

ARTÍCULO DE REVISIÓN/ REVISION ARTICLE

ESTADO DEL ARTE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MORBILIDAD FEMENINA Y MORTALIDAD MATERNA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. SINCELEJO.

State Of The Art Of Sexual And Reproductive Health In Female Morbidity And Maternal Mortality From The Perspective Of Gender. Sincelejo 2002 - 2007.

* Gladys del Carmen Álvarez Sampayo¹

Recibido: enero 28 de 2015.

Aprobado: marzo 4 de 2015.

Resumen

Objetivo: Describir el estado del arte de la salud sexual y reproductiva en morbilidad femenina y mortalidad materna desde la perspectiva de género para establecer las bases para el desarrollo de nuevas investigaciones conducentes a la comprensión del papel de la mujer en los ámbitos personal, familiar y social y a la búsqueda de la equidad de género y su perspectiva. **Materiales y Método.** Investigación documental cuyo objeto de estudio lo constituyeron 5 investigaciones realizadas en el Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre en la temática de morbilidad femenina y mortalidad materna en el período comprendido entre los años 2002-2007; la unidad de análisis la constituyó cada una de las investigaciones. Se utilizaron como instrumentos de recolección de información una Matriz para la selección de investigaciones y una Ficha Analítica de Investigación. Las categorías de análisis fueron: contextualización, temas abordados, enfoque teórico, líneas de conclusiones y recomendaciones. En el análisis de la información se utilizó una Matriz de Análisis de las investigaciones según categorías y se basó en la hermenéutica. **Resultados.** El 100% de las investigaciones son de tipo formativo y en su mayoría corresponden a diseños y enfoques cuantitativos. No se evidencia la articulación del enfoque de la salud desde la perspectiva de género y su conceptualización. **Conclusiones.** El estado del arte permitió determinar una mayor orientación del enfoque de salud a las teorías biopsicosocial y ecosocial y el enfoque de género integracionista con predominio del modelo tradicional de género.

Palabras claves: Morbilidad- mortalidad materna- Género- Salud Sexual, Salud Reproductiva, Rol.

Abstract

Objective: To describe the state of the art of sexual and reproductive health in female morbidity and maternal mortality from a gender perspective. This work seeks to establish the basis for developing new research leading to the understanding of the role of women in personal, familial, and social environments and the search for gender equity and a gender perspective. **Methods:** Documentary research studying five female morbidity and maternal mortality investigations completed within the Nursing Program at the University of Sucre between the years 2002-2007; the unit of analysis is each individual case. A Matrix was used as a data collection mechanism and as an analytical tool for research. The categories of analysis were: contextualization, issues addressed, theoretical approach, conclusions, and recommendations. A Matrix Analysis was used to analyze information categorically and based on hermeneutics. **Results:** 100% of the cases are training events and generally correspond with quantitative designs and approaches. There is no evidence of a joint focus on health from the perspective of gender and its conceptualization. **Conclusions:** The state of the art demonstrates a health approach with greater orientation toward the biopsychosocial and eco-social theories, and the gender integrationist focus is dominated by the traditional model of gender.

KEY WORDS: Morbidity, Maternal mortality, Gender, Sexual Health, Reproductive Health.

¹ Licenciada en Enfermería, Magíster en Proyectos de desarrollo social, Docente titular de la Universidad de Sucre.

* **Correspondencia:** Correo electrónico: gladys.alvarez@unisucre.edu.co

INTRODUCCIÓN

La Investigación es una actividad esencial para contribuir a la solución de los problemas del entorno y a la búsqueda de nuevos modelos de atención en salud. En el Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre, se han realizado estudios de investigación acerca de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las mujeres de la región tratando de contribuir a la solución de los problemas de salud y al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La investigación en SSR debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre los criterios de intervención y acciones a tomar, ya que existen vacíos importantes y de confiabilidad de la información que señalan la urgencia de orientar los esfuerzos investigativos en las áreas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva define la SSR como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. (1).

La SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de las personas frente a los servicios de salud. (2). Esta inequidad configura una problemática prioritaria para la salud pública de los colombianos, entre los que se encuentran, altos índices de mortalidad materna, la deficiente atención prenatal, carencia de exámenes preventivos de cáncer de cuello uterino y de mama y la violencia sexual contra la mujer.

Existen relaciones de morbilidad materna extrema con la precariedad económica, la presencia de la violencia estructural y de género,

los impactos del funcionamiento burocrático del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el desencuentro de las narraciones de las mujeres con las de los servicios de salud. (3)

Además, se dan factores de vulnerabilidad frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR y a la existencia de estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. (1)

El tema de la sexualidad y la reproducción está afectado por muchos condicionamientos culturales, en donde las determinaciones de género expresan los patrones, valores y pautas de comportamiento de hombres y mujeres. Las relaciones de subordinación de la mujer con respecto al hombre, por lo general tiene su expresión en el campo de la sexualidad, a través de los mitos y valores asociados a los cuerpos, sus dificultades para tomar decisiones sobre su cuerpo y su bajo empoderamiento, entre otros.

Además, es importante considerar que a pesar de que la atención materno-infantil es una prioridad, las maternas experimentan dificultades con los servicios, dada la problemática del aseguramiento, la fragmentación de servicios en la contratación, ligada a la competencia por bajos precios, y la posición dominante de las aseguradoras.(4)

En materia de SSR, Colombia se ha trazado unas metas particulares que apuntan al logro del quinto objetivo del Milenio (Mejorar la Salud Materna), las cuales son: Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna y Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva. En esta última meta, los indicadores se orientan a la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres y adolescentes actualmente unidas y no

unidas sexualmente activas, al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo y a la tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres). (5). Como se puede observar, los indicadores no consideran a la población masculina.

Para que exista equidad de género se requiere de una distribución justa del poder, de los beneficios, recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. Entre éstos, hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y control de los recursos, lo cual genera inequidad de género. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. (6).

Por otra parte, es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarquen el concepto de salud integral, el cual considera la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida con la finalidad de aplicar la perspectiva de género en los programas de atención de la salud.(7).

La perspectiva de género en el tema de la salud ayuda a entender e interpretar mejor la realidad, referidas a las diferencias en morbilidad y mortalidad y a los determinantes de salud en los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, investigación y distribución de recursos. Así, considerar el género, supone tener en cuenta cómo inciden las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres y la construcción social de la femineidad y la masculinidad en la salud. (8).

Una estrategia para transversalizar la perspectiva de género puede incluir iniciativas afirmativas dirigidas bien sea a las mujeres o a los hombres. Esta transversalización lograría hacer de los problemas y experiencias de ambas poblaciones, una dimensión integral del proceso de planeación, control y evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de tal

manera que no se perpetúe la desigualdad. (6).

La Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres busca poner en marcha un conjunto de acciones estratégicas sectoriales articuladas que permitan avanzar en la superación de la discriminación, garantizando el ejercicio de los derechos de las mujeres. Uno de los ejes de esta Política es la Salud integral y derechos sexuales y reproductivos. (9).

En la 67° Asamblea Mundial de la Salud, se identificó la necesidad de conceder más atención, entre otros, a la mortalidad materna; las desigualdades de género; la violencia contra la mujer; los cánceres relacionados con la reproducción; y la participación de los hombres. (10).

Según datos de las Naciones Unidas, a nivel mundial, la mortalidad materna se ha reducido un 45% desde 1990. Se calcula que en 2013 fallecieron cerca de 290.000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto, comparado con más de medio millón en 1990. (11).

En Latinoamérica y el Caribe, el reporte indica una reducción de un 40% desde 1990, cuando se reportaron 17.000 muertes y en el 2013 la cifra descendió a 9.300 muertes en la región. En 2013 en Colombia se reportaron 760 muertes maternas y 910 en 1990. (12).

A pesar de que las cifras están disminuyendo, las enfermedades preexistentes están cambiando el perfil de la mortalidad materna en el mundo. Uno de cada cuatro decesos se debe a condiciones de salud como la diabetes, el VIH, la malaria y la obesidad, cuyos impactos pueden ser agravados por el embarazo, siendo la causa de un 28% de las muertes maternas a nivel mundial, seguido por las hemorragias. (12). El estudio demuestra que se registran 33 muertes maternas por hora, lo cual continúa siendo un número inaceptable, especialmente por la evitabilidad de la mortalidad materna. (12).

Una muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores como la carencia de oportunidades, la desigualdad socio-económica o familiar de la mujer y el acceso a los servicios de salud de calidad. La muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, considerando que se encuentra en edad reproductiva y productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia.(13).

En el aspecto de las enfermedades de la mujer es importante considerar a la morbilidad femenina diferencial, la cual hace referencia al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, ya sea porque sólo en ellas se pueden presentar o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino.(14). Puede ser causada por las diferencias biológicas con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos. También se consideran aquellas enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, tiene alta prevalencia en la mujer y son causa de enfermedad, discapacidad o muerte prematura, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas y la ansiedad y depresión. (14).

Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus, o la obesidad. (14). Estos riesgos se relacionan con el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, el rol de cuidadoras de la familia y de su entorno, incluida la sobrecarga del trabajo doméstico en condiciones muy precarias y la falta de autocuidado en salud, entre otros.

Con base en lo anterior, es necesario desarrollar investigaciones y buscar estrategias para invertir en intervenciones basadas en la evidencia, que incluye entre otros, mejorar la calidad del cuidado prenatal, asegurar que todo parto sea asistido por un proveedor o proveedora competente y monitoreo de la salud de las mujeres, especialmente aquellas que presentan condiciones médicas preexistentes. (12).

Además, es imperioso fomentar la construcción de capacidades en SSR, generando acciones intersectoriales orientadas a promover las condiciones socio-económicas, políticas y culturales que permitan el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial, con participación comunitaria efectiva. (10).

El objetivo del estudio consistió en describir el estado del arte de la Salud sexual y reproductiva en morbilidad femenina y mortalidad materna desde la perspectiva de género para establecer las bases de desarrollo de nuevas investigaciones conducentes a la comprensión del papel de la mujer en los ámbitos personal, familiar y social y a la búsqueda de la equidad de género y su perspectiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación documental, orientada a analizar el estado del arte en el área de SSR, en particular en la morbilidad femenina y mortalidad materna considerando la perspectiva de género. El objeto de estudio lo constituyeron 5 investigaciones realizadas en el Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre relacionadas con la morbilidad femenina y la mortalidad materna, en el período comprendido entre los años 2002-2007, acudiendo a la hermenéutica como el elemento estructurador del proceso de construcción del estado del arte. La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las investigaciones. Se elaboró un sistema categorial, como el sistema

teórico-metodológico de la investigación, el cual incluyó las categorías centrales relativas a: contextualización, temas abordados, enfoque teórico, líneas de conclusiones y recomendaciones.

El análisis e interpretación de las investigaciones, se fundamentó en referentes conceptuales, reconstruyendo el saber acumulado, generando nuevos conocimientos alrededor de la problemática identificada y efectuando propuestas que permitieran transformar la realidad social orientada a la valoración social de la mujer como sujeto de salud, dentro de la perspectiva de género.

Para determinar si el trabajo pertenecía o no al tema de estudio, se efectuó una confrontación de la temática a través de la revisión de problemas y objetivos; se diseñó y aplicó una matriz para la selección de investigaciones a cada uno de los trabajos, para calificarlo y determinar si reunía las condiciones mínimas según la escala de evaluación establecida. Efectuada la confrontación de temáticas, problemas y objetivos, se formularon las categorías de análisis, el marco contextual y los referentes conceptuales. La elaboración del sistema categorial propio de esta investigación fue un proceso transversal.

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento denominado “Ficha Analítica de la Investigación” (FAI), las cuales se revisaron con el fin de hacer un análisis de

consistencia interna de cada estudio. El análisis de la información se basó en la hermenéutica y se usó una Matriz de Análisis de las investigaciones según categorías con el fin de analizar y sintetizar la información obtenida a través de las FAI; las categorías se relacionaron en una fila y las investigaciones en las columnas.

RESULTADOS

● **Caracterización general de las investigaciones.** El total de investigaciones seleccionadas fue de cinco (5), de las cuales todas fueron desarrolladas por estudiantes del Programa de Enfermería como trabajo de grado para la obtención de título, bajo la dirección de un docente investigador. Correspondiendo así el 100% a la investigación formativa.

Los trabajos de investigación en su totalidad fueron llevados a cabo en el Municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre.

Los directores de trabajo de grado en su mayoría fueron Profesionales de Enfermería en un 80% (4) y Médico un 20% (1).

Los trabajos de investigación seleccionados se agruparon en las áreas temáticas de Morbilidad femenina y mortalidad materna. (Ver Cuadro 1).

El mayor número de estudios se encuentran en las áreas temáticas de Morbilidad femenina con un 80% (4) y Mortalidad materna un 20% (1).

Tabla 1. Trabajos de investigación agrupados según área temática en SSR

| # | Trabajos de Investigación en SSR | Áreas temáticas |
|---|---|---------------------|
| 1 | Perfil de la gestante que asiste a la UMI San Luis de Sincelejo, 2002 | |
| 2 | Efectos psicosexuales de la histerectomía en la relación de parejas según la opinión de las mujeres histerectomizadas del Barrio Costa Azul, Sincelejo, 2002. | Morbilidad femenina |
| 3 | Dimensión psicológica y social de las mujeres mastectomizadas que asisten al Instituto de Cancerología de Sucre. Sincelejo, 2007. | |
| 4 | Relación entre paridad tardía y aparición de enfermedades crónicas en mujeres mayores de 50 años. Barrio Mano de Dios. Sincelejo, 2007. | |
| 5 | Factores de riesgo sociales relacionados con la mortalidad materna, Sincelejo 2002-2007. | Mortalidad materna |

• **Contextualización.** En las características sociodemográficas poblacionales evidenciadas en los estudios, predominaron los resultados presentados en el Cuadro 2.

Las condiciones y características de la población reflejan de manera mayoritaria un bajo nivel educativo, estado civil de unión libre, pertenencia al estrato uno, desempeño de roles reproductivo. Prevalece la población de adulta madura y mayor seguida de las adultas jóvenes y adolescentes

El 100% de las investigaciones (5) se realizaron en el municipio de Sincelejo; el 60% (3) se desarrollaron en sectores de la población con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), ubicadas en su mayoría en el nivel 1 del Sisbén y en las que se encuentran familias desplazadas, algunas en estado de miseria. Igualmente estos sectores, están caracterizados por un alto número de viviendas

con condiciones estructurales y de saneamiento ambiental deficientes y hacinamiento. (15).

El 40% de los estudios (2) se llevaron a cabo con población de estratos 1 y 2 que asistían a IPS públicas o privadas, procedentes de la zona urbana y rural del municipio. La IPS públicas de I nivel, hacen parte de la red pública de servicios de salud, en las cuales se atiende un alto número de la población sisbenizada de los niveles uno y dos.

Cuatro investigaciones (80%) hacen mención del área de estudio, de los cuales el estudio de mortalidad materna (20%) señala “barrios de residencia habitual de las madres fallecidas”; de las otras investigaciones en el área de morbilidad femenina 3 (60%) definen parcialmente el área de estudio. Es necesario resaltar que uno (20%) de los trabajos no hace referencia al área de estudio.

Cuadro 2. Características poblacionales según estudios investigativos

| # | Características | Información de los estudios | Frecuencia | % |
|---|------------------------|-----------------------------|------------|------------|
| 1 | Edad | 40 y más años | 3 | 60 |
| | | 18 a 35 años | 1 | 20 |
| | | Sin información | 1 | 20 |
| | | Total | 5 | 100 |
| 2 | Ocupación | Amas de casa | 4 | 80 |
| | | Sin información | 1 | 20 |
| | | Total | 5 | 100 |
| 3 | Estado civil | Unión libre | 2 | 40 |
| | | Viuda | 1 | 20 |
| | | Casada | 1 | 20 |
| | | Sin información | 1 | 20 |
| | | Total | 5 | 100 |
| 4 | Nivel educativo | Primaria completa | 2 | 40 |
| | | Analfabeta | 1 | 20 |
| | | Primaria incompleta | 1 | 20 |
| | | Secundaria incompleta | 1 | 20 |
| | | Total | 5 | 100 |
| 5 | Estrato socioeconómico | Uno | 4 | 80 |
| | | Dos | 1 | 20 |
| | | Total | 5 | 100 |

Fuente: Trabajos de investigación

➤ **Temas abordados**

-Elementos conceptuales principales de cada uno de los estudios. En los Cuadros 3 y 4 se presentan los referentes conceptuales sobre género, salud, salud sexual y reproductiva y otros referentes importantes desarrollados en las investigaciones en las áreas de morbilidad femenina y mortalidad materna.

En la mayoría de las investigaciones (80%) el *enfoque de salud* está relacionado con la teoría biopsicosocial y ecosocial. En una investigación (20%), se evidencia predominantemente el enfoque de la teoría biomédica, sin embargo, de manera general se hace alusión a algunos aspectos de la teoría biopsicosocial.

En cuanto al *enfoque de género*, en todas las investigaciones (100%) se hace mención del rol reproductivo de la mujer como ama de casa y cuidadora de la familia, y minoritariamente, en tres de los estudios (60%), del rol productivo, enmarcándose los estudios en un modelo tradicional de género. En una (20%) investigación del área de morbilidad femenina, se presentan algunos referentes relacionados con equidad, perspectiva y violencia de género.

Uno de los estudios (20%) del área de morbilidad femenina, relaciona los estilos de vida y el autocuidado en salud bajo una mirada integral, relevando el autocuidado como una acción preventiva para favorecer el control de factores de riesgo relativos al consumo de sustancias adictivas, automedicación, inasistencia médica, carencia de cuidados en su salud, entre otros.

Cuadro 3. Elementos conceptuales principales sobre Género, Salud y SSR de los estudios de investigación en Morbilidad femenina.

| # | Trabajo de investigación | Elementos conceptuales | |
|---|---|---|---|
| | | Género | Salud -Salud Sexual y Reproductiva-Otros |
| 1 | Perfil de la gestante que asiste a la UMI San Luis de Sincelejo. 2002 | <ul style="list-style-type: none"> -Desempeño de la gestante como ama de casa y cuidadora de la familia. Rol productivo de algunas gestantes sumado al rol de ama de casa y cuidadora. -Bajo empoderamiento en su localidad. | <ul style="list-style-type: none"> -Salud: Estado del cuerpo y de la mente que ayuda a desarrollar una vida dinámica y positiva y que afecta todas las fases de la existencia humana y su capacidad para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana. -Perfil de la gestante: Componente de atención prenatal y materno-infantil que permite determinar el "cuadro característico" de la población de gestantes de un determinado centro asistencial. -Estilo de vida: Conjunto de rasgos propios de la manera de ser y de conducirse la gestante, de sus costumbres y creencias. Se refiere la manera como vive y se desenvuelve la gestante en su contexto familiar y social. -La atención prenatal integra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria dirigidas a las madres y al feto durante la gestación, orientada a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. -El estilo de vida se define a partir de los aspectos socio-demográficos, hábitos y creencias sobre la maternidad, composición familiar, autocuidado y exposición a sustancias tóxicas. -Autocuidado: Actividad del individuo aprendida por éste, orientado hacia sí mismo y a su entorno con el fin de regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar -Medio ambiente: Conjunto de elementos que integran el entorno de la gestante referidos a aspectos ecológicos y laborales. -Día típico: Jornada de un día cualquiera. |

| # | Trabajo de investigación | Elementos conceptuales | |
|---|--|---|---|
| | | Género | Salud -Salud Sexual y Reproductiva-Otros |
| 2 | Efectos psicosexuales de la histerectomía en la relación de parejas según la opinión de las mujeres histerectomizadas del Barrio Costa Azul Sincelejo 2002 | <ul style="list-style-type: none"> -Mujer inserta en una cultura machista. -Maternidad como uno de los ejes de la identidad femenina. -Impacto subjetivo que la histerectomía puede tener para las mujeres. -Necesidad del soporte, apoyo y de actitud positiva de la pareja. -Histerectomías innecesarias como violación de los derechos reproductivos de la mujer y que se constituyen en violencia de género. | <ul style="list-style-type: none"> -Concepto de salud implícito al abordar un proceso quirúrgico como consecuencia de una patología y los efectos psicológicos y sexuales que éste genera en la relación de pareja. -Histerectomía: Procedimiento quirúrgico donde el útero es extraído de la pelvis de la mujer por causas que comprometen su salud e incluso su vida. -Sexualidad no relacionada directamente con la reproducción. -Sexualidad como el conjunto de formas de comportamiento del ser humano vinculado a los procesos somáticos, psicológicos y sociales del sexo. -Efectos psicológicos: Repercusión que compromete la vida emocional y/o comportamental de la mujer histerectomizada, lo cual afecta su autoestima e influye en el contexto individual y familiar. -Efectos sexuales: Repercusión que compromete sexualmente la salud física y fisiológica de la mujer histerectomizada. |
| 3 | Dimensión psicológica y social de las mujeres mastectomizadas que asisten al Instituto Cancerológico de Sucre. Sincelejo, 2007. | <ul style="list-style-type: none"> -Mujer sometida a cambios sociales generando roles reproductivos, productivos y educativos. -Rol familiar aunado a los otros roles que hacen vulnerable a la mujer en los componentes corporal, espiritual y social. -Mujer que vive en función de la familia y es socializada para servir a otros. -Generación de cambios físicos, sociales y laborales de la mujer que pueden afectar sus roles de esposa y madre. -Pérdida de feminidad de la mujer como consecuencia de la promoción a nivel social, sobre el valor de las mamas y sus propios prejuicios. -Papel del hombre como principal apoyo a su pareja. | <ul style="list-style-type: none"> -Concepto de salud implícitamente relacionado con los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y las características poblacionales. -Mastectomía: Procedimiento utilizado para tratar enfermedades serias del tejido mamario. -Enfermedad crónica que genera impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sentimientos y dominio personal. -Cáncer de mama: Enfermedad por la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama. -Apoyo familiar que facilita los procesos de recuperación y adaptación a la enfermedad y tratamiento. -La pérdida de mama (s) genera en la mujer sufrimientos psicológicos acorde a la edad, hijos, esposo o pareja y trabajo, produciendo una crisis personal. -Dimensión psicológica: Dinámica mental que experimenta el ser humano definida por aspectos positivos y negativos. -La mastectomía produce distorsión somático-sexual, afectación psicológica y social que se compensan con la solidaridad y la cooperación social. -Dimensión social: Dinámica social o relacional que experimenta el ser humano, definida por aspectos positivos y negativos. -Mamas visionadas en relación con lo maternal, la sexualidad y la feminidad. -La mujer mastectomizada padece un componente psicológico de ansiedad sexual por cambio de su autoimagen y autoconceptualización. |
| 4 | Relación entre paridad tardía y aparición de enfermedades crónicas en mujeres mayores de 50 años. Barrio Mano de Dios. Sincelejo, 2007 | <ul style="list-style-type: none"> -Mujeres desempeñando en su mayoría el rol reproductivo y una minoría el rol productivo. -Rol de ama de casa relacionado con la aparición de la obesidad de las mujeres mayores de 50 años. | <ul style="list-style-type: none"> -Salud en relación a la esfera biológica y a los factores de riesgo (herencia, estilos de vida no saludables, envejecimiento) que influyen en la presencia de enfermedades crónicas. -Embarazo y parto: procesos naturales en los cuales, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. -Embarazo factor de riesgo en el extremo de la vida reproductiva por aumento de patologías que suelen presentarse. -Paridad tardía: parto de una mujer a una edad avanzada (35 o más años). -Enfermedad crónica: Proceso incurable o trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente. |

Fuente: Trabajos de Investigación

- **Enfoque teórico.** De los estudios revisados, cuatro (80%) corresponden a tipos de diseños cuantitativos, los cuales se fundamentan en el paradigma empírico-positivista y uno (20%) al diseño cualitativo, que se basa en el paradigma cualitativo interpretativo (Ver Cuadro 5).

Es importante considerar que el estudio que utiliza el diseño cualitativo, no presenta una descripción del contexto en el cual la población vive, referida a factores sociales, culturales, económicos, demográficos, políticos o históricos.

- **Línea de Conclusiones.** Se evidenció que las condiciones socioeconómicas y ambientales, los estilos de vida, la cotidianidad, el rol de cuidadora, la falta de autocuidado y la violencia doméstica en la gestación, son factores que predisponen a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; las creencias socioculturales y la falta de información influyen en los efectos psicosexuales que presenta la mujer histerectomizada, asimilando la ausencia de los órganos genitales internos como el vacío de todo el cuerpo, como dejar de ser mujer e incluso dejar de ser persona; la paridad tardía, la herencia, los malos hábitos de vida y el proceso de envejecimiento, se constituyeron en determinantes para presentar enfermedades crónicas.

- **Línea de Recomendaciones.** Las recomendaciones en los estudios, se orientan de manera general y mayoritariamente a la salud de la mujer; al desarrollo de acciones e información posterior al evento quirúrgico; al ámbito asistencial, educativo e investigativo; y algunas para contrarrestar los factores sociales y económicos que generan la mortalidad materna.

DISCUSIÓN

En el área de la salud, la formación integral en investigación formativa, requiere una perspectiva amplia y 'comprehensiva' de facilitación de procesos en los escenarios de la ciencia, el

arte y la moral o en los mundos de la verdad objetiva, la veracidad subjetiva y la equidad intersubjetiva. (16).

Una de las tareas prioritarias de los procesos educativos es el desarrollo del pensamiento crítico, de manera que el estudiante se constituya en usuario y reproductor de estos sistemas de representaciones sociales en torno a lo científico. (16).

Los trabajos de grado son una oportunidad para hacer investigación formativa, cuando el estudiante cuenta con un asesor exigente y riguroso que cumple en verdad la función de asesorar la investigación, esto es, cuando obliga a rehacer partes, a refinar la conceptualización y la argumentación o cuando orienta la comparación.(17).

La investigación en SSR debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre los criterios de intervención y acciones a tomar. La muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, considerando que se encuentra en edad reproductiva y productiva. (13).

Dadas las circunstancias de las mujeres, asociadas con su biología, sus roles de género y su subordinación culturalmente construida, enfrentan condiciones desventajosas que se acumulan con otros efectos de la pobreza misma. (18).

El concepto de Género expresa patrones, valores y pautas de comportamientos en uno u otro sexo. Es importante ampliar la perspectiva de esta área a los estudios en salud sexual y reproductiva, no sólo atendiendo a las metas trazadas en la Cumbre del Milenio, (19) sino a investigaciones que conlleven a analizar la problemática de la salud sexual y reproductiva en la población masculina y femenina de manera integral.

La perspectiva de género debe ser considerada como una construcción social de femineidades y masculinidades, en la cual se logren

enfocar, analizar y comprender las características, semejanzas y diferencias que definan a mujeres y hombres de una manera específica. (8). Hacen falta trabajos que analicen a los hombres como actores sociales y que develen la participación de las ideologías masculinas en la vida cotidiana.

Las teorías biopsicosocial y ecosocial, están relacionadas ambas con el enfoque interaccionista, en el cual el fenómeno humano se construye en la interacción social. La salud-enfermedad es concebida como un proceso biopsicosocial en el cual interviene la experiencia del individuo, su medio social y ambiental. (20).

En la teoría biomédica, se explica la enfermedad como un trastorno ligado a la biología humana, quedando ésta definida por sistemas y signos objetivos correlacionados en un trastorno orgánico. (20).

El bajo empoderamiento en la comunidad, el bajo nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, la falta de apoyo social, la inaccesibilidad a los servicios de salud y la irregular asistencia a los controles prenatales y médicos requeridos, conllevan a relevar una posición de desventaja de las mujeres para ejercer poder sobre su salud, enmarcándose los estudios, en un modelo tradicional de género. (7).

El modelo tradicional de género encasilla a la mujer en el rol de cuidadoras y les exige una dedicación casi exclusiva a las tareas domésticas y de cuidado de la familia. El modelo tradicional de género sufrió algunos cambios, gracias a la incorporación de las mujeres a la educación, al mercado laboral y a la vida pública. Sin embargo, las mujeres que realizan un trabajo productivo tienen que hacer frente a lo que se denomina 'doble jornada laboral', que minimiza su tiempo personal, de ocio y deteriora su salud. (21).

El empoderamiento se ha entendido generalmente como la expansión de la capacidad de poder decidir y de poder hacer, o el incre-

mento del poder de las mujeres sobre recursos y decisiones que afectan su vida, así como se le ha asociado a la mayor autoconfianza y autonomía. (22).

El enfatizar la necesidad de conocimiento e información sobre la condición de salud de la mujer y relevar la importancia del papel del hombre como un recurso de apoyo familiar importante para su pareja en el afrontamiento de la enfermedad y tratamiento, reduce la posición de desventaja para ejercer poder sobre su salud, iniciándose la implementación de un modelo de género igualitario en donde se dan relaciones comprometidas entre los dos sexos. (7).

En el análisis del enfoque de género es importante tener en cuenta que la histerectomía, al igual que la mastectomía, no comportan de por sí una desigualdad de género dado a que están dadas por razones de enfermedades debidas a diferencias biológicas y no genéricas. Los efectos de la histerectomía y de la mastectomía en la identidad femenina y en la relación de pareja son los que determinan de una u otra manera relaciones de género que pueden conllevar a inequidades.

El Enfoque teórico de los estudios releva el paradigma empírico-positivista, el cual tiene como objetivo fundamental la generalización, mediante metodologías deductivas, cuantitativas, centradas sobre semejanzas y la relación sujeto objeto la manifiesta como independiente, neutral y libre de valores.(23). Este enfoque origina un reduccionismo de la realidad estudiada e impide conocer y explicar el todo en una forma integral y no permite establecer claramente la perspectiva de género en el fenómeno.

En la investigación cualitativa interesa saber cómo las personas sienten, piensan o actúan y las razones de ello, como base necesaria para llegar a intervenir sobre la realidad a fin de lograr una transformación, y tiene sus bases en el paradigma cualitativo interpretativo. (24). Bajo la visión del paradigma cualitativo

interpretativo, se da una relación sujeto-sujeto, en el cual ambos sufren transformaciones en el transcurso de la investigación.

Cada uno de los enfoques aporta métodos o técnicas para abordar la realidad; cada uno de ellos, estudia dimensiones diferentes de esa realidad, desde lógicas distintas pero complementarias; se combinan para dar cuenta de la complejidad social.

Las investigaciones cualitativas no pueden ser evaluadas bajo los parámetros del paradigma positivista ya que ambas difieren en sus enfoques ontológicos, epistemológicos y metodológicos, y se sitúan en paradigmas diferentes. (25).

El enfoque de género en salud demanda reconocer la importancia de la cotidianidad, como un espacio de crecimiento individual, familiar y colectivo donde tienen lugar las prácticas de socialización, salud y reproducción social. (26).

En la cotidianidad se produce una red de relaciones que está marcada en nuestro medio por inequidad en el desempeño de roles, en la medida en que la mujer reduce su ámbito privado, disminuye el desarrollo de acciones en su propio cuidado y en el ejercicio de su autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo, su vida y su sexualidad.

Los planteamientos de la ausencia de los órganos genitales internos como el vacío de todo el cuerpo, como dejar de ser mujer e incluso dejar de ser persona se enmarcan en enfoque tradicionales de género en el cual la feminidad se redefine y se generan conflictos por ese ideal, presentándose procesos subjetivos de riesgo. (7).

La autoestima, el concepto de feminidad, la relación de la pareja y el apoyo familiar y social recibido denotan positividad en las dimensiones psicosociales de la mayoría de las mujeres, constituyéndose en garantes para la salud física y mental de las personas que presentan estados mórbidos y la prevención de mortalidad materna y perinatal.

Las propuestas de los estudios se orientan hacia un enfoque de género, salud y desarrollo en el cual se considera a la salud como un satisfactor de las necesidades humanas fundamentales, cuya meta es reducir las asimetrías y el desbalance de poder en el acceso y uso de recursos, desarrollar opciones para la autonomía de la mujer y facultarlas con el empoderamiento a la toma de decisiones y a ejercer control sobre su propia salud. (26).

El indagar sobre la vivencia del hombre en su papel de pareja de las mujeres afectadas, permite conocer la visión masculina y establecer orientaciones que aborden procesos de construcción social en los cuales primen las relaciones de género más equitativas. Además, es importante la inclusión de otros miembros de la familia en los procesos interventivos para así ir construyendo modelos de género más igualitarios. (7).

La organización de grupos de mujeres genera mecanismos de diálogo, comunicación y concertación entre ellas, originándose elementos para el empoderamiento individual y colectivo.

Las acciones intersectoriales deben orientarse a la búsqueda de mecanismos que generen programas y servicios de salud con enfoque de género y propiciar la transversalización de la perspectiva de género, como el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres, cualquier acción planeada, incluida la legislación, las políticas y los programas, en cualquier sector y en todos los niveles. (6).

CONCLUSIONES

Los estudios realizados corresponden a investigación formativa, caracterizados por baja cobertura regional, desarrollada con población femenina de bajo nivel socioeconómico y en los que predomina el diseño y enfoque cuantitativo. En algunos trabajos no se evidencia la caracterización del contexto en el cual la población vive, siendo éste un elemento esencial para valorar la realidad social de la población. El enfoque de salud se orienta en su mayoría

a las teorías biopsicosocial y ecosocial y el enfoque de género prevalente es de tipo integracionista, con predominio de modelos de género de tipo tradicional. Se esbozan enfoques de género orientados a modelos de género igualitarios. No se evidencia la articulación del enfoque de la salud desde la perspectiva de

género y su conceptualización que conlleve a propiciar cambios orientados a la equidad en salud y a lograr la transversalización de la perspectiva de género.

Conflicto de intereses. Ninguno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministerio de la Protección Social - República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Online]. 2003. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>. (ultimo acceso 4 de diciembre de 2014).
2. Díaz Z. Informe de la Red Latinoamericana de Género y Salud colectiva sobre el compromiso político con los principios de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y los avances logrados en la región. [Online]. <http://www.alames.org/documentos/informeredgen.pdf> (ultimo acceso 3 de diciembre de 2014).
3. UNFPA-MPS-República de Colombia. Determinantes sociales de la morbilidad y mortalidad maternas. Acciones para superar las demoras I y II. [Online]. Disponible en: URL <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>. (ultimo acceso 18 de enero de 2015).
4. Molina G, Vargas G, Shaw A. Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud. Gerenc. Polit. Salud 2010, 9(19): 108-123. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a08>. (ultimo acceso 4 de diciembre de 2014).
5. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: "Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015". Colombia: departamento nacional de planeación; 2005. [Online]. Disponible en: URL <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/140.pdf>. (ultimo acceso 16 de Noviembre de 2014).
6. OPS/OMS. Género y salud. [Online]. 2013. Disponible en: URL http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-health&Itemid=4017&lang=es. (ultimo acceso 15 de enero de 2015).
7. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: 2008. [Online]. Disponible en: URL <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>. (ultimo acceso 14 de enero de 2015).
8. Muñoz C. Revisión crítica de la formación continuada en género a los profesionales de la salud. IV Jornadas de género y salud del SIEM. Zaragoza:2008. [Online]. Disponible en: URL <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/Jornadas%20salud/8.%20PONENCIA%20Concha%20Mu%F1oz.pdf> (ultimo acceso 14 de enero de 2015).
9. República de Colombia. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República DAPRE- Informe al Congreso. Colombia: 2013. [Online]. Disponible en: URL <http://wsp.presidencia.gov.co/dapre/Documents/Informe->

- Congreso/Informe_congreso_2013.pdf. (ultimo acceso 14 de enero de 2015).
10. OPS/OMS/MSPS- Reunión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Online]. Colombia: OMS/OPS; 20014 Disponible en: URL http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2193:reunion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=551. (ultimo acceso 10 de diciembre de 2014).
 11. UNFPA. Continúa Avanzando la Reducción de la Mortalidad Materna. Tendencias de la Mortalidad Materna: 1990-2013. Colombia:UNFPA; 2014 [Online]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/?p=2493> . (ultimo acceso 3 de diciembre de 2014).
 12. OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Maternal mortality in 1990-2013. Tendencias de la Mortalidad Materna: 1990-2013. [Online]. Disponible en: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/col.pdf. (ultimo acceso 3 de diciembre de 2014).
 13. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Mortalidad Materna. [Online]. Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2013 Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>. (ultimo acceso 3 de diciembre de 2014).
 14. Valls C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anu. de Psic. 2008; 39(1):9-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/970/97017401002.pdf>. (ultimo acceso 9 de enero de 2015).
 15. Alcaldía de Sincelejo. Plan de Desarrollo Municipal de Sincelejo 2008-2011. Sincelejo: alcaldía de Sincelejo; 2008.
 16. Lara G. Investigación formativa. Una visión integral para profesiones de la salud. Cienc. Salud. 2006; 4:161-176. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/b9/b9575d28-7b1d-4ce7-92a3-85c28a94bd38.pdf (último acceso 18 de enero de 2015).
 17. Restrepo B. Conceptos y Aplicaciones de la Investigación Formativa y Criterios para evaluar la Investigación científica en sentido estricto. Colombia: Consejo Nacional de Acreditación; 2000. Disponible En: http://www.mineducacion.gov.co/CNA/1741/articles-186502_doc_academico5.pdf. (ultimo acceso 15 de enero de 2015).
 18. Batthyány K. Pobreza y desigualdades sociales. Una visión desde el género. Pap. de Pobl. 2008; 14(57):193-207. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205708>. (ultimo acceso 15 de enero de 2015).
 19. DNP/CONPES. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Documento 91. Colombia: 2005. Disponible en: URL http://www.disasterinfo.net/desplazados/legislacion/conpes91_metas_milenio.pdf. (ultimo acceso 12 de noviembre de 2014). [Online].
 20. Velasco S. Evolución de los enfoques de género en salud- Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. [Online]. 2006. (Citado 2015 Ene. 9); Disponible en: URL <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Evoluci%C3%B3n+de+los+enfoques+de+g%C3%A9nero+en+salud>
 21. Abad I. El modelo tradicional de género como obstáculo para el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. [Online]. 2012. (Citado 2015 Ene. 17); Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/bizkaia/noticias/opinion/el_modelo_tradicional_de_genero_como_obstaculo_para_el_disfrute_de_los_derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres.
 22. Yon C. Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes:

- políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina. [Online]. 2013 Jun. (Citado 2015 Ene. 14); Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cen-docbib/con4_uibd.nsf/242B49E93B134EBA05257BB40059982E/\\$FILE/saludyderechossexuales.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cen-docbib/con4_uibd.nsf/242B49E93B134EBA05257BB40059982E/$FILE/saludyderechossexuales.pdf).
23. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquich. Ag.* 2012; 12(2):160-168. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1716/html> (último acceso 18 de enero de 2015).
24. Pineda E, Alvarado E. Metodología de la investigación. 3ª ed. Washington. D.C: OPS; 2008.
25. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquich.* 2012; 12(3): 263-274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>. (ultimo acceso 18 de enero de 2015).
26. De los Ríos R. Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. OPS. [Online]. 1993. (Citado 2015 Ene. 18); Disponible en: URL <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PC541-3-18.pdf>