



Mujer & SALUD

AÑO 3 NUM. 2 MARZO DE 1999

Delia M. Camacho, Ph.D.,
Directora
Ana Isabel Moscoso, M.L.S., MPH
Directora Asociada
Victoria Delgado, M.L.S.
Bibliotecaria
Ivette Marrero
Secretaria
Aida Ivette González
Coordinadora de Adiestramiento

Junta Asesora:
Dr. José Hawayek
Prof. Francisca Corrada
Prof. Judith Rodríguez
Dra. Josefina Romaguera
Dra. Carmen Zorrilla
Dra. Yamila Azize
Dra. Melba Sánchez
Dra. América Facundo
Prof. Sandra Fábregas
Prof. Mirtha Díaz
Dra. Lourdes Soto de Laurido
Dra. Emma Fernández
Dra. Elena Batista

Colaboradoras:
Sra. Carmen Vicens

Junta Editora:
Dra. Delia M. Camacho
Prof. Ana Isabel Moscoso
Prof. Judith Rodríguez

Diseño Gráfico:
Myrna Cabán

Dirección Postal:
Centro Mujer y Salud
Recinto de Ciencias Médicas
PO Box 365067
San Juan, PR 00936-5067

Teléfonos: (787) 758-2525
exts. 1367 y 1368
Teléfono y fax: (787) 753-0090

**DECANATO DE ASUNTOS
ACADÉMICOS**



DESDE EL CENTRO MUJER Y SALUD

Delia M. Camacho, Ph.D.
Catedrática y Directora



Al cumplir tres años desde su fundación podemos sentirnos orgullosos de los cambios significativos que el Centro Mujer y Salud ha experimentado en este período. Esta etapa de desarrollo ha culminado con la designación como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer en octubre pasado por la Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud de los Estados Unidos (vease artículo en este número). El Centro de Excelencia en Salud de la Mujer agrupa organizaciones, programas e individuos con una meta común en pro de la salud de la mujer en Puerto Rico. En esta oportunidad deseamos agradecer y reconocer la gran aportación y el respaldo de nuestra comunidad académica y de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se han unido bajo esta iniciativa.

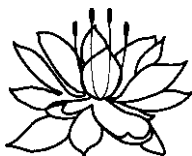
Uno de los mayores impulsos que recibimos para obtener este logro tan significativo fue la actividad que para el desarrollo del Plan Estratégico del Centro realizamos al inicio del año pasado. Contamos en esa ocasión con el apoyo de un grupo entusiasta de colaboradores bajo el hábil liderato de la Dra. Elena Batista a quien agradecemos nuevamente su colaboración. A continuación la misión, visión y valores del Centro Mujer y Salud que recogen el insumo de las recomendaciones vertidas en el taller.

VISION

Organización dedicada a propiciar la excelencia en salud de la mujer que estimula el desarrollo de conocimiento profesional actualizado. Facilita la difusión y generación de información y trabaja como foro de deliberación y reflexión con solidez intelectual e integridad científica. Esta éticamente comprometida con las necesidades peculiares y exclusivas de la mujer y actúa como defensora de los derechos de la mujer y su salud, lo que impacta la política pública sobre salud de la mujer. (continúa en la pág. 2)

Contenido:

- *Desde el Centro*
- *CM&S es Designado Centro de Excelencia*
- *Retos Demográficos ante el nuevo milenio*
- *Empowerment*
- *Promoción de la Salud mujer edad mayor*
- *Depresión Post-Parto*
- *Invisibilidad poblaciones marginales*



Se le reconoce por su liderazgo en el desarrollo de nuevos modelos de prestación de servicios integrados para la mujer y por el apoyo y asesoramiento a múltiples sectores de la comunidad.

El Centro Mujer y Salud del Recinto de Ciencias Médicas colabora y establece alianzas con otras iniciativas y proyectos afines en y fuera de Puerto Rico y contribuye a la concientización de los profesionales de la salud, de las mujeres y de la comunidad en general en torno a las necesidades de salud de la mujer puertorriqueña y el desarrollo de actitudes que potencien su asertividad y autogestión.

MISION

Somos un Centro interdisciplinario que integra facultativos y programas del Recinto de Ciencias Médicas comprometidos con el bienestar integral de la mujer a través de su ciclo de vida.

Ofrecemos servicios de información, orientación y educación a la comunidad académica y a la sociedad puertorriqueña en general. Organizamos y promovemos estudios de investigación de carácter multi e interdisciplinario. Promovemos el desarrollo de servicios integrados de salud a tono con las necesidades de la mujer.

Como Centro precursor de la salud de la mujer en el Recinto de Ciencias Médicas, fomentamos la inclusión de asuntos relativos a la salud de la mujer en la formación de los profesionales de la salud y estimulamos el desarrollo de mujeres líderes en las ciencias de la salud y la colaboración con organizaciones a fines en y fuera de Puerto Rico.

VALORES

El Centro Mujer y Salud del Recinto de Ciencias Médicas reconoce:

- La heterogeneidad y la diversidad entre las mujeres
- Los enfoques diversos de programas e individuos que componen el Centro
- Las diferencias entre entidades y organizaciones que laboran en pro de la salud de la mujer
- La posición de subordinación que históricamente ha ocupado la mujer y que afecta su derecho y disfrute de la salud
- La necesidad de ampliar el acceso a servicios integrales de salud, particularmente aquellos orientados hacia la promoción, prevención y mantenimiento de la salud
- La existencia de condiciones biológicas, psicológicas, sociales, emocionales y espirituales particulares de la mujer a través de su ciclo de vida

Por lo tanto, el Centro Mujer y Salud fomenta:

- El enfoque de género en el análisis de aspectos relacionados con la salud
- El desarrollo de autonomía de pensamiento que promueve la independencia de criterio
- La diversidad de opciones que faciliten a la mujer la toma de decisiones informadas sobre su salud
- La prestación de servicios de salud a la mujer con compromiso, respeto y sensibilidad

CENTRO MUJER & SALUD ES DESIGNADO CENTRO DE EXCELENCIA EN SALUD DE LA MUJER

Delia M. Camacho, Ph.D.,
Catedrática y Directora

El pasado mes de octubre de 1998 el Centro Mujer y Salud del Recinto de Ciencias Médicas fue designado Centro de Excelencia en Salud de la Mujer por el Departamento de Salud de los Estados Unidos. Nuestro Centro forma parte de la tercera generación de centros modelos financiados por la Oficina de Salud de la Mujer del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para coordinar el desarrollo de servicios de salud y el cuidado integral de la mujer a través de su ciclo de vida.

La tercera generación de Centros de Excelencia en Salud de la Mujer está constituida por seis centros modelos que incluyen, además del nuestro, proyectos en

las Universidades de Harvard, Tulane/Xavier, Illinois en Chicago, Washington en Seattle y Wisconsin en Madison. Otros centros están ubicados en la Universidad de MCP Hahnemann (antes Allegheny), la Universidad de Boston, la Universidad de Indiana, la Universidad de Ohio, la Universidad de California en Los Angeles, la Universidad de Maryland, la Universidad de Michigan, la Universidad de Pennsylvania, la Universidad de California en San Francisco y la Universidad de Yale.

La designación fortalece la meta que ha guiado el desarrollo del Centro desde sus inicios, en 1996, de integrar y coordinar efectivamente programas e iniciativas existentes en salud de la mujer en

el Recinto de Ciencias Médicas. Propicia el desarrollo de un modelo académico que integre el cuidado comprensivo de la salud de la mujer, la educación a profesionales de la salud y a la comunidad; la diseminación y utilización de información actualizada; la incorporación de la informática en la práctica clínica; la promoción de la investigación en salud de la mujer, así como el desarrollo de liderato en la facultad femenina. Mediante esta designación proyectamos además formalizar los esfuerzos colaborativos que hemos iniciado con otros grupos comunitarios y universitarios y establecer nuevas alianzas con el fin de impactar a un mayor número de mujeres.

Los componentes del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de nuestro Recinto son básicamente tres: **Clínico, Investigación y Educación.**

El **Componente Clínico** tiene como objetivo principal la planificación y desarrollo de un modelo integrado de servicios de salud para la mujer basado en prevención y promoción de la salud. El enfoque de este modelo es uno integral, multi e interdisciplinario, basado en las características de nuestro Recinto, los recursos existentes y en alianzas con la comunidad.

La operacionalización del modelo de servicios clínicos integrados está bajo la dirección de la Dra. Josefina Romaguera, MD, Catedrática Asociada del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina. El proyecto cuenta con una Coordinadora Clínica, la Sra. Brenda Beauchamp; una Coordinadora de Educación y Adiestramiento, la Sra. Aida Ivette González y con la colaboración de un Comité Asesor



NATIONAL CENTERS OF EXCELLENCE IN WOMEN'S HEALTH

integrado por representantes de todas las escuelas del Recinto de Ciencias Médicas.

La Clínica Integral de Salud de la Mujer se desarrolla como un proyecto piloto que formará parte de la Práctica Intramural de nuestra Escuela de Medicina, la cual atiende en su mayoría pacientes mujeres. La clínica tiene un enfoque de servicios de salud organizados en un núcleo en una misma ubicación física (concepto de "one-stop-shopping"), en la cual se mantiene un expediente médico común y las pacientes pueden ser referidas a especialistas en la misma localización lo que facilita su atención.

Las pacientes que acudan a la clínica lo harán en busca de servicios médicos primarios, cuidado preventivo y servicios de promoción de la salud. El modelo incluye las especialidades de Obstetricia y Ginecología; Medicina Interna y Medicina de Familia como proveedores primarios. Las mujeres podrán escoger el médico primario que deseen en su visita de evaluación inicial.

En la clínica se entrevistará a las usuarias para determinar sus necesidades de salud y para facilitar sus citas médicas, dependiendo de la naturaleza de su condición o de sus necesidades específicas. Los servicios ambulatorios de salud se ofrecerán de forma coordinada con referidos a otras facilidades de cuidado secundario y terciario y servicios ancilares según sea necesario. La clínica modelo se prepara para ofrecer servicios de educación en salud, nutrición, psicología y radiología (mamografías, densidad ósea). Se pretende

implementar procedimientos y formularios de expedientes médicos uniformes en un intento de asegurar que todas las clientas reciban los servicios necesarios, independientemente de la especialidad del médico que escojan en su visita inicial. La información de las pacientes obtenida de formularios y cuestionarios será organizada en un banco de datos de manera que pueda estar disponible para propósitos clínicos y de investigación.

La Clínica de Salud Integral de la Mujer aceptará la mayoría de los planes médicos, incluyendo el seguro médico del gobierno de Puerto Rico, al igual que se hace actualmente en la Práctica Intramural. Se harán referidos como parte de los servicios regulares según las necesidades de la paciente. Otros servicios serán incluidos a medida que se desarrolla el modelo y se identifiquen necesidades.

Tanto el desarrollo del modelo como la evaluación de éste se presentarán para discusión ante diferentes audiencias y grupos focales lo que garantizará la participación de las consumidoras. Luego de las evaluaciones pertinentes proyectamos replicar este modelo en otro de los escenarios de práctica clínica afiliados al Recinto de Ciencias Médicas.

El modelo de cuidado de la mujer en nuestra clínica incorporará los objetivos de prevención y promoción de la salud para el año 2010 y de cuidado de salud de la mujer descritos en la Encuesta Nacional en Salud de la Mujer llevado a cabo por el Commonwealth Fund en 1993(1). En Puerto Rico, al igual que en Estados Unidos, los servicios de salud para la mujer hasta recientemente han sido enfocados principalmente en los conceptos de salud y enfer-



medad asociados al aspecto reproductivo. No ha sido posible dar énfasis y atención a la prevención y la promoción de la salud y a las condiciones que las mujeres experimentan a través de su ciclo de vida. Estos aspectos serán enfatizados por la Clínica de Salud Integral del Centro de Excelencia en Salud de la mujer.

La incorporación de asuntos relativos a salud de la mujer en la educación de profesionales de la salud y la educación de las mujeres usuarias de los servicios de salud son aspectos que también serán atendidos por el Centro de Excelencia. Esta iniciativa se llevará a cabo a través del **Componente de Educación**, cuyos objetivos incluyen actividades de educación dirigidas a las mujeres en general, promoción de cambios en los currículos de las ciencias de la salud para integrar la perspectiva de género y asuntos relativos a salud de la mujer, educación continua para profesionales de la salud, diseminación de información y desarrollo de liderato tanto en nuestra facultad como en el estudiantado femenino.

Como parte de esta iniciativa el Centro continuará con el desarrollo de su página electrónica ("Homepage"), la cual ya forma parte de la presencia del Recinto de Ciencias Médicas en la Internet. Se incorporará a esta página electrónica información sobre actividades y recursos en salud de la mujer.

El Centro ha tenido desde sus inicios una bibliotecaria a tiempo parcial que ofrece servicios de información y orientación a facultad, estudiantes y a la comunidad y búsquedas en bancos de información. Este servicio continuará ofreciéndose en el Centro de Excelencia bajo el componente de educación.

La promoción del desarrollo de las mujeres en las profesiones de la salud y su participación plena tanto en su rol como profesionales de la salud como en el de usuarias del sistema de servicios de salud será posible mediante la continuación de programas educacionales, redes de alianzas con entidades gubernamentales y no gubernamentales, establecimiento de grupos focales, desarrollo de un plan de liderato para las mujeres profesionales y estudiantes y asegurando la participación de la comunidad en los grupos deliberativos del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer. El Componente de Educación coordinará estas iniciativas bajo la co-dirección de la Dra. América Facundo, directora del Centro Hispano de Excelencia de la Escuela de Medicina; la Prof. Myrtha Díaz, ex-Decana y Catedrática de la Escuela de Enfermería y la Dra. Lourdes Soto de Laurido, Catedrática y directora del Programa de Bachillerato en Educación en Salud Comunal del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud.

La investigación en salud de la mujer es el tercer componente de vital importancia en el Centro de Excelencia. La dirección del **Componente de Investigación** le corresponde a la Dra. Emma Fernández-Repollet, directora del Programa "Research Centers for Minority Institutions" (RCMI) del Recinto de Ciencias Médicas. Este componente fomenta la investigación multi e interdisciplinaria sobre asuntos de salud de la mujer y estimula la participación de las mujeres en los protocolos de investigación clínica. La promoción de la investigación en salud de la mujer proyecta reunir investigadores que ya están participando, o que están interesados, en proyectos en áreas relevantes a salud de la mujer. Esto será posible mediante

análisis de la investigación básica y clínica actualmente en marcha para evaluar su relevancia con la salud de la mujer, ofrecimiento de talleres con los investigadores, desarrollo de una agenda de investigación y proveyendo fondos para estudios pilotos en salud de la mujer.

Los tres componentes del Centro de Excelencia tienen comités asesores constituidos por representantes de todas las escuelas del Recinto. Se establecerá estrecha interrelación entre los tres componentes a través de estos comités asesores, de los trabajos de la Coordinadora de Adiestramiento; mediante el uso de datos recopilados en la clínica para efectos de investigación y de educación y viceversa. Mediante la dirección de esta servidora y de la Prof. Ana Isabel Moscoso, Co-directora, fungirá el Centro de Excelencia como unidad de coordinación a través de departamentos y escuelas del Recinto, en la prestación de servicios de salud a las mujeres, como productor y distribuidor de información en salud de la mujer y como facilitador del intercambio de ideas y colaboración entre investigadores. La estrategia más importante en la implementación del modelo descrito es la coordinación y maximización de los recursos existentes, particularmente los recursos humanos.

La designación como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer es por un término de dos años y contamos con la oportunidad de renovación por dos años adicionales.

REFERENCIAS

1. The Commonwealth Fund Commission on Women's Health. Program Summary. Programs on Women's Health. New York: The Commonwealth Fund, 1996.

RETOS DEMOGRAFICOS ANTE EL NUEVO MILENIO Y SU IMPACTO PARA LA SALUD PUBLICA¹

Judith Rodríguez Figueroa, M.Sc
Demógrafa y Catedrática,
Programa Graduado de Demografía,
Escuela Graduada de Salud Pública.
Recinto de Ciencias Médicas

Los retos demográficos de cara al nuevo milenio son muchos y variados. En este trabajo solo se presentarán aquellos que podrán tener un mayor impacto en la planificación y prestación de servicios de salud pública.

Envejecimiento de la Población

Uno de los retos demográficos que tendrá que enfrentar la salud pública es el fenómeno del envejecimiento de la población. El aumento en la proporción de personas de edad avanzada, a saber de 65 años o más es un hecho real que continuará concretizándose durante las próximas décadas. A partir del año 2010 la llegada a los 65 años de edad por parte de los "Baby Boomers", esto es, las personas que nacieron entre el 1946 y 1964 provocará una demanda mayor de actividades y servicios de promoción y mantenimiento de la salud. Se espera que la expectativa de vida al nacer aumente y que nuestros viejos puedan llegar a vivir hasta los 80 años. Asimismo, se espera que éstos puedan, en términos generales, disfrutar de un estado aceptable de salud. Sin embargo, para que esto pueda lograrse, será necesario que se establezcan urgentemente programas de promoción de la salud abarcadores, integrales y agresivos dirigidos a la adopción de estilos de vida saludables por parte de la población, que al presente se



encuentra en las edades productivas.

En la población de edad avanzada, se proyecta un crecimiento mayor para las féminas que para los hombres. Esto es, habrá más mujeres viejas que hombres viejos. Muchas de estas mujeres estarán solas, sin la presencia de un cónyuge o compañero sentimental. Por otro lado, se espera que los ingresos de este grupo poblacional provengan de pensiones por motivo de su participación en la fuerza laboral. Los ingresos provenientes de las pensiones de retiro sufren muy pocos cambios mientras por otro lado se registran constantemente incrementos en el costo de la vida. Esta situación podría ocasionar que la población vieja de principios del Siglo 21, sea más educada, pero con menos poder económico adquisitivo que la de ahora. Los adultos del mañana podrían también enfrentarse a la eliminación o reducción de beneficios del seguro social y del Seguro de Salud de

Medicare. Esta situación podría convertir a estas personas en dependientes de otros programas de ayuda económica y de servicios de salud.

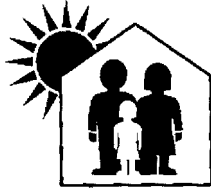
La tecnología y los avances médicos en el campo de la salud serán responsables de una mayor longevidad para los puertorriqueños en un futuro y de que éstos exhiban mejores estados de salud. **El cuidado de la salud de este sector creciente de la población aumentará en términos de los años de vida.** Se notará un aumento en los costos de mantenimiento de la salud si no se adoptan programas efectivos y eficientes de salud pública. Los programas preventivos serán los más costo efectivos.

Sexualidad

Se espera que los viejos del mañana así como los sectores poblacionales más jóvenes disfruten la sexualidad, más desde una perspectiva recreacional que de procreación. Se anticipa un aumento en el uso de métodos contraceptivos y de medios que faciliten tener y mantener el disfrute de las relaciones sexuales. Evidencia de este reto, lo estamos observando recientemente con el revuelo que causó en la ciudadanía el proyecto de ley sometido en la Cámara de Representantes acerca del uso de métodos contraceptivos por parte de los adolescentes del país sin el consentimiento de los padres. La respuesta es la adopción de programas de educación sexual de gran alcance cónsonos con nuestra realidad de pueblo, como parte del currículo educativo del sistema público y privado del país, en donde los padres participen en el mismo. Ante esta situación será necesario que **las y los** profesionales de la salud pública en el Siglo 21 estén capacitados sobre sexualidad

humana como parte de sus conocimientos básicos en salud pública.

Hogar y Familia



Los cambios en el hogar y la familia puertorriqueña de cara al nuevo milenio deben ser tomados en consideración por los profesionales de la salud en el diseño, planificación y prestación de servicios dirigidos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población. Se espera que el tamaño de la familia continúe reduciéndose básicamente por el descenso en los niveles de la fecundidad de la mujer puertorriqueña, el divorcio o las separaciones en el caso de las uniones consensuales. Reducciones en el tamaño familiar se traducirán en un número menor de familiares disponibles para hacerse cargo de las personas con problemas de salud. **Ante este reto, las y los profesionales de la salud pública deberán desarrollar entre los componentes de la comunidad, la responsabilidad que tienen como parte del sistema de apoyo informal de sus conciudadanos.** Es de todos conocido que esta conciencia colectiva entra en contraposición con la práctica de conductas individualistas fomentada y promovida a través de la formación civil de los puertorriqueños. Las y los profesionales de la salud especialistas en conducta humana tendrán un rol protagónico en la adopción de este tipo de comportamiento social.

La mayoría de las familias y hogares puertorriqueños estarán localizados en zonas urbanas, pues se espera que Puerto Rico se

convierta en un país completamente urbano durante las primeras décadas del Siglo 21. Esta transformación podría limitar el acceso directo a los hogares requiriendo el uso de medios masivos de comunicación para lograr una cobertura mayor de los mensajes en salud.

La composición de las familias presentará una gran variedad de opciones. Entre estas figuran la hoy llamada familia tradicional compuesta por ambos cónyuges y sus hijos y otras no tan tradicionales como la de dos parejas del mismo sexo. Las nuevas definiciones operacionales del concepto familia entrarán en conflictos con las definiciones adoptadas por el Negociado Federal del Censo, organismo gubernamental a cargo del levantamiento de los censos de población y vivienda de Puerto Rico. De acuerdo al censo una familia es aquella en donde conviven dos personas o más relacionadas por lazos de sangre, matrimonio o adopción dejando fuera todas las uniones que no cumplan con estos criterios antes mencionados. **Las salubristas y los salubristas** tendrán que hacer ajustes en cuanto a la definición del concepto familia en su lugar de trabajo. La misma condición dinámica de la familia provoca una diversidad en los tipos de familias.

Los hogares y familias dirigidas por una mujer se espera que continúen una trayectoria ascendente. Los divorcios, el incremento en el número de madres solteras, así como una mayor mortalidad masculina que la femenina, son las razones fundamentales para una gran cantidad de mujeres como jefes de familia.

Por otro lado, los hogares de familia con los dos cónyuges presentes de orientación hetero-

sexual continuarán su trayectoria descendente. Este tipo de familia donde los dos cónyuges están presentes sin ningún matrimonio previo por parte de sus miembros se irá reduciendo también, incrementándose de este modo los hogares de familias en series compuesto por una pareja de orientación heterosexual, divorciados o con alguna unión previa que vuelven a casarse o unirse en pareja. En algunos de estos hogares es posible encontrar la presencia de hijos producto de las relaciones previas con hijos de la presente relación.

Varios sectores de la población opinan que el divorcio es la muerte de los valores familiares. Sin embargo, una alta tasa de divorcio también puede verse como un indicador positivo porque representa un rechazo de las personas a un mal matrimonio. Esta situación de altas tasas de divorcio conduce en muchos casos a un largo de vida matrimonial corto con varios matrimonios en serie, práctica observada con mayor frecuencia en el sector masculino. Otros sectores poblacionales continuarán adoptando la práctica de matrimonios tardíos. Las personas serán más cuidadosas en la selección de su pareja. **Los y las profesionales de la salud pública** deberán fomentar la incorporación de programas educativos pro-familia por la conveniencia de los mismos. En estos programas se podrá educar en torno a las ventajas de vivir en familia, selección correcta de pareja, los deberes y responsabilidades de los contrayentes cuando entran a esta empresa llamada familia.

Otro fenómeno demográfico relacionado con la familia que continuará su trayectoria ascendente, es la presencia en el hogar

de **hijos** adultos que regresan a éste después de un rompimiento matrimonial o de pareja, o de **hijos** adultos con familia, llamadas subfamilias. Esto es, una familia aparte, a la que se le adscribe la jefatura del hogar, residiendo en la misma vivienda de los padres. Las altas tasas de divorcio, unido a una disminución en los ingresos de las parejas divorciadas así como los altos costos de vida son las razones para el aumento registrado en



Puerto Rico en el número de subfamilias. Aparentemente estamos regresando a la vieja familia extendida desde el punto de vista estructural por razones económi-

cas. Ante tales cambios el concepto de ciclo de vida de la familia debería ser revisado para atemperarlo a estas nuevas tendencias. Parece ser que algunas parejas puertorriqueñas nunca experimentarán la etapa de nido vacío, no porque nunca hayan procreado hijos sino porque algunos hijos adultos no se marcharán del hogar paterno o por las continuas salidas y llegadas de parte de otros hijos.

Educación de la Mujer

Las mujeres como grupo poblacional en contraste a los hombres, se están educando más. Esta tendencia se espera continúe, por lo que las féminas continuarán exhibiendo mejores niveles de instrucción que los hombres. Una estadía promedio mayor de la mujer en la escuela que la de los hombres, será una de las causas del aumento en la edad promedio de las mujeres que conciben y procrean su primer hijo. Se espera que la mujer constituya la mitad de la fuerza laboral del país como resultado de un mayor nivel de educación formal que los hombres. Esta situación llevará al reajuste de los horarios de trabajo por parte de **los y las** profesionales de la salud pública en las comunidades. Una cantidad considerable de las mujeres en muchas comunidades estarán fuera del hogar en horas laborables, siendo estas el sujeto de atención más importante por parte de **los proveedores y las proveedoras** de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Patrón de Mortalidad

Se proyecta que predomine un patrón de causa de muerte crónico y degenerativo como consecuencia del envejecimiento de la población. Sin embargo, se espera una

prevalencia mayor de personas con condiciones crónicas y degenerativas con un promedio de tiempo mayor de vida, prolongando para más tarde el momento de la muerte. Podría darse un resurgir de enfermedades infecciosas conocidas y otras nuevas, especialmente entre los sectores de menos edad. Asimismo, se advierte una mayor cantidad de personas con impedimentos, físicos y mentales como consecuencia de una mayor sobrevivencia de parte de las personas víctimas de accidentes, uso de drogas y alcohol, y por el proceso mismo del envejecimiento de la población.

Estos cambios extraordinarios en el estado de la población deberán ser tomados en consideración por **los y las** profesionales de la salud pública al momento de diseñar, planificar y establecer distintas modalidades de programas educativos y de servicios de salud.

REFERENCIAS

Coates, Joseph F. What's Ahead for Families: Five Major Forces of Change. World Future Society, Bethesda, Maryland, 1996.

Coates, Joseph F. The Highly Probable 83 Assumptions about the Year 2025". World Future Society. Bethesda, Maryland, 1996.

(1) Ponencia presentada en panel foro titulado "Las profesiones de la Salud Pública en Puerto Rico ante los retos del nuevo milenio" durante la celebración en Puerto Rico de la Semana de la Salud Pública, viernes 3 de abril de 1998, Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe, Centro Médico, San Juan, Puerto Rico.

“EMPOWERMENT”: DE LA REFLEXIÓN A LA ACCIÓN

Lydia E. Santiago, Ph.D.
Centro de Estudios Materno-infantiles
Escuela de Medicina
Recinto de Ciencias Médicas, UPR

En el momento actual se reconoce la necesidad de desarrollar espacios sociales que permitan a la gente asumir roles protagónicos en su propia historia. Para ello, se retoma la discusión sobre el concepto de *empowerment*. Rappaport (2) define “empowerment” como el poder que ejercen los individuos sobre sus propias vidas a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad. Ortiz-Torres (3) se refiere al proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes.

“*Empowerment*” se define en el diccionario como facultar, habilitar, comisionar, dar poder, autorizar a... dar permiso para... La pregunta central que queda al examinar estas definiciones es ¿Quién dá poder a quién? Como en el idioma español no existe un término preciso que describa este concepto se han utilizado conceptos como desarrollo de poder, apoderamiento, apotestamiento, rescatando el control e incluso es frecuente el uso de empoderamiento. Erzinger (4) sugiere que se examinen otros conceptos relacionados que ayuden a la gente a describir experiencias de “*empowerment*” de manera significativa y de entendimiento mutuo. En ausencia de un término



perspectiva feminista se utilizó el concepto para referirse a un espectro de actividades políticas que se extendieron desde actos individuales de resistencia hasta de movilización política retando las relaciones básicas de poder en la sociedad (5).

En los '90 se rescata de nuevo el concepto de “*empowerment*” en muchos de los trabajos con mujeres y otros grupos marginados. Pero su utilización está rodeada de diversas controversias. Una de las controversias centrales de la discusión sobre el concepto “*empowerment*” es el señalamiento de que es crucial el cuestionamiento de la estructura social, económica y política que sostiene la desigualdad de poder de las relaciones sociales. Frecuentemente, en ausencia de éste análisis, se “culpabiliza a la víctima” atribuyendo la ausencia de ejercicio del poder a factores individuales y biológicos como inteligencia, rasgos de personalidad, e inclusive fragilidad física. Lo anterior no significa que las intervenciones dirigidas al desarrollo de destrezas para el ejercicio efectivo del poder no puedan darse en los diferentes niveles-individual, grupal, comunitario o social, sino que las mismas deben reconocer la relación dialéctica entre el cambio individual y social.

Sheer (6) cuestiona la noción de *empowerment* por considerarlo un concepto masculino. Ella afirma que se ha repetido tanto el que la mujer carece de poder que el supuesto se

“El poder es un mito y al mismo tiempo una realidad... En estos tiempos, más bien las inmensas mayorías somos espectadores, no actores del curso de la humanidad”

Rigoberta Menchú (1:201)

en español que describa el concepto en este trabajo se utiliza el término en inglés.

Controversias

El tema de *empowerment* se trae a discusión pública en la década de los '70. Emerge de movimientos sociales y políticos que denunciaron la opresión hacia diferentes sectores de la sociedad. Uno de estos movimientos sociales que reclamó con más fuerza la búsqueda de equidad en el ejercicio del poder fue el Movimiento Feminista. Desde la

ha aceptado como una verdad inescapable. Nos advierte que podemos estar perpetuando el desbalance que se pretende describir. Ella sugiere que el concepto se analice desde una perspectiva feminista. La autora ofrece otras posibles explicaciones a muchas de las situaciones en las que la respuesta de las mujeres viviendo con VIH se ha explicado como ausencia de "empowerment". Se ha planteado que la falta de poder hace que la mujer con VIH asuma posiciones de sumisión, diferentes a las del hombre en el manejo del VIH. Por ejemplo, las mujeres están menos propensas a dejar a sus parejas cuando éstos reciben el diagnóstico de VIH+ y ella reclama que esto no es falta de poder es **compromiso**. Igualmente se sugiere que las mujeres están más propensas a dejar saber a su pareja su status de VIH y esto no es falta de poder sino **honestidad**. Las mujeres se exponen a más riesgo de sexo sin protección y esto no es falta de poder, esto es **negligencia masculina**. Las mujeres han estado más propensas a ser examinadas con la prueba de VIH, con o sin consentimiento, y esto no es falta de poder sino **discriminación**.

El uso del proceso de "empowerment" requiere de la reflexión y el análisis de la complejidad de los factores involucrados. Requiere además, el reexamen de los conceptos de poder y resistencia que se mezclan en las definiciones de "empowerment". No obstante, mientras este proceso se lleva a cabo no debemos descartar el concepto como algo inútil si no utilizarlo desde una perspectiva crítica.

Modelos teóricos y su aplicación a la salud

En Estados Unidos el concepto *empowerment* se desarrolla desde diferentes modelos teóricos y

diferentes disciplinas e incorpora supuestos de las teorías de autoeficacia, locus de control, competencia y poder. La literatura sobre falta de poder (powerlessness) y riesgo de enfermedad demuestra que el concepto se ha examinado desde el punto de vista de la epidemiología social, investigación ocupacional, estrés, psicología social, psicología comunitaria y organización comunitaria. En Latinoamérica se desarrolla desde la teoría de Paolo Freire. Este modelo incluye aspectos de auto-concepto, análisis crítico del mundo, identificación con la comunidad, cambio comunitario y político (7).

Aplicado a la salud, la premisa central del modelo de *empowerment* según Paolo Freire es que el contexto social donde se lleva a cabo la educación para la salud no es neutral. Si las situaciones de vida exponen a riesgo a la gente y si éstas tienen falta de control sobre su destino, esta realidad estará presente en la relación profesional-participante. Para Freire el propósito de la educación debe ser la liberación humana que significa que la gente es sujeto de su propio aprendizaje, no vasijas vacías donde se deposita el conocimiento (7). Esto conlleva una redefinición de la relación profesional-participante a una donde la persona participante es quien decide el curso de acción del tratamiento. Es decir, la participante toma control de su vida, enfermedad y cuidado.

Wallerstein (7) examina las implicaciones del concepto para los programas de promoción de la salud. Ella define "empowerment" como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de organizaciones y comunidades para lograr las metas de aumentar el control individual, la eficacia política, mejorar la calidad de vida y la justicia social. Ella

concluye que la falta de control sobre el destino ocasiona susceptibilidad hacia la enfermedad en la gente que vive con demandas altas o situaciones de marginación. Por lo que afirma, que es importante que los educadores para la salud adopten programas para el desarrollo de poder.

¿Cómo se desarrolla "empowerment"?

Algunos autores sugieren que el desarrollo de poder se da mediante la participación en las estructuras mediadoras, desarrollando destrezas, relaciones, cogniciones o comportamientos que le mueven hacia un estado de competencia (8)(9). Para lograr estos objetivos los programas dirigidos al desarrollo de poder deben permitir la participación



informada, activa y recíproca de las participantes. Requiere además la intervención de las participantes en el diseño e implantación de los programas. Algunas estrategias utilizadas con gran efectividad han sido el activismo política/social, la educación popular (10)(11), el teatro del oprimido (12) y los testimonios (13)(14).

Para el desarrollo de "empowerment" desde el modelo propuesto en la teoría de Freire se sugieren diferentes pasos: (a) escuchar las experiencias de vida de las participantes y hacerlos co-investigadores de las reflexiones sobre las situaciones que afectan su vida, (b) desarrollar un diálogo sobre las situaciones que permita que todas- participantes y profesionales- compartan por igual las interpretaciones de la realidad, (c) promover la problematización de manera que se puedan identificar las causas de las situaciones, (d) establecer la meta de pasar de la reflexión a la acción es decir, al cambio personal y social (7).

Desde este acercamiento, Richard Parker (15) vincula "empowerment" con vulnerabilidad social. El afirma que para desarrollar "empowerment" tenemos que superar la desigualdad social, la injusticia, el prejuicio, la discriminación, la opresión, la explotación y la violencia.

"Empowerment", Salud y Equidad

El proceso de "empowerment" requiere la identificación de las causas de la opresión, el reconocimiento de que todos los seres humanos poseemos el poder que nos otorga nuestra existencia y la capacidad para transformar las relaciones de opresión. Nadie libera a nadie, nos liberamos juntos. Sólo este proceso de liberación puede

llevar a la equidad en las relaciones sociales y a la accesibilidad a los recursos disponibles para 'todas'.

Reconocer y validar el poder del 'otro' conlleva un compromiso con el grupo social oprimido, no a niveles teóricos sino en la práctica cotidiana. Conlleva, además, el reconocimiento de nuestras prácticas opresoras. La salud es un derecho de todas, pero unos pocos se han apropiados de los recursos necesarios para el bienestar humano. Promover, proveer destrezas y facilitar los espacios para el desarrollo del poder constituye en este momento una tarea para la reflexión y la acción.

REFERENCIAS

1. Menchú R. Rigoberta La nieta de los mayas. Madrid: El País S.A.;1998.
2. Rappaport J. Terms of Empowerment/ Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology. 1987;15(2):121-147.
3. Ortiz-Torres B. El empowerment como alternativa teórica para la Psicología de Comunidad en América Latina. Conferencia revisada presentada en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, España, julio de 1992.
4. Erzinger S. Empowerment in Spanish: Words Can get in the Way. Health Education Quarterly, 1994;24(3):417-419.
5. Bookman A, Morgen S, eds. Women and the Politics of Empowerment. Philadelphia: Temple University Press;1998.
6. Sheer L. Tomorrow's Era: Gender, Psychology and HIV infection. En: Shers L, Hanking C; Bennett L,

eds. AIDS as Gender Issue- Psycho-social Perspectives. London, Taylor & Francis,1996;16-45

7. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health \Promotion Programs. American Journal of Health Promotion 1992;6(3):197-205.
8. Berger P. Nehaus R. To empower people: The role of mediating structures in public policy. Washington, DC, American Enterprise for Public Policy, 1977.
9. Kieffer C. Citizen empowerment: A developmental perspective. Prevention in Human Services 1984;3:9-36.
10. Freire P. Pedagogía del Oprimido. México, 1982 .
11. Wallerstein N y Bernstein E (1994). Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health. Health Education Quarterly 1994;21(2):141-148.
12. Boal A. Teatro del oprimido- teoría y práctica. México, Editorial Nueva Imagen,1982.
13. Santiago LE. Viviendo para la vida: Testimonios de mujeres valerosas. Perspectivas de la Educación en Salud, Publicación de la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico. 1998;19.
14. Santiago LE. El testimonio: espacio de poder y sanación. Perspectivas de la Educación en Salud. Publicación de la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico. 1998;19.
15. Parker R. Empowerment, Community Mobilisation and Social Change in the Face of HIV/AIDS. Conferencia presentada en XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada. July 7-12, 1996.

LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA MUJER DE EDAD MAYOR

Marlén Oliver Vázquez, EdD. MPHE.
Catedrática Asociada
Programa de Gerontología
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas



Los adultos de 65 años o más constituyen hoy en día, el grupo poblacional de mayor crecimiento en Puerto Rico. El crecimiento es aún mayor para el grupo de personas de 75 años o más y se espera que este cohorte continúe siendo el de mayor crecimiento en los años venideros.

Al examinar lo que implican estas cifras para la sociedad encontramos razones de sobra para justificar la necesidad apremiante de programas de promoción de salud para los adultos mayores. En primer lugar, este grupo de edad presenta unas características sociales y de salud muy particulares que lo hace más vulnerable a la incapacidad crónica y a la dependencia funcional, y por ende a la utilización de servicios de salud. La evidencia empírica sugiere que mientras se avanza en edad aumenta la demanda por recursos de salud, sociales y familiares para el cuidado de estas personas. Esto es así ya que los efectos de las condiciones crónicas, accidentes y traumas son más severos en las personas de edad mayor, lo cual muchas veces requiere cuidado de larga duración. En segundo lugar, aunque el grupo de edad avanzada representa sólo el 10% de la población total en Puerto Rico, consume aproximadamente un tercio del presupuesto asignado a salud. Ese tercio a su vez es consumido casi en su totalidad por una fracción de la población de edad mayor constituida por adultos con dependencia funcional. En tercer lugar, la investigación sugiere que los índices de morbilidad crónica y aguda, e incapacidad funcional y

muerte prematura pueden reducirse significativamente si las personas hacen cambios en su conducta o en su ambiente que reduzcan los riesgos a su salud.

Aunque las personas mayores conviven con un promedio de cuatro enfermedades crónicas que son el resultado de toda una vida de exposición a riesgos, la mayoría de éstas están activas y funcionales y pueden beneficiarse de programas de promoción para la salud. Aún las personas con condiciones de salud serias pueden mejorar significativamente su salud y evitar el deterioro posterior si adoptan estilos de vida saludables. Varios estudios señalan que las personas de edad avanzada se preocupan más por su salud y están más receptivas a involucrarse en prácticas de salud sanas que los grupos más jóvenes. También se ha demostrado que las prácticas de salud favorables aumentan con la edad y que los grupos mayores se interesan más en la educación sobre la salud que los grupos más jóvenes. Sin embargo, los programas de promoción para la salud dirigidos específicamente al sector de edad mayor reciben muy poca prioridad y atención por parte de los profesionales de la salud y de las instituciones a cargo de proveer servicios de salud para la población.

Los programas de promoción de salud para las personas mayores se fundamentan en un concepto amplio de la salud que la define como la habilidad de mantener la independencia funcional, alcanzar

metas personales y mantener relaciones sociales satisfactorias, aún en presencia de enfermedad. La promoción de la salud para el adulto mayor es entonces definida como aquellos esfuerzos dirigidos a facilitar cambios de conducta y ambientales que propendan a la independencia y el bienestar en los adultos viejos. Estos deben resultar en la prevención o retraso en la aparición de la enfermedad y la reducción de la incapacidad funcional o el reestablecimiento de la capacidad física y mental. Es el proceso de promover la toma de conciencia, de influenciar actitudes e identificar alternativas para que los adultos de edad mayor puedan tomar decisiones informadas y hacer cambios de conducta pertinentes dirigidos a obtener un nivel óptimo de salud y a mejorar su ambiente físico y social. Estos esfuerzos incluyen estrategias diseñadas para la modificación de la conducta, la educación en salud, la identificación de factores de riesgo y actividades dirigidas a la protección y mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad y la incapacidad funcional. Esta definición provee un marco amplio que unifica los conceptos de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y bienestar de las personas mayores. Implica un concepto holístico de la salud el cual se aparta del modelo biomédico al integrar los aspectos sociales, conductuales y ambientales en la atención de la persona anciana.

Los argumentos en beneficio de la promoción de salud para las personas de edad mayor cobran mayor importancia al considerar el grupo específico de mujeres ancianas. Estas representan un 54% del total de la población de 65 años o más y tienen una expectativa de vida casi 10 años mayor (78.5) que sus contrapartes masculinos (69.2). Más de la mitad de estas mujeres pasan muchos de los años de la tercera edad en soledad, sin su

pareja, ya que el 46.4% son viudas y el 13.5% son solteras o divorciadas. Al compararlas con otros grupos de edad las mujeres viejas presentan los niveles de ingreso y de instrucción más bajos de nuestra sociedad. La evidencia empírica sugiere una relación entre estos factores y el aumento de la dependencia funcional y la necesidad de servicios de cuidado prolongado. De hecho las mujeres ancianas, aunque tienden a vivir más, presentan un índice de enfermedades crónicas e incapacidad funcional mayor que sus contrapartes masculinos. Ellas son más susceptibles a condiciones crónicas y a problemas de salud tales como: osteoporosis, traumas por accidentes y caídas, cáncer de mama, cáncer del cervix, diabetes y enfermedades del corazón, entre otras. Por otro lado, estamos hablando de un grupo heterogéneo con unas características muy particulares en términos socioculturales, educativos, económicos y valorativos, las cuales las hacen diferentes al resto de la población. Además, por el hecho de ser mujeres su experiencia de vida difiere significativamente de la de los hombres ancianos.

La promoción de salud puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y bienestar de la mujer anciana. El diseño de los programas de promoción en salud para este grupo de mujeres debe considerar sus características particulares y atender sus necesidades de modo integrado. Las metas de promoción de salud deben ir dirigidas hacia el mantenimiento de la independencia funcional, el manejo adecuado de las condiciones crónicas y la prevención del deterioro posterior y la incapacidad funcional. La selección de los temas y de la metodología de intervención deberá partir de un análisis detallado de los

factores que determinan las conductas de riesgo a la salud que queremos cambiar. El contenido a ofrecerse debe ser útil y pertinente a la experiencia de vida y contexto socio-cultural de las participantes. La metodología educativa debe ser participativa y que considere las experiencias de vida de estas mujeres al impartir la instrucción de los conceptos de salud pertinentes. Debe fomentar la asertividad por parte de la mujer mayor para lidiar con los profesionales que las atienden sobre asuntos pertinentes a su salud y la responsabilidad por el cuidado propio.

A continuación, se sugiere una lista de aspectos pertinentes para trabajar en la promoción de la salud para el grupo de mujeres de edad mayor:

1. La prevención de enfermedades agudas, condiciones crónicas y traumas. En este aspecto se incluyen las inmunizaciones para tétano, neumonía e influenza y la consejería y educación para la salud. Se enfatiza en la erradicación de hábitos perjudiciales a la salud, tales como, el uso de alcohol y cigarrillos; en la adopción de estilos de vida saludables como por ejemplo, el consumo de una dieta balanceada, el manejo del estrés y el ejercicio físico; el uso correcto de los medicamentos; y la adopción de medidas de protección ambiental para la prevención de accidentes y caídas. Además, las estrategias de promoción en salud pueden incluir la capacitación en destrezas específicas para que la mujer de edad mayor pueda lidiar con asuntos específicos inherentes al género y a la edad, como lo son el ajuste a la menopausia, el manejo de pérdidas y el manejo del rol como proveedoras de cuidado, entre otros.
2. El cernimiento, diagnóstico y tratamiento temprano para condi-

ciones de salud de manera que se retrase la aparición de la enfermedad o se prevenga cualquier complicación que resulte en incapacidad funcional. En este aspecto se incluyen las pruebas de detección temprana de cáncer de mama, cervix y colon, al identificación de niveles de colesterol sanguíneo, el control de presión arterial y los niveles de glucosa en sangre, la detección y tratamiento temprano de la enfermedad periodontal.

3. El mantenimiento de la función aún en presencia de enfermedad. Este aspecto incluye intervenciones de salud pertinentes para detener la progresión de la enfermedad, minimizar el efecto de ésta y evitar la dependencia funcional o el reestablecimiento de la capacidad física o mental, si es que ésta se ha perdido.

REFERENCIAS

- Carnivali J. Perfil sociodemográfico de la población de 65 años o más en Puerto Rico:1990. San Juan: Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. 1992
- Haber D. Health Promotion and Aging. New York, Springer Publishing, 1994:1-23.
- Hickey T, Stilwell D. Health Promotion for Older People: All is not well. Gerontologist 1991;31(6):822-829.
- Oliver Vázquez M. Los adultos de edad avanzada: Implicaciones para el profesional de la salud. OPPHLA 1995;12(2):3-10.
- OPS. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa, Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1994:330-342.

Schuster C. Have we Forgotten Older Adults? An Argument in Support of More Health Promotion Programs for and Research Directed Toward People 65 Years and Older. *Journal of Health Education* 1995;26(6):338-344.

Teague, M. Health Promotion: Achieving High Level Wellness in the Later Years. Indiana: Benchmark Press, 1989:1-29.

DEPRESION POST-PARTO (O PUERPERAL)

Antonio R. Silva, MD, FACOG
Ayudante Especial del Decano
Decanato de Asuntos Académicos

El puerperio es aquel tiempo después del parto e incluye la estadía en el hospital y hasta seis semanas después. Es una etapa muy importante en el proceso reproductivo de la mujer. Durante éste se desarrollarán en la madre unos procesos interesantísimos que culminarán con su retorno al estado pre-embarazo.

Hemos observado un fenómeno en el puerperio que varía mucho en severidad y manifestaciones. Este se ha venido a llamar depresión post-parto. Es más común de lo que nos sospechamos y, en su grado más leve, ocurre como una vez en cada 500 partos y, quizás, más a menudo.

Es importante para los médicos entender que el embarazo, el trabajo del parto y la perspectiva para la madre de la responsabilidad amenazante de criar, atender, educar y hacer una persona de provecho de su nuevo bebé, indudablemente le crea un gran "estrés", aún a las más confiadas de las nuevas madres. Factores adicionales que operarían en la mamá podrían ser su grado de madurez, su capacidad para manejar "estrés", su hechura psicológica propia y su herencia emocional. Es lógico que se vea más en primerizas, donde las dudas e inseguridades son mayores y no ha habido experiencias previas que ayuden a fortalecer a la persona,



dándole instrumentos adecuados para poder manejar las ansiedades que surjan. Sin embargo y por este entretejido tan complejo, lo vemos en multiparidas también.

En términos generales, la depresión post-parto se manifiesta las primeras 24 horas después del parto y usualmente y, como ya hemos mencionado, como consecuencia de muchos factores. Razonablemente, se ve más a menudo en mujeres con tendencias hereditarias para disfunciones emocionales y en aquellas a las cuales les ha dado más trabajo adaptarse a los rigores y complejidades de la vida marital y su desenlace más común: la maternidad.

Otros factores prominentes en la génesis de este desarreglo pueden ser:

- Descarga emocional de energía psíquica que sigue a la excitación y temor generados por el embarazo y el parto
- Malestares y dolores naturales que ocurren en la etapa del puerperio
- cansancio y fatiga emocional por

la falta de sueño y el "trabajo" del parto

- Ansiedad generada por la duda que asalta a la paciente que pueda ser una madre capaz y de que pueda cuidar adecuadamente a su bebé
- Temores que puede tener la nueva madre de que su embarazo y parto la hayan "afectado" y sea menos atractiva para su esposo

Por fortuna, en su forma leve, que es la más común, la reacción depresiva es de corta duración y auto-limitante. Sin embargo, requiere del médico que éste aprenda a reconocerla como una entidad real y no una mera "majadería" del paciente. La depresión post-parto se manifiesta de unas maneras muy reales para la nueva madre y la dinámica psico-emocional es totalmente lógica. El médico debe oír a su paciente con interés, cariño y paciencia, trabajando con los factores causativos arriba mencionados. Hay que darle un enorme apoyo emocional a la nueva mamá. Inclusive, se le puede anticipar al paciente que ésto podría ocurrir y que es perfectamente normal y humano que se sienta asaltada por estos temores, ansiedades e inseguridades. Además se le debe indicar que ella no es la única que se siente así y, que en la inmensa mayoría, los casos se resuelven rápida y simplemente.

También sabemos, que desafortunadamente, algunas depresiones post-parto duran más de 72 horas, se tornan más severas y hasta pueden desembocar en rechazo del bebé, alucinaciones de todo tipo, tendencias suicidas y otro comportamiento maniaco y abiertamente psicótico. Ya, este tipo de anomalía cae más en conducta patológica y debe ser atendida por aquellos entrenados y duchos en la materia, necesitando algunas veces, terapia intensiva y

medicamentos apropiados. Obviamente, estos casos severos son la minoría y, por lo tanto, lo usual es ver a la nueva madre irse a su casa muy contenta con su bebé y orgullosa de haber pasado airosa

por un proceso complicado y aparatoso, habiéndose culminado como mujer a través de su reciente maternidad.

Este trabajo está basado en extensa experiencia clínica del autor, boletines

educativos pertinentes del American College of Ob/Gyn, libros estándar de texto de Obstetricia, situaciones anecdóticas y comunicaciones personales para con el autor.

LA INVISIBILIDAD DE LAS POBLACIONES MARGINADAS EN EL PROCESO DE PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: LAS LESBIANAS ¿DONDE ESTAN?

Aida Ivette González Santiago, B.A., MPH(c)
Coordinadora de Educación y Adiestramiento
Centro de Excelencia en Salud de la Mujer
Centro Mujer Y Salud
Recinto de Ciencias Médicas

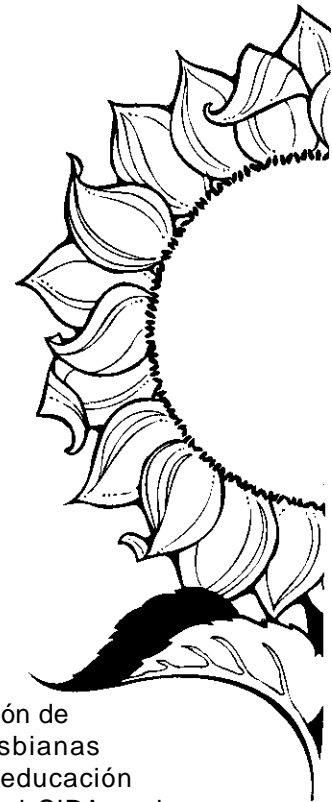
A pesar de ser la población femenina el grupo de mayor crecimiento en la infección de SIDA en el país las estrategias de prevención primaria y secundaria relacionadas a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA, no contemplan a las lesbianas⁽¹⁾ como una prioridad. Existe evidencia científica que sostiene que las ETS pueden representar un cofactor para contraer la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (1). Una de las características de las ETS es que pueden causar laceraciones, como es el caso de herpes y pueden ser un portal de entrada para el VIH al torrente sanguíneo. Por otra parte, el aumento en condiciones transmitidas por contacto sexual en las mujeres nos sugiere que éstas no perciben el riesgo al que están expuestas y que en sus prácticas sexuales con otra(s) persona(s) se exponen a la posibilidad de infección.

De los casos de SIDA en mujeres reportados en la Isla en enero de 1999, 58% están relacionados al contacto sexual (2).

Durante el año 1998 de los 4,415 casos de ETS (sin incluir el VIH/SIDA) informados por el Departamento de Salud de Puerto Rico (3), 61% se presentaron en féminas. De los 219 casos reportados de tricomoniasis, condición causada por un parásito, 182 se presentaron en mujeres. Por otra parte, de los 2,008 casos reportados de clamidia (que es la ETS bacteriana de más prevalencia en los Estados Unidos) se reportaron 1,617 en la población femenina.

En la actualidad el Departamento de Salud de Puerto Rico no posee un instrumento adecuado que pueda identificar que grupos de mujeres, dentro de la población que reportan, están siendo impactados por las condiciones de transmisión sexual y entre éstas el VIH. Este es el caso de las mujeres que comparten sexualmente con mujeres, una población de menor poder, que es excluida de los procesos de planificación de salud, por ser considerada un grupo de "menor riesgo".

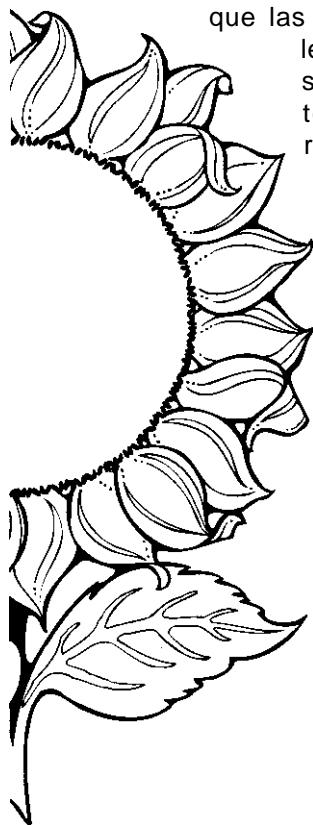
Sobre este punto, Cole y Cooper (4) en su estudio sobre la



exclusión de las lesbianas en la educación sobre el SIDA y el VIH plantean ciertos mitos que pueden exponer aún más a este grupo. Entre éstos encuentran: a) que el tipo de acto sexual que practican las lesbianas no es de alto riesgo, b) que no ofrecen relaciones sexuales a cambio de dinero, c) que no quedan embarazadas y d) que las lesbianas no tienen relaciones sexuales frecuentes. Las prácticas sexuales con hombres sin protección representa otro factor que puede colocar a esta población a riesgo, ya sea por la presión so-

cial, una violación, por la búsqueda de un embarazo o por atracción física o emocional.

En 1997 Báez, directora del Programa de Educación de Fundación SIDA de Puerto Rico, realizó un estudio que reafirmó la ausencia de participación de las mujeres lesbianas en los procesos de planificación de salud en Puerto Rico (5). El 56% de la muestra de este estudio estuvo de acuerdo en que las ETS representan una preocupación para la comunidad de mujeres lesbianas en la Isla y el 45% señaló que en el último año no habían visitado al ginecólogo/a. Gran parte de las mujeres encuestadas demostró desconocimiento sobre las ETS más comunes en la mujer, como es la clamidia. Posiblemente estos hallazgos respondan a que el mensaje de prevención y los servicios de intervención están diseñados y orientados para una población de mujeres heterosexuales. Esta situación impide



que las mujeres lesbianas se percaten del riesgo al

que están expuestas y que sientan la necesidad y la confianza de utilizar dichos servicios; entre los que se encuentran los relacionados a ginecología. Al no percibirse en riesgo y no sentirse impactada por la promoción de la salud que tradicionalmente es utilizada, las mujeres lesbianas entienden que los exámenes de rutina como el examen vaginal, la mamografía y el PAP no son necesarios para ellas por que no comparten sexualmente con hombres.

Por otra parte, algunos/as profesionales de la salud acostumbran hacer preguntas a sus pacientes femeninas sobre los tipos de anticonceptivos que usan o si están activas sexualmente, refiriéndose exclusivamente al contacto heterosexual y las prácticas coitales. Las mujeres que comparten sexualmente con mujeres, posiblemente, por el temor a una reacción lesbofóbica del profesional de la salud se sientan más cómodas negando su actividad sexual con sus pares. En ocasiones los/as profesionales de la salud que atienden a esta población las conocen desde hace algún tiempo o mantienen relación con sus familias o amistades, lo que hace más difícil que las mujeres se sinceren.

Es sumamente importante que los/as profesionales de la salud y particularmente aquellos/as que trabajamos con féminas estemos conscientes de lo fácil que es invisibilizar grupos dentro de las poblaciones de interés y excluirlas de las estrategias de planificación e intervención. Fortalecer la entrada de los grupos de mujeres más ignoradas a la planificación de estrategias de salud, es también una forma de garantizar el crecimiento de los enfoques de género y su desarrollo dentro de estos escenarios.

De acuerdo a la planificadora M. Itzaguirre (6) la aproximación a la nueva concepción de planificación debe contemplar la interrelación de los diferentes grupos sociales, puesto que cada uno tiene su propia visión de lo que es el futuro deseable; por esta razón, se hace imperiosa la necesidad de incluir en el proceso de planificación a grupos socialmente olvidados como es el caso de las lesbianas. Desgraciadamente la historia de las enfermedades nos ha demostrado que cuanto más tiempo se excluye a un grupo o a una comunidad del proceso de planificación en la prestación de servicios de salud, mayores son las posibilidades de que aumente su incidencia en este sector. Este ha sido el caso de las mujeres en Puerto Rico y la historia del SIDA, éstas fueron olvidadas en los inicios de la planificación de servicios de salud para atender esta epidemia y hoy representan el grupo de más alto crecimiento con esta condición.

Los esfuerzos de planificación de servicios de salud para mujeres lesbianas no son un asunto hegemónico del Gobierno. Para garantizar la participación de la comunidad de mujeres en el proceso de la planificación, es necesario que las organizaciones gubernamentales y privadas relacionadas a la salud garanticen espacios protegidos donde las lesbianas y otras poblaciones minoritarias sientan que pueden aportar para el diseño de nuevas estrategias de salud. Tradicionalmente las organizaciones de base comunitaria han trabajado las necesidades de este grupo. Es necesario que entre todos los sectores que brindan servicio a esta población se desarrolle un diálogo, sólo de esta forma se podrá garantizar la equidad y el acceso en los servicios de salud para todos y todas.

REFERENCIAS

1. García Lozada H. Información actualizada sobre las enfermedades de Transmisión Sexual. Conferencia presentada en Fundación SIDA de P.R., San Juan, Puerto Rico, septiembre 1997.

2. Departamento de Salud de Puerto Rico. Estadísticas vitales de SIDA en Puerto Rico. Enero 1999

3. Departamento de Salud de Puerto Rico. Estadísticas de morbilidad de Enfermedades de Transmisión Sexual en Puerto Rico. 1998.

4. Cole R., Cooper S. Exclusión de las lesbianas de la educación sobre el SIDA y el VIH. Módulo III, Curso de capacitación en métodos sexuales más seguros y la eliminación de la homofobi. New York, Department of Health, 1992.

5. Báez, M.I. Las lesbianas y las E.T.S.: otro rostro de la invisibilidad. Ponencia presentada en el Congreso de Enfermedades de Transmisión Sexual, Lima, Perú, 1997.

6. Itzaguirre, M. (1988). Elementos para la reflexión sobre las tendencias reciente en la planificación de América Latina,

Ponencia presentada en el XVI Congreso Interamericano de Planificación, San Juan, Puerto Rico, 1988.

(1) Existe una gran diversidad dentro de la población de mujeres llamadas lesbianas. Para fines de este escrito, el término *lesbiana* incluye a las mujeres que se identifican a sí mismas como tal, a aquellas que mantienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, a las que expresan deseos sexuales hacia otra mujer y no se identifican como lesbianas y a las que puedan tener o haber tenido una experiencia sexual con otra mujer ■

CENTRO MUJER Y SALUD
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
PO BOX 365067
SAN JUAN, PR 00936-5067