

Actualidad en Salud Sexual y Reproductiva

Con el apoyo de:



Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Post Grado
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Sexual y Reproductiva
Módulo Maternidad y Paternidad Segura

Un sincero reconocimiento a todo el personal del Fondo de Población (UNFPA) especialmente a *Licda. Sonia Martinelli Haeckadon, a la Licda. Marta Icaza, a Licda. Iris de Mera y la Licda. Jovanna Lasso*; sin el interés personal y seguimiento ala revista no hubiese sido una realidad.

EDITORIAL

El curso de Maternidad y Paternidad Segura dentro de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva tiene la visión de llevar a los participantes de diversas disciplinas a compenetrarse con los aspectos de reproducción humana y valorar fielmente ese aporte de la mujer y el hombre para una descendencia sana, analiza el embarazo en todas sus etapas identificando los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y los riesgos del embarazo. Se ubica también frente a políticas que apoyan a promoción de la salud de las mujeres y la maternidad a fin de lograr una reducción rápida y sustancial de la morbilidad materna y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los mismos países.

La estrategia también requiere la incorporación de los hombres a las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo.

El curso hace propio la definición de la Salud Sexual y Reproductiva como "un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear responsablemente. Ello implica el reconocimiento básico de todas las parejas a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, previendo de esa manera los embarazos no deseados, y a disponer de la información y modos para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva."

Es claro que el avance que ha desarrollado la Salud Sexual y Reproductiva desde 1998 a tenido diferentes escollos frente a la terminología, los contenidos; abrir un tema poco abordado o por el contrario que se deja sin abordar y ofrece riesgos. Debemos analizar que el sistema reproductivo al igual que todos los sistemas de nuestro cuerpo tiene su función específica dentro del conjunto, pero hay aspectos muy importantes que definen el pasado, el presente y el futuro de una pareja, un ser, una familia y la sociedad.

Mientras los valores y el conocimiento de los conceptos y temas relativos a los derechos y a la Salud Sexual y Reproductiva no sean accesible a los grupos de población y más aún a los grupos de riesgo y mientras no reciban con calida decisión en los hogares; no podemos eliminar las causas que producen riesgos en los adolescentes, y madres angustiadas por el embarazo y padres que no reconocen a sus hijos.

La actividad académica de escribir y el entusiasmo de los (las) participantes del curso se conjugan para realizar una revista que se inicia para llevar al público, personal de salud, parejas, hombres y mujeres a tocar temas de la Salud Sexual y Reproductiva con apertura, sustento bibliográfico y un toque científico excelente con el estilo propio de los participantes del curso, no necesariamente se ajustaron al tema de maternidad y paternidad sino que enfocan diferentes temáticas que causaron inclinación en ellas y (ellos) como iniciativa de la primera Maestría. Sin embargo no menos importante es el apoyo de UNFPA (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS) para lograr este primer tiraje y la gestión de la Licda. Biverly Grajales quien llevo la iniciativa a este organismo.

Esperemos que ésta no sea la primera revista con este contenido sino la primera de una serie de artículos donde se aborde esta temática regularmente.

MGTR. Ligia G. de Hernández
Prof. del Módulo Maternidad y Paternidad Segura
Maestría en Salud Sexual y Reproductiva.

ACTUALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ES UNA REVISTA DE PUBLICACIÓN SEMESTRAL

Pretende publicar artículos en apoyo a todos los interesados en esta temática, recoger intereses de información en la materia, mantener una fuente de recopilación de autores y temas para las diferentes etapas del ciclo vital con un toque especial de los profesionales que presenten los temas.

Necesitamos recopilar un banco de personas interesadas en escribir y recibir la revista para llegar a instituciones, profesionales, estudiantes y parejas entre otros desde el **Centro de investigación y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Enfermería**

RESPONSABLE: Centro de Investigación y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

COORDINA. PROFESORA: LIGIA G. de HERNÁNDEZ

e-mail: ligiadehernandez@hotmail.com

e-mail: salud sexual y repro@hotmail.com

NOMBRE _____

APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____

APARTADO POSTAL _____

AREA DE TRABAJO _____

TELEFONO(S) _____

PROFESIÓN _____

ESTUDIANTE _____ (Carrera) _____

UNIVERSIDAD _____ Facultad _____

E-MAIL _____

ESTA INTERESADO EN ESCRIBIR SI _____ NO _____

ESTA INTERESADO EN RECIBIR LA PUBLICACIÓN

SI _____ NO _____

LA FORMA DE PAGO PODRIA ASUMIRLA SEMESTRAL _____

ANUAL _____

DESEA PARTICIPAR EN LA REVISTA SI _____ NO _____

ENVIE LOS DATOS SOLICITADOS



UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



AUTORIDADES

Rector

Dr. Gustavo García de Paredes

Vicerrector Académico

Dr. Justo Medrano

Secretaria General

Mgtr. Onfala de DeBello

Vicerrector de Investigación y Post Grado

Dra. Betty Ann de Catsambanis

Vicerrector Administrativo

Dr. Carlos Brandaris

Decana de la Facultad de Enfermería

Mgtr. Elba de Isaza

Vice Decana de la Facultad de Enfermería.

Mgtr. Alcira Tejada

Directora de Escuela

Mgtr. Cristina de García

**Secretario Administrativo de la
Facultad de Enfermería**

Licdo. Jacinto Núñez

**Directora de Investigación y Post Grado de la
Facultad de Enfermería.**

Mgtr. Gladys de Lam

Directora del Centro de Investigación

Mgtr. Vitalia Muñoz

Directoras de Departamento

Salud de la Comunidad

Mgtr. Ana Barrios

Salud de Adultos

Mgtr. Ivis de Toribio

Salud Mental y Psiquiatría

Mgtr. Carmen Bishop

Administración y Educación

Mgtr. Gregoria de Meza

Materno Infantil

Mgtr. Sabrina Castro

**Coordinadora de la Maestría en Salud Sexual y
Reproductiva**

Mgtr. Lynette Velasco

**Directora del Centro de Investigación y Promoción de
Salud Sexual y Reproductiva**

Mgtr. Ligia Garay de Hernández

Colaboración en esta edición:

Licda. Biverly Grajales

Licda. Dilia Campo

Licda. Mirta Wood

Licda. Ariel Guevara

Sr. Alexis Batista (Centro de Computo)

Comité de Redacción

Licda. Biverly Grajales

Licda. Dilia Campo

Licda. Ana Ruso

Prof. Ligia de Hernández.

Apoyo Económico

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Mgtr. Sonia Haecckadon-Martinelli

Mgtr. Martha Icaza

Licda. Yovana Lasso (Diseño)

TITULO:

Actualidad en Salud Sexual y Reproductiva.

PERIODICIDAD

Semestral.

TIRAJE:

500 Ejemplares.

FORMATO:

20.5 X 27 Cms.

FIGURA DE LA PORTADA:

Participantes de la Maestría

SUSCRIPCIÓN:

Centro de Investigación y Promoción de la Salud
Sexual y Reproductiva-Facultad de Enfermería.

SUSCRIPCIONES Y CORRESPONDENCIA.

Ligia de Hernández, 11415 Zona 6, Panamá

www.ligiadehernandez@hotmail.com

APARTADO 11415 ZONA 6, PANAMÁ

Los autores son participantes de la Maestría en
Salud Sexual y Reproductiva del curso Maternidad
y Paternidad Segura.

**PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN SIN LA
AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES.**

Panamá, Vol. 1 N°1. Enero 2004.

Los artículos publicados son responsabilidad de los
autores y el coordinador de la revista y no presentan la
posición de los colaboradores.

Mensajes de Salud Sexual y Reproductiva

PARA TI ESTIMADO ADOLESCENTE, PRESTA ATENCIÓN, TU CUERPO ES VALIOSO, APRENDE A CONOCER TU CUERPO ES HERMOSO Y ES TUYO; TU DECIDES QUE HACES CON ÈL. RESPETA TU CUERPO Y DISFRUTA DE UNA BUENA SALUD SEXUAL

Tamara Solanilla

PARA USTEDES ESTIMADOS ADULTOS Y ADULTAS, LA SEXUALIDAD ES AMISTAD ES EFECTIVIDAD Y ADEMÁS COMUNICACIÓN; COMUNÍCALE A TU PAREJA TUS PREFERENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD Y TUS DEMANDAS. DEMUESTRA TU AFECTO CON CARICIAS A TU PAREJA Y DISFRUTA DE TU SEXUALIDAD Y DE TU RELACION DE PAREJA.

Tamara Solanilla

PARA USTEDES AMIGOS Y AMIGAS DE LA EDAD DORADA: LOS ANCIANOS Y ANCIANAS TIENEN DERECHO A LA VIDA A LA VIDA SEXUAL ACTIVA, DURANTE LA ANCIANIDAD, DURANTE ESTA ETAPA EXISTEN MULTIPLES FORMAS DE SATISFACER SEXUALMENTE A LA PAREJA, EL ACTO SEXUAL EN PERSONAS MAYORES PERMITE A LAS PAREJAS RELAJARSE EMOCIONALMENTE Y OFRECE UNA SENSACIÓN DE BIENESTAR. ¡VIVE UNA VIDA SEXUAL PLENA!

Tamara Solanilla

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

EN SEPTIEMBRE DE 2000 LA CUMBRE DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS, LOS LIDERES DEL MUNDO CONVINIERON EN ESTABLECER OBJETIVOS Y METAS MEDIBLES, CON PLAZOS DEFINIDOS PARA COMBATIR LA POBREZA, EL HAMBRE, LAS ENFERMEDADES, EL ANALFABETISMO, LA DEGRADACIÓN DEL AMBIENTE Y LA DESCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.

ESTOS OBJETIVOS Y METAS SE LLAMAN AHORA “OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO”



EXTREMA POBREZA

OBJETIVO 1 :

ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

OBJETIVO 2:

LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

EQUIDAD DE GENERO

OBJETIVO 3:

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

MORTALIDAD DE LA NIÑEZ

OBJETIVO 4

REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

SALUD MATERNA

OBJETIVO 5

MEJORAR LA SALUD MATERNA

VIH/SIDA, MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

OBJETIVO 6

COMBATIR EL VIH /SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES.

MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

OBJETIVO 7

GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.

SOCIEDAD GLOBAL PARA EL DESARROLLO

OBJETIVO 8

FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO



ACTUALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CONTENIDO

1. Factores que influyen en la maternidad segura Licda. Yolanda Bonilla.....	1
2. Tecnología pre parto en la detección del riesgo: una opción en las estrategias de maternidad segura Licda. Analida Avila de Brown.....	5
3. La nutrición en la embarazada Licda. Carmen Cecilia Rodríguez.....	8
4. Relaciones sexuales en la gestación Licda. Lynette Edith Velasco.....	10
5. Cáncer de seno: mayor información sobre sus causas, diagnóstico y tratamiento Licda. Blanca Chen.....	13
6. Cáncer cérvico uterino: un llamado a la población. Licda. Dilia Small de Campo.....	16
7. El placer de amar: un desafío de nuestros tiempos Licda. Iris Steward H.....	18
8. La salud sexual y reproductiva de la mujer desde una perspectiva de género Licda. Heidy González.....	21
9. Sexo seguro en pareja Licda. Yasmín Mendoza.....	24
10. La adolescencia y la salud reproductiva Licda. Ariel Guevara.....	26
11. Asesoramiento en Anticoncepción para Adolescentes Licda. Biverly Grajales.....	30
12. Salud sexual y reproductiva: un reto en el área indígena Ngabe Licda. Leyla Mac Farland	36
13. La impotencia sexual de origen psicógeno y las nuevas tendencias para enfrentarla. Licda. Mirta Wood de Madrid.....	41
14. Zonas erógenas fuente de comunicación y placer en la pareja Licda. Tamara Solanilla de Perea	45
15. Sexualidad y emociones de la pareja : pilar de una relación plena Licda. Leyla Casasola	48
16. Androginia en la paternidad Licda. Ana Teresa Arosemena de Russo.....	50
17. Ser hombres iniciado una nueva era Licda. Marta Isabel Icaza	53
18. Paternidad cuidado y crianza Licda. Ligia Garay de Hernández	56

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MATERNIDAD



Por:

LICDA. YOLANDA BONILLA

Enfermera del Cuarto de Urgencias
del Hospital Nicolás Solano.

Las estadísticas a nivel mundial reflejan que las mujeres embarazadas enfrentan un riesgo de muerte hasta 200 veces mayor en los países en desarrollo además se ven afectados los recién nacidos; alrededor de siete millones o más mueren cada año como consecuencia de los problemas de salud de la madre; debido a que no tienen oportuna y efectiva educación en salud sexual y reproductiva, atención prenatal y atención obstétrica en forma adecuada.

Mi inquietud por el tema de la maternidad segura, nace de la preocupación de los efectos de la disparidad socioeconómica en nuestro país, común en los países en desarrollo. También la cantidad de abortos provenientes de la situación que enfrenta la familia, aún con cifras discretas. Estos llegan a las instituciones de salud diariamente, además de la observación en nuestro diario vivir y los titulares recientes en los periódicos; por ejemplo en una semana iniciando el año 2002, se presentan dos casos de recién nacido encontrados, y según los expertos uno fue enterrado vivo, lo cual se suma a las estadísticas nacionales de muerte neonatal. En el año 1997 las muertes fetales fueron 6,940 casos.

Todo esto me ha llevado a la iniciativa de pedir opinión a 25 mujeres hospitalizadas en la maternidad del Hospital Nicolás A. Solano para poder evaluar cuáles son algunos de los factores que influyen en una maternidad segura.

Las mujeres encuestadas se encuentran entre 16-49 años e iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, representado en un 60%, y que el 76% piensan que la maternidad segura es solamente el control del embarazo. Es importante señalar que la maternidad segura es aquella que debe garantizar que todas las mujeres en edad fértil tengan acceso a los servicios básicos de la atención de salud maternal y planificación familiar; por lo tanto todas las comunidades deberían contar con estos servicios. Además la atención de la salud maternal, debe empezar desde antes de la concepción y continuar hasta el

puerperio con el objetivo de prevenir los riesgos.

Por el esfuerzo de reducir los daños graves causados por la morbilidad materna, el Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y otras organizaciones con el apoyo de más de cuarenta y cinco países se ha puesto en marcha un programa para una Maternidad Segura en la conferencia celebrada en Nairobi en 1997; con el objetivo de reducir las enfermedades y defunciones maternas en un 50% para el año 2000. A. Tenker (1994) refiere que la morbilidad materna puede reducirse a través de un acceso a la planificación familiar y mediante intervenciones continuas. Es por ello que los servicios de salud deben estar en condiciones óptimas para ser utilizadas de manera eficaz y dar un tratamiento oportuno.

La salud materna puede verse afectada por factores sociales en lo que se refiere a :

- * Educación.
- * Obtención y control de ingresos y recursos.
- * Grado de aislamiento.
- * Compromiso político.
- * Disponibilidad de recursos.
- * Infraestructura.

La educación tiene notable repercusión en el comportamiento de la mujer con respecto a su salud, en la encuesta aplicada el 48% llegó a completar primaria y se observa que el período entre embarazos es de uno a dos años con un número de hijos de cuatro a siete, mientras que el 40% llegó a completar Segundo ciclo y en estas se observó que el período de embarazo es de tres a cuatro años con un número de hijos de uno a tres. La educación de la mujer para este caso les sirve para tomar mejores decisiones para su propio cuidado, como por ejemplo: edad en contraer matrimonio, cuándo y cuántos hijos tener, el uso de anticonceptivos, también en el conocimiento de los riesgos.

Los ingresos son importantes ya que van a

depender de la disponibilidad para la utilización de los servicios de salud y planificación familiar. Podemos observar que el 60% de las mujeres encuestadas no trabajan , mientras el 40% trabajan y otras anotan que “no ganan nada” , los ingresos mensuales varían entre B/.50.00 a 350.00. El 72% tienen parejas estables y refieren tener apoyo en los mismos, mientras el 28% no cuenta con el mismo, ya que están solas.

En lo que respecta a los recursos de salud, el 60% piensa que deben mejorarse en lo que se refiera al personal, material y equipo, y además debe modificarse el horario de atención ya que un 52% opina que se debe laborar 24 horas al día, ya que se levantan temprano y no reciben atención porque se acaban los cupos y otras opinan que hay demora para recibir la atención.

Es importante mencionar que los recursos con que se debe contar en la infraestructura de salud es un compromiso político, para brindar atención a quienes la necesiten. Para lograr efectos positivos y sostenidos en los programas de atención de la salud materna se requieren medidas en distintos niveles. Es por ello que se necesitan tres sistemas para apoyar el programa de Maternidad Segura :

- * Atención constante de salud (desde la comunidad hasta el primer nivel de referencia del paciente).
- * La asistencia sanitaria en ámbito de la comunidad.
- * Un sistema de información, educación y comunicación.

Hay que tener presente que a pesar de que en los hospitales se ofrece atención obstétrica a todas las mujeres, es necesario tener un mecanismo para identificar, motivar y trasladar aquellas que corren peligro. Por eficaz que sea la atención de salud de la mujer en la comunidad, algunas correrán el riesgo de enfermar y morir a causa de complicaciones ; al menos que reciban tratamiento oportuno en el hospital, centros de salud en los diferentes casos. Un estudio reciente

(OMS, 1992) de complicaciones relacionadas con el embarazo revela que el 27% es para países desarrollados y 44% en África del Sur y Sahara.

Es de gran importancia el ámbito de la comunidad poniendo en relieve la planificación familiar, la nutrición. Las practicas higiénicas, la prevención y control de infecciones y a su vez identificación de las complicaciones. Es preocupante el hecho de que el 36% de las mujeres manifiesten que no reciben información en la comunidad, y ya las visitas domiciliarias no se hacen seguidas, siendo una de las principales funciones de la enfermera. Es por ello que se debe preparar al personal para que esté dispuesto a dar información continua y actualizada a la comunidad. La atención en la comunidad debe incluir:

- * Planificación familiar con asesoramiento y apoyo
- * Asistencia prenatal, obstétrica y post parto con énfasis en lactancia maternal y los cuidados del recién nacido.
- * Buena relación entre parteras tradicionales y personal de salud para prevenir complicaciones maternas.
- * Control nutricional (pre natal y durante la lactancia).

El Centro de Salud debe prestar los siguientes servicios:

- * Asesoría en material de Planificación Familiar y variedad en métodos anticonceptivos.
- * DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y SU ATENCIÓN INMEDIATA.
- * Atención prenatal y obstétrica normal (incluye inmunizaciones , toxoide tetánico y administración de suplementos de hierro), atención durante el puerperio.
- * Primeros auxilios para casos de emergencias obstétricas.
- * Atención de rutina de los recién nacidos y a su vez identificación de problemas y/o complicaciones.

Lo ideal sería que los centros de Salud laboraran las 24 horas continuas con el objetivo de dar atención inmediata incluyendo complicaciones:

- * Tratamiento médico para casos septicemia, shock, eclampsia entre otras.
- * Transfusiones de sangre.
- * Procedimiento y control del trabajo de parto.
- * Manejo de mujeres de alto riesgo, en particular aquellas con cesárea anterior o partos obstruidos.
- * Apoyo con material de planificación familiar y métodos quirúrgicos .

Cabe señalar que hay centros de primer nivel de referencia que solo prestan algunos servicios, en estos casos se debe contar con un sistema de transporte y de comunicaciones por radio o teléfono a fin de brindar a la mujer un acceso inmediato a la atención de urgencias; este papel debe ser empleado tanto en el sistema privado como en los sistemas gubernamentales para disminuir el riesgo de muerte maternal.

Los niveles del sistema sanitario para una maternidad segura se benefician, con educación y comunicación siendo útiles para ampliar conocimientos en la planificación familiar, atención de salud y nutrición maternal con el objetivo de modificar comportamientos y lograr apoyo de los diferentes programas. Esto permite que se tome conciencia sobre las complicaciones del embarazo, (morbimortalidad), con el fin de que las autoridades competentes promuevan nuevas políticas para mejorar la atención, promoción y prevención de toda mujer en edad fértil.

En todos los programas deben tener estrategias y mandatos claros que rijan en materia de información, educación y comunicación desde el inicio del mismo. Esto debe basarse en resultados de estudios previos orientados en función del cliente, destinados a modificar y fortalecer las costumbres.

La estrategia en material de información, educación y comunicación debe superar la educación sanitaria convencional para llegar a las mujeres que no utilizan los servicios de salud (sería el 12% que no acude a sus controles de salud). La información debe darse a través de los proveedores de salud, el material puede ser escrito y gráfico, medios de divulgación y otros. Los mensajes van a depender según el público por ejemplo en la comunidad pueden darse para modificar la planificación familiar, la salud maternal y el comportamiento en relación con la nutrición, también los mensajes son para promover el uso adecuado de los servicios y productos para la atención de madres, (anticonceptivos , inmunizaciones, hierro, etc). Debe incluirse los riesgos del embarazo en adolescencia y aborto en condiciones peligrosas y los lugares en que deben acudir para su atención.

Ante una complicación es importante que las autoridades competentes apliquen políticas que

aseguren los servicios para la atención de la salud maternal y asignar recursos apropiados (es un compromiso internacional), de tal forma que mejoren la condición de la mujer en la ejecución de estrategias para una maternidad segura.

* BIBLIOGRAFÍA

Black G y Thane, P. (1996) **Maternidad y Política de Género**. Ed. Cátedra , Madrid.

Charadow, Manays (1984) **El ejercicio de la Maternidad**. 1ra Edición. Ramayan, España.

OPS (1996) **Tendencias Contemporáneas en la Gestión de Salud**. Volumen 1. Fundación WKKellogg.

Reeder S, Martin L, Koniak D. (1995) **Enfermería Materno Infantil**. 17ma. Edición . Nueva Editorial Interamericana . México.

Tender Anne (1994) **Hacia una Maternidad Segura** . 1ra Edición Washington. E.E.U.U.

TECNOLOGÍA PREPARTO EN LA DETECCIÓN DE RIESGO: UNA OPCIÓN EN LAS ESTRATEGIAS DE MATERNIDAD SEGURA.



Por:

LICDA. ANALIDA ÁVILA DE BROWN

*Enf. Obst. Sala de Partos
C.H.M.AG. Colón.*

El campo de la obstetricia se amplía cada vez más en un marco asistencial hacia los cuidados de las pacientes obstétricas; a las que se le mantendrá una vigilancia monitorizada desde el momento en que se active su ciclo reproductivo.

Nuestro objetivo es el detectar factores de riesgo a través de la utilización de las pruebas preparto para la vitalidad materno fetal.

La finalidad de todas las mujeres que están embarazadas y el interés del equipo multidisciplinario de salud es una maternidad segura en la obtención de un neonato sano. Cada posibilidad de riesgo ha fomentado el auge para el desarrollo de diversas tecnologías y los avances en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Es así que a través de los tiempos hemos observado que la valoración ha sido tema de gran preocupación y la utilización de métodos que consistían en la simple auscultación de los ruidos cardíacos del feto y el registro subjetivo de los movimientos fetales, esto ofreció al personal de salud un apoyo en gran medida para disminuir la morbilidad materno fetal.

Estas técnicas han sido mejoradas y enriquecidas por la vigilancia electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, la valoración sonográfica del bienestar fetal y la medición del volumen del líquido amniótico.

En la actualidad, las pruebas preparto están circunscritas para identificar los fetos que están en peligro, de modo que se puedan tomar las medidas apropiadas para detectar algún tipo de riesgo que nos conduzca a la morbilidad perinatal.

En nuestro medio hospitalario la utilización de las pruebas preparto van encaminadas tanto a pacientes de bajo riesgo como a las de alto riesgo que pudiesen presentar complicaciones del embarazo.

Podemos resumir en el siguiente cuadro las indicaciones obstétricas como médicas para las pruebas parto.

INDICACIONES PARA PRUEBAS PARTO	
INDICACIONES OBSTÉTRICAS	INDICACIONES MÉDICAS
EMBARAZO POST TÉRMINO	HIPERTENSIÓN CRÓNICA
PARTOS PRETÉRMINOS	DIABETES
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	CARDIOPATÍAS
GESTACIÓN MÚLTIPLE	NEFROPATÍAS
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	ENFERMEDAD DE LA TIROIDES
OLIGOAMNIOS	ABUSO DE SUSTANCIAS
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	HIV
SUFRIMIENTOS FETALES	

A partir de la semana 32 y 34 de gestación o en el momento del diagnóstico se inician las pruebas parto y se prosiguen con ellas hasta que se resuelve la indicación.

Si se efectuaran las pruebas parto antes de la semana 32 podrían identificarse a más fetos en riesgo y dar por resultado reducción en la tasa de defunciones fetales.

Nuestra implicación como enfermeras obstetras y con el componente de salud sexual y reproductiva; debe ser el de participar activamente en el ejercicio obstétrico integral a fin

de conocer las pruebas parto y su utilización que nos conlleven hacia una opción en las estrategias hacia una maternidad segura.

Con la disposición para la detección de los riesgos cabe recalcar algunos aspectos importantes al mencionar los más frecuentes en el servicio de obstetricia.

PRUEBA DE CONTRACCIÓN CON ESTRÉS O PTO.

Su observación durante el trabajo de parto nos indicará la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal frente al estrés, simulado por el trabajo parto provocado por la administración de oxitocina en donde se deben lograr tres contracciones en 10 minutos y la influencia de la misma en la presencia de desaceleraciones tardías observadas en relación con las contracciones uterinas reflejando un ambiente fetal anormal, en donde el feto no podrá ser expuesto al trabajo de parto por ineficacia para resistir las contracciones que lo ayudarán para su feliz nacimiento.

Debemos tener presente que esta prueba no debe utilizarse en diversas situaciones como: trabajo de parto antes del término, placenta previa, insuficiencia cervical, gestación múltiple y cesárea clásica previa.

PRUEBAS SIN ESTRÉS

Se considera a las aceleraciones de la frecuencia cardiaca por sí solas como bien aspectadas para obtener resultados normales.

Esta prueba recalca notoriedad al observar la relación entre los movimientos fetales y las aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal y su referencia para considerarlo como normal o reactivo se establece a través del gráfico en el monitoreo cardíaco fetal en donde a través de dos aceleraciones en plazo de 20 minutos sobre la cifra basal y con una duración de por lo menos de 15 segundos se expresa como aceptable.

Las ventajas en cuanto a la prueba NST o RBNS es la facilidad en su uso y es aplicable ambulatoriamente proporcionando gran experiencia de una vigilancia preparto.

Debe ser indicada por lo menos dos veces a la semana y orientar a la paciente a su nutrición previa al examen por lo menos 30 minutos antes de efectuarlo, mantenerse en posición de decúbito lateral izquierdo y fowler para obtener la reactividad del producto.

PERFIL BIOFÍSICO

El perfil biofísico recurre a la utilización de la ultrasonografía para valorar variables biofísicas, movimientos, tono, respiración fetal y volumen del líquido amniótico.

Esta prueba es indicada con regularidad al inicio del embarazo y cuando las condiciones para realizarlo lo ameriten; su uso se ha incrementado y a cobrado importancia en la detección de anomalías fetales.

Es necesario informar a la paciente que su indicación no es con la finalidad de conocer el sexo del producto, sino que su relevancia es con el afán de determinar el estado biofísico del feto.

CONTEO DE MOVIMIENTOS FETALES

Su importancia radica en que las defunciones fetales preparto son menores en mujeres que realizan este conteo en comparación con las que no lo efectúan.

La percepción materna de los movimientos fetales normales es una indicación para considerar el bienestar fetal.

Consiste en realizarlo de la siguiente manera: La cuenta se efectúa una vez al día o según indicación médica. Deben ser percibidos 10 movimientos fetales en un lapso de una hora para considerarse normal, también es indicativo que la paciente ingiera sus alimentos antes de iniciarlo.

Esta prueba es un medio simple, fácil, barato y muy útil para que las pacientes participen en su propio cuidado.

La utilización de las pruebas preparto son considerados como seguros y efectivos para la detección de riesgo en paciente obstétricas y en el neonato.

Su eficacia es palpable al poseer por parte de los servicios de salud personal capacitado que contribuya en la orientación y en la realización de estas pruebas para la detección de riesgos a priori disminuyendo la morbilidad materno fetal.

Los efectos beneficiosos en la utilización de las pruebas preparto crearan situaciones en la que es menor la probabilidad de muerte fetal. Cada mujer deberá tener acceso a los mismos en las diferentes etapas del embarazo ya sean consideradas como pacientes de alto o bajo riesgo.

* BIBLIOGRAFÍA

Clark Hill, Washington(1998) **Asistencia Obstétrica**. Clínicas Obstétricas y Ginecológica. México



"LA NUTRICIÓN EN LA EMBARAZADA"



Por:

LICDA. CARMEN CECILIA RODRIGUEZ

Trabajadora Social
Ministerio de Salud
Centro de Salud de la Pintada

En el embarazo la alimentación influye directamente en la salud, tanto de la madre, como del niño que espera. Durante ese tiempo el bebé está en formación y va a adquirir de la madre todas las sustancias que necesita para su desarrollo y crecimiento.

Para esto, la madre embarazada debe tener una alimentación balanceada, utilizando los diferentes grupos de alimentos de la pirámide de la alimentación. Esto consiste en el aumento del consumo de hierro y calcio que lo va a lograr al ingerir leche y sus derivados; alimentos ricos en hierro como hígado, riñón, vaso. La carne de res y la menestras. La cantidad de hierro necesaria es bastante elevada de 30 a 60 miligramos, casi siempre se le receta un suplemento de hierro, con lo cual se logra el aumento de la hemoglobina en la madre y crecimiento del bebé.

Cuando se consume alimentos ricos en hierro, es recomendable que en cada comida se incluya algún alimento en Vitamina C, como son: la naranja, toronja, tomate, piña, etc. El té y el café no son recomendables, ya que disminuyen la absorción del hierro, por lo cual no se debe consumir junto con las comidas.

La embarazada también necesita mayores cantidades de vitaminas y minerales, que se pueden obtener con una alimentación saludable. Se recomienda el consumo de vegetales amarillo y verde intenso, como son las zanahorias, berro, espinaca, hojas tiernas de yuca, porque ellas contienen vitamina A y ácido fólico, lográndose el fortalecimiento del útero, a fin de lograr el crecimiento del bebé evitándose el parto pretérmino.

La mujer embarazada debe recordar que el consumo de sal yodada le va a cubrir sus necesidades de yodo y debe de evitar el exceso de azúcar y grasas para mantener su peso ideal durante su gestación. También es importante que no deje de comer debido a sus malestares, ya que podría caer en una desnutrición para ella y su

niño, además debe controlar su peso, porque podría resultar en obesidad. De allí la importancia de tener un control desde el inicio del embarazo para evitar complicaciones.

En este período del embarazo, debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas, el fumar e ingerir drogas, para prevenir la dependencia del feto (con un buen peso, su estado nutricional no se deteriore) y que la madre obtenga una adecuada producción de leche durante la lactancia.

Es importante destacar que en la actualidad la mujer panameña, ha sustituido las frutas naturales por productos de colorantes artificiales (bebidas, jugos, sodas), así como de productos enlatados, lo que conlleva a embarazos de alto riesgo, como es la alta presión arterial, preclancia y deterioro de la nutrición.

La desnutrición en la mujer embarazada, tiene consecuencias funestas en el bebé, lográndose el alumbramiento de niños desnutridos, con manifestaciones de retraso mental, escaso rendimiento, no solamente en las pruebas de inteligencias, sino también en numerosas funciones psicobiológicas y retraso psicomotor.

La desnutrición materna conduce a un aporte deficiente de sustratos al feto. La hipoalimentación produce una declinación modesta en el peso de nacimiento y en los países del tercer mundo la desnutrición materna severa es la causa principal de retardo del Crecimiento Intrauterino. Gomelia, Cunningham y Eyal, 1999.

Una vez que la madre se percate de que ha concebido, debe acudir inmediatamente a su Centro de Salud más cercano a fin de ser incorporada al Programa Integral de la Mujer, en donde se le brindará sus orientaciones, referencia a odontología, ginecología, exámenes generales y prepararla para el momento de la labor de parto el cual debe ser asistida por un profesional idóneo, lo cual nos ayudará a la

maternidad segura, con acciones de atención para la madre e hijo.

Podemos concluir, señalando que es la **"MUJER JOVEN DE ESTOS TIEMPOS"** (Adolescentes), muchas veces se presenta en busca de ayuda a los Centros de Salud, a hacerse su primer control de embarazo, cuando ya están en un embarazo bien avanzado, lo que trae como consecuencia, los patrones de desnutrición y por ende, embarazos de alto riesgo.

* BIBLIOGRAFÍA

Gomelia, Cunningham, Eyal. **Manuales Clínicos. Neonatología.** Manejo Básico. Problemas en la Guardia, Patologías, Farmacoterapia. 3ra. Edición. Editorial Médica Panamericana. 760 pág. 1999. Buenos Aires, Argentina.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 1982-1992.

Papel del INCAP en la Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centro América. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP/OPS). Copyright 1999.

Curso de Educación a Distancia. Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud, Panamá, República de Panamá. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. INCAP/OPS. 1998.

RELACIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACIÓN



Por:

LICDA. LYNETTE EDITH VELASCO T.

Facultad de Enfermería.
Departamento Materno Infantil / Área Maternal
Estudiante de la Maestría Salud Sexual y
Reproductiva

La sexualidad no solo se limita al acto coital, son todas esas emociones intrínsecas y extrínsecas del ser humano.

Los componentes de la relación en toda pareja se fundamentan en las necesidades de amor, seguridad emocional, respeto, comunicación, fidelidad, y conductas de apoyo entre otras que se deben dar a lo largo del ciclo vital de la pareja.

En general la relación de pareja incluyendo la coital debe de continuar durante la gestación a menos que exista contraindicaciones obstétricas.

La actividad coital si bien es importante en la pareja, no es indispensable, hay otras maneras de satisfacción como lo son los besos, las caricias y la masturbación mutua como formas de satisfacción sexual.

En ocasiones las relaciones sexuales, se ven afectadas por las mismas relaciones que se llevaban antes de la gestación, por los valores, actitudes y creencias personales que se derivan de enseñanzas socioculturales, de mitos y o tabúes que muchas veces obstaculizan la relación de pareja.

Todas las parejas necesitan compartir momentos, disfrutar uno del otro y obtener placer. Hoy día quizás no hay tiempo para hacer actividades juntos porque los horarios no coinciden y otras razones, hay que recordar que se necesitan caminos creativos para mantener vivo el sentimiento y la pasión. La gestación no es una enfermedad es un proceso fisiológico y normal por la que atraviesan la mayoría de las mujeres.

Durante la gestación, es importante y determinante continuar fortaleciendo y manteniendo la relación de pareja. Ambos están viviendo un nuevo rol de padres y también continúan siendo amantes.

Es normal que durante la gestación se experimenten cambios en cuanto al deseo sexual. Algunas mujeres se sienten más

atractivas mientras que otras no están muy conforme con su nueva imagen. Es importante conocer todos esos cambios fisiológicos, anatómicos, funcionales y emocionales que atraviesa la mujer y las preocupaciones que tenga la pareja sobre las relaciones sexuales. Que pueden como dijimos anteriormente estar influenciada por los valores socioculturales.

La mayoría de las dudas se dan por el miedo de lastimar al feto, y o a la mujer. Anteriormente se pensaba que había que abstenerse en las ultimas semanas del embarazo ya que esto ayudaría a prevenir molestias, infecciones ruptura prematura de membranas y parto prematuro. Realmente todo esto carece de base científica. Por investigaciones realizadas se ha probado que durante la gestación sin complicaciones se pueden mantener relaciones sexuales. Nosotros como personal de salud nos corresponde aclarar dudas y orientar a las parejas al respecto.

Además hay que recordar que el feto esta protegido por el amnios y corion que son membranas resistentes, el líquido amniótico y el tapón mucoso que sella la vagina impidiendo infecciones.

Durante la gestación se dan cambios según los trimestres:

Primer Trimestre (periodo de alarma o intolerancia) Se caracteriza por los cambios que ocurren en el cuerpo. Probablemente disminuya el deseo sexual por los vómitos, náuseas, hipersensibilidad mamaria por lo que se suele rehusar las caricias en las mamas. Para evitar estas molestias se recomiendan posiciones en las que no se hagan presión directa sobre las mamas

Segundo Trimestre (periodo de adaptación) El organismo se ha adaptado a los diferentes cambios producidos por la gestación ya han desaparecido las molestias, ahora hay ilusión por

el futuro ser que hay en ella y que habrá en la familia. Por lo general este trimestre es el mas propicio para la relación sexual. Se han dejado muchos miedos y su estado psicológico la hace sentirse mas activa y alegre. En la región pélvica hay un incremento del flujo sanguíneo, los genitales de la mujer están mas vascularizados y también hay una mayor cantidad de sustancias lubricantes de los genitales, que hacen que la mujer tengan una mayor sensibilidad y excitabilidad.

Tercer Trimestre (periodo de sobrecarga) Puede empezar a disminuir el interés sexual ya que el abdomen se hace mas prominente, se inician los deseos por miccionar frecuentemente, se siente como si le faltara la respiración esta pendiente por el acontecimiento que se aproxima el parto, en algunas parejas hace que se disminuya el interés sexual.

Las interrupciones de las relaciones sexuales solo deben darse si hay contraindicaciones obstétricas como:

- ✓ Sangramiento vaginal
- ✓ Amenaza de aborto
- ✓ Amenaza de parto inmaduro, y o prematuro
- ✓ Ruptura de membranas.

En cualquiera de estas contraindicaciones hay que acudir al medico. De no presentarse las mismas no hay motivo por el cual la pareja deba de abstenerse a mantener una relación coital.

El contacto sexual es una intimidad de la pareja y dependerá de los mismo. Es importante que se expresen todas las preocupaciones sobre la relación sexual durante la gestación lo que permitirá aliviar tensiones, y miedos al respecto La mayoría de las parejas disfrutan de una relación sexual y estas son apropiadas y saludables para ambos.

Durante la gestación se pueden adoptar otras posiciones diferentes a las tradicionales,

podríamos recomendar algunas:

- ✓ La mujer encima
- ✓ Delado
- ✓ Tijeras
- ✓ Entrada posterior

Cada pareja elegirá la posición que mejor disfrute, sienta y obtenga placer. Los cambios físicos no son excusa para que la pareja se inhiba sexualmente. En una relación normal no debería de ocurrir esto . Es importante recordar que el amor y el afecto se siguen manteniendo durante la gestación, hay que disfrutarlo. Las relaciones sexuales pueden ser mas placenteras que antes, ya que no existe el temor de un embarazo. Podemos indicar que el impulso sexual es variable en cada persona.

La relación de pareja se debe disfrutar con moderación y plenitud durante el embarazo.

De haber algún tipo de duda, ansiedad respecto a las relaciones sexuales deberán discutirlo como pareja con el equipo multidisciplinario que atiende el control prenatal que podrá ayudarlos a aclarar las mismas.

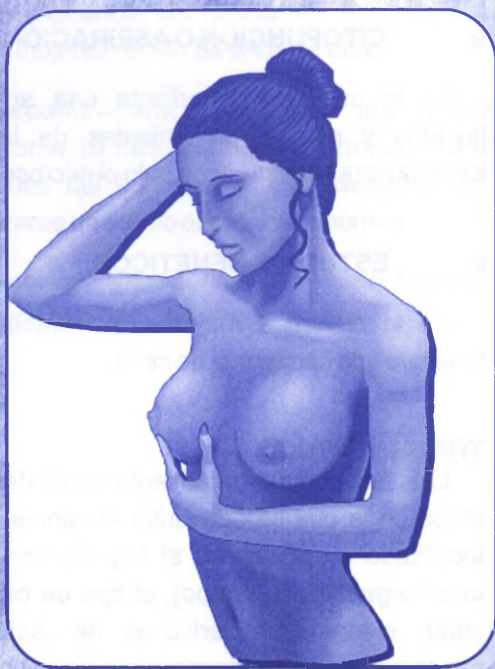
* BIBLIOGRAFÍA

Fuertes A; López F, (1999) **Para Comprender la Sexualidad**. 8va. Edición. Editorial Vervo Divino. España

Reeder, S; Martín,L: y Koniak, D. (1995) **Enfermería Materno Infantil**. 17ava Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana, México.

S,B.Olds; M.L.London.;P.A; Ladewig (1995) 4ta **Edición Editorial Interamericana, México**.

CÁNCER DE SENO: MAYOR INFORMACIÓN SOBRE SUS CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.



Por:

LICDA. BLANCA M. CHEN.

Enfermera Obstetra
Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega Santiago.
Participante de la Maestría en Salud Sexual
y Reproductiva

EL CÁNCER DE SENO, es una neoplasia maligna que ataca a más de un millón de mujeres anualmente a nivel mundial.

Este tumor representa en los países desarrollados, la neoplasia más frecuente entre las mujeres. La incidencia del cáncer de seno ha ido en aumento en los últimos 35 a 40 años, en tanto la tasa de mortalidad no ha variado sustancialmente. La mortalidad aumenta con la edad, excepto durante la menopausia, lapso en que su incidencia disminuye por razones desconocidas.

Actualmente no se conocen exactamente las causas del carcinoma mamario, pero hay algunos factores de riesgo que influyen en su aparición como son los factores genéticos, el número de períodos menstruales, hábitos alimentarios, etc. Por fortuna, la tecnología en el diagnóstico y terapéutica han mejorado dándole la oportunidad a muchas mujeres víctimas de este flagelo, una calidad de vida más larga y productiva.

En este artículo explicaremos las posibles causas del carcinoma de seno, describiremos los diferentes métodos diagnósticos y mencionaremos el tratamiento que se aplica actualmente a este grupo de mujeres.

CAUSAS:

Como se mencionó anteriormente no se conocen las causas del carcinoma mamario, pero entre los factores que influyen en su aparición tenemos:

El factor genético es el de mayor peso, las mujeres de generaciones sucesivas están predispuestas a presentarlo; además, lo pueden padecer 10 - 12 años antes que sus antecesoras. Este tipo de cáncer comprende aproximadamente del 15% al 10% de todos los cánceres de seno.

Las mujeres que han presentado más períodos menstruales están más predispuestas.

Otro factor muy importante son los anticonceptivos hormonales. Algunas investigaciones indican que hay una conexión entre el uso de anticonceptivos y un ligero aumento en el riesgo de padecer la neoplasia. Internet (2001).

Los hábitos alimentarios también están fuertemente asociados, ya que, hay correlación entre el alto consumo de grasa, el alcohol y éste.

Otros factores de riesgo asociado al carcinoma de seno son:

- * Presencia de patología mamaria de por sí benigna.
- * Menarquía precoz, menopausia tardía, y primera gestación a edad avanzada.
- * Radiaciones ionizantes.
- * El hecho de haberse sometido a una terapia hormonal.

DIAGNÓSTICO.

En la actualidad, el auto examen de mamas, es el medio más importante para detectar el carcinoma de seno a través de éste, se pueden detectar más del 90% de las neoplasias mamarias.

Cuando se descubre por este método el tamaño promedio de la neoplasia es de 2.5 cms y en 50% de los casos, ya hay diseminación a ganglios linfáticos y muchas personas fallecen.

Cuando la mujer detecta una anomalía en su seno, el médico debe comenzar los estudios para descartar malignidad. Para llegar al diagnóstico preciso cuenta con:

*** ULTRASONIDO O ECOGRAFÍA.**

Esta ofrece una imagen del seno y de todas las alteraciones que presentan en su estructura.

*** MAMOGRAFÍA.**

Es un tipo especial de radiografía de los senos que permite encontrar tumores pequeñísimos que no pueden identificarse mediante el tacto.

*** BIOPSIA.**

Se realiza mediante la inserción de una aguja en el seno con el fin de extraer parte del tejido del seno para ser estudiado en el laboratorio y determinar su malignidad.

*** CITOPUNCIÓN O ASPIRACIÓN.**

Es la aspiración mediante una aguja, de líquidos y células provenientes de la masa extraña para ser estudiada bajo el microscopio.

*** ESTUDIOS GENÉTICOS.**

Se le realiza a mujeres con antecedentes familiares de carcinoma de seno.

TRATAMIENTOS.

La selección del tratamiento dependerá de la etapa en la que se encuentra el cáncer (si está localizado en el seno o si hay diseminación a otros órganos del cuerpo), el tipo de cáncer de seno, ciertas características de las células cancerosas y si el cáncer se encuentra en ambos senos, la edad, peso, estado menopáusico y estado de salud general de la paciente.

Actualmente se emplean cuatro tipos de tratamientos:

- * Cirugía (extracción del cáncer mediante operación).
- * Radioterapia (uso de dosis elevadas de rayos x, para eliminar células cancerosas).
- * Quimioterapia (uso de fármacos para eliminar las células cancerosas).
- * Terapia hormonal (uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las

hormonas, o la extirpación de órganos que producen hormonas, como los ovarios.

* **TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.**

Podemos concluir que el cáncer de seno diagnosticado a tiempo es **POTENCIALMENTE CURABLE.**

Existen muchos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer de seno. Por lo tanto debemos maximizar nuestros cuidados.

La incidencia del cáncer de seno es mayor entre mujeres de 45 - 54 años de edad.

Recomendamos a todas las mujeres dedicarse 10 minutos todos los meses, 10 días después del comienzo de la menstruación, a realizarse un atento examen de mamas.

Realizar visitas periódicas al especialista para una revisión.

Mantener estilos de vida saludable, dieta baja en grasa y alcohol.

Acudir inmediatamente al médico ante cualquier cambio extraño en los senos.

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno principalmente (mamá y hermanas) deben redoblar sus cuidados.

* **BIBLIOGRAFÍA.**

Brunner. L (1995) **Enfermería Médico Quirúrgica.** 7ma. Edición. México. Editorial Interamericana.

Camacho J. (1992) . **Guía Práctica de Medicina.** Educar, Cultural Recreativa. Bogotá, Colombia.

Artículo de Internet **¿Qué es el Cáncer de Seno?**.

CÁNCER CERVICO UTERINO: UN LLAMADO DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN



Por:

LICDA. DILIA SMALL DE CAMPO

Enfermera encargada de las clínicas
Gineco-Obstétricas del C.H.M.A.G.
Colón

En la República de Panamá el cáncer cervico uterino constituye alrededor del 32% de todos los cánceres diagnosticados y el problema oncológico más importante que tenemos, según datos del Registro Nacional del Cáncer de 1997. A pesar de que la incidencia de este cáncer es alta; la mortalidad es menor que el de otros tipos, como el cáncer de pulmón y estómago. Su detección a tiempo permite a las pacientes una sobrevida mayor por las características propias de esta enfermedad que evoluciona muy lentamente y en los primeros estadios no traspasa el área.

Esta condición en un momento dado puede considerarse como una enfermedad de transmisión sexual, ya que sus mayores factores de riesgo se relacionan con el comportamiento sexual de la mujer o su compañero. El agente infeccioso es mucho más prevalente en mujeres con varios compañeros sexuales y hay una estrecha relación con algunos subtipos del virus papiloma humano (VPH), el cual se puede considerar como el detonante del cáncer. Esto no significa que siempre el VPH va degenerar en cáncer cérvico uterino; pero luego de diagnosticado no existe medida médica que lo erradique, la alternativa es brindar un seguimiento estrecho a la paciente lo cual permitirá la detección temprana de la enfermedad; si aparece.

EDADES Y FACTORES DE MAYOR RIESGO:

Se presenta con mayor incidencia entre los 40 y 50 años, pero esto no descarta la posibilidad de que pueda presentarse en mujeres jóvenes. El iniciar relaciones sexuales a temprana edad, tener múltiples compañeros sexuales, el comportamiento promiscuo del compañero, tener hijos a edades muy tempranas, fumar, entre otros se constituyen en factores de riesgo.

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD:

El cáncer cérvico uterino es el resultado final de

los trastornos epiteliales cervicales progresivos; el mismo se inicia con la infección del virus que transformando el tejido escamoso del cérvix, luego de invadir la capa del mismo traspasa la membrana basal para diseminarse al resto de los órganos. A estos cambios se les llama displasia y se clasifican como leve, moderada y severa; luego de esto se transforma en carcinoma in situ lo cual es un estado maligno, pero que se mantiene en la capa del cérvix; si sobrepasa esta barrera es denominado entonces carcinoma cérvico uterino invasor.

SÍNTOMAS:

En sus etapas tempranas muy rara vez se presentan síntomas. Se observan generalmente síntomas específicos cuando ya es invasor. **DETECCIÓN TEMPRANA:** Lo ideal es su prevención y en caso de no ser así, por lo menos, que sea detectado tempranamente, ya que mientras más avance, disminuye las expectativas de sobrevivencia de la mujer. Por lo que se puede considerar la citología exfoliativa (PAP), como la prueba salvadora. Debido a esto la educación se convierte en uno de los factores más importantes para lograr la concienciación de la población.

El cáncer cervico uterino es prevenible y curable, es necesaria la acción interdisciplinaria de médicos generales, ginecólogos, patólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, citotecnólogos, trabajadores sociales y educadores para la salud.

INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.

- * Educación a la población.
- * Toma de Papanicolau.
- * Referencia al médico según resultados.
- * Implementar y usar correctamente la hoja de Bethesda para que resultados del PAP sean lo más real posible.
- * Coordinación con otras disciplinas del equipo de salud.
- * Orientación a la paciente y familiar

- * Promoción de los servicios de Salud
- * Capacitación periódica al equipo de salud

Conducta a seguir de acuerdo a la interpretación del resultado

Resultado	Interpretación	Conducta a seguir
Papanicolau I Negativo	Normal o negativo	Repetir la prueba al año
Papanicolau II	Proceso inflamatorio; inespecífico o específico (tricomonas, monilias, herpes, clamydias, amebas)	Tratar la causa del proceso inflamatorio y repetir el PAP a los seis meses, salvo que el patólogo recomiende otra conducta. Si clínicamente se tiene sospecha de cáncer, tómese una biopsia.
Papanicolau con condiloma	Condiloma típico y atípico	Referir obligatoriamente al ginecólogo o a las clínicas de patología cervical y colposcopia. No repita el PAP, ni recete cremas vaginales con intención de esperar una citología negativa.
Papanicolau III	Displasias leves, moderadas, severas, hiperplasia endometrial	
Papanicolau IV PapanicolauV	Carcinoma in situ, carcinoma epidermoide invasor. Adenocarcinoma de endometrio	

* BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud (1992) **Normas de Patología Cervical y Colposcopia.**

Diario el Universal. **Revista Magazine**, 11/5/01. **Mujer ¿Conoces realmente tu cuerpo?**



EL PLACER DE AMAR : UN DESAFIO DE NUESTROS TIEMPOS



Por:

LICDA. IRIS O. STEWART H.

Enfermera Básica
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Participante de la
Maestría Salud Sexual y Reproductiva

En el pasado, los hombres y las mujeres solían enamorarse o seducir con artimañas y engaños, sin ser por supuesto con mala intención.

En la actualidad esto ha ido desapareciendo poco a poco, ahora se tiene pleno conocimiento de las virtudes sexuales y emotivas como para saber explotarlas y darle placer a la pareja.

Cada uno de nosotros tiene una naturaleza sexual diferente, cada persona goza de manera especial cuando le acarician cierta parte del cuerpo, y cuando percibe determinado olor o sonido. Mientras más sepas acerca de cómo satisfacer tus propias necesidades eróticas y emocionales, más confianza tendrás en tu sexualidad y con mayor plenitud podrás disfrutarla.

La sexualidad es una faceta de la vida susceptible a cambios, hoy día la relación sexual es un acto de emociones gratificantes mutuas, de estados placenteros, de disfrute sensual y afectivo y debe ser utilizada juiciosamente.

Una vida sexual activa, plena, placentera y gozosa acrecentará el amor y tendrán un mayor y mejor disfrute erótico, contribuyendo a una firme base para la realización del individuo y de la pareja.

El sexo es una experiencia mística en los cuerpos de hombre y mujer, el romper con mitos y profundizar en lo referente al sexo resulta siempre útil y no perjudica para nada el futuro sexual de las personas. El secreto de una relación placentera exitosa es tener un compañero con quien compartir mucho más cosas que el sexo.

La comunicación es esencial para mejorar los encuentros sexuales. Recuerde que nadie tiene la obligación de adivinar los sentimientos del otro. Una charla íntima a tiempo puede evitar problemas futuros.

La eficacia de un intento de seducción y de cualquier iniciativa de comunicación requiere que los dos miembros de la pareja (emisor y receptor)

sean totalmente responsables del buen entendimiento físico, emocional y, sobre todo, sexual. La comunicación y la aceptación de su estilo sexual le permitirán disfrutar profundamente de su marido o mujer, y a la vez le ayudará a mantener el acercamiento emocional, el cual es sumamente importante e indispensable en todas las etapas del matrimonio. No olvide que la mitad del matrimonio se hace en la cama.

La seducción amorosa y el estilo sexual forman parte importante del entendimiento marital y el estilo sexual depende del carácter de cada quien.

La necesidad de información sexual se considera un derecho fundamental de la persona, informando no se educa, imposible educar al sexo, pero si es posible educar a la persona para vivir su sexualidad.

Las campañas y programas de educación sexual contribuyen a la comprensión de los roles hombre y mujer que consolide la igualdad entre los dos sexos y abole ideas sexistas.

En condiciones normales ambos sexos pueden mantener hasta edades avanzadas sus capacidades sexuales, la mujer disfruta por lo general de más zonas erógenas que el hombre, explore y descubran como obtener placer de una completa entrega.

Hablar de sexualidad no es solamente hablar de orgasmos sino de todo lo relacionado a la expresión del afecto.

La actitud que cada uno adopte frente a todo lo relacionado con la sexualidad depende de la educación recibida y del grupo social y religioso al que pertenezca.

El contacto visual durante las relaciones contribuye a aumentar la sensación de intimidad, mirarse directamente a los ojos intensifica el sentimiento de unión.

El juego amoroso previo, los masajes, los

olores y sabores naturales o artificiales, un beso, un abrazo, son elementos que contribuyen a aumentar el estímulo y significado de la relación. Hay que aprender a dar y recibir placer.

La estimulación sexual inteligente y adecuada de los órganos genitales genera una excitación más intensa y rápida y facilita la consecución del orgasmo en el hombre y la mujer.

La simple búsqueda del placer muchas veces está fundada en una serie de sofisticadas conductas sexuales, las cuales para ejercerlas es necesario el conocimiento, control adecuado de su cuerpo y su salud

La calidad de respuesta sexual en el hombre dependerá tanto de la entrega que tenga su compañera como de la suya propia.

La pedagogía sexual debe ser liberadora (de mitos tabúes, represiones, deformaciones, manipulaciones y distorsiones) deshinibir y comunicar a fin de conseguir la autonomía personal por parte del logro de una equiparación de derechos.

La educación sexual de los jóvenes ha de hacerlos capaces de comprender y aceptar todas las peculiaridades sexuales, las diferentes opciones personales y una comunicación clara entre sexos.

A todo hombre o mujer le agrada sentirse que es amado(a), adorado(a) los pequeños detalles que hacen la diferencia, trate de practicarlos, apreciarlos y disfrutarlos al máximo sin olvidar los motivos por lo que decidió escogerlo (a).

Las persona implicadas en una relación se sienten protagonistas de una historia excepcional, pero primero han de conocerse, no es suficiente con poseer virtudes, sino que además hemos de saber comunicarnos adecuadamente.

Saber vivir en pareja es algo que no se enseña en ningún libro. Esto sólo se aprende con la

práctica que se adquiere con tropiezos y caídas, así como con los levantamientos posteriores, y con el firme propósito de enmendarse y hacer las cosas lo mejor posible.

La actividad sexual y su gratificación tiene enorme importancia y desempeña varios papeles como el de perpetuar la especie mediante sentimientos de amor y la ilusión de experimentar la paternidad y maternidad, pero sobre todo determina la calidad de vida de una persona tanto en lo físico como en lo psicológico, para construir una vida plena y feliz.

Aproveche los consejos encaminados a orientarle sobre la satisfacción de los deseos más profundos de su pareja y los suyos propios y póngalos en práctica a la mayor brevedad.

* **BIBLIOGRAFÍA**

Aguilar, I. y Galbes, H. (1992). **Vida, Amor y Sexo**. España. Editorial Se Feliz.

Enciclopedia de la Sexualidad (1997). España. Tomo 1 y 4. Océano Grupo Editorial.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



Por:

LICDA. HEIDI GONZALEZ B.

Enfermera de la Sala de Infectología
Del C. H. M. Dr. A. A. M.
Participante de la Maestría en SS Y R

La Salud Reproductiva implica que las personas pueden llevar una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y que tengan capacidad reproductora y libertad para decidir si se reproducen o no, y cuando y con qué frecuencia.

Implica el derecho de acceso a información y servicios apropiados que permitan a las mujeres llevar a término sin riesgo el embarazo y el parto. Incluye también la salud sexual, cuya finalidad consiste en potenciar la vida y las relaciones personales, y no meramente en facilitar asesoramiento y asistencia en lo que respecta a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual.

Este concepto de Salud Reproductiva promovido por la OMS y sus asociados, se basa en los principios de equidad entre mujeres y varones y de la no discriminación en lo que respecta a sus derechos humanos.

Se han producido tres hechos muy positivos en lo que respecta a la salud femenina desde la conferencia sobre la mujer celebrada en 1985 en Nairobi:

- * La nueva insistencia en la salud como derecho humano y el renovado interés por la definición amplia de la salud.
- * Un mayor recurso al análisis que tiene en cuenta el sexo del individuo en las cuestiones de salud.
- * La intensificación del militanteismo en lo que respecta a la salud de la mujer, hasta tal punto que actualmente hay por doquier grupos de personas, tanto hombres como mujeres, que abogan y obran en pro de la introducción en la sociedad de cambios fundamentales conducentes al mejoramiento de la salud femenina.

En cambio hay dos hechos de índole general que durante el pasado decenio han repercutido de manera significativa y adversa en la salud de la mujer:

* En primer lugar, en los últimos años del decenio de 1980 y a principios de 1990 surgieron graves dificultades económicas y se produjo una dolorosa transición económica en varias regiones del mundo. En muchos países, los ya exiguos presupuestos de los servicios de salud y de protección social, incluidos los destinados a atender las necesidades de la mujer, sufrieron recortes radicales. Como consecuencia de ello, la calidad y la accesibilidad de los servicios siguieron empeorando.

* En segundo lugar, en muchas partes los conflictos étnicos, las guerras civiles y diversos levantamientos han seguido perturbando los sistemas asistenciales y de protección social, con la particularidad de que gran parte de la violencia ha ido dirigida contra la población civil, en especial las mujeres. Sólo se está empezando a conocer la magnitud de esa violencia pública en gran escala y de los actos de violencia doméstica de que son objeto numerosas mujeres en su vida diaria.

La violencia es hoy una de las principales preocupaciones de salud de la mujer. En este aspecto en Panamá se ha visto un despertar de la mujer, ya se escucha hablar menos de la mujer del ¡Silencio! Aquella que le cuesta expresar sus sentimientos, que se cohibe por defender sus derechos e intereses, en todos los ámbitos, ésta es la razón por la cual las Fiscalías de Familias, los Juzgados de Familias, Centros de Denuncias de la P.T.J., Funda Mujer y el Centro de Apoyo a la Mujer maltratada reciben diariamente denuncias de casos de maltrato o violencia de toda índole. La mujer está aprendiendo hacer respetar sus derechos. En este sentido se mencionaran los derechos reproductivos que incluyen los derechos de las parejas e individuos a:

* Decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, cuándo y con qué frecuencia y el tener la información, educación

y medios para lograrlo;

* Alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Los derechos sexuales incluyen los derechos de todas las personas a:

* Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual y reproductiva.

* Ser libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales; y

* Esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y decidir responsablemente sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coacción, discriminación y violencia.

* La atención en la salud sexual y reproductiva: Incluye:

* La atención prenatal, del parto y post-parto.

* La atención de la salud infantil.

* La prevención y el tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) y las Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR).

* La prevención y el tratamiento de la infertilidad.

* La información, educación y orientación en materias de Sexualidad Humana, Salud Reproductiva, y Paternidad y Maternidad Segura.

La mejora de la salud de la mujer y la eliminación de las desigualdades exige muy distintas formas de colaboración:

- * La salud de la mujer es un derecho humano fundamental.
- * Es la salud de las mujeres además un determinante crucial del desarrollo social y económico de un país.
- * La salud para todos no podrá alcanzarse mientras no se dé a las mujeres la posibilidad de promover y salvaguardar su propia salud, y por consiguiente, su propio desarrollo.

En todo los aspectos de Salud de la mujer hay que :

- * Dar más atención a todos los roles de la mujer y no solo los de esposa y madre.
- * Permitir la mayor participación del varón en el proceso de cambio.
- * Incluir en los servicios de atención el ciclo vital

de la mujer en todas sus fases, desde que nace hasta que muere; para todo individuo la salud es un bien acumulado.

- * Promover la educación a la familia sobre los roles y responsabilidades del varón y las desigualdades entre hombres y mujeres examinando las funciones, perspectivas y creencias masculinas en relación con las preocupaciones sanitarias de la mujer.

* BIBLIOGRAFÍA

O P S 1990. **Las Mujeres de Edad Mediana y Avanzada en América Latina y el Caribe.**

O M S 1996. **Informe sobre Desarrollo Humano. 34**



SEXO SEGURO EN PAREJA

La mejor opción



Por:

LICDA. YASMIN E. MENDOZA G.

Hospital El Vigía
Sala de Mujeres Area Medico-Quirurgica

El sexo seguro en pareja se esta obviando ya que, en la actualidad el sexo es un tema que a todos nos interesa por la serie de sensaciones y emociones que el mismo involucra, pero este último ha perdido importancia y aquí las estadísticas muestran un realce en las relaciones sexuales precoces en las adolescentes sólo como fuente placenteras dejando a un lado el afecto, los derechos, auto responsabilidad y la estabilidad emocional.

El sexo seguro en pareja envuelve mucho más que el placer debe haber amor compartido en dos personas que se conocen, se respetan, que comparten sus vidas, siendo este nuestro objetivo y porque no disfrutar de una buena relación sexual. Todo esto ayuda en un momento dado superar cualquier situación difícil que se presente en la pareja.

En nuestro país la educación sexual en las escuelas es muy escasa, quizás muchos educadores y padres o madres de familias conservan muchos mitos y tabúes que dificultan avanzar en este aspecto. Es conveniente aumentar los conocimientos hacia ellos proyectándonos hacia sus estudiantes o hijos minimizando las relaciones sexuales precoces para que al formar pareja puedan disfrutar de un sexo seguro sin ataduras y con el conocimiento de su propio cuerpo y el de su pareja.

Uno de los aspectos que nos interesa en el sexo seguro en pareja son las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) porque ignoramos quienes puedan llevarla consigo y al estar en contacto sexual, en este caso, nos contagie, por este motivo enfatizo en la práctica de la fidelidad que es la mejor opción para evitarla de no ser posible utilizar de forma adecuada el método más seguro contra las infecciones de transmisión y a la vez anticonceptivo, el condón.

Los derechos en la sexualidad para hombres y mujeres se han igualado ya que ambos pueden tomar una actitud activa expresiva y responsable

ante el sexo. En el acto sexual cada uno debe promover su propia satisfacción sexual despertando el placer sexual del otro para que gocen plenamente.

La comunicación abierta, sincera y con afecto nos permite acercarnos a nuestra pareja y nos brinda, en la mayoría de los casos un estado de bienestar físico y mental el cual aumenta la estabilidad emocional haciéndolos sentir satisfechos, pero busque el momento oportuno para dialogar.

No permita que su relación sexual caiga en monotonía por trabajo, falta de tiempo, hijos, o quizás por problemas familiares, póngale chispa para que se mantenga, realice su fantasía sexual, por ejemplo cambios de postura del amor, fomentar los paseos al aire libre u otra actividad que sea diferente pero que permita el acercamiento físico, emocional y sexual en la pareja.

Finalmente la pareja debe entregarse el uno al otro, intentar ser abiertos, objetivos y pragmáticos, para que se mantenga una adecuada convivencia y reciprocidad positiva dentro de ella recuerde que no todo el mundo comparte los mismos gustos en materia sexual pero si lo intentan juntos pueden lograrlo.

* BIBLIOGRAFIA

Amy Carcell (1990). **La Mujer y su Cuerpo**. 1ra. Edición. Editorial San Lucas. Santiago de Chile.

Monreal José (1994). **Enciclopedia de Psicología Infantil y Juvenil**. 1ra. Edición. Editorial Océano. Barcelona, España.

Monreal José (1990). **Enciclopedia de la Sexualidad**. 1ra. Edición. Editorial Océano. Barcelona, España.

LA ADOLESCENCIA Y LA SALUD REPRODUCTIVA



Por:

LIC. ARIEL A. GUEVARA

Psicólogo
Director de Programas de Casa esperanza

En la década de los años 70, hablar de "sexo" o "sexualidad" era algo así como faltarle el respeto a una persona. Nuestra familia vivía preocupada por el comportamiento que tuviéramos, sus hijos, dentro y fuera del hogar. Se nos daban instrucciones de qué decir, cómo hablar y cómo pedir las cosas y hasta tener que reírnos aunque no quisiéramos.



En aquellos momentos nuestra mente volaba y deseábamos ser adultos, para que nadie nos dijera nada, ni nos regañaran. Ha pasado el tiempo y hoy somos padres, madres y tíos. Nuevos miembros se han ido agregando al núcleo familiar. Con cada uno de los miembros/as se ha sembrado una relación, la cual hasta hemos deseado se hubiese dado desde edades tempranas en nuestras vidas.

Con el pasar del tiempo nuevas emociones y experiencias nos han ayudado a aumentar nuestra visión de vida. Desde la primera novia, el primer llanto por el "NO" de una joven que nos atraía mucho o bien por el temor de ir creciendo y no saber qué hacer con todos los cambios que rápidamente se daban ante nuestros ojos y sin explicación....

Hoy y antes de iniciar este artículo no sabía que escribir, y apenas hace quince días tuve una experiencia que me hizo recordar todo aquello que mi Mamá, sobretodo, nos decía cuando éramos menores de edad: el cuidado y las precauciones que debíamos tener con personas que nos conocíamos y que podían hacernos daños. Este episodio tiene vinculación directa con una joven de 20 años quien solo ha vivido con su Mamá y rodeada del "amor" de sus abuelos/as y tíos/as y primos/as maternos. Una

persona mayor que ella, 15 años, a través de todo este complejo lenguaje del amor y la seducción estaba tratando de "conquistarla". Como es natural de los humanos, reaccioné de forma que lo que provoqué fue un estado de nostalgia y soledad para la joven. La palabra confianza, comunicación y auténtica amistad familiar, "yo" las había tirado al traste y este ha sido el motivo que me ha inspirado a escribir lo que sigue a continuación.



Por lo general, siempre se ha considerado que la adolescencia inicia con la pubertad, el proceso que lleva a la madurez, sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse.

La pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que se inicia desde antes de nacer.

Los cambios físicos de ésta época son importantes y no surgen de una sola vez.

Los cambios biológicos que señalan el final de la infancia son un rápido aumento del tamaño y peso, cambios en la forma y proporciones del cuerpo.

También podemos señalar que es una etapa social y emocional.

Todos estos cambios son los que en la mayoría de los casos nos llevan a creer que aun los seres más queridos, para nosotros, nunca

van a crecer.

Al darse este paradigma, le coartamos la libertad de construir su propio edificio. Es un momento para el cual no nos preparamos y creemos que aún siguen siendo niños y niñas.



* El Concepto de Adolescencia.

Este concepto es relativamente nuevo. Surge a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX en los países occidentales, servía para identificar a un determinado grupo de la población joven que pertenecía a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban una preparación prolongada antes de asumir las funciones de adultos.

Con el paso del tiempo y a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con edad propia y necesidades específicas.

Actualmente en los países desarrollados el aumento de los años de vida escolar y la entrada tardía al campo del trabajo han establecido un período más largo de lo que va desde el momento en que se entra y sale de la adolescencia.

En los países en vías de desarrollo presenta el fenómeno del paso rápido de niñez a la condición

de adulto y hasta las poblaciones que experimentan una adolescencia tardía en la escolaridad.

Los constantes cambios tecnológicos, las mejoras en los medios de comunicación, el acceso a la información, son factores que influyen en las conductas de la población adolescente tanto del área rural y urbana. Estos indicadores ejercen tal influencia en cada zona o país, de igual manera las expectativas y planes de vida de los y las adolescentes van cambiando a medida que avanza el tiempo.

En pocas palabras la definición de adolescencia depende de elementos ambientales, culturales y del contexto donde se suscita el fenómeno de adolescencia.

Actualmente la definición operacional que se maneja es la de la Organización Mundial de la Salud, la que considera que la adolescencia se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan los individuos luego de la niñez y finaliza con la madurez sexual y reproductiva, que abarca entre los 10 y 19 años.



Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes

A lo largo de los años se han realizado diferentes estudios donde se considera como un rasgo distintivo el desarrollo de las funciones sexuales y reproductivas, trayendo un fuerte impacto fisiológico y psicosocial en los individuos.

El desarrollo del y de la adolescente encierra una afectación de su equilibrio emocional,

sentimientos de confusión, actitudes rebeldes, nuevos intereses, cambios que pueden representar factores de riesgo en cuanto a convertirlos en un grupo vulnerable en relación a su salud física y emocional.

Teniendo presente este planteamiento es aquí donde radica que nuestro esfuerzo por ayudar a la población adolescente se concentre en la Salud Reproductiva. Y como la describe Toro Ocampo, 1996; “

Salud Reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social de los y las jóvenes de 10-19 años, con ausencia de enfermedades o afecciones relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Es un estado dentro del cual los y las adolescentes pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, escogiendo de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de espaciamiento de hijos”!

Estoy seguro que muchos/as de ustedes no estarán de acuerdo con este planteamiento, pero ¿quiénes de nosotros/as le preguntamos a los/as adolescentes que desean, qué esperan hacer de aquí a 6 meses?. Tal vez hay quienes digan: yo sí hablo con mi hijo/a....., pero será eso que hablamos lo que nuestros hijos/as, sobrinos/as desean escuchar.

También podríamos decir con seguridad que toda persona que tenga un amigo/a significa propiamente que este teniendo una vida en pareja, o que todo/a adolescente que le gusta el baile, la fiesta esta teniendo ya una vida sexual activa o este enamorado/a; como Profesionales en la Salud, Sexual y Reproductiva, debemos hacer la diferencia y ayudar a que la juventud para que de pasos producto de su propio abanico de opciones. La preocupación de los investigadores de la Salud Reproductiva de los y las Adolescentes siempre se concentra en el embarazo temprano. Pero caracterizar esta

situación no es fácil debido a lo complejo que es cada País y por los diferentes factores que participan en la conducta sexual y Reproductiva.



Factores que hay que tener siempre en cuenta son las condiciones socio económicas, la etnia, patrones culturales y el papel de género, indicador que determina en cada sexo el significado y la vivencia adolescente.

En relación al género, Scott (1996) subraya que el género es un elemento constitutivo de las relaciones basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, a la vez que constituye una forma primaria de relaciones significadas de poder. El género juega un papel importante en la sexualidad en el acceso a la información, así como a los servicios de salud y en la capacidad de protegerse ellos de embarazos no deseados o de las ITS, y del VIH SIDA (Barneth, 1997).

La educación en la mayoría de los Países Latinoamericanos, ha ido incorporando poco a poco en sus contenidos curriculares el concepto de género por lo que esto debe contribuir aún más en las acciones preventivas disminuyendo las barreras de funciones de roles entre hombres y mujeres.

El hablar de forma clara y paciente con nuestra población adolescente permitirá que estos modelen actitudes y comportamientos que los ayuden a tomar decisiones asertivas en beneficio de su vida presente y futura.



* BIBLIOGRAFÍA

Juan M. Contreras (2001). **Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe**. Fondo de Población de las Naciones Unidas. México, D.F.

Alma Camacho H. (2000). **Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe**: Revisión Bibliografía. Fondo de Población de las Naciones Unidas, O.P.S.

Diane Papalia y Sally Wendlias (1999). **Psicología del Desarrollo**, 7ma Edición, Editorial Ultra, México.

ASESORAMIENTO EN ANTICONCEPCIÓN PARA ADOLESCENTES



Por:

LICDA. BIVERLY GRAJALES

Enfermera encargada de la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Investigación en Reproducción Humana.
Estudiante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

La anticoncepción y la Planificación Familiar están íntimamente ligadas, pues la anticoncepción es la técnica para ejercer la planificación familiar.

Los métodos anticonceptivos son toda acción utilizada para evitar que se produzca la fecundación, y tienen su origen en las prácticas de nuestros antepasados quienes usaban métodos folklóricos y prácticas sexuales tradicionales para mantener el eyaculado lejos de la entrada del útero.

Los proveedores de servicios de anticoncepción deben sentirse orgullosos y satisfechos de su trabajo realizado hasta el momento, ya que es uno de los temas más estudiados y analizados, además de que tiene la posibilidad de beneficiar a todas(os). La anticoncepción ayuda a las mujeres, proporcionándole protección contra embarazos no deseados. A los niños: porque ayuda a las mujeres a espaciar los nacimientos, si esperan el período intergenésico mínimo, se podrían prevenir muchas de las muertes de niños menores de 5 años. La opinión de los hombres señala que la anticoncepción contribuye, a que puedan cubrir sus necesidades y darles una mejor vida a sus familias.

La Planificación Familiar mejora el bienestar de las familias, y por consiguiente, ayuda al desarrollo de las naciones y del planeta en general.

El objetivo principal de éste artículo es realizar un análisis del asesoramiento en métodos anticonceptivos y la utilización de estos en la población adolescente y adulta joven.

Esta reflexión debe iniciar con la aceptación de una realidad: Los adolescentes están teniendo relaciones sexuales y en la actualidad, éstas se están presentando a edades más tempranas.

Esto parece obvio por que es un tema cotidiano en todos los medios de comunicación y

en los diferentes eventos científicos de salud sexual y reproductiva,. No existe razones médicas para negar ningún método anticonceptivo basándose sólo en la edad del cliente, sin embargo los aspectos que no son de carácter médico, como los comportamientos de alto riesgo, frecuencia de relaciones sexuales, entre otros, son importantes cuando se toma en consideración el uso que hacen las adolescentes de los métodos para prevenir el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Pero como en todo lo relacionado con la salud es crucial, la consejería, ya que mediante ésta los proveedores ayudan a que los clientes hagan sus propias elecciones sobre la salud reproductiva y la planificación familiar y que las pongan en práctica. La buena consejería tiene como resultado clientes más satisfechos, que utilizan los métodos anticonceptivos más tiempo y con mayor éxito.

Entonces, ¿Qué se necesita para dar una buena consejería en Anticoncepción?

Ante todo para los clientes nuevos y que además nos sirven para reforzar también a los clientes de las reconsultas, hay seis (6) principios y temas a cubrir;

- 1) Trate bien a todos sus clientes.
- 2) Interactúe con el cliente.
- 3) Adapte la información al cliente.
- 4) Evite el exceso de información.
- 5) Provea al cliente el método que desea, siempre que se pueda.
- 6) Ayude a que el cliente comprenda y recuerde.

Uno de los propósitos importantes de la consejería para planificación familiar es ayudar al cliente a que realice elecciones informadas.

Analicemos qué es una elección informada?

Una persona hace una elección informada cuando después de pensarlo bien; toma libremente una decisión, basada en información útil y precisa. Elección informada significa: que

los clientes poseen la información específica, clara y precisa que necesitan.

Que los clientes comprendan sus propias necesidades.

- * Que tengan una gama de métodos anticonceptivos entre los cuales escoger.
- * La información debe contener el mecanismo de acción, efectividad, ventajas y desventajas, entre otros.
- * Que tomen sus propias decisiones.

Como ya hemos mencionado, la edad de los adolescentes no es un criterio para negar el uso de los anticonceptivos, por lo tanto, pueden usar cualquier método, siempre y cuando no exista un factor de riesgo para su uso.

Debemos hablarle a los adolescentes con la verdad, sin mitos, ni tabúes y sin prejuicios personales. Ahora, haremos una descripción de todos los métodos anticonceptivos que puede utilizar un adolescente e iniciaremos por la:

ABSTINENCIA:

Es el método más eficaz de prevenir un embarazo y las ITS, la abstinencia puede incluir otras formas de expresión, sexual, como por ejemplo abrazarse, tomarse de las manos, darse masajes, frotarse el cuerpo, besarse, masturbarse, masturbarse mutuamente, todo esto debe abordarse como una opción para los jóvenes que no han iniciado relaciones sexuales y para los que ya lo han hecho y desean abstenerse.

Los proveedores de servicio debemos ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los compañeros y amigos. La abstinencia requiere mucha motivación y autocontrol. El apoyo social puede ayudar a los adolescentes a posponer la actividad sexual y practicar la abstinencia. Pero

la abstinencia puede ser difícil para un alto porcentaje de adolescentes por esta razón, el Centro de Investigación en Reproducción Humana ha preparado talleres para ayudar a los jóvenes a que tengan información, de cómo sustituir las relaciones sexuales a esta edad, por otras formas de expresión sexual, además información acerca de las opciones anticonceptivas y el acceso a estos, para que cuando tomen la decisión de iniciar las relaciones sexuales se encuentren preparados, para prevenir los embarazos no deseados.

ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Existen dos tipos de anticonceptivos orales. Los anticonceptivos combinados (AOC), que son los que contienen estrógenos y progestinas. Y los sólo de progestina (PSP). En nuestro país sólo contamos con AOC, que son los más usados en todo el mundo. Los anticonceptivos orales combinados constituyen el mejor tipo de píldora para los adolescentes, salvo para las que están amamantando, porque el estrógeno afecta la lactancia. Los anticonceptivos orales, son muy seguros para las adolescentes, pues no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se han notificado complicaciones relacionadas con la edad, ni efectos colaterales.

Cuando los anticonceptivos orales se usan perfectamente, registran una tasa de embarazo menor al 1 por ciento, pero con el uso típico la tasa es de aproximadamente 8 por ciento. También tienen algunos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, como por ejemplo reducción del acné, regulación de los ciclos menstruales, reducción de los cólicos, enfermedad benigna de las mamas, cáncer de ovario, entre otros. Con la píldora las jóvenes tienen más control sobre su fertilidad, puesto que el uso del método no depende del acto sexual y puede usarse sin la cooperación del compañero. Sin embargo, es posible que las jóvenes se

preocupen que sus padres y otros familiares descubran los paquetes de píldoras, si las están usando sin el conocimiento de los padres o sin su apoyo. Es importante explicar a la adolescentes que este método no protege contra las ITS. Además de que el efecto de la píldora desaparece rápidamente sólo dura 24 horas, que se deben tomar diariamente.

INYECTABLES:

Las adolescentes pueden usar sin peligro los inyectables.

Existen dos tipos principales de inyectables: sólo los de progestina. Depo-Provera o DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito); éste se administra cada tres meses y los inyectables combinados de estrógeno-progestina, que se administra cada mes.

Los inyectables son muy eficaces pues las tasas de embarazos son inferiores al 1 por ciento después de un año de uso, así como los anticonceptivos orales tienen efectos para la salud no relacionados con la anticoncepción, como menor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y cáncer endometrial, entre otros.

Este método tiene la ventaja que no hay que usarlo todos los días y no necesita tener el suministro en la casa, por esta razón son más fáciles de usar que las píldoras para los adolescentes. Su uso no depende del acto sexual y se puede usar sin que los padres o compañero lo sepan. El uso de los inyectables de progestágeno en menores de 16 años reduce la concentración de estrógenos, lo cual puede afectar el desarrollo de la masa ósea, pero todavía no se han llevado a cabo estudios definitivos al respecto.

Se debe orientar a la adolescente con respecto a los trastornos del sangrado y el retorno de la fertilidad.

IMPLANTES SUBDERMICOS:

Igualmente pueden ser usados sin ningún riesgo en adolescentes mayores de 16 años.

Los implantes son cápsulas de silastic, delgadas y flexibles en forma de tubos que contiene progestina y levonorgestrel. Pueden haber de 1 cápsula (Uniplant) o el más común que es el de seis cápsulas (Norplant).

Estos métodos se insertan subcutáneo en el antebrazo con un procedimiento de cirugía menor, sencillo, su uso no depende del acto sexual; la inserción o el costo inicial elevado puede ser una barrera para las (os) adolescentes.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINO:

Es un pequeño aparatito de plástico cubierto de cobre que es se usa de forma generalizada. Son muy eficaces para la prevención del embarazo, registra una tasa de embarazo inferior al 1 por ciento y su eficacia dura hasta 10 años. Es independiente del acto sexual y la fertilidad regresa rápidamente después de la extracción.

El dispositivo debe ser insertado o extraído en una clínica por un proveedor capacitado y requiere un examen pélvico, esto se puede constituir en una barrera para los adolescentes. Los DUI no ofrecen protección contra las ITS.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se recomiendan los DIU para adolescentes que corren el riesgo de contraer una ITS o VIH, esto significa que depende del comportamiento sexual de la adolescente y de su pareja y no por la edad, ya que mediante un cuidadoso examen selectivo y asesoramiento, jóvenes pueden usar el DIU. Es importante señalar que las adolescentes que corren riesgo de contraer ITS incluidas las que tienen varios compañeros sexuales o un compañero que tiene varias parejas sexuales, no es una candidata para el uso del DIU.

METODOS DE BARRERA:

Los métodos de barrera son seguros y no tienen efectos sistemáticos, aunque en casos muy raros algunas personas pueden ser alérgicas a los condones de látex o a los espermicidas.

Los métodos de barrera si se usan correctamente en cada acto sexual, esto se denomina "uso perfecto" las tasas de embarazos oscilan entre 3 por ciento respecto al condón masculino y 7 por ciento respecto a los espermicidas. El uso normal en la vida diaria "uso típico" las tasas de embarazos oscilan entre el 12 por ciento respecto a los condones y 21 por ciento respecto a los espermicidas.

Estos métodos son particularmente apropiados para los jóvenes por las siguientes razones:

Muchos adolescentes corren el riesgo de ITS. El condón masculino es el anticonceptivo más eficaz para la prevención de las ITS. Por consiguiente los adolescentes:

- * Tienen acceso más fácil a los métodos de barrera especialmente a los condones, que a otro método.
- * Tienen relaciones sexuales con poca frecuencia y sin previa planificación.
- * El usuario controla los métodos de barrera, es fácil de comenzar a usarlos y dejar de usarlos.

El asesoramiento adecuado es esencial para ayudar a que los adolescentes los usen eficazmente. Los métodos de barrera, requieren de la participación del compañero y aptitudes de negociación. El asesoramiento debe hacer hincapié en que necesitan un alto grado de motivación, confianza en si mismo y autocontrol, para que sean utilizados eficazmente. El uso del condón se puede incorporar en la actividad sexual para evitar sentirse incomodo.

Los jóvenes necesitan recibir la información clara y práctica de cómo usar correctamente esos métodos y como evitar errores comunes de uso, ya que a menudo estos métodos de barrera no se obtienen de los proveedores.

Se les debe indicar que deben estar preparados siempre y llevar consigo métodos de barrera para tenerlos disponibles.

MÉTODOS TRADICIONALES:

Los métodos anticonceptivos tradicionales son : abstinencia periódica o ritmo y el "método del retiro coito interrumpido, temperatura basal, Billing.

El método del coito interrumpido consiste en extraer el pene de la vagina antes de la eyaculación. La abstinencia periódica requiere no tener relaciones sexuales durante el periodo fértil de la mujer. Algunos adolescentes usan esos métodos tradicionales, especialmente cuando empiezan a tener relaciones sexuales tal vez por que posiblemente no tienen conocimientos relativo a otros métodos o no tienen acceso a ellos. El uso de estos métodos pueden promover la conciencia y las aptitudes en cuanto a la salud de la reproducción, sin embargo registran altas tasas de embarazos comparados con otros métodos anticonceptivos. Estos métodos requieren que las parejas están sumamente motivadas, conozcan su cuerpo y tengan mucho autocontrol, requiere conocimientos acerca de la fisiología de la reproducción, incluida la fertilidad, capacitación completa y mucha práctica. Estos métodos son difícil de practicar eficazmente por los adolescentes.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:

Se refiere al uso de ciertos métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección o que falle el método que se esta utilizando. Pocas personas, sobre todo adolescentes, saben que

este tipo de anticonceptivos existen y es posible que los adolescentes tengan relaciones sin protección por varias razones: por no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sin haberlas planificado y sin tener anticonceptivos disponibles, usar un método anticonceptivo incorrectamente o cuando el condón se rompe o se desliza y cuando hay violación.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia deben empezarse a usar lo más pronto posible, antes que transcurran 72 horas desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección. La pauta Yuzpe se toman en dos dosis: la primera, antes que transcurran las 72 horas desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección y la segunda 12 horas después de la primera dosis. Cada una de las dosis debe contener por lo menos 0.1mg de etinil-estradiol y 0.5mg de levonorgestrel.

La anticoncepción de emergencia no ha sido diseñada como método regular de anticoncepción. Después de usarla se debe empezar a usar o seguir usando un método regular si no se desea embarazo.

El asesoramiento es la parte más importante en la anticoncepción para el adolescente, para que le permita tener información que pueda pasar a su grupo de pares y de utilizarla personalmente de ser necesario.

Esperamos que este artículo contribuya para que el proveedor de servicio en los programas de adolescentes, pueda refrescar algunos conocimientos con respecto a la temática.

*** BIBLIOGRAFIA:**

Family Health International: (1998) **Salud de la Reproducción de los Adultos jóvenes. Anticoncepción.**

Gutiérrez Enrique y cols: (1996) **El Adolescente**, 1ra. Edición, Mexico, Editorial

McGraw-Hill Interamericana.

Hatcher Roberto (1999) **Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva**, E.U. Johns Hopkins.

Rodríguez Otto Armas: (1997) **Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva**, 1ra. Edición, Venezuela. Editorial McGraw-Hill, Interamericana.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: “UN RETO EN EL ÁREA INDÍGINA Ngäbe”.



Por:

LICDA. LEYDA Mc FARLANE.

ENFERMERA OBSTETRA
Centro de Salud Amelia denis De Icaza.
Participante de la Maestría SSyR.

La Organización Mundial para la Salud ha definido a la Salud Sexual y Reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental y social y no de ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos y entrada además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. La sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y en el amor entre las personas y no incluye como elemento indispensable la procreación”.

El objetivo de la Salud Reproductiva no solamente es evitar que la madre y el feto o recién nacido/a enfermen o mueran durante el proceso reproductivo sino que éste se lleve acabo en un estado completo de bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un/a recién nacido/a saludable.

Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre o el/la recién nacido/a; debido a los aspectos socio-culturales propios de algunas comunidades: pobreza, analfabetismo, escasa ó nula accesibilidad a los servicios de salud; generalmente viven en lugares remotos, carecen de fuerza política en relación a la toma de decisiones. Estos aspectos pueden convertirse en algún momento en factores de riesgo reproductivo.

Durante el proceso reproductivo es un derecho de la pareja tener acceso a una atención adecuada durante esta etapa. En este sentido conocer los valores culturales y los comportamientos de los/as Ngäbes es de suma importancia para poder lograr la creación de alternativas de atención en salud que respeten y satisfagan sus necesidades.

Para comprender algunos aspectos socio-culturales del área indígena Ngäbes relacionados con Salud Sexual y Reproductiva se mencionarán algunos comportamientos y características propias de la etnia:

- * Históricamente los/as Ngäbes representan el grupo indígena de mayor población dentro de la sociedad panameña. Se ubican, sobre todo, en las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas y en un pequeño porcentaje en el resto de la República de Panamá.
- * La identificación de sus orígenes y su ubicación en el panorama etnográfico de América ha encontrado escollos, y no hay acuerdos.
- * Su idioma es el Ngäbere con tres variantes dialectales: Valiente, Occidental y Oriental.
- * Muchos/as aún viven en un aislamiento geográfico y voluntario; elemento que contribuye a que muchos/as preserven sus creencias y prácticas tradicionales, aunque en la actualidad algunos/as se relacionan con la sociedad occidental produciéndose un proceso de desculturación.
- * En la gran mayoría persiste la resistencia social, política y cultural, con la cual niegan, impugnan y se defienden de las agresiones de otras formas de cultura; incluso de la propia sociedad nacional.
- * Los/as hombres y mujeres tienen propios espacios de acción y decisión. El espacio de la mujer está ligado fundamentalmente al hogar; al ámbito privado (reproductora de la etnia y transmisora de valores); mientras el hombre está ligado al ámbito público y cultural.
- * El régimen de la fecundidad es natural tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres no controlan efectivamente su reproducción y el tiempo dedicado a ella está condicionado

por la duración de las uniones. (viudez, separación o divorcio).

- * El grupo Ngäbe que utiliza los servicios de Salud Pública, el esposo acompaña a la mujer a su control del embarazo y no permite que ningún personal médico varón examine a la mujer.
- * A las mujeres Ngäbes desde niña se les enseña en el hogar a no dejar ver su cuerpo, razón por la cual no se desnudan ante ninguna persona; es más paren sin ser vista por la partera.
- * Desde la fecundación el ser humano, para la población Ngäbe representa la continuación de la vida y es esperado/a con alegría, independientemente de su sexo, particularmente si es primogénito/a.
- * Cuando la niña nace en la sociedad tradicional el padre está obligado a buscarle esposo, ya que esto constituye una fuente de beneficio económico para la familia, esta práctica está desapareciendo en la actualidad.
- * La menarquía en la mujer la habilita para el matrimonio y tener hijos/as.
- * La formación de pareja se da aproximadamente a los 16 años de edad.
- * La vida sexual inicia con la formación de la pareja y tiene lugar dentro de la pareja.
- * El 60% de los partos ocurren en casa, luego la madre y el recién nacido/a asiste al puesto de salud.
- * La mayoría de las mujeres Ngäbes practican la lactancia materna.
- * Si la madre queda embarazada, suspende inmediatamente el pecho y el/la niña es alimentado/a con cacao o leche maternizada.
- * Hay una ausencia de Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres de esta

- * población; no ocurriendo lo mismo con el sexo masculino.
- * Consideran que el feto es dado porque la fuerza que da la vida permite que una mujer engendre y esto depende de la relación que la pareja tenga con la naturaleza. En relación a la atención del proceso reproductivo:
- * La distribución geográfica de la población Ngäbe y su resistencia cultural ha determinado que las formas o esquemas de atención de Salud Pública, en los programas de salud y, en especial, del Programa Materno-Infantil sea de difícil aplicación lo que da como resultado que el difícil acceso a los servicios de salud no solo sea físico sino también social, económico y cultural. Según las estadísticas, de las consultas prenatales, planificación familiar, atención del parto y puerperio en el área Sanitaria de Oriente (Chiriquí) son bajas. (Registros Médicos de las instalaciones de salud).

El control prenatal: La mujer Ngäbe cuida mayormente su embarazo en la familia y en su comunidad. Las que acuden a control, inician en el tercer trimestre.

El parto: Es atendido por la partera, la propia madre, abuela, hermana, tía, marido u otras mujeres de la comunidad.

Encuestas realizadas por el Ministerio de Salud muestran que hay parteras en todas las comunidades de la República, particularmente en las zonas indígenas.

La mujer Ngäbe, prefiere el parto domiciliario ya que le permite recibir una atención mas humana, personalizada; y la confianza del intercambio en su propio idioma. Además les permite no separarse de los otros hijos y reciben la atención y el apoyo de la propia madre.

Las madres Ngäbes refieren que el parto institucional, en la mayoría de los casos es

traumático; debido a que el personal profesional solo habla español, y muchas veces las maltratan y discriminan ("**maltrato institucional**").

La atención del puerperio: lo realiza la partera u otro miembro de la familia o comunidad anteriormente mencionadas y en muy pocas ocasiones cuando surja una complicación lo realiza el ayudante del puesto de salud u otro profesional a nivel del hospital.

El Aborto: Es una de las causas más importantes de morbilidad materna, sin embargo, la magnitud real del problema se desconoce debido a muchos factores, cuando ocurre es de forma natural.

En el caso de la mujer Ngäbe, existe una sanción moral en contra del aborto provocado y es rechazado socialmente.

Actualmente, hay algunas mujeres Ngäbes que practican el aborto, porque el embarazo no siempre es aceptado, esto ocurre más en las mujeres jóvenes que han emigrado a la ciudad y sobre todo cuando tienen conflicto con el compañero.

La Planificación Familiar: Es un elemento importante de la promoción de la salud de la mujer y de los niños/as. Se ha demostrado que la fecundidad no regulada afecta la salud sobre todo, en las mujeres Ngäbes donde los riesgos sobresalientes son la multiparidad en edades muy tempranas y los embarazos en las etapas extremas del ciclo reproductivo, sumándose a ello, las deficiencias nutricionales, su residencia en áreas poco accesibles y su escaso acceso a la información.

Entre los métodos de planificación familiar más utilizados por las mujeres Ngäbes que asisten a los servicios de Salud Pública se encuentra el método de esterilización femenina, el ritmo, el DIU y el condón. En nuestra experiencia como facilitadora en una capacitación realizada en octubre del 2001, en la

Comunidad de San Félix (Chiriquí) a un total de 22 multiplicadores/as comunitarios Ngäbes, nos refieren que las mujeres Ngäbes tienen una clara conciencia del papel que tienen en las relaciones sexuales como generadoras de una posible fecundación. Expresaron conocer y practicar, especialmente el método del ritmo y el coito interruptus, pero mostraron algunas reservas referentes a la utilización del condón.

La mujer Ngäbe prácticamente no tiene posibilidad de separar las relaciones sexuales del proceso reproductivo, esta es una limitante más en la recuperación de sus fuerzas vitales, aunque no manifiesten que su aspiración personal sea de maternidad.

El proceso reproductivo es concebido por la mujer Ngäbe, como un proceso natural, normal, no lo consideran una enfermedad en sí, aunque pueden presentarse algunos problemas. Por lo tanto la atención por parte de su familia (preferentemente mujeres) o de una comadrona experimentada, es suficiente para un parto sin complicaciones.

Para poder abordar la real situación de la Salud Sexual y Reproductiva de la población Ngäbe, en todos los aspectos (sexualidad, planificación familiar, fases del embarazo, parto, aborto, puerperio, infecciones de transmisión sexual y morbilidad ginecológica), hay que recurrir a varias fuentes de información, debido a la deficiente utilización de los servicios de salud y la barrera socio-cultural.

Los/as Ngäbes presentan los indicadores de salud más desfavorables; y si bien existen problemas relacionados a su Salud Sexual y Reproductiva similares a la población occidental, su contenido es diferente debido a que está inserto en otra cultura.

Otro problema expresado por el grupo Ngäbe es la subordinación y discriminación de la etnia y la cultura en particular de la mujer y se expresan en poca autonomía y poder de decisión frente a

sus opciones y al manejo de su propio cuerpo, embarazos tempranos, violencia intra-familiar, poca valoración de la mujer fuera de su rol reproductivo, alta fecundidad, paternidad y maternidad no responsable, promiscuidad e infecciones de transmisión sexual en hombres que salen de la comarca.

Existe un rechazo a la planificación familiar como la entiende la cultura occidental, sobre todo los varones, falta de orientación en el ámbito de la sexualidad y existe una alta mortalidad maternal debido a problemas de acceso a los servicios de salud y falta de parteras empíricas capacitadas.

Sufren discriminación en los servicios de salud, ya que el personal no comprende, ni acepta su cultura.

La implementación de estrategias realistas en la ejecución de programas de salud permitirían la disminución de los factores de riesgos biológicos, sociales y ambientales en esta población.

La educación a la población indígena Ngäbe, constituye una prioridad en los servicios de salud.

Con el propósito de enfrentar los retos en el área indígena Ngäbe, en relación a Salud Sexual y Reproductiva, es imperiosa la necesidad que el Equipo de Salud que labora en dicha área tenga pleno conocimiento del comportamiento de la gente en función de los patrones socio-culturales que pueden incidir tanto positiva como negativamente en el desarrollo de los Programas de salud dirigidos a la familia, para elevar su calidad de vida.

Para el logro de los objetivos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la población Ngäbe, se deben tomar en cuenta las siguientes estrategias:

- * Análisis de la situación Materno-Infantil de la población Ngäbe.
- * Sus patrones socio-culturales.

- * Capacitación a los/as promotores/as de salud voluntarios/as y parteras empíricas tradicionales.
- * Trabajar en conjunto con los/as líderes, promotores/as de salud voluntarios/as y parteras empíricas tradicionales para incentivar la participación de los varones en los aspectos de Salud Sexual y Reproductiva.
- * Realizar investigaciones en relación a aspectos de Salud Sexual y Reproductiva de la población Ngäbe y analizar los resultados con los/as participantes para que el estudio sirva de base a la toma de decisiones relacionadas a las actividades de salud.

* BIBLIOGRAFÍA

Gutierrez, Daniel, **Salud Reproductiva: Concepto e Importancia**, OPS, OMS (1996).

Verges De López, **Mujer Ngäbe: Salud y Enfermedad**. (1988). Panamá. Imprenta Universitaria.

REVISTA

Revista del Fondo de Población de Las Naciones Unidas, Año 2000.

PUBLICACIONES

OMS/ OPS / MINSA/ UNFPA, **Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, Ministerio de salud. Año 1999.

LA IMPOTENCIA SEXUAL DE ORIGEN PSICÓGENO Y LAS NUEVAS TENDENCIA PARA ENFRENTARLO.



Por:

LICDA. MIRTA WOOD DE MADRID

Participante de la Maestría Salud Sexual
y Reproductiva.

Maternidad María Canteras de Remón
H. S. T.

Vivir una sexualidad sana y completa es el deseo de toda pareja, sin embargo a menudo el hombre enfrenta problemas de impotencia sexual, que muchas veces no manifiesta por miedo, vergüenza, o ignorancia. Gracias a que hoy por hoy se habla con más libertad sobre sexualidad, hemos podido detectar el desconocimiento que se tiene a cerca de los problemas de la impotencia por parte de la población lectora, lo cual ha generado muchas creencias sobre posibles tratamientos. Sin embargo nuestro deseo, como autora de éste artículo, es que todas las personas obtengan una correcta información y encuentren un tratamiento basado en las más modernas técnicas de superación, y que les facilite una relación de pareja satisfactoria.

La impotencia sexual masculina es un trastorno que constituye para el hombre una verdadera crisis vivencial, se manifiesta bajo dos variantes principales: La impotencia en que sí se produce erección, pero no se mantiene durante el mínimo de tiempo necesario para introducir el pene en la vagina; y la impotencia en que la erección no se produce en absoluto por incapacidad total. Es un trastorno que la mayoría de los hombres no han podido sobrellevar. No solo por lo que representa la privación personal de placer, sino porque en la sociedad Latino Americana la impotencia sexual tiene mucho significado desde el punto de vista varonil.

Estadísticamente, la impotencia sexual no es muy frecuente en hombres jóvenes menores de cuarenta años. Estudios recientes demuestran que en el 75% de los casos de la impotencia es atribuible a tres grandes tipos de causas: 25% se debe a tratamientos médicos; 25% a factores psíquicos; Y 25% a alteraciones endocrinas. Se estima que solamente en los E.E.U.U. existen nueve millones de hombres(entre las edades de 40 y 70 años) que son portadores de impotencia sexual masculina. Otros estudios afirman que entre un 8 y 10% de la población mundial tiene algún tipo de disfunción sexual. Este porcentaje

se eleva al 50% cuando la población padece de alguna enfermedad crónica que puede influir negativamente en la potencia sexual como lo es la diabetes entre otros. El cigarrillo, el alcohol, y algunos fármacos, así como la tensión, solos o asociados frecuentemente con la agitada vida del hombre actual, también son factores que conducen a una impotencia sexual.

Desde el punto de vista psicológico la impotencia es considerado un síntoma que expresa una deficiencia o anormalidad del desarrollo psicosexual de quien lo padece. Abarca una gran variedad de factores, que se clasifican en: factores de predisposición, factores de precipitación, y factores de perpetuación o de mantenimiento.

Entre los factores predisponentes, cabe citar una educación estricta, un ambiente familiar conflictivo, y una educación sexual desinformada, entre otras. Los factores precipitantes son muy numerosos como cualquier hecho o acontecimiento que ocurre cuando el sujeto se encuentra en una inestabilidad física o psicológica, pueden ir desde acontecimientos familiares, domésticos, laborales y cotidianos.

Los factores de perpetuación son aquellas situaciones en que el sujeto se ve encerrado sin encontrar una salida por sí mismo, como por ejemplo: el sentir ansiedad por el rendimiento sexual, el miedo al fracaso, sentimientos de culpabilidad y depresión.

A continuación presentaremos algunas causas conocidas que conducen al hombre a experimentar la impotencia sexual desde el punto de vista psicológico:

La ansiedad está en casi todos los casos de Impotencia de origen psicógeno. Puede obedecer a múltiples causas, pero está muy relacionado con el modo de vida actual altamente estresante. El combatirla pasa necesariamente, por introducir modificaciones en los estilos de vida.

El miedo a la eyaculación precoz también es un trastorno que afecta sobre todo a hombres jóvenes, constituye en muchos casos un obstáculo que dificulta el normal juego erótico que culmina el coito. El temor a que se produzca intempestivamente la eyaculación reprime al hombre llegando a inhibir su capacidad de erección.

Cuando se padece de un proceso psiconeurótico, pueden aparecer fobias y obsesiones generadoras de angustias que a su vez, inhiben la expresión erótica y por la tanto, la erección.

Además podemos decir que la relación de pareja también tiene mucho que ver con la impotencia sexual, cuando se deteriora. Son diversos los aspectos que pueden llevar a una separación como por ejemplo: las decepciones, los rencores, la incomunicación por ausencia de intercambio de pensamientos y opiniones, la falta de intimidad o privacidad, como también algún cambio fuerte en la personalidad de la pareja como lo es el hecho de que haya engordado considerablemente. La impotencia sexual puede ser reflejada por problemas de niñez o adolescencia no resuelto, que desemboca en una falta de madurez, y requiere la ayuda del terapeuta.

La homosexualidad puede ser otra causa de impotencia sexual en el hombre que no ha aceptado claramente su tendencia sexual (homosexual) sobre la cual tiene dudas, o que por motivos sociales se conducen bajo el rol masculino tradicional.

La depresión también suele afectar considerablemente el deseo sexual no sólo disminuyéndolo sino incluso anulándolo y cayendo en la impotencia total; es importante mencionar entre otros aspectos que la tensión en algunos casos puede llevar al hombre a experimentar impotencia sexual, ya sea por el trabajo, el estudio, o las preocupaciones.

El temor en algunos casos puede afectar la Impotencia sexual del hombre como por ejemplo: miedo intenso a procrear un hijo no deseado o por no transmitir una enfermedad hereditaria; el tener una erección ante una determinada mujer que, por ser muy experimentada o muy impresionante le induce el temor de no saber resolver exitosamente su problema sexual, en especial si recientemente ha tenido algún fallo sexual o incluso una eyaculación prematura.

A través de los años la sociedad ha ido inculcando al hombre una serie de mitos y prejuicios a cerca de su potencia sexual, haciendo que se sienta en muchos casos obligado a estar en situaciones que no corresponde a su realidad, ejemplo: que el hombre está siempre preparado para una relación sexual; que no debe expresar sus sentimientos a su pareja sexual porque resulta femenino; que siempre se excita cuando se encuentra en una situación típicamente sexual; que un pene pequeño no puede proporcionar placer a la mujer; que la masturbación es perjudicial; que el hombre, incluso joven, no tiene que manifestar inexperiencia ante la mujer; que en la relación sexual sólo el hombre debe llevar la iniciativa entre otras. Todos estos mitos y prejuicios son falsos, y crean en el hombre falsas expectativas sobre su rendimiento sexual. Entre las tendencias de superación es importante tomar en cuenta a la pareja. La terapia con métodos sexuales son suficiente en muchas ocasiones al utilizar algunas técnicas como la masturbación, uso de vibradores, y la estimulación manual.

Muchos de las funciones eréctiles pueden ser resueltos por uno mismo con la ayuda de su pareja, siempre que esta se mentalice sobre la necesidad de adoptar comprensión y ternura, y también esté dispuesta a llevar a cabo los ejercicios que eventualmente pueda indicar un sexólogo. Estos ejercicios persiguen reeducar la sensualidad, centrándose en ella más que en la sexualidad propiamente dicha. Esta forma de

terapia requiere por parte de la pareja toda la comunicación posible, una actitud activa y comprensiva por parte de la mujer y una buena disposición por parte del hombre para dejarse ayudar. Debe procurarse encontrar satisfacción en las caricias, besos y abrazos antes de poder llegar a la erección en sí.

En el ejercicio para la pareja se realizan juegos amorosos, se comunican deseos y experiencias sexuales absteniéndose de realizar el coito hasta que el terapeuta lo indique, y se practica la llamada focalización sensorial que consta de cuatro fases.

1. La primera fase comprende la exploración de genitales y sus senos.
2. El segundo consiste en extender la exploración mutua, alternativamente, y las caricias a los senos y genitales pero sin prisa.
3. Después de dos o tres semanas se pasa a la exploración simultánea incluyendo todas las áreas corporales especialmente los genitales, creando una situación de natural intercomunicación sexual y verbalizando ambos qué es lo que más placentero les resulta. Puede emplearse el masaje corporal con aplicación de loción o aceite corporal.
4. Se incrementa la estimulación mutua progresivamente, hasta alcanzar la erección estable; entonces la mujer debe ser quien lleve la iniciativa para realizar el coito. Con esta práctica el hombre llegará a adquirir la suficiente seguridad como para tomar él la iniciativa de hacer el amor.

La terapia psicológica está basada en la modificación de la conducta, mediante técnicas psicodinámicas y psicoanalíticas, con resultados muy eficaces logrando así una sexualidad satisfactoria.

* BIBLIOGRAFIA

McThomas, B. (1999). **La Impotencia Sexual**. 1a Edición. Ediciones FAPA. España.

Vander, A (1982) **Impotencia: Juventud y Virilidad Prolongadas**. España.

INTERNET

www.psinet.com.
www.andronet.com.
www.tusalud.com.

ZONAS ERÓGENAS FUENTE DE COMUNICACIÓN Y PLACER EN LA PAREJA



Por:

LICDA. TAMARA SOLANILLA DE PEREA

Profesora Departamento
Salud Mental y Psiquiatría
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá.

La comunicación ha existido en la naturaleza humana desde siempre al igual que el amor. Todas las relaciones interpersonales inclusive las amorosas están teñidas del fenómeno de la comunicación. Es este fenómeno el que puede facilitar el conocimiento de las zonas erógenas en las parejas.

Siempre que estamos en contacto con nuestra pareja creemos que nos comunicamos ya sea en forma verbal o no verbal, y es cierto comunicamos muchas cosas pero realmente ¿nos atrevemos a comunicar algunos aspectos de nuestra sexualidad a la pareja? ¿zonas erógenas?, que son los lugares de nuestro cuerpo donde sentimos placer. Existen muchas parejas cargadas de mitos y tabúes en lo que respecta a las zonas erógenas.

Las zonas erógenas son lugares sensibles de nuestro cuerpo y pueden ser estimuladas a través de las caricias. La búsqueda y conocimiento de estas zonas erógenas puede iniciarse en cualquier momento de nuestra vida.. Lo fundamental es establecer una buena comunicación con su pareja.

Hoy queremos hacer una invitación para que usted y su pareja conozcan cuáles son sus zonas erógenas a través de la comunicación en el amor. la comunicación en la pareja puede ser verbal y no verbal. Lo fundamental es cómo vamos a utilizar esta forma de comunicación.

ALGUNAS SUGERENCIAS:

Mensajes verbales

- ▶ Utilizando seducción en la voz, un tono de voz suave y provocador, tenga presente el timbre de voz, altura entonación.
- ▶ Frases como "tú eres mi amor" "yo te amo".
- ▶ Podríamos escribir frases " me gusta que me acaricies el cuello"
- ▶ Pequeñas emisiones de sonido "ha, ha".

Para muchas parejas la voz es un excitante

poderoso, además de que puede servir de guía para que las parejas intercambien y compartan sobre sus zonas erógenas.

Mensajes no verbales

- ▶ La vista es el primer mensajero del amor " Mirada provocadora" "mira a una zona determinada que nos interesa".
- ▶ Caricias " presión sobre una zona determinada". " colocar las manos de la pareja en las zonas que nos interesa que nos acaricie"
- ▶ Mirada de deseo, de ternura , de cariño.
- ▶ Utilizar, velas aromáticas u otros olores de preferencia que puedan ser provocadores.
- ▶ Utilizar ropa de preferencia de la pareja. Los mensajes no verbales nos permiten expresar nuestros sentimientos y emociones y llegar directamente al corazón de las personas y es que están llenos de autenticidad y afecto.

Una zona erógena viene a ser una parte de la piel cargada de receptores sensitivos y estos se encuentran por todo el cuerpo, no solo el clítoris y el pene.

Pero la pregunta es ¿conocemos nuestras zonas erógenas? Lo primero es conocer cuáles son nuestras zonas erógenas para poder así transmitir el mensaje a la pareja.

Usualmente las mujeres reaccionan en forma distinta a los estímulos sexuales de su pareja y puede tomar algo mas de tiempo que el hombre al ser estimuladas. Sin embargo lo fundamental es la comunicación con su pareja.

Mencionaremos algunas zonas erógenas en la mujer:

- * El cuello
- * Dedos
- * Los oídos

- * Partes internas del codo
- * Labios
- * Pezones
- * Vientre
- * Espalda
- * Muslo
- * Glúteos
- * Monte de venus
- * Clítoris
- * Labios mayores y menores
- * Vagina
- * Perineo
- * Ano.

Usualmente el hombre logra la estimulación de sus zonas erógenas en corto tiempo. Pero es importante recordar que un ambiente adecuado puede facilitar la estimulación de las zonas erógenas al igual que la comunicación con su pareja.

Algunas zonas erógenas en el hombre :

- * El cabello
- * Cuello y nuca
- * Los oídos
- * Los labios
- * Dedos
- * Pene sobre todo su lado inferior y glande
- * Testículos
- * Perineo
- * Ano
- * Próstata (solo a través del ano)
- * Ingle
- * Ombligo
- * Pezones
- * Músculo de la mitad inferior de la espalda.

El conocimiento de las zonas erógenas de la pareja dependerá de la comunicación y exploración de las mismas pero estos puntos son de especial interés y producen placer en la vida sexual de la pareja.

Una Buena comunicación permite el intercambio de conocimientos y mejora la relación afectiva y sexual de la pareja. La exploración de las zonas erógenas en forma cariñosa y sensual permite fortalecer los lazos

afectivos en la vida sexual de la pareja.
Es necesario :

- ▶ Estimular a las parejas a que establezcan una comunicación amorosa entre ellos.
- ▶ Motivar a las parejas a que intercambien el conocimiento de sus zonas erógenas.
- ▶ Compartir con colegas y familiares la importancia de las zonas erógenas como fuente de comunicación y placer en la pareja.

* BIBLIOGRAFÍA

Botero G. Silvio (1994) **Amor y Sexualidad Hoy**. 3ra. Edición Editora San Pablo. Colombia.

López Felix (1989) **Para Comprender la Sexualidad** 8va. Edición. España.

Neil Pierre (1998) **Amar y Ser Amado**. 2da Edición. Editora San Pablo. Colombia.

SEXUALIDAD Y EMOCIONES DE LA PAREJA: PILAR PARA UNA RELACIÓN PLENA.



Por:

LICDA. LEYLA CASASOLA DE RISI

Participante de la Maestría en
Salud Sexual y Reproductiva
Universidad de Panamá

A través de la historia ha sido muy difícil comprender la sexualidad y debido a eso, es erróneamente vista sólo como un medio para la reproducción.

La sexualidad tiene como objetivo la búsqueda del placer y la manifestación de comunicación, ternura, afecto y amor en la relación de la pareja.

La sexualidad humana puede vivirse en formas muy diferentes, el misterio del amor no puede resolverse sino desde la experiencia erótica y desde el placer que la sexualidad compartida brinda a los que se aman, es fundamental para que el amor se produzca, se basa en la realidad efectiva de lo erótico, lo placentero y lo gozoso que se halla presente cada día, en nuestros actos y en la grandeza de la entrega y fusión amorosa.

La sexualidad humana está regida por normas, principios, tradiciones y leyes, que han contribuido a crear celos, temores y prejuicios que transforman el tema de la sexualidad en algo prohibido, que atenta contra las buenas costumbres.

La sexualidad del ser humano se hace mediante deseos y se expresa a través de demandas y ofertas, esto hace posible que dos personas puedan planificar su relación o los hijos que deseen, en el contexto de una relación estable caracterizada por diferentes grados de pasión, intimidad y compromiso.

La sexualidad si se vive satisfactoriamente facilita la comprensión de los demás, la eliminación de la rigidez y el moralismo. Es además la fuente de armonía y equilibrio para las personas, una fuente de amor a la vida, de actitud positiva ante sí mismo, los demás y las cosas. Este es el campo donde nacen los hijos, no como la fusión de un óvulo y un espermatozoide, sino como el fruto de una pareja apta para compartir sus propias libertades y ternuras, capaces de asegurarle a su hijo que fue querido, buscado y

preparado, que ha nacido como resultado de la confluencia de dos deseos y del amor de los dos.

Es necesario hacer mención de algunos aspectos importantes en el tema de la sexualidad: es el lenguaje de la comunicación, es un proceso de personalización y socialización, es la capacidad de encuentro, de diálogo, de la creación de "nosotros " a partir de la unión de yo - tú, está al servicio del amor pero es un proceso que exige tiempo, se deben disfrutar lentamente las expresiones de afecto, para evitar la frustración de un desengaño y darle a la pareja la oportunidad de descubrir el amor pleno y verdadero.

No hay duda de que el mundo ha cambiado, que se han dejado atrás gran parte de las creencias y prejuicios que han formado parte de las antiguas generaciones; sin embargo aún existen prejuicios, temores antiguos o nuevos que siempre harán del tema de la sexualidad una realidad conflictiva.

La sexualidad y lo erótico debe entenderse como invitación a que el amor surja como de una fuente y a que lo placentero sea la realidad que permite los acercamientos de la pareja y lo que los sostiene. Es la condición para que el amor se produzca y para que el enamoramiento se torne en vínculo capaz de unir a dos desconocidos.

La sexualidad es la forma que caracteriza al hombre y la mujer, es el vehículo de la expresión humana. (Botero 1994).

Sería preciso entenderla como el conjunto de lo conocido de cada sujeto: lo que sabe de sí, sus pensamientos, sus ideas, sus afectos.

* BIBLIOGRAFIA

Botero G, Silvio. (1994). **Amor y Sexualidad Hoy**. 3ª Edición. Colombia. Editorial San Pablo.

López, Félix (1989). **Para Comprender la Sexualidad**. 8ª Edición. España. Editorial Verbo Divino.

ANDROGINIA EN LA PATERNIDAD



Por:

LICDA. ANA TERESA AROSEMENA DE RUSSO

Participante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva
Docente de la Facultad de enfermería
Depto. Salud Mental y Psiquiatría.

El amor siempre ha existido, desde el inicio de la creación, porque Dios es amor y nos ha regalado la sublime experiencia y la libertad para creerlo, sentirlo, pensarlo y expresarlo o no. Amamos, somos amados y las manifestaciones de amor son miles.

Cuando se habla de sexualidad no solo se refiere a sexo" como un acto, sino a todo lo que se involucra como seres sexuados con un sin número de capacidades para expresar o experimentar lo que somos, hombre o mujer.

La reproducción humana es un acto de amor y debe ser responsabilidad de la pareja que conoce, entiende y participa conscientemente para que sea llevada a cabo con seguridad.

En esta oportunidad me referiré a la androginia y su relación con la paternidad desde la perspectiva de la Salud Mental. Muchas veces cuando se habla de género algunos hombres reaccionan negativamente porque se sienten acusados y señalados principalmente en lo que se refiere al maltrato y la violencia intrafamiliar. No pretendo atacar a los estereotipos y cultura de los hombres del pasado y del presente. Mi deseo es contribuir de manera positiva con el valor de ser padre hoy y mañana.

He realizado un pequeño estudio cualitativo con un grupo de jóvenes de mi comunidad, con el fin de apoyar este artículo acorde a la realidad. Así apliqué un cuestionario de 12 preguntas abiertas y cerradas que detallo a continuación.

Los jóvenes con edades entre 12 y 22 años, procedentes de quince colegios privados, tres públicos y dos universitarios. El 50% reside con sus madres y padrastos y el 45% con ambos padres y el resto con la madre y uno con su padre solamente.

La descripción que dieron al rol de padre en su mayoría fue la siguiente:

→ Responsable, amigo, cuida a sus hijos, atento, comprensivo.

Mientras que la minoría lo describe así:

- Dedicado, comprensivo, bueno, el que "da plata"
- y el ejemplo, el que nunca dice no, trabaja, da amor, es fiel, generoso, no muy exigente.

El 70% opina que no existen diferencias entre los deberes y las responsabilidades de padre y madre; mientras que un 30% considera que si existen diferencias y las clasifican de la siguiente manera: el padre trabaja: es el responsable de los gastos de ropa, vivienda, alimento, educación, da el ejemplo, guía por el camino del bien, es bueno, no maltrata, cuida su familia, es amable, tiene criterio, da amor. La madre: trabaja, aconseja, cuida, ama, educa, vela por la salud, comprende, respeta a sus hijos, limpia la casa, no pelea con el padre.

Los jóvenes consideran que se aprende a ser padre; con la práctica y comprensión, madurando, aprendiendo a tener compromisos, imitando a su padre (si lo tiene), siguiendo el consejo de los mayores, leyendo, escuchando a otros jóvenes, con la vivencia; sólo un joven mencionó que esto no se aprende.

En sí, el 100% opina que la responsabilidad de la reproducción humana y de dar amor a los hijos es de la pareja en conjunto. Consideran que la edad ideal para ser padres está entre los 25 y 30 años de edad (solo dos indican que entre 18 y 40 años); la razón es porque a esta edad ya se ha madurado, se es más responsable, han terminado sus estudios, se puede sentir más preparado, se trabaja o tienen recursos, se lleva una vida seria, se es mayor de edad, se tiene criterio formado, se está preparado para tener una familia.

Con respecto a que piensan del concepto androginia una mayoría expresa lo siguiente: estar de acuerdo en que no hay oficios específicos según sexo; todos (as) debemos trabajar por igual, es la mejor manera de

armonizar con la pareja, cada quien debe hacer lo que le gusta y los padres deben dar el ejemplo a los hijos; otra minoría cree en la igualdad pero las actividades deben ser diferentes y que las tareas del hogar se deben repartir.

La sociedad ha establecido que es lo propio de las mujeres y de los hombres, ha establecido sus propios modelos de feminidad y de masculinidad y obliga a todos a ajustarse a estos patrones.

Tanto hombres como mujeres tenemos una sola diferencia que es nuestro sexo, toda persona nace con el fin de ser feliz, y esta felicidad está relacionada con la libertad de hacer lo que le haga sentir satisfecho consigo mismo sin necesidad de seguir patrones antiguos impuestos por una tradición básicamente machista

Se ha criticado mucho a la mujer con respecto a que somos nosotras las que formamos generalmente a los hombres, se cría diferente al varón que a las damas y clasificamos las tareas del hogar; por ejemplo de acuerdo con el sexo se les dice que "los hombres no lloran", los enseñamos a ser machos; luego sufrimos la poca cooperación de los varones en el hogar, cuando son grandes o cuando inician en la vida de pareja como hombres que no saben ayudar; es más, ellos mismos sufren al no poder subsistir organizadamente cuando han tenido necesidad de vivir solos. Definitivamente no son todas las que han criado a sus hijos (as) de esta manera pero sí la mayoría y podemos notar como aún persiste la idea entre jóvenes de hoy.

En lo que se refiere a la androginia en la paternidad, tiene que ver con la igualdad y la satisfacción que se siente al realizar actividades de todo tipo sin tomar en cuenta el sexo al que pertenece. Por ejemplo una niña, dama o mujer realice, juegue o tenga por oficio la mecánica, sastrería o electricista; un niño, caballero u hombre juegue, tenga por oficio ser enfermero, secretario o modisto, este concepto ha sido más aplicado a la vida de muchas mujeres que son

madres y asumen las responsabilidades del hombre y están satisfechas de hacerlo, (trabajamos en lo que se amerite y atendemos el hogar con todas sus implicaciones), en tanto que los hombres, por lo general, débilmente desarrollan su rol como padres, y se quejan y critican a las mujeres por no hacer mas y sobre todo porellos.

El rol , los deberes o responsabilidades del padre no deben ser diferentes a los de ser madre, por supuesto que los hombres no se van a embarazar ni van a parir, pero si en tales casos, debe haber una complementación como pareja; al fin de cuentas deben ser ayuda idónea el uno para el otro, y viceversa. Los jóvenes en estudio en su mayoría reconocen esta igualdad aunque no la tienen claramente definida; porque en ningún momento asignan tareas al padre que tradicionalmente han sido realizadas por la madre.

Si hay que barrer, trapear, cocinar, cocer, lavar, tender la ropa, planchar, limpiar el polvo, hacer la jardinería, bajar la temperatura del hijo (hija) con fiebre, cambiar el pañal, acompañar a la cita médica ,saber de los cólicos de la hija que comienza a menstruar, cambiar la llanta del auto o de la bicicleta etc, podría ser realizado independientemente por el padre o la madre.

En las relaciones de hoy en día se habla muy superficialmente de la necesidad de igualdad en la pareja, sin embargo en la implementación la gente se confunde. Tenemos que aprender a ser personas ideales con inteligencia emocional, hay que buscar, sentir la necesidad de comprender lo que somos, necesitamos, pensamos y hacemos como hombres y mujeres. Lo anterior incluye lo que es la educación emocional, la cual debe promoverse más; sobretodo en la infancia, época en la que se aprende habilidades, conductas, hábitos emocionales como por ejemplo: la autoestima, la relación y el amor para con uno mismo y los demás.

Los cursos prematrimoniales, contratos matrimoniales y encuentros matrimoniales podrían ser más enfáticos, en cuanto que incluir por ejemplo lo que es la relación emocionalmente cultivada que se caracteriza por el reconocimiento de derechos y responsabilidades iguales. Se trata de cooperación en donde los dos pudiesen pedir lo que se desea y ninguno haga lo que no quiere. No somos "marcianos ni venusinas", sino terrícolas que podemos entendernos de una manera entre aceptable, buena o excelente si hablamos el mismo idioma. No es tarea fácil, el desarrollar una personalidad o relación emocionalmente cultivada o con un adecuado nivel de inteligencia emocional. Acepto que somos seres humanos diferentes unos de otros; pero tan parecidos al que nos creo , que es perfecto y es amor. Por lo tanto nos debe animar y hacer pensar que todo es posible tan sólo si lo creemos.

* BIBLIOGRAFÍA

López Tiberio (1997), **Como Humanizar las Relaciones Interpersonales**. San Pablo, Santa Fe de Bogotá.

Karin B. Martín D. (2000) **Que es Inteligencia Emocional**. Editorial EDAF. Madrid.

Reeder S, Martín Konlak D (1995) **Enfermería Materno Infantil**. 17a Edición, Mc Graw Hill. Interamericana . México. D. F.

Steiner Claude (1998). **La Educación Emocional**. Grupo Zeta, Madrid.

Apuntes del Modulo Género y Sexualidad Reproductiva Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Panamá.

Wildman Leo Paz (1998) **Cómo Amarte a ti mismo y a los demás**. Editorial Diana . México.

SER HOMBRES INICIANDO UNA NUEVA ERA



Por:

LICDA. MARTA ISABEL ICAZA C.

Fondo de Población de las Naciones Unidas.

NUESTROS HOMBRES: SON NUESTROS PADRES, HERMANOS, HIJOS, COMPAÑEROS, AMANTES, NO SON EXTRAÑOS, SON NUESTROS...LOS AMAMOS, LOS DESEAMOS. QUEREMOS COMPRENDERLOS, ENTENDERLOS Y REAPRENDER CON ELLOS A COMPARTIR PERO...DE UNA MANERA DIFERENTE.

Ser hombres en esta era, pero claro desde el punto de vista de una mujer...Sí mujer, pero que de alguna manera contribuye a la formación de hombres y mujeres de nuestra sociedad.... al menos del muchacho que tengo en casa...

Cada tiempo representa nuevos retos, y se trata de retos que buscan llevar a la humanidad a mejores niveles de vida. Y ¿ qué son esos mejores niveles de vida? es ir más allá de satisfacer nuestras necesidades básicas, alcanzar mejores estatus individuales, desarrollar interrelaciones de calidad, sentirse a gusto con uno mismo y sobre todo con las personas que amamos y con las que convivimos día a día.

Suena muy bien eh!!!, más aún, si reflexionamos sobre los adelantos científico-tecnológicos que cada vez nos permiten a las personas alcanzar mayor cantidad de años de vida y que estos años sean de calidad.

Pero como lograr esa armonía interna que se traspasa a nuestra vida externa. Veamoslo desde lo que significa ser hombre, o adquirir la identidad masculina.

Las personas nos comportamos y llegamos a ser lo que creemos que somos y podemos hacer. No podemos ser algo diferente de los que estamos convencidos que debemos ser, nuestro comportamiento en la vida, nuestras relaciones con los demás, la forma en que nos vamos a proyectar e incluso la forma en que vamos a cuidar de nosotros o no de la salud de quienes nos rodean y dependen de nosotros, de nuestra

salud y la salud de quienes nos rodean y dependen de nosotros, va a estar en estrecha relación con la idea que tenemos de nuestra persona y de cómo debe ser esa persona.

Las dificultades vienen cuando la idea que construimos de cual debe ser nuestro comportamiento, no corresponde con la realidad, esto produce un desequilibrio interno, que afecta nuestras relaciones, nuestra forma de convivencia y la calidad de vida de las personas que se ven afectadas por esa falta de concordancia.

La forma en que un significativo porcentaje de nuestros hombres aprenden cual debe ser su comportamiento, no siempre corresponde con lo que es mas adecuado para su salud y su convivencia. Es más muchas veces se trata de un proceso de construcción de la identidad que promueve la intolerancia, la sociedad permea en cada una de las personas una serie de ideas, actitudes y comportamientos que están influenciados por estereotipos rígidos, que no corresponde a la realidad.

Sin embargo, en contraposición, existe otro sector de la población masculina que busca alcanzar mejores niveles de vida de la construcción de relaciones de igualdad. A través del respeto y del hacerse valer, haciendo valer, por consiguiente, actúan con plena conciencia de la importancia de su autocuidados, de cómo inciden en la vida de otras personas y sobre todo de cómo cada uno de sus actos implica asumir una responsabilidad que se enfrenta con la madurez.

Para el primer grupo de hombres al que nos hemos referido, ser hombres los coloca en posiciones vulnerables, pues significa correr riesgos, competir, mostrarse físicamente fuertes, robustos, atrevidos. Ser hombre es interpretado como sinónimo de poder tomar lo que se desea, cuando se desea sin respetar, ni entender los sentimientos y derechos de las demás personas,

es opacar los propios sentimientos para mostrar una coraza dura: "¡Yo no me dejo!".

Pero el asunto es todavía peor, porque en esa confusión que tienen, al intentar ocultar sus emociones y sensibilidad, su esencia humana, que es lo real, lo verdadero, no sólo se niegan el derecho a expresar sentimientos, sino que asustan alejan y apartan a quienes lo aman, quienes están cerca de ellos es por miedo, temor y muchas veces pánico. Sus actos los exponen constantemente a la posibilidad de contraer y transmitir enfermedades, constantemente exponen su vida y atentan contra la vida de quienes dependen de ellos, fácilmente cometen actos violentos y es generalmente contra las personas más débiles de su entorno inmediato.

En cambio, el segundo grupo, nos referimos al grupo que ha aprendido y está aprendiendo a ser hombres en una nueva era, son aquellos que aceptan su masculinidad como tal, con fortalezas y debilidades, es decir como humanos, con sentimientos, que valoran dar, tanto como recibir, como leía este fin de semana, escrito por un prestigioso economista español (San Pedro José, 1999): "¡ que grande es esto de cuidar a alguien... ! porqué no lo habré hecho más... eso de cuidar así...". Estos hombres se han enfrentado al nuevo paradigma que representa ser hombres, venciendo algo muy difícil: el miedo a reconocerse tal y como son, para luego estar en capacidad de aceptarse.

Es en este grupo, que en contraposición al modelo no real, muestran su masculinidad y virilidad a través del compartir, del saberse y sentirse responsables; responsables por la propia persona, por la propia salud, por la decisión de tener o no hijas (hijos), por acompañar a sus hijas e hijos en su crecimiento y por supuesto crecer con ellos (as), como verdaderos hombres, enseñandoles el ejemplo, lo que es ser hombres-humanos que responden a una realidad cotidiana, al diario hacer, no a una fantasía que los distancia y aparta de la

cotidianidad...de la gente...de su gente.

Cuando hablamos del hombre de esta nueva era , se trata de una persona con una buena autoestima, una persona segura de sí misma, que para sentirse bien no tiene que mirar a nadie por encima del hombro, ni tampoco sentirse inferior, se siente igual. Contribuye por igual en su casa, en la crianza de los hijos e hijas, también participa por igual. Es capaz de entender las necesidades de su compañera, con la que comparte, dialoga y conversa, siempre sobre la base del respeto y los derechos de las personas, ya sean niñas (os) adolescentes o personas adultas.

Maneja más fácilmente el fracaso, no lo sobredimensiona; como ser humano que es, susceptible a equivocarse, reconoce sus errores, modifica y sigue adelante. Su vida es menos estresada y las dificultades de pareja las maneja de mejor manera. Así mismo es capaz de preocuparse y asumir con responsabilidad su salud, la salud de sus compañeras e hijos (as), por hacer tareas domésticas., por escuchar opiniones diferentes a la suya, tampoco se es

menos viril por aprender a llegar a consensos cuando hay puntos de vista divergentes es decir, por ser tolerantes y en todo caso reconocer que su verdad, no es la única.

Existen muchos comentarios y descubrimientos de hombres que reconocen el cambio en sus vidas, al ejercer su masculinidad desde el enfoque equitativo. Algunos mas temprano que otros, lo han descubierto y sobre todo sentido, todos coinciden en lo diferente que es vivir liberados de la presión de tener que mostrarse como no son, para dejar ver lo que si son: hombres, hermanos, hijos, esposos, padres.....pero sobre todo humanos!

* BIBLIOGRAFÍA

San Pedro , José Luis.(1999) **La Sonrisa Etrusca**. Editorial Plaza & James, España.

UNFPA (2000) . Estado de la Población Mundial 2000. **"Vivir Juntos en Mundos Separados": Hombres y Mujeres en Tiempos de Cambio."**

PATERNIDAD RESPONSABLE



Por:

LICDA. LIGIA DE HERNANDEZ

Profesora Titular Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá
Facilitadora del Módulo
Maternidad y Paternidad Segura.

Históricamente el cuidado y crianza de los hijos en el hogar ha sido por excelencia un papel que se asignó a la mujer; entendiéndose como una condición natural asociada al embarazo, lactancia y la permanencia de la misma en el hogar.

Definitivamente que la misma naturaleza provee a todo ser humano de condiciones propias para la subsistencia, pero aún así el recién nacido a diferencia de las demás especies; es el más desvalido, necesita de otro ser humano que le satisfaga sus necesidades básicas para sobrevivir. Estas necesidades deben ser dadas por un cuidador.

El cuidador establece lazos en el momento que brinda cuidados en una forma muy significativa para el que recibe los mismos: el hijo (a). El que cuida muestra interés, atención, afecto lo cual guarda en su memoria, por otro lado el que recibe los cuidados responde utilizando los sentidos y guardando esta experiencia como base para el desarrollo de su personalidad.

Es cierto que el padre en su papel tradicional de sustento económico de la familia ha variado en respuesta a los cambios de la producción y en nuestra América Latina por efecto de nuestras características propias tanto históricas como de desarrollo, la diferenciación del trabajo sexual y los estereotipos aun afectan a la población profesional y no profesional.

El cuidado y crianza siempre fue llevado por la familia, la mujer generalmente recibía apoyo de las abuelas, alejando un poco al padre por considerarlo "poco experto en algunos cuidados específicos" como bañar al recién nacido, y cargarle. Siempre se ha mencionado el instinto materno como clave a todas las respuestas al cuidado y la crianza. Nancy Chodorow (1984) sostiene que las hormonas no preparan para la maternidad y que los hombres también pueden volverse maternos y responder a los bebés y niños". Puede advertirse que el papel tradicional

de género ha relegado al hombre a su papel de sustento económico y a la mujer a la atención de hijos, casa y familia.

En nuestra práctica de enfermería hemos visto infinidad de casos en la atención a madres, niños y familia resultando que algunas parejas asumen su papel de padres sin ser los padres biológicos, otros siendo los padres biológicos abandonan el cuidado y crianza y hay abuelas y abuelos que han asumido el cuidado de los niños y la crianza, hay hombres que se han responsabilizado por el cuidado de sus hijos en ausencia de la mujer y otros que han abandonado el cuidado de los mismos para cuidar otros hijos no biológicos y estas estadísticas se tornan preocupantes cuando el 22.3% de las mujeres en Panamá son cabeza de familia según el informe Clara González (1999). Es decir que el papel paterno o materno puede asumirse por hombres o mujeres indistintamente, pero que la mujer queda generalmente sola al cuidado y crianza de los hijos y aún más; demandando su pensión alimenticia.

Las características que deben acompañar el papel de padre como cuidador (humano que cuida a otro ser humano) son: deseo de cuidar, valores entre ellos responsabilidad, compromiso, conocimiento de cuidados hacia el niño (a) y realizar acciones propias del cuidado y el tiempo en términos de calidad asumiendo las jornadas y el transporte a los lugares de trabajo.

Sin embargo para reforzar el vínculo entre el padre y sus hijos y promover el cuidado y la crianza como una tarea realmente humana, valiosa y con grandes repercusiones para la estabilidad biosicosocial del hijo (a) y del grupo familiar, se requiere de una promoción constante para hacer la vinculación del padre a sus hijos y la adopción del papel de cuidador. Puede señalarse que Katryn Barnard (1999) en su Teoría de nivel medio "Modelo de Interacción padres - hijos" menciona que el cuidador se comporta con arreglo a un estilo básico de

conducta y con un nivel de habilidad que constituyen características duraderas: la capacidad adaptativa de esta persona se ve influida por las respuestas del bebé y por el apoyo que recibe de su entorno.

El personal de salud tiene la primera oportunidad de vincular al padre con su vástago, al utilizar la tecnología; el ultrasonido permite escuchar el latido cardíaco y ver los movimientos del feto, esto produce la primera comunicación de unión y vemos la modificación del rostro por el padre y es realmente muy satisfactorio; también es necesario vincularlos al proceso del embarazo, labor y parto para fortalecer el cuidado y la crianza por parte del padre.

Podemos decir que los padres también pueden desarrollar comportamientos de cuidados de niños tales como:

Atender las necesidades: baño, alimentación, seguridad.

Conocer al niño: jugar con ellos, saber sus preferencias, paseo, conversar.

Demostrar disponibilidad: llevar a las citas de control de crecimiento y desarrollo, consultas por morbilidad, asistir al colegio; demostrar seguridad: cargarle al cruzar la calle, agarrarle de la mano;

Respetar la dignidad del niño: escuchar sus negativas, preferencias, y hablarle.

Paciencia en el cuidado del niño: conocer las características propias a las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.

Puedo señalar que necesitamos aprender para desaprender los roles tradicionales y realizar este nuevo entrenamiento para retomar el nuevo papel paterno para lograr el establecimiento de las relaciones del hombre como padre, satisfaciendo las necesidades de sus hijos y estableciendo una relación de equidad con su pareja, la disminución de la violencia contra las mujeres y los menores y finalmente fortalecer la fidelidad a la pareja (segunda causa de divorcio en Panamá).

El efecto de la crianza es significativa y la sociedad se avoca a valores que perduren, es pues el efecto de la paternidad si el padre puede dar amor, establecer la disciplina en forma flexible, recibir valores, respeto a las personas, honradez, amor al trabajo, respeto a la mujer, valorar la vida y defenderla, así el padre podrá ser el modelo que asegure el desempeño del papel de padre en un futuro. La paternidad en sí tiene su aspecto cuantitativo al satisfacer necesidades: vestido, vivienda, alimentos y vida cómoda; sin embargo también existe la cualitativa donde lo mencionado anteriormente se ajusta a lo que no vemos pero define al hombre de bien que ha recibido una "buena crianza".

La sociedad cambia rápidamente, pero la familia subsistirá en cuanto todos (as) trabajemos en la educación formal incluyéndolo en sus contenidos durante el desarrollo de su carrera en los diferentes niveles educativos, pero innegablemente que la familia deberá asumir los papeles formadores primarios donde reorganicen la parentalidad para que sea compartida entre hombre y mujer, la familia también requiere de la educación no formal ya que la escuela no es el único lugar donde ocurre el aprendizaje ni puede asumir por sí sola la función educacional en la sociedad, existen grupos que apoyan llevando también esta labor silenciosa, pero que no puede llegar tal como se necesita.

Las legislaciones tratan de abordar el problema trabajando en disposiciones no tradicionales como son las pruebas de ADN en aquellos casos donde se niega la paternidad. Y también vinculando al padre al tiempo que también dure la licencia por gravidez sin que en muchos lugares tenga la acogida necesaria.

Los cambios en la producción actualmente alejan por periodos grandes a los padres de la crianza de sus hijos, la situación es definitivamente dura, pero también vemos el mundo globalizado que se cierne sobre la familia afectándola probablemente con más bienes

materiales pero con menos tiempo disponible, hemos sido testigo que gran cantidad de hombres han perdido sus empleos y han tenido que asumir ellos el papel de permanecer en el hogar y realizar las actividades que tradicionalmente ejercían las mujeres y también he visto como se han desempeñado y han tolerado con altruismo su papel. Podemos decir con la siguiente lámina que hay: un nuevo papel para los hombres.

* BIBLIOGRAFÍA

Benitez Blanca y Rosa de Sullivan(1998) **Obligatoriedad de la Pensión Alimenticia a la Mujer Cabeza de Familia y sus Hijos.** Universidad de Panamá-Enfermería.-Monografía

Chorodow Nancy (1978) **El Ejercicio de la Maternidad.** Editorial Gedisa. España.

CEPAL/ ONU.(2001) **Diagnostico Sobre Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en Panamá.**

Fondo de Población para las Naciones UNIDAS. **Un Nuevo Papel Para Los Hombres.**

Tomey Ann Marriner (1999). **Modelos y Teorías de Enfermería.** 4ta Edición. Harcourt Brace. España.

Movimiento Familiar Cristiano. (1999) **Ciclo Básico de Formación I y II nivel.** Panamá.

Movimiento Familiar Cristiano. (1995) **Cursos Prematrimoniales.** Panamá.

Ministerio de Trabajo y Bienestar Social (1999) Informe Clara González **Situación de la Mujer en Panamá.**

Scott Jacqueline y Melva Scott(1998) **Rol del Hombre y la Mujer Dentro del Núcleo Familiar y La Sociedad En un Grupo de Parejas en la Comunidad de Colonias del Prado-Juan Díaz- Universidad de Panamá-Enfermería- Monografía.**

Acuérdense de la fuerza del amor

El amor es la más asombrosa vivencia
Que toca nuestras vidas.
Da forma y realidad al mundo
En que queremos vivir.
Desde los primeros días de existencia
Ya sabemos que el amor es la fuerza
que nos consuela y protege;
es el único sentimiento
que siempre estará presente
para ayudarnos a vivir
El amor es comprensión
Y seguridad, firme, sin cambiar;
nos permite olvidarnos de fingir
y sentirnos seguros

Al unirse los dos
Y prometerse amor mutuo,
Acuérdense de las lecciones de amor
Que siempre han conocido.
Dejen que el amor los consuele, sostenga
Y les de coraje.
Dejen que el amor sea lo mejor de sus vidas;
estén seguros de que siempre
aliviarán sus penas,
y transformarán su mundo
en un lugar feliz.

Dena Dilaconi
Antología de poesías
Editada por Susan Polis Schutz



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

A

1. INVESTIGACIÓN

R

2. PROMOCIÓN

E

SERVICIOS

1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
2. PROGRAMA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.
3. PROGRAMA DE PATERNIDAD RESPONSABLE.
4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES
 - a. DILE NO
 - b. INFORMATE : UN ROTAFOLIO PARA ADOLESCENTES.
5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMAS.
6. PROGRAMA DE PREPARACIÓN AL MATRIMONIO
7. PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FIBROMAS UTERINOS Y OVÁRICOS POR ULTRASONIDO.
8. PROGRAMA DE MANEJO DEL CLIMATERIO
9. LINEA DE AUXILIO PARA EL APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA.
10. CONTROL PRENATAL.
11. PREVENCIÓN DE VIH - SIDA.

A

1. EXTENSIÓN

S

- INTERFACULTADES
- INTERUNIVERSITARIA