas de cuidado. El cuidado bajo la perspectiva transcultural posibilitará una comunicación de mayor empatía con las mujeres y ofrecerles acciones de cuidado sensibles a sus necesidades y congruentes con su cultura; es decir, que sean coherentes con su modo de vida, respetando la perspectiva cultural (67).

Las enfermeras y los agentes de salud están siendo urgidos para que los encuentros con las mujeres sean libres de la visión etnocéntrica; es decir, libres de imponer los valores y creencias propios cuando se trata de reconocer aspectos importantes de la salud de la mujer que han sido sistemáticamente ignorados (68).

REFERENCIAS

1. Mulligan, J.E. Some effects of the women's movement. *Topics in Clinical Nursing*. 1983; 4: 1 - 9.
2. Colliere, M.F. Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid. McGraw Hill – Interamericana. 1997.
3. De la Cuesta, C.B. El cuidado del otro: Desafío y posibilidades. *Inv. Ed. Enfermería*. 2007; 106 – 112.
4. Gómez, C. Las mujeres y el cuidado de la salud y de la vida. En: Cátedra Manuel Ancizar. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Cuidado de la vida. Bogotá. Unibiblos. 2007.
5. Graham, H. Caring a labor of love. In J. Finch, D. Groves (eds.). *A labor of love: Women, work, and caring*. London. Routledge, Kegan Paul. 1983. P. 13 – 30.
6. Kuerten, P.; Do Prado, M.L.; De Gasperi, P.; Sebold, L.F.; Waterkemper, R., Bub, M.B.C. Cuidado y la enfermería. *Avances Enfermería*. 2009; 27 (1): 102 – 109.
7. Mayorga, C.F., Friedeman, M.L.; Jiménez, L.D. y Chaparro, L. Diarios personales del investigador como herramienta de investigación. *Avances Enfermería*. 2008; 26 (29): 15 – 26.
8. Romero, M.N. Calidad de vida de las profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Avances Enfermería*. 2008; 26 (2) : 59 – 70.
9. Heidegger, M. Ser y tiempo. Traducción: Jorge Eduardo Rivera. Santiago de Chile. Editorial Universitaria. 1998.
10. Boff, L. Saber cuidar. Ética do humano – compaxiao pela terra. Petropolis. Editora Vozes. 2001.
11. Parrado, Y.M. y Caro - Castillo, C.V. Significado un conocimiento para la práctica de enfermería. *Avances Enfermería*. 2008; 26 (2): 116 – 125. 2008.
12. De Saint-Exupéry, Antoine. El principito. Bogotá. Editorial Panamericana. 1995.
13. Peña, B. El *ethos* del cuidado de la vida. En: Cátedra Manuel Ancizar. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Cuidado de la vida. Bogotá. Unibiblos. 2007.
14. Urrea, F.C. El cuidado de la vida y la salud. En: Cátedra Manuel Ancizar. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Cuidado de la vida. Bogotá. Unibiblos. 2007.
15. Ferreira, M. de A. As correntes teórica e práticas das dimensoes do cuidar na infancia. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. 2002; 6 (1): 75 – 78.
16. Klock, P.; Rebeiro, L.A.C; Stein, D. y Ermann, A.L. Vislumbrando las conexiones intersubjetivas del cuidado de enfermería. *Avances Enfermería*. 2008; 26 (1): 13 – 21.
17. Zea Bustamante, L.E. Cuidar de otros: Condición humana y esencia de una profesión. *Inv Ed Enf*. 2003; 21 (2): 154 – 158.
18. Morse, J.M.; Solberg, S.M.; Neander, W.L.; Bottorff, J.L. and Johnson, J.L. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sc*. 1990; 13 (1): 1 – 14.
19. Salazar, A.M.; Martínez de Acosta, C. Un sobrevuelo por algunas teorías

donde la interacción enfermera – paciente es el núcleo del cuidado. *Avances Enfermería*. 2008; 26 (2): 107 – 115.

20. Schumacher, K.L. and Meleis, A.I. Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1994 ; 26, 119-127.

21. Meleis, A. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. *Memorias de las ponencias centrales y paneles, Octavo coloquio panamericano de investigación en enfermería, octubre 9-12 de 2000, Bogotá, Colombia. Acofaen.*

22. Catanzaro, M. Transitions in midlife: adults with long-term illness. *Holistic Nursing Practice*. 1990; 4: 64-73.

23. Adlersberg, M., Thorne, S. Emerging from the chrysalis: Older widows in transition. *Journal of Gerontological Nursing*. 1990; 16 (1): 4 – 8.

24. Kenner, C.; Lott, J.W. Parent transition after discharge from the NIUC. *Neonatal Network*. 1990; 9: 31 - 37.

25. Imle, M.A. Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. *Holistic Nursing Practice*. 1990; 4, 25-36.

26. Jones, P.S., Meleis, A.I. Health is empowerment. *Advances in Nursing Sciences*. 1993; 15 (3): 1-14.

27. Hollander, J. and Haber, L. Ecological transitions: Using Bronfenbrenner's model to study sexual identity change. *Health Care for Women International* 1992; 13: 121-129.

28. Pender, N.J.; Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. *Health Promotion in Nursing Practice*. Upper, Saddle, River, N.J. Pearson Prentice Hall. 2006.

29. Sullivan, M. The new subjective medicine: Taking de patient point of view on health care and health. *Soc Sci Med*. 2003; 56: 1595 – 1604.

30. Hwu, Y.; Coates, V. and Boore, G. The evolving concept of health in nursing research: 1988 – 1998. *Patient Education and Counseling*. 2001; 42: 105 – 114.

31. García, J.C. Promoción de la salud en los lugares de trabajo. Una oportunidad para desarrollar. *Avances Enfermería*. 2009; 27 (1): 124 – 129.

32. Canaval, G.E.; Jaramillo, C.D.; Rosero, D.H.; Valencia, M. La teoría de las Transiciones y la salud de la mujer. *Aquichan*. 2007; 7 (1): 8 – 24.

33. Alvarado García, A.M. Adquiriendo la habilidad en el cuidado: De la incertidumbre al nuevo compromiso. *Aquichan*. 2007; 7 (1): 25 – 36.

34. Watson, J. *El Amor Humanitario. La ética de la cara y las manos. El retorno a nuestra humanidad profunda, al alma y al corazón de la enfermería. Primer Congreso internacional del Cuidado de la Salud. San Juan de Pasto. Mayo 18 – 20 de 2009.*

35. Candib, L.M. Self in – relation Theory: Implication for women's health. En Dan A. *Reframing women's health*. Sage: Thousand Oaks. 1994.

36. Suter, E. and Baylin, D. Choosing art as a complement to healing. *Applied Nursing Research*. 2007; 20: 32–38.

37. Williams, A.M. and Irurita, V.F. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 2005; 18: 22– 28.

38. Wikstrom, B.M. Health professionals' experience of paintings as a conversation instrument: A communication strategy at a nursing home in Sweden. *Applied Nursing Research*. 2003; 16: 184 – 188.

39. Wikstrom, B.M. Visual art dialogues with elderly persons: Effects on perceived life situation. *Journal of Nursing Management*. 2000; 8: 31– 37.
40. Doyal, L. What makes woman sick? London. Mcmillan Press. 1995.
41. Boston, Women´s Health Book Collective. Our bodies ourselves. New York. Simon Schuster. 1971.
42. Bustamante, P.; Forero, L.; Urresty, B.L. Educación diabetológica y apoyo social a personas con diagnóstico de diabetes mellitus y sus familias. Trabajo de Grado con la dirección de G. E. Canaval, presentado para optar al título de especialistas en promoción de la Salud. 2004. Convenio Universidad del Valle – Universidad de Caldas. 2002 – 2004.
43. Parrado, R. Religious, faith, spirituality and health communication. *Health Communication*. 2004; 16 (1): 1 – 13.
44. Wills, M. Connection, action, and hope: an Invitation to reclaim the “Spiritual” in Health Care. *J Relig Health*. 2007; 46: 423–436.
45. Anderson, C. The delivery of health care in faith – based organizations: parish nurses and promotion of health. *Health Communication*. 2004.; 16 (1): 117 – 128.
46. Chatters, L., 2000. Religion and Health: Public Health research and practice. *Ann Rev Public Health*, 2000; 21: 335 – 367.
47. Sánchez, B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermedad cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Avances Enfermería*. 2008 ; 26 (1) : 65 – 74.
48. Ellison, C.W. Spiritual wellbeing. Conceptualization and measurement. *J Psychol Theology*. 1983; 11: 330.
49. Reed, P.G. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nursing Health*. 1992; 15: 349 – 357.
50. Antolínez, B.R. Espiritualidad y cuidado. En Grupo de Cuidado Universidad Nacional. *El Arte y la Ciencia del Cuidado*. Bogotá. Unibiblos. 2002.
51. Canaval, G.E.; González, M.C. y Sánchez, M.O. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Col Med*. 2007; 38 (4): 72 – 78.
52. Ministerio de Protección Social, Colombia. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Bogotá. Segunda Ed. Ministerio de Protección social República de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. 2008.
53. Griffiths, R.; Horsfall, J.; Moore, M.; Lane, D.; Kroon, V. and Langdon, R. Building social capital with women in a socially disadvantaged community. *International Journal of Nursing Practice*. 2009; 15: 172–184.
54. Oswald, D.; Clark, E.M. and Cheryl, K. Friendship maintenance: An analysis of individual and dyad behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004; 23(3): 413 - 441.
55. McIntosh, J. and Runciman, P. Exploring the role of partnership in the home care of children with special health needs: Qualitative findings from two service evaluations. *International Journal Nursing Studies*. 2008; 45 714–726.
56. Pelchat, D. and Lefebvre, H., 2004. A holistic intervention programme for families with a child with a disability. *Journal of Advanced Nursing* 48 (2): 124–131.

57. Feeg, V.D., 2005. Initiative to improve the care of children with life threatening illnesses: an Interview with Senator Mike DeWine (R-OH). *Pediatric Nursing*. 2005; 31 (3), 232–233.
58. Smith, M.C. Health, Healing, and the Myth of the Hero Journey *Adv Nurs Sci*. 2002; 24 (4): 1–13.
59. Watson, J. *Nursing human science and human care*. New York. National League for Nursing. 1988.
60. Wendler, M.C. Understanding healing: A conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1996;24:836–842.
61. Watson, J. *Postmodern Nursing and Beyond*. New York: Churchill Livingstone; 1999.
62. Maturana, H. *El sentido de lo humano: Convivencia, aceptación y creatividad*. Santiago. Ediciones Pedagógicas Chilenas. 1991.
63. Vanegas, B. C. *Humanización en el cuidado de salud de la mujer*. En Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá. Unibiblos. 2002.
64. Montes, M.M. *Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de adolescentes embarazadas*. Cali. XYZ Impresores. 1999.
65. Canaval, G.E. y Bedoya, L.M. *La Odisea de navegar en el Sistema de Salud de las mujeres con cáncer de mama. Informe ejecutivo*. Funcancer. Cali. 2009.
66. Amaya, A.; Viáfara, E.; Canaval, G.E. *Estigmatización de la mujeres trabajadoras sexuales: influencia en el acceso y cuidado de la salud*. *Colombia Médica*. 2005; 36 (3): 65-74.
67. Vásquez, M.L. *El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: Una necesidad en un mundo cambiante*. *Inv Ed Enf*. 2001; 19 (1): 48 – 54.
68. Kleinman, A.; Eisenberg, L. and Good, B. *Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research*. *FOCUS*. Winter 2006, 4 (1): 140 – 149.

BIBLIOGRAFÍA

- Jaded, A. *Unlearning*. 2008. Acceso en Junio de 2009. Disponible en: <<http://www.lulu.com/content/4132419>>
- Johnson, M.A.; Morton, M.K. and Knox, S.M. *The transition to a nursing home: Meeting the family's needs*. *Geriatric Nursing*. 1992; 13: 299 - 302.

LAS CIFRAS

El bienestar humano consiste en desarrollar las capacidades de las personas. Desde este enfoque, es posible hablar de desarrollo cuando las personas son capaces de hacer más cosas, no cuando éstas son capaces de comprar más bienes o servicios (1).

El enfoque de género hace referencia a una herramienta de trabajo, una categorización de análisis en las variables sexo y género, que permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad, en un proyecto, etc., así como desigualdades, relaciones de poder e inequidades. Facilita, además, reconocer las causas que las generan y formular mecanismos para superar estas brechas, ya que ubica la problemática fuera de hombres y mujeres y la centra en las relaciones socialmente construidas (2, p. 16).

Con el objetivo de aportar a la contextualización de la salud de la mujer se presentan algunos datos sociodemográficos con variables seleccionadas de los capítulos anteriores.

Los datos específicos en relación con la población adolescente y joven generalmente se refieren tanto a hombres como a mujeres; los datos de la población adulta se refieren a las mujeres; en el capítulo de la feminización del VIH se aporta información sobre los hombres para establecer comparaciones.

Es pertinente reconocer que datos de las mujeres según poblaciones minoritarias por etnia, orientación sexual, discapacidad, zona rural o urbana no se proporcionan en este trabajo, entre otras razones porque no es fácil encontrarlos desagregados.

La población estimada para Colombia es de 46 millones para el año 2007. Se proporcionan datos según el último censo de población en Colombia en el año 2005 y otros estimados de población en los Cuadros A1.1 y A1.2.

Cuadro A1.1. Población

Colombia	45.294.953	Hombres 22.417.542 para un 49,5%	Mujeres 22.877.410 para un 50,5%
Valle del Cauca	4.460.850	Hombres 2.165.595 para un 48,5%	Mujeres 2.295.255 para un 51,5%

Fuente: DANE. Coordinación de Proyecciones de Población y Estudios Demográficos, 2004.

Cuadro A1.2. Las proyecciones de población al año 2007, con base en el censo del año 2005

	POBLACIÓN TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Colombia	43.926.034	32.888.654	74,9	11.037.380	25,1	21.682.836	49,4	22.243.198	50,6
Valle del Cauca	4.248.913	3.680.312	86,6	568.601	13,4	2.063.708	48,6	2.185.205	51,4

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía, Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=496&Itemid=996>

La población de Colombia, con base en datos de World Development Report 2007 es de 46 millones de habitantes.

La esperanza de vida al nacer en el año 2006 para hombres y mujeres:

- Hombres: 69 años.
- Mujeres: 76 años.

La esperanza de vida al nacer para algunos países de América, Europa y África se presenta con el propósito de compararlas con las cifras de Colombia (Ver Cuadro A1.3).

Cuadro A1.3. Esperanza de vida al nacer. Colombia y países seleccionados

PAÍS	POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
Colombia	46 millones de hab.	69 años	76 años
México	105 millones de hab.	72 años	77 años
Costa rica	4 millones de hab.	76 años	81 años
Canadá	33 millones de hab.	78 años	83 años
Chile	17 millones de hab.	75 años	81 años
Argentina	40 millones de hab.	71 años	79 años
España	45 millones de hab.	78 años	84 años
Noruega	5 millones de hab.	78 años	83 años
Thailandia	64 millones de hab.	66 años	75 años
Malawi	14 millones de hab.	47 años	48 años
Uganda	31 millones de hab.	50 años	51 años
África Subsahariana	800 millones de hab.	49 años	52 años

Fuente: World Development Report 2009. [Consultado junio 2009]. Disponible en: <http://site-resources.worldbank.org/INTWDR2009/Resources/4231006-1225840759068/WDR09_22_SW-DIweb.pdf>

Cuadro A1.4. Otros indicadores no desagregados para el nivel educativo y nivel de ingresos en Colombia<

NIVEL EDUCATIVO (Año 2005)		
Tasa de analfabetismo en población de mayores de 15 años ¹	9,6%	
Cobertura neta de niños de 7 a 11 años con educación básica primaria ²	84,8%	
Cobertura neta de niños de 12 a 15 años con educación básica secundaria ²	66,9%	
Cobertura neta de adolescentes de 16 a 17 años con educación media ²	38,5%	
NIVEL DE INGRESOS		
Producto Interno Bruto per cápita US\$ corriente, proyección para 2007 ³	3.593,0	
Tasa de crecimiento anual del PIB (%) estimada 2007 ³	7,0%	
Razón de ingreso 20% superior sobre 20% inferior (2005) ⁴	21,3	
Proporción de población bajo línea nacional de pobreza en 2006 ⁴	45,0%	
Coefficiente de Gini a junio de 2006 ³	0,56	
Tasa de desempleo a diciembre de 2007 ⁵	11,1%	
Inflación: Crecimiento anual del índice de precios al consumidor en 2007 ⁶	5,69%	
Índice de desarrollo humano en 2004 ⁴	0,79	
Índice de condiciones de vida en 2005	Total ⁷	78,8
	Urbana (2004) ⁸	84,4
	Rural (2004) ⁸	60,7

- Informe especial. Censo general 2005. Colombia - Educación. Disponible en: <www.dane.gov.co/censo/files/boletines/boi_educacion.pdf>
- Cálculos DNP - Dirección de Desarrollo Social - Subdirección de Educación. Con base en Encuesta Nacional de Hogares. 2005.
- DNP Dirección de Estudios Económicos.
- DNP-SNU. Informe de Colombia. Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Disponible en: <www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=>
- DANE. Disponible en: <www.dane.gov.co/files/investigaciones/ipc/IPC_variacion_dic07>
- DANE. DNP - Misión Social con base censos 85 y 1993 y EH.
- Cálculos DNP-PNDH con base en DANE ECH.

Cuadro A1.5. Indicadores para el seguimiento a los objetivos del milenio en Colombia

REGIONES COMPARADAS	LAS AMÉRICAS	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	AMÉRICA LATINA	AREA ANDINA	COLOMBIA	COLOMBIA: DATOS ACTUALIZADOS Y CORREGIDOS A 2007	
Población Total 2007 (miles)	910.951	572.183	565.223	124.582	46.156	43.926	(2007)1
Población Urbana 2007 (%)	79,3	77,9	78,5	76,2	73,3	75,0	(2007)1
Tasa Global Fecundidad 2007 (hijos/mujer)	2,2	2,4	2,4	2,5	2,2	2,4	(2005-10)1
Esperanza de vida al nacer Total 2007	75,3	73,1	73,5	72,4	72,9	74,0	(2005-10)1
Esperanza de vida al nacer Hombres 2007	72,4	70,0	70,4	69,4	69,2	70,7	(2005-10)1
Esperanza de vida al nacer Mujeres 2007	78,3	76,3	76,7	75,6	76,6	77,5	(2005-10)1

Cuadro A1.5. Indicadores para el seguimiento a los objetivos del milenio en Colombia (Cont.)

Tasa Mortalidad General todas las causas en Hombres 2000-04 (100.000 hab.)	739,7	690,7	691,1	624,6	612	517,3	(2005)2
Tasa Mortalidad General todas las causas en Mujeres 2000-04 (100.000 hab.)	637,3	526,8	526,5	488,8	469,6	366,0	(2005)2
Población bajo línea internacional de pobreza 2005 (%)	SD	SD	SD	12,7	7,0	7,3	(2005)4
Ingreso nacional bruto, 2005 (US\$ per cápita - valor corriente)	19.029	4.164	4.177	2.870	2.290	2.210	(2005)4
Crecimiento anual del PIB, 2004-05 (%)	3,8	4,1	4,2	6,2	5,1	5,1	(2005)4
Población alfabeta Hombres de 15 años y más, 1999-2005 (%)	SD	90,7	90,8	92,1	90,1	90,1	(2005)3
Población alfabeta Mujeres de 15 años y más, 1999-2005	SD	89,1	89,1	88,4	90,7	90,7	(2005)3
Población alfabeta Mujeres de 15 años y más, 1999-2005 (%)	SD	89,1	89,1	88,4	90,7	90,7	(2005)3
Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de la pareja en el último año	SD	SD	SD	SD	SD	39,0	(2005)5
Tasa de Mortalidad Infantil, 1996-2006 (1000 nv)	17,7	22,2	22,2	23,2	15,9	15,9	(2005)2
Tasa Mortalidad estimada en menores de 5 años, 2006 (1000 nv)	22,4	28,5	29	30,3	26,5	19,4	(2005)2
Tasa Mortalidad en menores de 5 años, 2005 (100.000 <5 años)	SD	SD	SD	SD	SD	321,9	(2005)2

Cuadro A1.5. Indicadores para el seguimiento a los objetivos del milenio en Colombia (Cont.)

INDICADORES ODM 5 MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
Razón de mortalidad materna, 1994-2006 (100.000 nv)	62,4	82,8	82,8	112,3	72,7	73,1	(2005)2
Atención PRENATAL por personal de salud capacitado, 2001-2006 (%)	91,2	88,8	89,0	90,5	93,5	93,5	(2005)5
Atención DEL PARTO por personal de salud capacitado, 2001-2006 (%)	91,3	87,6	87,9	85,5	96,9	96,4	(2005)5
Uso de anticonceptivos (mujeres todo método), 2000-2006 (%)	SD	52	52	52	56	56,4	(2005)5
INDICADORES ODM 6 COMBATIR EL VIH -SIDA, MALARIA, DENGUE Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES							
Tasa de Incidencia de SIDA, 2005 (1.000.000 hab.)	107,5	96,5	94,9	50,2	5,7*	17,1*	(2006)7
Razón hombre-mujer Casos de Sida, 2005	2,8	2,7	2,7	3,3	SD	2,8	(2006)7

nv: nacidos vivos

• Los valores en celdas corresponden a estimaciones y cálculos subregionales tomados de “Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2007” (Informe Anual Plegable de OPS). Los valores de agregación subregional expresan valores medios ponderados por el respectivo denominador e incluyen valores de diferentes años de países con al menos 2 años de datos registrados en los períodos señalados en cada indicador. Algunos valores de población son extrapolaciones realizadas por la ONU y otros datos a las cifras reportadas por los países. Los datos de Colombia subrayados y entre paréntesis no corresponden con el reporte del país.

• La última columna muestra los datos más actualizados disponibles en el país para los respectivos indicadores. Entre paréntesis se señala el año al que corresponde el valor y la fuente.

* Los datos de Colombia señalados con (*) no corresponden con los registros actualizados y corregidos. La diferencia en las tasas de incidencia de SIDA entre 2005 y 2006, obedece a que para el 2005 se debe a subregistro por mala clasificación clínica en 2005. La diferencia de datos de BPN se debe a cambio de fuente.

Fuentes:

1. DANE. Proyecciones Nacionales de Población 2006-2020. Sep. 2007.
2. DANE. Dirección Censos y Demografía. Estadísticas Vitales, 2005.
3. DANE. Informe Especial Censo 2005.
4. DNP-SNU. Informe Colombia ODM 2005.
5. Profamilia. ENDS 2005.
6. MPS-PAI. Coberturas Pairoft 2006.
7. Datos ajustados por DGSP-MPS.
8. MPS. SGP 2006.
9. Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Cobertura de Servicios Públicos 2005. Oct. 2007.

Cuadro A1.6. Algunos indicadores demográficos para Colombia (DANE, 2008)

DEPARTAMENTO	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 2005-2010 (POR MUJER) ¹	TASA BRUTA DE NATALIDAD 2005-2010 (POR 1000 HABITANTES) ¹	FECUNDIDAD Y NATALIDAD 2007			ESPERANZA DE VIDA AL NACER 2005-2010 ¹		
			TASA GRAL FECUND POR MIL MUJERES 2005-2010	MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-49) ²	NACIMIENTOS ESPERADOS (*)	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Antioquia	2,19	17,75	65,4	1.603.976	104.900	69,72	77,31	73,41
Arauca	3,92	29,97	125,6	57.391	7.208	65,09	73,08	68,99
Atlántico	2,37	19,65	72,6	611.237	44.376	72,07	77,71	74,81
Bogotá, D.C.	1,93	16,74	58,2	2.055.207	119.613	74,57	79,72	77,08
Bolívar	2,78	22,45	88,2	493.509	43.527	71,33	76,51	73,85
Boyacá	2,70	19,60	81,2	307.765	24.991	71,53	77,12	74,25
Caldas	2,23	17,56	67,2	258.055	17.341	68,66	78,07	73,24
Caquetá	3,37	26,28	106,6	107.067	11.413	63,96	72,92	68,32
Casanare	2,90	23,32	91,3	79.076	7.220	65,60	72,58	69,00
Cauca	2,77	21,25	86,7	318.545	27.618	67,61	74,25	70,84
Cesar	3,02	24,79	97,5	238.159	23.221	69,74	75,85	72,71
Chocó	4,05	31,28	132,8	110.598	14.687	63,60	72,24	67,80
Córdoba	2,98	24,14	96,0	383.524	36.818	70,41	76,07	73,17
Cundinamarca	2,48	19,44	75,6	613.501	46.381	70,84	77,08	73,88
Guainía	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Guaviare	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Huila	2,85	22,29	89,7	259.952	23.318	69,80	75,42	72,53
La Guajira	3,90	31,19	124,7	186.601	23.269	70,44	77,32	73,79
Magdalena	3,19	24,71	102,1	286.547	29.256	71,14	75,88	73,45
Meta	2,64	22,07	83,6	218.398	18.258	66,85	74,62	70,63
Nariño	2,67	21,59	85,2	404.004	34.421	70,30	75,61	72,88
Norte de Santander	2,57	20,68	80,6	328.449	26.473	68,03	75,82	71,82
Putumayo	3,31	26,37	107,9	77.656	8.379	66,98	75,12	70,94
Quindío	2,22	17,26	66,4	142.227	9.444	69,99	76,38	73,10
Risaralda	2,14	17,21	64,6	245.178	15.838	68,88	78,03	73,33
San Andrés	2,30	18,17	66,5	19.923	1.325	71,47	77,18	74,25
Santander	2,19	17,74	66,9	531.448	35.554	71,20	77,57	74,30
Sucre	2,82	21,97	89,4	195.390	17.468	71,68	76,87	74,21
Tolima	2,65	19,52	80,3	338.234	27.160	68,68	75,97	72,23
Valle	2,08	17,04	62,1	1.180.208	73.291	69,23	78,41	73,70
Vaupés	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Vichada	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Grupo Amazonía	4,07	30,41	133,0	70.217	9.325	64,03	74,41	69,08
Exterior								
Sin Información								
Colombia	2,45	19,86	74,6	11.722.042	874.464	70,67	77,51	74,00

Notas aclaratorias.

(*) Los nacimientos por departamento.

- Mortalidad infantil observada incluye todas las defunciones en menores de 1 año sin importar la causa de muerte.
- Mortalidad neonatal precoz incluye todas las defunciones en menores de 7 días sin importar la causa de muerte.
- Mortalidad Materna.

Fuentes:

1. DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Disponible en: <www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7proyecciones_pob.pdf>
2. Estimaciones fecundidad.

En el Cuadro A1.7 se presentan cifras de mortalidad materna e infantil para el año 2005 por departamentos seleccionados.

Cuadro A1.7. Tasa de mortalidad materna e infantil

	MORTALIDAD MATERNA (tasa por 100.000 Nacidos Vivos –nv 2005)	MORTALIDAD INFANTIL (por 1000 –nv al 2005)
Colombia	73	16
Valle del Cauca	89,9	12,8
Risaralda	69,5	16,4
La Guajira	131	24,2
Guaviare	171	22,3
Guainía	386	40,5
Cauca	126	212
Antioquia	65,5	29,2
Córdoba	25,9	19,8
Caquetá	110	23,5

nv: nacidos vivos

Fuentes:

1. DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Disponible en: <www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7proyecciones_pob.pdf>
 2. EstimacionesFecundidad1985_2020.xls. Disponible en: <www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/seriesp85_20/EstimacionesFecundidad1985_2020.xls>
- Colombia. Indicadores Demográficos. Página 5. Ministerio de la Protección Social, Disponible en: <www.minproteccionsocial.gov.co>

En el Cuadro A1.8 se presentan cifras dadas por el Departamento Nacional de Planeación, año 2006.

Cuadro A1.8. Condiciones de pobreza en Colombia, año 2006. Porcentajes

POBREZA		
Total	Urbano	Rural
49,2 %	42,3 %	68,2 %
INDIGENCIA		
Total	Urbano	Rural
14,7	10,2	27,5

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, enero, 2006. [Consultado julio 2009] Disponible en: <<http://www.presidencia.gov.co/sne/2006/enero/18/presentaci%F3ncifraspobreza2005.pdf>>

ÍNDICE DE GINI

La inequidad medida por el índice de Gini se calcula con la *Fórmula de Brown*:

$$G = \left| 1 - \sum_{k=1}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

Donde:

- G: Coeficiente de Gini
- X: Proporción acumulada de la variable población
- Y: Proporción acumulada de la variable ingresos

El Coeficiente de Gini normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede usarse para medir cualquier forma de distribución desigual.

En Colombia el índice de Gini* ha disminuido entre los años 2002 y 2005, como se expresa en el Cuadro A1.9.

Cuadro A1.9. Índice de Gini entre los años 2002 y 2005

AÑO	2002	2005
GINI	0,60	0,55

Fuente: Estimaciones MERPD - ENH y ECH.

El índice GINI, en las zonas urbanas y rurales, disminuyó en el mismo período (Ver Cuadro A1.10).

Cuadro A1.10. Evolución del índice de Gini

URBANA	0,55 a 0,53
RURAL	0,59 a 0,46

Fuente: Cálculos de DNP - DANE - ECH.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos. En el Cuadro A.1.11 se presentan los datos tomados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

Cifras sobre primeras causas de mortalidad en mujeres en Colombia se presentan en el Cuadro A1.12; en el Cuadro A1.13 cifras de lesiones de causa externa; en el Cuadro A1.14 indicadores de morbilidad y en el Cuadro A1.15 datos de salud sexual y reproductiva.

* El Coeficiente de Gini mide la distribución del ingreso, siendo 0 la distribución más equitativa posible y 1 la mayor concentración del ingreso.

Cuadro A1.11. Violencia contra la mujer

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA LA MUJER	%
Proporción de mujeres alguna vez unidas que han sufrido algún tipo de control por parte del esposo o compañero.	65,7
Proporción de mujeres alguna vez unidas que han sufrido alguna vez violencia física por parte del esposo o compañero.	39,0
Proporción de mujeres alguna vez unidas que han sufrido alguna vez violencia física por parte del esposo o compañero y nunca han buscado ayuda.	76,1
Proporción de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido alguna vez violencia física por parte de alguna persona.	16,0

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS, 2005. Profamilia. Colombia.

Cuadro A1.12. Primeras causas de mortalidad en mujeres, Colombia 2005.¹
Tasa por 100.000 habitantes

DE 1 A 4 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Infecciones respiratorias agudas	144	12,4	8,4
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	109	9,4	6,5
Enfermedades infecciosas intestinales	93	8,0	5,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	91	7,8	5,3
Otros accidentes, inclusive secuelas	79	6,8	4,6
DE 5 A 14 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	117	10,6	2,7
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	96	8,7	2,2
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	69	6,3	1,6
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	67	6,1	1,5
Otros tumores malignos	54	4,9	1,2
DE 15 A 44 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1.228	13,9	12,0
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	565	6,4	5,5
Embarazo, parto y puerperio	492	5,6	4,8
Tumor maligno del útero	452	5,1	4,4
Otras causas	391	4,4	3,8
DE 45 A 64 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	1.800	12,5	50,6
Enfermedades cerebrovasculares	1.297	9,0	36,4
Diabetes mellitus	958	6,7	26,9
Tumor maligno de la mama	899	6,2	25,2
Tumor maligno del útero	887	6,2	24,9

Cuadro A1.12. Primeras causas de mortalidad en mujeres (Cont.)

DE 65 AÑOS Y MAS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	9.389	19,2	643,6
Enfermedades cerebrovasculares	5.746	11,8	393,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3.843	7,9	263,4
Diabetes mellitus	3.016	6,2	206,7
Enfermedades hipertensivas	2.411	4,9	165,3

1. DANE, Dirección de Censos y Demografía, Registro de Defunciones del año 2005. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad.

Cuadro A1.13. Lesiones de causa externa registradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal en 2005 y 2006¹

LESIONES FATALES		CASOS 2005	CASOS 2006
Homicidios		17.331	16.724
Muertes en accidente de tránsito		5.418	5.486
Suicidios		1.786	1.751
Muertes accidentales + otros accidentes de transporte		3.234	3.127
Muerte violenta indeterminada		692	936
LESIONES NO FATALES		CASOS 2005	CASOS 2006
Lesiones interpersonales		114.323	119.099
Lesiones en accidente de tránsito		37.691	40.114
Violencia intrafamiliar	Conyugal o de Pareja	42.776	43.319

1. Instituto Nacional de Medicina Legal.

Cuadro A1.14. Indicadores de morbilidad para el año 2006

Morbilidad por enfermedades transmisibles (casos confirmados por criterio clínico, De laboratorio y epidemiológico notificados al Sivigila en el 2006)	CASOS	INCIDENCIA
Poliomielitis (por 100.000 menores de 15 años)	0	0,00
Sarampión (por 100.000 habitantes)	0	0,00
Difteria (por 100.000 menores de 5 años)	0	0,00
Tos ferina (por 100.000 menores de 5 años)	204	4,73
Meningitis por haemophilus influenzae (por 100.000 habitantes)	20	0,05

Cuadro A1.14. Indicadores de morbilidad para el año 2006 (Cont.)

Tétanos neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	4	0,01
Sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos)	1.420	2,00
VIH/SIDA (por 100.000 habitantes)	3.548	8,17
Cólera (por 100.000 habitantes)	0	0,00
Peste (por 100.000 habitantes)	0	0,00

Casos confirmados por criterio clínico, de laboratorio y epidemiológico notificados al Sivigila en el 2006.

Cuadro A1.15. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados comparados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990 - 2005

INDICADOR		1990	1995	2000	2005
Fecundidad y planificación familiar	Tasa Total o Global de Fecundidad 15 a 49 años	2,9	3,0	2,6	2,4
	Proporción adolescentes alguna vez ha estado embarazada (%)	12,8	17,4	19,0	21,0
	Uso actual métodos anticonceptivos en mujeres no unidas sexualmente activas (%)	SD	74,9	84,1	81,0
Nivel educativo	Nivel de educación de las mujeres en edad fértil (MEF 15-49 años)				
	Porcentaje de MEF sin educación	4,2	3,8	3,3	2,7
	Porcentaje de MEF con Primaria o primaria incompleta	41,3	36,5	31,8	26,9
	Porcentaje de MEF con Secundaria o secundaria incompleta	45,1	49,2	50,1	50,8

Cuadro A1.15. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados comparados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990 – 2005 (Cont.)

INDICADOR		1990	1995	2000	2005
Nivel educativo	Porcentaje de MEF con educación Superior	9,4	10,5	14,8	19,5
	Población mayor de 6 años sin educación - Porcentaje de Hombres	9,5	9,7	10,2	8,3
	Población mayor de 6 años sin educación - Porcentaje de Mujeres	8,6	8,9	10,2	7,9
	Asistencia escolar población de 6 a 15 años % área Urbana	82,2	92,0	91,7	93,5
	Años promedio de educación hombres (Mediana)	5,1	4,3	4,7	4,9
	Años promedio de educación mujeres (Mediana)	5,3	4,5	4,8	5,3
Mortalidad infantil y en la niñez	Años promedio de educación mujeres (Mediana)	5,3	4,5	4,8	5,3
	Mortalidad neonatal (Tasa por mil nacidos vivos)	15	19	15	12
	Mortalidad infantil por quinquenio (tasa por mil nacidos vivos)	27	28	21	19
	Mortalidad en la niñez (tasa en menores de 5 años por 1000 menores de 5 años)	35	36	26	21

Cuadro A1.15. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados comparados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990 – 2005 (Cont.)

Servicios de salud sexual y reproductiva	Atención de personal profesional durante el embarazo	82,0	82,6	90,8	93,5
	Atención de personal profesional durante el parto	80,6	84,6	86,4	90,7
	Proporción de mujeres de 18 a 69 años que se han tomado citología cervico-uterina	46,2	SD	SD	84,8

Fuente: ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

DATOS RELACIONADOS CON EL VIH – SIDA

La epidemia de VIH en Colombia según la OMS, es *concentrada*; se clasifica así cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%.

Según el Ministerio de Protección Social en Colombia, para el año 2007 (semana 44)* y para las personas entre 15 y 49 años, la prevalencia estimada es de 0.7%, con un estimado de 171.504 casos. Se han reportado un total de 57.489 casos de infección por VIH, casos en estadio de SIDA y fallecidos. Esta cifra corresponde a los casos acumulados con corte al 3 de noviembre (semana epidemiológica 44) de 2007. La diferencia entre lo reportado y lo estimado principalmente se debe a que muchas personas infectadas aún no acceden al diagnóstico. La meta planteada en los objetivos del milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. Esta meta se encuentra aún cumplida considerando los resultados del VI estudio nacional centinela, que reportó 0.67%. El 76.6% de los casos reportados con registro individual son hombres y el 22.1% son mujeres (existe falta en el reporte de la variable sexo en el 1.2% del total de las fichas de notificación).

Ver otras cifras relacionadas en los Cuadros A1.16, A1.17, A1.18 y A1.19.

* Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección General de Salud Pública. Resumen de situación de la epidemia por VIH - SIDA en Colombia. Diciembre 1, 2007 (Semana epidemiológica 44).

Cuadro A1.16. Mujeres portadoras del VIH (%) con respecto al total de personas infectadas

CONTINENTE	AÑO	%
Norte América	2004	23%
Europa	2004	33%
Asia	2004	49%
América Latina y el Caribe	2004	36%
África Sub-sahariana *	2005	57%

* Para 2005 del total de infectados con VIH el 75% correspondía a mujeres menores de 25 años. ONUSIDA, junio de 2009.

Cuadro A1.17. Personas con VIH en todo el mundo, 2008

TOTAL PERSONAS CON VIH %	MUJERES INFECTADAS CON VIH %	
33 millones*	África Sub-sahariana	60%
	Resto del mundo	40%
	Mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento	33%

* El 67% vive en África Sub-sahariana.

Cuadro A1.18. Mujeres y el VIH-SIDA, 2007.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL-TAR- AÑO 2007		
Acceso	47%	2007
Acceso TAR en mujeres embarazadas *	33%	2007
Acceso TAR en refugiados con VIH	75%	2007

* El riesgo de 30% de transmisión de madre VIH+ al bebé durante el embarazo, parto y lactancia, se reduce significativamente si la madre recibe tratamiento.

Cuadro A1.19. Datos globales de la epidemia de VIH-SIDA, 2007.

PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH-SIDA	30.6 - 36 millones de personas.	PROMEDIO (millones)
		33
NUEVOS INFECTADOS	2.2 - 3.2 millones de personas	2.7
MUERTES POR VIH-SIDA Y ENFERMEDADES RELACIONADAS	1.8 - 2.3 millones de personas	2.0

Fuente: UNAIDS Annual Report. Geneva, 2009.

En 2008 el eje central del tema del VIH fue la feminización de la epidemia de la infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida. El tema del Día Internacional de la Mujer fue invertir en las mujeres y las niñas. El tema prioritario de la sesión No. 52 de la Comisión sobre el Estado de la Mujer fue el apoyo financiero para lograr la igualdad de los géneros y el empoderamiento de la mujer.

La Coalición sobre Mujer y SIDA está trabajando intensamente con el fin de disminuir la vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH por medio de diferentes estrategias (Ver Figura A1.1).

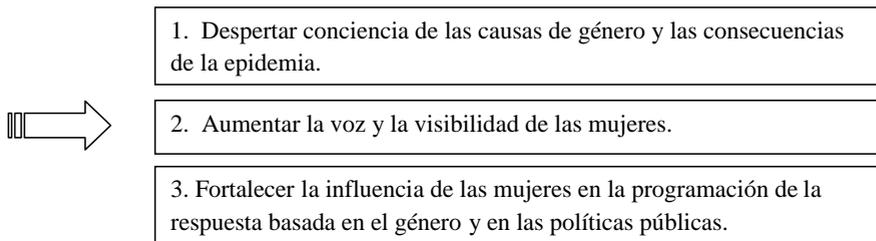


Figura A1.1. Estrategias para disminuir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH

Se presentan adicionalmente cifras relacionadas con factores de riesgo para enfermedades crónicas, salud mental y envejecimiento en los cuadros A1.20, A1.21, A1.22, A1.23 y A1.24.

Cuadro A1.20. Factores de riesgo para enfermedades crónicas

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Prevalencia de actividad física mínima en adolescentes entre 13 a 17 años	27,6	24,2	26
Prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años	38,1	46,4	42,6
Prevalencia de tabaquismo (1998)	26,8	11,3	18,9
Prevalencia de hipertensión arterial informada (1998)	11,5	13,0	12,3
Prevalencia de diabetes mellitus tipo II (1998)	1,3	2,6	2,0

Fuente: Ministerio de Protección Social. Colombia. Indicadores. 2007.

Cuadro A1.21. Estudio Nacional de Salud Mental, 2003 - Colombia

ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL 2003 COLOMBIA		
	Hombres	Mujeres
Prevalencia	%	
Trastornos de ansiedad	16	22
Trastornos estado de ánimo	11,7	17,5
Trastornos y uso SSA	20,8	2,6

Fuente: Estudio Nacional de Salud Mental, 2003. La prevalencia de vida para abuso de alcohol es de 6.7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada: uno de cada 10 hombres abusa del alcohol, comparado con una de cada 80 mujeres.

Cuadro A1.22. Prevalencia del abuso del alcohol y drogas, por sexo

	HOMBRE	MUJER
Prevalencia uso últimos 12 meses	%	
Abuso de Alcohol	2,1	0,4
Abuso de Drogas	0,6	0

Fuente: Ministerio de la Protección Social y Dirección General de Salud Pública DGSP. Colombia, 2004.

Cuadro A1.23. Encuesta Nacional Consumo de SSA en adolescentes escolarizados de 15 a 17 años. Colombia, 2004 (%)

	HOMBRE	MUJER
Prevalencia 12 meses	%	
Alcohol	65	59
Cigarrillo	35,8	26,5
Tranquilizantes	6,1	6,4
Estimulantes	3,4	1,9

Fuente: Ministerio de la Protección Social y Dirección General de Salud Pública DGSP. Colombia, 2004.

Cuadro 24. Envejecimiento

Año	% de la población
1970	5%
1993	6,2%
2000	6,9%
2007	9,1%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Indicadores 2007. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Envejecimiento y vejez. Documento CONPES 2793 - Vicepresidencia de la República - DNP: UDS. Santafé de Bogotá. D.C., 28 de junio de 1995.

Los siguientes son datos del documento Visión Colombia Segundo Centenario: 2019 - Departamento de Planeación Nacional para el año 2005:

Índice de pobreza: 52.6% - Índice de indigencia: 17%.

ANÁLISIS DE ALGUNAS CIFRAS DEMOGRÁFICAS

Colombia se encuentra atravesando un proceso largo de transición demográfica en donde la fecundidad y mortalidad se están reduciendo (2, p. 5).

La tasa global de fecundidad ha venido en declive; la cifra del período 2002-2005 es de 2.4 hijos por mujer, siempre en descenso comparada con la de 4.2 en 1993. La tasa general de fecundidad es de 83 nacimientos por mil mujeres en edad fértil y la tasa bruta de natalidad de 20 nacimientos por mil habitantes. La fecundidad viene disminuyendo desde mediados de los años sesenta, cuando la tasa total estaba en 7 hijos por mujer.

De acuerdo con las proyecciones de las principales variables demográficas del DANE, Colombia alcanzará una Tasa Global de Fecundidad –TGF– del 2.1 por mil en el año 2050, que es considerada como la tasa mínima de reposición de la población. La esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres habrá alcanzado niveles elevados: 76 años para los hombres y 82.5 años para las mujeres para ese mismo año.

El “World Development Report 2009” mostró cifras para este indicador en el año 2006.

Para Colombia la esperanza de vida al nacer para hombres es de 69 años y para la mujer es de 76 años (3).

El censo de 2005 estableció que la población es cada vez más urbana: 78% de las personas viven en las grandes ciudades y en los cascos urbanos de los municipios (4).

Con respecto a la población adolescente y joven en Colombia, 12 a 24 años, hay una tendencia a decrecer, se proyecta para el año 2050 una proporción con respecto al total del 17.36%, lo cual tendrá repercusión en la proporción de la población en edad de trabajar - PET (12 - 60 años), la cual se ha proyectado para ese mismo año del 20.41% (2).

El tema de las migraciones afecta a la población en general, pero las mujeres y las niñas sufren las consecuencias directamente; el 4 por ciento de los hogares tiene miembros emigrantes; del total de emigrantes el 52% lo representan las mujeres, igualmente está aumentando la proporción de hogares con jefatura femenina, el 30 por ciento de los hogares tiene jefe mujer, porcentaje superior al de 2000 cuando estaba en el 28% y los niños que viven con ambos padres disminuyó del 61% al 58%. Mujeres adolescentes están criando solas a sus hijos, lo que les merma las posibilidades de continuar la educación y otras oportunidades en el campo social, laboral, lo que repercute en lo económico; hijos/as que crecen en estas condiciones tienen muchas desventajas sociales y económicas. En el Cuadro A1.25 se presentan algunas tasas de interés.

Cuadro A1.25. Demográficos de Colombia, 1950 - 1995, y proyección al año 2050

PERIODO	TASAS			
	Crecimiento Natural	Bruta de Mortalidad	Natalidad	Fecundidad
1950 – 1955	16,27	31,17	47,44	
1970 – 1975	8,75	25,98	34,72	
1995 – 2000	5,79	18,70	24,49	
2002 – 2005				2,4
2010 – 2015	5,77	13,58	19,25	
2025 – 2030	6,48	9,60	16,07	
2045 – 2050	8,46	5,19	13,95	

Fuente: Colombia, Transición Demográfica 1950 - 2050. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Propuesta de generación de ingresos para población joven en situación de vulnerabilidad. Bogotá, Colombia. Agosto de 2006.

POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia, de los años 1995, 2000 y 2005, el porcentaje de adolescentes que tiene hijos o ha estado embarazada pasó de 17% en 1995 a 19% en el año 2000 y a 21% en el año 2005. Si además se considera la situación de desplazamiento, el porcentaje se sube a 30% y si se agrega la condición de vivir en el área rural, el porcentaje se eleva al 27% en el año 2005 (5, 6, 7). En el Cuadro A1.26 se presentan datos de población de 12 a 24 años respecto a la población total.

Cuadro A1.26. Porcentaje de población de 12 a 24 años

AÑO	HOMBRES	MUJERES
1950	25,79	38,91
1980	30,5	43,59
2000	25,42	33,71
2010	24,07	30,57
2030	19,90	23,99
2050	17,36	20,41

Fuente: Colombia, Transición Demográfica 1950 - 2050. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Propuesta de generación de ingresos para población joven en situación de vulnerabilidad. Bogotá, Colombia. Agosto de 2006.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2003 - 2006 señala que el embarazo en adolescentes afecta la calidad de vida y limita las posibilidades de desarrollo personal y social de los jóvenes; a lo que se añade que particularmente las mujeres en condición de madres adolescentes podrían eventualmente no contar con la presencia y apoyo del compañero por lo que tendrían que asumir toda la responsabilidad de la crianza de los hijos (8).

ASPECTOS LABORALES

En cuanto al trabajo en el país, las mujeres que trabajaron en los 12 meses anteriores a la encuesta son 64% en tanto que en el 2000 fueron 60 por ciento. Sin embargo, las que trabajan actualmente son solamente el 52% contra 49% hace cinco años. El grupo de ocupaciones que aumenta es el de ventas y servicios que pasa de 55 a 68%, la gran mayoría perteneciente al sector informal de la economía. El desempleo está más concentrado en los jóvenes entre 18 y 24 años (9) (Ver Cuadro A1.27).

Cuadro A1.27. Desempleo

	ADULTOS	JÓVENES
Mujeres	15,6%	30%
Hombres	8,8%	17,8%

Fuente: LASIDA, J. *Acercando a los jóvenes al mundo del trabajo en América Latina*. Carta Informativa. Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación. Unesco. Editorial. 2005; No. 2. p. 5.

DATOS DE INTERÉS

Las mujeres son las que más padecen hechos de violencia, especialmente al interior de su familia. Según los resultados de la encuesta del 2005 (5), dos de cada tres mujeres consultadas contestaron que sus esposos o compañeros ejercían o habían ejercido situaciones de control contra ellas; esta relación es similar a la encontrada en la ENDS 2000 (7). Dos de cada cinco mujeres alguna vez casadas o unidas, reportaron haber sufrido agresiones físicas por parte del esposo o compañero; la violencia física por parte del cónyuge baja de 41 a 39%, cuando se compara con los resultados obtenidos cinco años atrás. Las que tienen educación superior tienen un porcentaje más bajo de violencia física por parte del esposo o compañero, siendo de todas maneras excesivamente alto: 31% (5).

Los años promedio de educación aumentan progresivamente: los hombres aumentan de 4.7 a 4.9 años y las mujeres, aumentan un promedio de 4.8 a 5.3. (2, p. 8).

La dicotomía sexo-género ha generado y mantenido relaciones de desigualdad, exclusión y discriminación en contra de las mujeres en la mayor parte de las esferas de la vida humana, pública y privada, que se cruzan a la vez con otras variables como edad, etnia, opción sexual, religión, etc. (2, p. 15).

El enfoque de género contribuye a explicar y a ampliar aspectos de la realidad que no se habían tomado en cuenta y es aplicable a todos los ámbitos de la vida, permitiendo realizar miradas más profundas sobre procesos de desarrollo y contribuir a la transformación de las inequidades. También

debe considerarse como opción política al reconocer que la realidad es vivida de forma diferente por hombres y mujeres, con amplia desventaja hacia ellas, generando o aumentando la inequidad.

La estrategia de transversalización del enfoque de género (10) busca integrar el enfoque de equidad de género de forma transversal en todas las políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y presupuestos de las entidades, llegando a las actividades administrativas e incluso a la cultura institucional. La estrategia se constituye en un proceso político y a la vez técnico, que busca que todas las acciones de los programas y proyectos contribuyan a cerrar las brechas de desarrollo humano que persisten entre hombres y mujeres.

SALUD

El porcentaje de participación de la población joven en el Régimen Subsidiado a febrero del año 2006 es del 19.98 %, con una leve ventaja del sexo femenino de 10,28% entre el mismo grupo de edad. La diferencia en la afiliación de mujeres jóvenes al Régimen Subsidiado puede explicarse por la afiliación prioritaria a este régimen de las mujeres gestantes, que como se señaló anteriormente son un gran porcentaje de la población menor de 19 años. El porcentaje de mujeres también es mayor en los grupos de edad de adultos. En cuanto a los jóvenes, una vez se alcanza la mayoría de edad (a los 18 años) muchos quedan excluidos del sistema de seguridad social (49%) (2, p. 23; 11).

Lo anterior, que aplica claramente a la situación de los jóvenes pobres en Colombia, conduce a incrementar el trabajo informal, especialmente en este grupo poblacional. "El mercado informal de subsistencia constituye a menudo la única posibilidad para un joven. Además, un joven que entra en el mercado informal de trabajo tiene muy poca posibilidad durante su vida de conseguir un empleo formal, estable y diversificado" (Conferencia Internacional sobre Jóvenes en situación de riesgo en Monterrey, 2004) (12).

Con respecto a la fecundidad en jóvenes, un primer grupo muestra una continuidad en el descenso de la fecundidad adolescente en todo el período estudiado (Cuba, Trinidad & Tobago, Suriname, Guyana, Barbados, México, Belice, El Salvador, Costa Rica y Guatemala). En Cuba el aborto está legalizado y constituye el principal mecanismo de control de la fecundidad en la población adolescente; después de la década del noventa, en Brasil se estanca la cifra y en Colombia aumenta (13). La tasa de fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años en Canadá para 1995 ubicada en la categoría de moderada es de 45.4 /1000 mujeres en edad de 15 a 49 años (14).

En relación con el aborto inducido en América Latina, la medición de la incidencia del aborto, especialmente en adolescentes, es una tarea difícil debido a que en la mayoría de los países la práctica es ilegal y en las encuestas demográficas la declaración del aborto inducido es poco confiable dada

su condición de clandestinidad. Una estimación disponible y considerada confiable es la producida por Alan Guttmacher Institute para cinco países de América Latina (Brasil, República Dominicana, Colombia, México y Perú). Se trata de estimaciones indirectas basadas en datos de hospitalizaciones por aborto ajustadas. Estas estimaciones indican que en cuatro países de la región (Brasil, Rep. Dominicana, Colombia y Perú), alrededor de tres o cuatro embarazos adolescentes finalizan en aborto; en Cuba, cerca de dos tercios de los embarazos de adolescentes terminan de esta manera. Los valores más bajos se encontraron para México, país en el cual un 13% de los embarazos adolescentes termina en aborto.

Para Colombia se dispone de datos más detallados a partir de una encuesta realizada en 1992 en áreas urbanas del país (15); en ella se encontraron razones de aborto algo superiores a las obtenidas para el total del país (Ver Cuadro A1.28).

En Guyana, a pesar de estar despenalizado, la tasa de aborto por mil mujeres es inferior a la de Cuba, posiblemente por un mayor uso de anti-conceptivos y por las restricciones sociales e institucionales al aborto, en especial al aborto en adolescentes (13).

Cuadro A1.28.

TASA DE ABORTOS POR 1000 MUJERES DE 15-19 AÑOS
Colombia 1989
26
Colombia 1992
23
Canadá 1992
20.3

Canadá, 1992. Maticka – Kiyndale, Barrett, McKay, 2000 (14).

Colombia, tasas para el período 1987 - 1992, basado en la Encuesta Nacional Urbana de Aborto Inducido, 1992. (Zamudio et al., 1999) (15).

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La edad de la primera relación sexual ha comenzado a disminuir en Colombia y en Latinoamérica en adolescentes no unidas. Únicamente un promedio de 13% tienen experiencia sexual y 4% son sexualmente activas (los más altos porcentajes se encontraron en Brasil y Colombia). La persistencia de la virginidad como valor sociocultural se mantiene, dado que actualmente un porcentaje importante de mujeres llegan al matrimonio sin haber

tenido previamente una relación sexual, aunque en Brasil y Colombia hay una clara disminución de este indicador.

En Brasil y Colombia se observa un claro aumento en la brecha de tiempo que se establece entre la edad a la primera unión y la primera relación sexual. En el resto de los países los cambios son mínimos, incluso en algunos disminuye como en el caso de Guatemala y Nicaragua donde prácticamente la edad a la primera relación sexual es la misma que a la primera unión. (13).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Tradicionalmente los hombres tuvieron tasas más altas que las mujeres, sin embargo a partir de los noventa las mujeres menores de 20 años tuvieron tasas mayores que los hombres; esta tendencia es problemática, porque las infecciones, especialmente la clamidia, son asintomáticas en la mujer y se hacen más difíciles de detectar, dando como resultado una mayor probabilidad de sufrir consecuencias a largo plazo cuando las infecciones no son tratadas, como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazo ectópico (16).

Marticka señala que las mujeres adolescentes que estudian tienen mayor probabilidad de postergar el inicio de las relaciones sexuales y de no tener más de un compañero sexual en el último año comparado con las mujeres adolescentes que trabajan. El uso del condón es considerado, de acuerdo con resultados de investigación contemporánea, la estrategia más eficaz para reducir el riesgo de transmisión de VIH/ITS en personas que tienen relaciones sexuales (14).

REFERENCIAS

1. Sen, A.K. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta. 2000.
2. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Propuesta de generación de ingresos para población joven en situación de vulnerabilidad. Bogotá Colombia. Agosto de 2006.
3. World Development Report 2009. [Consultado junio 2009] Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2009/Resources/4231006-1225840759068/WDR09_22_SWDIweb.pdf>
4. Editorial Colombia Médica, Col Med. 2006; 37 (4): 253- 254.).
5. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, año 2005. Profamilia. Bogotá.
6. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, año 1995. Profamilia. Bogotá.
7. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, año 2000. Profamilia. Bogotá.
8. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social, Febrero de 2003.
9. Lasida, J. (2005). Acercando a los jóvenes al mundo del trabajo en América Latina. Carta Informativa. Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación. Unesco. Editorial. 2005; No. 2 Abril: p. 5.
10. Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, Nairobi 1985, adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995.

11. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Universidad de los Andes - Programa Presidencial Colombia Joven. Seguridad Social en Salud: la inclusión social de los jóvenes, 2004.
12. Conferencia internacional sobre jóvenes en situación de riesgo en Monterrey, México, Octubre 2004.
13. Guzmán, J.M., Falconier de Moyano, M., Hakkert, R., Contreras, J.M. Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva; documento presentado a la 5a. reunión ministerial sobre la niñez y las políticas sociales. Kingston, Jamaica 9-13 de octubre 2000. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México, 2000.
14. Maticka – Kiyndale, E.; Barrett, M.; McKay, A. Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of data sources and its limitations. *Can J human Sexuality*. 2000; 9 (1): 41 - 67.
15. Zamudio, L.; Rubiano, N. y Wartenberg, L. 1999. El aborto inducido en Colombia. Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad del Externado. 1999.
16. McDonald, N. y Brunhan, R. The effects of undetected and untreated sexual trasmitted diseases: Pelvic inflamatory disease and ectopic pregnancy in Canada. *The Canadian J Human Sexuality*. 1997; 6: 161 - 170.

BIBLIOGRAFÍA

- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, Dirección General de Salud Pública. Resumen de situación de la epidemia por VIH - SIDA en Colombia. Diciembre 1, 2007 (Semana epidemiológica 44).
- UNAIDS. 2008. UNAIDS Annual Report. Toward Universal Access. June 2009.

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

LINEAMIENTOS PARA LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y AFINES

Las tendencias modernas y los cambios en los diferentes campos del desarrollo y de la vida de las mujeres, como el acceso a la educación, el trabajo remunerado y el control de la natalidad, para mencionar sólo algunos, señalan la importancia de la salud de la mujer. Acorde con las necesidades de incorporar en la educación los asuntos críticos y los cotidianos de la salud de la mujer y en particular para la promoción de la misma, se plantean algunas sugerencias en el campo de la formación de profesionales de la salud tanto para el nivel de pregrado como para el de postgrado, también para la educación continua. Son lineamientos que orientan la programación y planificación en educación para la formulación de programas académicos, reforzamiento de los existentes o actualización de los y las profesionales de la salud y particularmente de enfermería, de acuerdo con los planes de formación del recurso humano de la región.

FUNDAMENTACIÓN

Desde la concepción de la educación como una variable clave en el proceso de globalización, la formación de profesionales en cualquier nivel educativo se orienta en la visión amplia de la salud de la mujer. La salud de la mujer vista de una manera integradora desde la adolescencia hasta la edad de adulta mayor, que permita enfocarse en la mujer como persona con múltiples potencialidades, capacidades y fortalezas, y no solamente restringirla a la salud reproductiva.

El énfasis de la formación se centra en la salud y no en la enfermedad, para lo que se requiere abordar temáticas que privilegien el cuidado de la salud y de la vida.

Las bases en que se fundamenta un programa centrado en la salud son:

- Salud de la mujer en un contexto económico, social y político que contribuye a moldear la salud.
- Salud de la mujer con sensibilidad cultural. Una de las expresiones de la influencia de la cultura en la vida de las mujeres es la salud. En la decisión de tener o no hijos, en las prácticas sexuales sin protección, en la iniciación sexual temprana, en la mutilación genital femenina, en el embarazo temprano, en la muerte de mujeres derivada de la maternidad, entre otros, que dependen de patrones culturales, y de formas de cómo se relacionan hombres y mujeres.
- Salud de la mujer con énfasis en la persona, como un ser humano holístico, no en la fragmentación, en el organismo o en los órganos.
- Salud de la mujer a lo largo del ciclo de vida, no solamente la salud reproductiva.
- Salud de la mujer como persona con experiencias y sus significados.
- El enfoque de género en el cual se orienta el programa hace énfasis en el efecto del género sobre la vida, la salud, el acceso al sistema de salud y las políticas públicas.

OBJETIVOS

Los objetivos propenden al desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes hacia la salud, la promoción de la salud, el cuidado que responde a las necesidades en salud que tienen las mujeres.

Adicionalmente los objetivos tienden a la acción política y la atención en salud con alta calidad y orientada a responder a las necesidades de las mujeres.

LOS CONTENIDOS PROPUESTOS

- Derechos humanos.
- Desarrollo humano.
- Teorías feministas, culturales, del desarrollo, de promoción de la salud, del cuidado humano, de las transiciones, de ciencia política, de toma de decisiones clínicas, de atención primaria en salud.
- El enfoque de género.
- El marco filosófico, teórico y conceptual para la salud de la mujer.
- El marco de referencia de acuerdos, convenios y metas suscritas por el país en población y desarrollo, las metas del milenio, género y desarrollo, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, envejecimiento.
- Compromisos sobre igualdad de género, empoderamiento de la mujer, la no discriminación, erradicación de la violencia basada en el género, de la violencia contra la mujer, de la violencia de pareja.
- El marco político, normativo e institucional.

Contenidos específicos

- Ciclo de vida, características, momentos críticos en el ciclo de vida.
 - El desarrollo humano, los recursos personales.
 - Las transiciones propias de la mujer, del desarrollo y transiciones situacionales.
 - Salud y determinantes de la salud.
 - Los recursos sociales, comunitarios, institucionales.
 - El Sistema de Salud. El acceso, las barreras para el acceso a la salud.
- Los derechos, los deberes.
- Políticas públicas.
 - Sistemas de información.
 - Tecnologías de la comunicación.
 - Investigación en salud de la mujer.
 - Promoción de la salud.
 - El desarrollo de potencialidades individuales, colectivas, sociales.
 - Estilos de vida individual y colectiva.
 - Salud de la mujer en el trabajo.
 - Prevención de la enfermedad.
 - Las situaciones que afectan la salud en mayor proporción.
 - Las prácticas o conductas para promover salud, para prevenir la enfermedad.
 - Cuidado para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el manejo de la enfermedad.
 - El autocuidado.
 - El cuidado de los colectivos, los colectivos de mujeres.
 - El empoderamiento.
 - La educación para la salud.
 - Valoración de la salud, comprensión de las experiencias subjetivas de las mujeres en su contexto social.
 - Temas relacionados con las transiciones del desarrollo.
 - Situaciones de salud especiales de acuerdo con las necesidades de las mujeres.
 - Tópicos altamente sensibles de carácter social como la violencia contra la mujer en todas sus formas, expresiones y consecuencias, la arena política, la erradicación de la violencia, el cuidado a las mujeres en situación de violencia; las mujeres en el sistema judicial y su salud, la pobreza.
 - La salud mental. Tópicos especiales.
 - El uso de la tecnología y la salud de las mujeres.
 - Temas relacionados con el cuidado.
 - Las relaciones enfermera – mujer usuaria de los servicios de salud.
 - Legislación en salud y en temas de desarrollo que afectan la salud y el bienestar de las mujeres.

- Aspectos éticos en investigación, en la práctica y en la toma de decisiones respecto a la salud de las mujeres.
- Investigación en los servicios de salud; prioridades.
- Evaluación en salud; la calidad de la atención.
- Participación en comités, en proyectos de desarrollo, en investigación.

Recomendaciones

- La salud de la mujer en el marco del reconocimiento de que la salud humana no puede protegerse ni mantenerse si no protegemos y mantenemos el ecosistema.
- El empoderamiento es esencial para mejorar la salud de la mujer.
- La investigación y práctica en salud de la mujer requiere un cambio de la visión reduccionista a la comprensión de los aspectos que influyen en la salud de la mujer.
- Las y los proveedores de salud necesitan poner atención al impacto de las condiciones sociales, económicas y políticas sobre la salud y la seguridad de las mujeres a quienes ellos dan servicio o cuidan.
- Las y los proveedores de cuidados para la salud de la mujer apoyan e incrementan la autodeterminación de las mujeres; proporcionan apoyo para el autocuidado y facilitan la participación de las mujeres en las decisiones en salud que las afectan directamente.

Elementos para justificar la creación de un programa de Maestría en Salud de la Mujer:

- Se reconocen y legitiman los estudios en salud de la mujer.
- Provee el enfoque de investigación en salud de la mujer.
- Prepara profesionales para la academia, específicamente docentes que se desempeñarán en el pregrado y en el postgrado.
- Ubica el campo de la salud de la mujer en el contexto académico.
- Afianza la enfermería como disciplina fundamentada en la teoría y en la práctica.
- Promueve el trabajo interdisciplinario; combina disciplinas de la salud pública, de enfermería, de psicología, sociología, estudios de género, administración, política pública en salud, legislación y ética, etc.
- Ayuda a crear puentes entre los y las investigadoras, las clínicas y los educadores.

Un currículo en salud de la mujer a nivel de maestría, adicionalmente podría contemplar:

- Aspectos filosóficos, éticos.
- Modelos y teorías.
- Historia de la salud de la mujer, contextualizada según la época.

- Salud de la mujer, lo transcultural, las etapas del desarrollo, la mujer en el desarrollo.
- Modelos de práctica para el cuidado de la salud de la mujer y servicios amigables de atención en salud. Acceso al cuidado y a la atención en salud.
- Teorías de desarrollo psicológico.
- Desarrollo de currículo en salud de la mujer.
- Modelos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación para la salud y salud de la mujer.
- Salud de la mujer y el sistema de salud.
- Salud de la mujer en relación con la familia, la comunidad y la sociedad.
- Teoría feminista en salud de la mujer.
- Violencia en contra de la mujer, violencia de pareja, violencia sexual.
- Salud de la mujer, el trabajo y el empleo.
- Salud de la mujer y la enfermedad crónica, estilos de vida saludables en el contexto de la familia, la comunidad y la sociedad.
- Salud de la mujer y el VIH - SIDA, la diabetes, la hipertensión, el hipotiroidismo, la fibromialgia, la depresión, la enfermedad coronaria, la artritis, el cáncer de mama, el cáncer de cérvix, etc. Seleccionar las más prevalentes.
- Salud de la mujer y la sexualidad.
- Aspectos históricos de la salud reproductiva.
- Salud reproductiva.
- Salud de la mujer en situaciones especiales como el desplazamiento, el conflicto armado, la pobreza, los desastres naturales, etc.
- Investigación en salud de la mujer.
- Las políticas públicas y los servicios de salud.
- Análisis de situación poblacional y los efectos en la mujer, su salud y el desarrollo:
 - . Dinámicas y tendencias de población
 - . Tendencia de la esperanza de vida
 - . La transición demográfica
 - . El bono demográfico
 - . La diversidad étnica
 - . Los recursos y el capital humano, social y cultural
 - . Tendencias en salud

**PÁGINA EN BLANCO
EN LA EDICIÓN IMPRESA**

MARCO NORMATIVO DE INTERÉS PARA LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA MUJER

AÑO	NORMA	NACIONAL	INTERNACIONAL
1932	Ley 28	Plena capacidad civil a la mujer casada	
1936		Derecho a ejercer cargos que lleven anexa autoridad	
1945		Obtiene la mujer la condición de ciudadana	
1954		Se obtiene el derecho al voto	
1957		La mujer ejerce por primera vez el derecho al voto	
1968	Ley 75	Creación del ICBF	
1970	Decreto 1260	Las mujeres no tienen obligación de llevar el apellido de su cónyuge	
1974	Decreto 2820	Iguales derechos de mujeres y hombres, ratifica sociedad conyugal y fidelidad de los hombres.	
1979			Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
1981	Ley 51		Aprobatoria del CEDAW Convención para la Eliminación de toda Violencia contra la Mujer
1984	CONPES 2109	Política para la Mujer Campesina	
1988		Comisaría de la Mujer y la Familia.	Oficina asuntos Mujer. Cali.
1990		Consejería Presidencial Juventud, la Mujer y la Familia. DECRETO 1398. Se desarrolla la Ley 51 de 1981, aprueba la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Carta de las Naciones Unidas.	
1991	Constitución de 1991		
1992	Resolución 1531	Política Salud para las Mujeres. Mujeres para la Salud. Política Integral para las Mujeres CONPES 2626	
1993	Se promulga	La política departamental para la Mujer Valle del Cauca. Política de Atención a la Mujer Campesina e Indígena. Valle del Cauca.	
1993	Ley 82	Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia.	Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea de Naciones Unidas.
1994	CONPES 2726	Política EPAM. Política de Equidad y Participación de la Mujer	
1994	Resolución 4050	Art. 2. No se pueden ordenar pruebas de embarazo para vinculación laboral	
1994			Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belém do Pará, Brasil.
1994	COMPES SOCIAL	Política para el Desarrollo de la Mujer Rural	

AÑO	NORMA	NACIONAL	INTERNACIONAL
1995	Ley 188 Ley 248 incorpora la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de Belém do Pará de 1994	Dirección Nacional para la Equidad de las Mujeres	IV Conferencia mundial sobre la mujer. Beijing, China.
1995		Se promulga Política de Equidad, Igualdad y Participación Mujer caleña.	
1996	Decreto 1677	Política de la Mujer. Cali.	
1996	Ley 294	Prevenir, Remediar y Sancionar la Violencia Intrafamiliar	
1996	Ley 258	Afectación de la Vivienda familiar	
1997	CONPES 2941	Avance y Ajustes de la Política de Equidad y Participación de la Mujer	
1997	LEY 387 de 1997	Medidas para la Prevención del Desplazamiento forzado	
1999	Res 54/134 ONU		La ONU declaró el 25 de noviembre como Día internacional de la eliminación de la violencia contra la Mujer
1999			Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. ONU
1999 2003	Decreto 1182 1189	Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (anteriormente Dirección en Consejería Presidencial)	
2000	Ley 581	Ley de Cuotas. Reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisivos de las diferentes ramas y órganos del poder público.	
2000	Ley 575	Reforma parcial Ley 294 de 1996. Traslada competencia en materia de violencia intrafamiliar de los Jueces de Familia a las Comisarías de Familia	
2002	Ley 731	Favorece la Calidad de Vida de las Mujeres Rurales	
2003	Ley 823	Se dictan normas sobre Igualdad de Oportunidades para las Mujeres	
2003		Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 -2006.	
2003 2005 2006	Política Nacional Mujeres Constructoras de Paz y Desarrollo	Política Nacional Mujeres Constructoras de Paz y Desarrollo 2006 – 2010	
2004	Ley 882	Ley de Ojos Morados	
2005	Ley 979	Modifica Ley 54 de 1990. Define uniones maritales de hecho y régimen patrimonial de compañeros permanentes. Otorga los mismos beneficios de las parejas entre hombre y mujer a las parejas entre hombres o entre mujeres.	

AÑO	NORMA	NACIONAL	INTERNACIONAL
2005	Documento 091 CONPES Social Consejo Nacional de Política Económica y Social Departamento Nacional de Planeación	"Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015"	
2005	Ley 984	Aprueba el "Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas	
2006	Ley 1009	Crea el Observatorio de Asuntos de Género	
2006	Sentencia 355 de la Corte Constitucional reglamenta el aborto en Colombia bajo circunstancias especiales	No incluye un delito cuando: - Peligra la vida de la mujer o su salud. - Existe grave malformación del feto. - El embarazo es el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acto sexual sin consentimiento.	
2006	Ordenanza 217 Valle del Cauca	Secretaría de Equidad de Género para las Mujeres Vallecaucanas	
2006	Ley 1098	Código de la Infancia y la adolescencia	
2007	Decreto 2039 de 2007	Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007 - 2010. La política Nacional de salud Sexual y Reproductiva quedó incorporada en el año 2007 al PNSP	
2007	Promulga Gobernación Valle del Cauca	Política Pública para la Equidad de la Mujer Vallecaucana.	
2008	Auto 092 de la Corte Constitucional	Protección de Derechos fundamentales: Mujeres Víctimas de Desplazamiento Forzado por causa del Conflicto Armado.	
2008	Ley 1257	Normas de Sensibilización, Prevención y Sanción de Violencia y discriminación contra las Mujeres Reforma al Código Penal y a la Ley 294 de 1996 Art. 13 Medidas en el ámbito de Salud	
2009	Lineamientos	Política Pública para la Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, Cali.	



Programa ditorial

Ciudad Universitaria, Meléndez
Cali, Colombia

Teléfonos: (+57) 2 321 2227
321 2100 ext. 7687

<http://programaeditorial.univalle.edu.co>
programa.editorial@correounivalle.edu.co