

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Faculta de Ciencias Médicas Manuel Fajardo
Institución: Policlínico-hospital Alberto Fernández Valdez

Título: Creencias y percepciones sobre la salud sexual y reproductiva en mujeres santacruceñas durante el 2017-2018.

Trabajo de tesis para optar por el título académico de Master en Investigaciones sobre Climaterio y Menopausia

Autora: Dra. Ismari Casamayor Armenteros
Especialista de Primer Grado en MGI
Especialista de Primer Grado en Gineco-obstetricia
Profesora instructora

Tutora: Daysi Navarro Despaigne
Doctora en Ciencias Médicas
Investigadora Titular
Profesora Titular
Especialista en Segundo Grado de Endocrinología

Asesor: Jorge Luis Calero
Pedagogo e Investigador Agregado
Master en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva

La Habana

2019

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a todos aquellos que me brindaron su apoyo y han colaborado de una manera u otra para poder realizar este proyecto de vida laboral, en especial a mi familia que ha estado dándome su apoyo para lograrlo.

Resumen

La salud reproductiva y sexual es un tema frecuentemente estudiado por muchos investigadores pero en muy pocas ocasiones lo abordan en las mujeres de mediana edad. En estas edades ellas tienen paridad satisfecha y mantienen la esfera sexual en segundo plano en su vida. Esta es la razón por la que no buscan ayuda profesional. La autora decidió realizar una investigación con el objetivo de describir las creencias y percepciones de la sexualidad y la reproducción en las mujeres del municipio de Santa Cruz del Norte. Se realizó un estudio observacional basado en la metodología cualitativa con mujeres comprendidas entre los 40-59 años de edad. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de grupos focales. Las secciones fueron conducidas por la autora las cuales fueron grabadas con previo consentimiento de las entrevistadas. Se concluyó que las mujeres en estas edades no desean embarazo por la existencia de límite de edad y/o por el miedo a los riesgos maternos y perinatales que se presentan por lo que se prepara para no embarazarse, con métodos anticonceptivos de uso prolongado o definitivo. Los métodos anticonceptivos solo se utilizan con la finalidad de protegerse de los embarazos no para protegerse de las ITS. Las relaciones sexuales son menos frecuentes, pero no por consecuencia de la disminución del deseo sexual. Las mujeres de mediana edad no están preparadas para denunciar los actos de violencia.

Palabras claves: Salud sexual, salud reproductiva, ITS, violencia sexual, complicaciones obstétricas, métodos anticonceptivos, sobrecarga de género.

Índice

1. Introducción-----	Pág. 1
2. Objetivos -----	Pág. 9
3. Marco Teórico -----	Pág.10
4. Diseño Metodológico-----	Pag.17
5. Análisis y Discusión de los Resultados-----	Pág. 21
6. Conclusiones-----	Pag.63
7. Recomendaciones-----	Pag.64

Introducción

La edad mediana comienza desde los 40 años hasta los 59 es un período en la vida de la mujer la cual pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Durante esta transición la mujer comienza a experimentar cambios en su organismo los cuales tienen repercusiones en su salud según el medio cultural, social y la sobrecarga de género donde ella se desenvuelve.

Durante esta etapa, la dotación de folículos comienza a disminuir. A medida que avanza la edad, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, causado por el deterioro en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que retrasan su deseo de tener descendencia, hasta la perimenopausia. La alta tasa de aborto contribuye significativamente a decrecer la fertilidad entre las mujeres de edad avanzada. (1) El embarazo en mujeres de 35 años o más se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de afecciones propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. (1, 2, 3)

En los Estados Unidos de América el número de primeros nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 40 a 44 años ha llegado al 70 %. En el 2002 fueron reportados 263 nacimientos entre mujeres con edades entre 50 y 54 años. (1, 4) Estos últimos resultados pueden estar en correspondencia con los actuales tratamientos de infertilidad que se están realizando en el mundo.

En Cuba existe un fenómeno peculiar, aunque es un país en vías de desarrollo sus estadísticas sobre el embarazo en la mujer de avanzada edad, son similares a países desarrollados y debe continuar como uno de los objetivos a priorizar de los programas de planificación familiar y educación sexual. (1, 5) Este fenómeno se debe a que la fecundidad ha experimentado una disminución de los niveles en las edades más jóvenes (20 a 29 años) con un desplazamiento de las tasas hacia las

edades más avanzadas del período fértil (6) y un incremento de la fecundidad en adolescentes. (7) En el año 2014 la tasa de fecundidad para el grupo de mujeres de 35 a 39 años fue de 25.5, para el grupo de 40 a 44 años fue de 5.0 y para el grupo de 45 a 49 años fue de 0.3. (8)

La salud reproductiva en las mujeres en edad mediana es un tema poco estudiado por los profesionales de la salud cubana; puesto que a estas edades las mujeres en su gran mayoría tienen una paridad satisfecha; por lo que el Sistema Nacional de Salud se centra en las más jóvenes debido a que son las que muestran mayor número de nacimientos con menor morbi-mortalidad materno infantil, debido a las condiciones biológicas en estas edades. Quizás por estas razones la autora no encontró suficientes estudios recientes sobre este tema.

En estas mujeres, aunque la fertilidad va disminuyendo progresivamente, pueden lograr un embarazo, y cuando esto ocurre comienza un dilema para ellas ya que si tiene paridad satisfecha entonces pueden optar por la terminación voluntaria del embarazo, aun conociendo los riesgos de la misma, pero si ella no ha alcanzado su ideal de hijos comienzan a aparecer una serie de vacilaciones: ¿puedo o no continuar con el gestación? Es aquí donde comienza a intervenir el papel del contexto sociocultural donde se escucha frases como: “Después de los 35 años no se puede tener hijo”, “a esa edad los niños salen retrasados y/o malformados”, “ya no tienes edad para tener hijos porque estas cansada y tu cuerpo no aguanta”, “si ya tú tienes hijos para que quieres más”.

Hay que tener en cuenta que toda mujer que aborta, incluso por causas naturales, puede quedar profundamente afectada y en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, un cuadro de ansiedad y depresión que suele acompañarse de sentimientos de culpa y del correspondiente proceso de duelo, conocido como Síndrome Post-Aborto(9, 10) cuando aún se desea el embarazo.

Esta situación influye en ocasiones hasta en las relaciones de pareja albergando sentimientos de odio a la misma.(9) Cuba se encuentra realizando grandes transformaciones para sostener y mejorar los niveles de salud alcanzados, es por eso que desde el 2015 se están creando estrategias para elevar la seguridad en el embarazo en los grupos de mujeres mayores de 30 años garantizando una atención diferente a este grupo. (11,12)

Después de los 35 años hay un aumento del riesgo obstétrico y perinatal, el aborto espontáneo es más frecuente a partir de los 40 años, los partos pretérmino, el crecimiento intrauterino retardado y las enfermedades asociadas como la hipertensión y la diabetes así como las cromosomopatías y malformaciones congénitas fetales (13), sin embargo, siguiendo las orientaciones médicas estos riesgos se pueden minimizar por lo que terminan la gestación con un parto sin complicaciones y un recién nacido sano.

Para aquellas mujeres que no desean embarazos en Cuba se han desarrollado los servicios de planificación familiar con el objetivo de brindarlos a la población, y que estén a su alcance los métodos anticonceptivos en la cantidad y variedad necesarias, además de ofrecer consejería médica que ayude a seleccionar junto con la pareja el método más adecuado. (7,15) Los métodos más recomendados mundialmente por su efectividad y según los antecedentes de salud de la paciente, son los DIU de cobre y con levonorgestrel, esterilización quirúrgica, los anticonceptivos hormonales de solo progestina y los métodos de barrera y dentro de ellos el condón que además tiene función protectora sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS) – Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). (15)

En Cuba hacia el año 2000 la asistencia de las paciente de edad mediana a consultas de planificación familiar era baja y su tendencia era a utilizar los anticonceptivos orales, la esterilización femenina (EF) y el Norplant, los cuales fueron seleccionados por mujeres de 36 a 40 años; mientras que hubo una

tendencia mayor a seleccionar el diafragma en las mujeres de 41 a 45 años, y 46 años o más. Ninguna pareja seleccionó la vasectomía, el condón o los métodos naturales de control de la fertilidad. (16) La autora no encontró datos recientes de cómo se comporta el uso de los métodos anticonceptivos en estos grupos de edades en el país.

Al hablar de reproducción no se puede dejar atrás la sexualidad ya que ambas están relacionadas lo que permite el fortalecimiento en las relaciones de parejas y permite mejor satisfacción personal. Durante la edad mediana en la mujer comienzan a aparecer sintomatología diversa con influencia negativa sobre la sexualidad entre las que se citan; disminución de las secreciones vaginales, dispareunia, disminución de la percepción de la tensión sexual, irritación de la uretra y la vejiga durante el acto sexual por el adelgazamiento de las paredes de la vagina, entre otras causas de origen orgánico. Por la parte psicológica se pueden apreciar la baja autoestima, disminución de la percepción de la belleza de su cuerpo, depresión y abandono de su aspecto personal.

Un estudio realizado por Nancy Fugate y publicado por The Journal of Women's Health encontraron una relación positiva entre el estrógeno (E1) en orina, E2 en suero y el deseo sexual así como la utilización de la terapia hormonal lo que sugiere que tanto el estrógeno exógeno como el endógeno favorece el mantenimiento el deseo sexual, mientras que Santoro y col. encontraron asociación de la testosterona con el incremento del deseo sexual. (17)

La menopausia es una experiencia individual, depende de la vulnerabilidad mental de las mujeres y el cuerpo por los cambios endocrinos ocurridos en la mediana edad. De hecho, no todas las mujeres desarrollan síntomas y enfermedades relacionadas con la menopausia, pueden ser por la disposición genética, historia personal, estilos de vida, cuidados de la salud y el entorno socio-cultural que juega siempre un importante rol. (18, 19,20) La representación sexual no simboliza una

excepción a este argumento y la experiencia individual de los “síntomas sexuales” en la menopausia (disminución del deseo sexual, poca excitación y lubricación, dispareunia, disfunción orgásmica y poca satisfacción) son influenciados por factores hormonales como es el hipoestrogenismo unido a factores intrapersonales e interpersonales. (18,21) La actividad sexual en la premenopausia, la edad y el tipo de menopausia, la salud física y mental, eventos de la vida, el contexto socio-cultural, así como también la calidad de la duración de la relación, salud general y sexual de la pareja, son determinantes relevantes de la respuesta sexual alrededor de los 50 años. (16, 22, 23, 24,25)

Cuando la mujer arriba a la posmenopausia se siente libre de tener relaciones sexuales desprotegidas por lo que tiene una práctica más placentera al no tener la preocupación de quedar embarazada. Cuando estas relaciones sexuales se practican de forma irresponsable y la autora se refiere al cambio de pareja frecuente o tener varias parejas sexuales sin el uso adecuado del condón comienza la propagación de las ITS- VIH. Dentro de estas, una de las infecciones que ha ido en incremento es la provocada por el HPV (virus del Papiloma Humano) ya que se está adquiriendo desde las edades muy tempranas y tiene una repercusión negativa una vez alcanzada la edad mediana.

La infección por HPV se relaciona con el cáncer de cuello uterino y debido a la negativa de muchas pacientes a realizarse la prueba de Papanicolaou, se ha diagnosticado tardíamente en las mujeres que transitan por la mediana edad. Lo antes mencionado se describe en un estudio realizado en el Cotorro donde las mujeres entre 15 y 25 años destacan haber tenido 3 o 4 parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual, especialmente Tricomoniasis, Herpes Simple genital, Condilomas acuminados y Sífilis (26). Del resto de la ITS la autora no encontró otros estudios relacionados con las mujeres comprendida entre los 40- 59 años.

Comentado [11]: Mi comentario

No se debe dejar de mencionar que si bien es cierto que las mujeres de estas edades pueden tener un goce pleno y placentero de sus relaciones sexuales no se puede olvidar que en ocasiones esto no ocurre así. Estudios sobre la prevalencia de la violencia de pareja reflejan que en los primeros 6 meses durante 5 años consecutivos, se encuentran una baja tasa de violencia sexual entre las mujeres de la mediana edad y mujeres mayores comparado con mujeres en etapa reproductiva. Un estudio realizado en la división de investigación Kaiser en Permanente al norte de California revelan el registro de mujeres de esta organización que las cuida, 4.1% de las mujeres de 45-54 años y 1.2% de las mujeres en edad de 55-64 años reportan experiencia de agresión física por su pareja en los últimos 5 años comparado con el 6.7% de las mujeres de 35-44 años. (27)

Los estudios realizados sobre el estado de salud de mujeres de la mediana edad expuestas a la violencia de pareja revela los tipos de problemas de salud asociados con este abuso, incluyendo el incremento clínicamente de la tasa de diagnósticos de depresión y ansiedad.(27)

Se han incrementado los reportes de problemas de “los huesos o articulaciones”, problemas digestivos, dolor crónico, y tensión arterial elevada o problemas del corazón y los síntomas depresivos. Otra revisión de la literatura encontró alta incidencia de lesiones traumáticas y condiciones musculo esqueléticas relacionadas con alteraciones gastrointestinales, y alteraciones genitourinarias entre las víctimas de abuso sexual más adultas. (27-28)

Se debe considerar que la mujer ha sido el eje de la sociedad a través de los tiempos y su presencia a lo largo de toda la historia ha sido constante. (29) Durante el trayecto de su vida desempeña diferentes roles y la mayoría de las veces los realiza simultáneamente ejemplo: el rol de madre-hija, madre- esposa, madre- esposa-trabajadora, entre otras por lo que esta se dedica más a la familia que a satisfacer sus propias necesidades. Además, hay que enfatizar que muchas mujeres son

participes de la presencia de hogares extendidos con integrantes de varias generaciones las llamadas en la actualidad "generación sándwich", donde en muchas ocasiones ella es el eje fundamental del núcleo familiar (30,31). Es por esto que se le debe tener respeto, estima y darle la importancia que se merece.

En relación con la demanda de atención médica de mujeres de edad mediana en los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva del municipio Santa Cruz del Norte (SCN) en el período de tiempo del 2005 y 2018, hay que señalar que 244 mujeres lograron embarazos, 43 de estos ocurrieron entre el 2013-2018 en mujeres de 40 y 41 años solo uno fue a los 46 años las cuales tuvieron resultados perinatales favorables. La concurrencia a la consulta de infertilidad desde su apertura en el 2013 hasta la actualidad fue de 18 mujeres en edad mediana que solicitaron ayuda médica solo que no se insertaron en el programa porque en Cuba solo se incluyen hasta mujeres menores de 40 años. Esto debe ser por lo prolongado y en ocasiones doloroso que es este tratamiento, lo que conlleva a la paciente a constantes frustraciones asociada también a los resultados obstétricos desfavorables que suelen ocurrir en el tratamiento de parejas infértiles como la pérdida recurrente del embarazo. Por otra parte alrededor de 10 mujeres que se encuentran en tratamiento y ya han arribado a la edad mediana aún se mantienen recibiendo los diferentes tratamientos de reproducción asistida.

Sin embargo en los años 2016-2017 alrededor de 54 mujeres solicitaron realizar interrupción del embarazo por el uso o no incorrectos de los métodos anticonceptivos. En otras mujeres se diagnosticaron ITS y por último se reportó un caso de violencia sexual por su pareja.

Estos elementos motivan a las siguientes interrogantes ¿Por qué las mujeres no culminan su ideal de hijos en estas edades?, ¿qué factores están condicionando la conducta de estas mujeres?, ¿por qué a pesar de la amplia divulgación de la importancia del uso de los métodos anticonceptivos tienen embarazos no

deseados?, ¿qué percepción tienen sobre su sexualidad? ¿Cómo es posible que con la amplia experiencia sexual que ellas tienen contraigan ITS a través de relaciones sexuales desprotegidas? ¿Que determina la presencia de violencia contra la mujer en un país como Cuba donde existen leyes que amparan y protegen a la mujer?

Para darle respuestas a las mismas consideramos pertinente precisar cuáles son los sentimientos, mitos y realidades sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres de edad mediana del municipio de SCN con el objetivo de ayudarlas cuando decidan pedir ayuda médica mejorando así la calidad de la atención de este grupo mujeres.

Pregunta de investigación

¿Cuáles mitos, creencias o percepciones tienen las mujeres de edad mediana del municipio SCN sobre salud sexual y reproductiva?

Objetivos

Describir las creencias y percepciones sobre de la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres de edad mediana en el municipio de en Santa Cruz del Norte en el 2017-2018.

Marco Teórico

El Climaterio no es más que la etapa de la vida femenina cuando se produce el tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva. Constituye un proceso fisiológico de base neuroendocrina que se caracteriza por importantes cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, condicionados por la pérdida gradual y progresiva de la función ovárica.

Comienza alrededor de los 35 años, con el inicio de la declinación de la fecundidad de la mujer y siendo menos frecuentes los ciclos ovulatorios. A pesar de esto muchas de ellas pueden quedar embarazadas, incluso cuando tienen más de 50 años. (17)

A medida que avanza la edad los riesgos relacionados con la gestación se incrementan llegando a ser 50 veces mayores en las mujeres que han sobrepasado los 40 años con respecto a las que tienen entre 20 y 29 años. (16)

Aunque en la actualidad, en países desarrollados, se ha observado una tendencia a posponer la procreación por priorizar la realización de proyectos de vida personales no relacionados con la maternidad, en los países en desarrollo, la mayor parte de las mujeres que sobrepasan los 35 años ya han completado el número de hijos deseados y recurren con frecuencia al aborto cuando quedan embarazadas. En el municipio de Santa Cruz del Norte tiene un comportamiento similar por ejemplo en los años 2016 al 2017; 54 paciente que se encontraban en las edades de 40-49 años solicitaron terminación voluntaria del embarazo representando el 8.9% de las paciente que se sometieron a este proceder.(16)

La maternidad, se convierte en la exigencia social que da sentido a la vida de la mujer, el eje de la subjetividad femenina, de su identidad genérica y personal. Esto ha llegado a extenderse más allá del rol maternal específico y se extrapola a vínculos, de otra naturaleza, en los que la mujer reproduce una relación maternal.

A partir de esto, se le atribuyen valores como la sensibilidad, expresividad, prudencia, nobleza, receptividad y en su caso se acentúa más la orientación hacia los demás como si su identidad se encontrara más conectada a la relación con los otros, muy dependiente de lo cultural exigido y de la protección masculina. Su comportamiento y su poder se expresan en el plano afectivo y en la vida doméstica. (29)

Los hombres y las mujeres que han arribado a los 40 años o más, contrariamente a lo que muchos piensan, siguen siendo fértiles y sexualmente activos; por lo que también tienen derecho a ser orientados con respecto a la planificación familiar y a que se les facilite el acceso a la anticoncepción acorde con las características biológicas y psicosociales de la etapa de vida en que se encuentran. (16)

En Cuba desde el triunfo de la Revolución se creó una política donde se defiende los derechos a la Salud sexual y reproductiva y a la planificación familiar. Desde hace alrededor de tres años se ha implementado un nuevo enfoque de riesgo preconcepcional donde se favorecer los embarazos en mujeres mayores de 30 años debido a la baja natalidad en el país y la tendencia al incremento de los embarazos en mujeres de estas edades.

Salud reproductiva

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y

acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos". (14,32)

Salud sexual

La sexualidad se define como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, y relaciones interpersonales. Además, la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (33)

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

El término "derechos" implica la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades, ambas en el campo individual y colectivo.

Derechos Reproductivos

Comprenden el derecho básico de toda pareja y de toda persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo, gozando del más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. (12,34)

Incluyen el derecho:

- Individual de mujeres y hombres de decidir sobre si quieren, o no, tener hijos/as, en qué momento de sus vidas y cuantos/as hijos/as desean tener.

- De tomar decisiones sobre la reproducción, libre de discriminación, coerción o violencia.
- De hombres y mujeres participar con responsabilidades iguales en la crianza de los/as hijos/as.
- A servicios de salud pública de calidad y accesibles, durante todas las etapas de la vida.
- A adopción y al tratamiento para la infertilidad. (12, 34)

Derechos Sexuales

Son derechos a una vida sexual con placer y libre de discriminación.

Incluyen el derecho:

- De vivir la sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos a la libre expresión de los deseos.
- De vivir su sexualidad independientemente del estado civil, edad o condición física.
- Escoger el/la pareja sexual sin discriminaciones; y con libertad y autonomía para expresar su orientación sexual si así lo desea.
- De vivir la sexualidad libre de violencia, discriminación y coerción; y con el respeto pleno por la integridad corporal de la otra persona.
- Practicar la sexualidad independientemente de penetración.
- Insistir en la práctica del sexo seguro para prevenir embarazos no planificados, y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida.
- A la salud sexual, la cual exige el acceso a todo tipo de información, educación y a servicios confidenciales de alta calidad sobre sexualidad y salud sexual. (12, 34)

Planificación familiar

Hombres y mujeres tienen el derecho de escoger cuántos hijos tener (o no tener) y cuando, acceder a servicios, en los que reciban información, dispongan de anticonceptivos y puedan elegir su uso, para espaciar limitar los embarazos lo que le permite tener una sexualidad plena, maternidad y paternidad responsable así como disminuir la morbilidad y tener hijos sanos. (34, 35)

Los métodos anticonceptivos más empleados por las mujeres en estas edades son:

- Esterilización tubárica

Es de gran eficacia, útil para la mujer que desea anticoncepción permanente. No está exenta del riesgo anestésico y quirúrgico

- Métodos de barrera

Eficaz en mujeres con experiencia en el método. El condón tiene doble acción: anticonceptiva y protege contra las infecciones de transmisión sexual.

- Dispositivos intrauterinos

Los liberadores de cobre y los liberadores de Norgestrel se consideran muy eficaces y con efecto prolongado a largo plazo. Se pueden mantener hasta un año después de la menopausia Pueden producir sangramiento uterino, lo que obliga a realizar biopsia de endometrio. No protegen contra el embarazo ectópico. (15)

- Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Desde 1989 la Food and Drug Administration (FDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología admiten el uso de AOC en las mujeres mayores de 35 años no fumadoras. La conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción celebrada en la ciudad de Toledo en 1997 concluyó que los preparados actuales no producen alteraciones en mujeres sanas no fumadoras, debido a la baja dosis de estrógenos que contienen. Tienen alta eficacia y se pueden usar hasta los 50 años.

Las mujeres mayores de 35 años que usan AOC deben ser examinadas antes de comenzar a usarlos y periódicamente cada 6 meses durante su uso para excluir la presencia de factores de riesgo cardiovascular, además del examen físico se debe realizar perfil hepático, glicemia, colesterol y triglicéridos cada 6 meses y mamografía una vez por año. (15)

Beneficios de los AOC en las mujeres de mediana edad

- Regulan el ciclo menstrual, mejoran los síntomas vasomotores y la libido.
- Protegen contra el embarazo ectópico, la endometriosis, los miomas uterinos y los quistes de ovario. Tienen efecto protector contra el cáncer de endometrio y del ovario.

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y biológicos como coito interrumpido, método del calendario, método de la ovulación, método de la temperatura basal no son efectivos en esta etapa de la vida ya que la paciente no tiene dominio de su ciclo menstrual por las irregularidades del mismo.

Violencia Sexual

La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales. (36) Es por eso que la violencia comienza desde el momento en la mujer dice “NO” a cualquier exigencia de su cónyuge.

Existen muchas definiciones de violencia sexual. Todas ellas incluyen una gran variedad de actos sexuales más allá de las penetraciones; incluidas las tentativas, insinuaciones o comentarios sexuales no deseados. Estos actos ocurren sin la voluntad de la víctima, medie la violencia o no. (37,38, 39)

Algunas no perciben la violencia sexual y consideran normal el comportamiento del agresor. Existen varios factores que promueven esta invisibilización. Por ejemplo, la creencia del “débito conyugal”: las mujeres “deben” mantener relaciones

sexuales, lo deseen o no, con sus parejas y forzarlas queda justificado por ser “su deber”. Otra falsa creencia, que justifica el comportamiento coercitivo del hombre, es que tienen la necesidad ineludible de mantener relaciones sexuales. (40)

Acciones necesarias

- Para ser eficaces, las leyes, políticas y programas destinados a reducir la violencia relacionada con la sexualidad deben abordar la desigualdad de género con respecto a los derechos humanos y la posición económica. Esto abarca la legislación para prohibir todas las formas de violencia sexual y acoso contra niños y niñas, las mujeres y las minorías sexuales.
- Se requieren programas integrales de salud pública para aumentar la toma de conciencia sobre la necesidad de abordar la violencia sexual. También deben ponerse en práctica programas complementarios destinados a la prevención primaria de la violencia sexual. En todos los segmentos de la sociedad, deben ejecutarse programas de prevención de la violencia sexual.
- Para reducir eficazmente el impacto de la violencia sexual es necesario reformar el ámbito de la atención de salud. Esto incluye la eliminación de todas las formas de discriminación relacionadas con el género u orientación sexual dentro de los sistemas de atención de salud y velar por que el personal de atención de salud y las instituciones en las que trabajan esas personas, estén preparadas adecuadamente para recibir y tratar a las víctimas de la violencia sexual. (41)

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo observacional, basado en la metodología cualitativa de investigación, toda vez que permite interpretar fenómenos y desarrollar conceptos, a partir de las experiencias y expresiones de los propios actores.

Las unidades de análisis del presente estudio estuvieron constituidas por mujeres de mediana edad (de 40 a 59 años), residentes permanentes en el municipio de Santa Cruz del Norte, Mayabeque, siendo estos los criterios de selección.

La recolección de información se realizó a través de la técnica de grupos focales (GF), los cuales estuvieron integrados por entre 7 y 10 participantes, con características similares en cuanto a edad y nivel socioeducativo, pero que no se conocían entre sí con anterioridad. Así mismo, contó con la presencia de un observador/anotador, quien durante las sesiones registraba el lenguaje extra-verbal de las participantes (signos de aprobación/desaprobación, cansancio, etc.).

Las entrevistas se llevaron a cabo en dos consultorios del municipio de Santa Cruz del Norte. Las participantes pertenecían a los mismos y no tenían conocimientos sobre los temas a discutir. Se efectuaron en ambos horarios de la jornada laboral con duración de aproximadamente una y media horas cada una y en días diferentes de la semana para lograr la participación del total de las participantes. La entrevista se realizó en un ambiente tranquilo y neutro. Las mujeres se sentaron en forma U de manera espontáneas que le permitiera a la entrevistadora tener una conversación abierta observando todas las expresiones que el lenguaje extraverbal podía brindar. Los temas se introdujeron a través de preguntas las cuales motivaron la participación voluntaria de cada entrevistada hasta que era lo suficientemente cubierto saturado, en ocasiones se realizaron preguntas dirigidas a las que menos participación tenían.

Estas sesiones fueron conducidas en su totalidad por la autora, para lo cual se apoyó en una guía semiestructurada de discusión (guía temática), entre la que se abordaban los siguientes temas: percepciones sobre sexualidad y reproducción, opiniones sobre el embarazo a edades medianas, opiniones y preferencias sobre la anticoncepción, protección ante las ITS, opiniones sobre la violencia sexual, entre otros.

Así mismo, las sesiones fueron grabadas (luego de solicitarles a las participantes su autorización) (Ver anexo 1)

Antes de iniciadas las sesiones de GF, se recogió en una planilla de datos, la edad de las participantes, escolaridad, número de embarazos, estado marital, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas, tiempo de relación con la pareja actual, número de hijos, etapas del climaterio, uso de métodos anticonceptivos, ITS contraídas a estas edades, etapa del climaterio en que se encontraban y sobrecarga de género. Esta última se definió a través del instrumento de Índice de sobrecarga de género para determinar si afectaba la misma en la salud sexual y reproductiva de estas mujeres.

Análisis Estadístico

Se emplearon estadígrafos de tendencia central con porcentajes para describir las características de las participantes.

Aspecto Cualitativo

Para analizar, organizar, interpretar y explicar los datos ofrecidos en la entrevista se utilizó el software NVIVO diseñado para facilitar el análisis de datos cualitativos.

El dato se construyó a través del material auditivo, luego se realizó una transcripción textual del mismo por la investigadora y el registrador donde se identificaron y

acumularon los códigos en el material recogido y luego se refinaron de esta manera se generaran las diferentes categorías de la investigación.

Variable	Descripción
Edad	Según los años cumplidos expresados en porcentos.
Escolaridad	Nivel de escolaridad vencido.
Etapas del climaterio	Se refiere a si la paciente presento la menopausia o no
Tiempo de relación de pareja	Se refiere al tiempo de estabilidad con la pareja actual
Estado marital	Si la paciente tiene pareja sexual en la actualidad.
Número de parejas	Se refiere al número de parejas sexuales que ha tenido la paciente.
Número de embarazos	Se refiere número de veces que se han embarazado
Número de hijos	Se refiere número de hijos que tiene
Métodos anticonceptivos	Según el método que han estado utilizando hasta ahora.
ITS	Según infecciones que han tenido en esta etapa de la vida.
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad donde comenzaron sus primeras relaciones sexuales.
Violencia sexual	Se refiere a si la paciente ha tenido algún indicio de violencia sexual por su pareja
Sobrecarga de género	La recarga individual que representa para la mujer la incorporación al trabajo, el desempeño de las tareas domésticas y la carga familiar y el cuidado de los miembros de la familia enfermos y/o discapacitados. Se mide a través del Índice de sobrecarga de género donde se considera recarga de género con una puntuación mayor a 5 puntos mientras que por menor o igual a 5 puntos se considera no sobrecarga de género

Criterio de inclusión:

1. Tener edad comprendida entre los 40 -59 años.
2. Mujeres que den su consentimiento para participar en la entrevista.

Criterios de exclusión:

1. No estar de acuerdo en participar en la investigación
2. No encontrarse en capacidad mentalmente para responder a las preguntas. Presentar enfermedades crónicas con influencia negativa sobre la actividad sexual (cáncer, insuficiencia renal, enfermedad mental, entre otras)

Aspectos Éticos

Se les explicó a las participantes que se les realizaría un debate entre mujeres que son contemporáneas a su edad donde a partir de preguntas iniciales que haría la investigadora ellas expondrían sus opiniones y conocimientos sobre la Salud Sexual y Reproductiva vivenciadas. El mismo se haría con fines investigativos y lo que ellas revelen es totalmente confidencial y no le proporcionará ninguna afectación personal. (Ver anexo 1)

Análisis y Discusión de los Resultados

En la presente investigación participaron 15 mujeres que se encontraban entre los 40-59 años de edad perteneciente al municipio de Santa Cruz del Norte. No hubo diferencias en cuanto a número del grupo de mujeres que se encontraban entre los 40-49 años y las que se encontraban entre los 50-59 años. En general el grupo tenía un nivel de instrucción elevado ya que se encontraba entre un nivel medio superior y universitario. Predominaron las mujeres que se encontraban en la posmenopausia, que tenían una relación de parejas estables de 20 años o más en unión consensual o casadas, 4 de ellas no las tenían en el momento de la entrevista, lo cual nos hace ver la estabilidad y solidez de estas relaciones que oscilaban como promedio entre una o dos parejas durante su vida. No hubo diferencia numérica entre el grupo de mujeres con sobrecarga de género y las que no la tenían.

Conocimientos de la Salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva es uno de los hitos de la historia social del siglo XX. Se desarrolló como resultado de la experiencia durante las décadas de 1970 y 1980 y adquirió validez universal con el consenso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de 1994, en El Cairo. (41)

También se puede decir que la tendencia a la disminución de la fecundidad de un país se debe a variables sociales, educacionales, sanitarias, económicas, así como también el acceso de la población a los métodos de planificación familiar y de anticoncepción, especialmente en la población femenina. Es notable la disminución significativa de los índices de fecundidad a escala mundial, debido a factores como: mayores oportunidades laborales para la mujer, cambios sociales y expectativas a partir de nuevos estilos de vida, que conllevan a que se posponga la reproducción para etapas más tardías de la vida. (42)

El embarazo es un proceso bio-psico-social de enorme complejidad, que en la mayoría de los casos culmina con buenos resultados para la mujer y su descendencia. No obstante, durante esta etapa pueden aparecer algunas complicaciones que pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos. Asimismo, algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede también desencadenar complicaciones (43) por lo que a medida que avanza la edad este se hace más riesgoso.

La mujer de mediana edad frecuentemente padece de alguna enfermedad crónica a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación.

Debido a que el embarazo en mujeres de más edad está asociado inherentemente con una más alta incidencia de enfermedades crónicas como la HTA, Tromboembolismo, descompensación de patologías crónicas previas, entre otras, el resultado de estos embarazos ha aumentado la preocupación de la comunidad médica. (1)

El especialista en Ginecología y Obstetricia Gabino Arman Alessandrini, funcionario del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, explica a JR que no es la edad, precisamente, el factor de riesgo, pero sí se incrementan los peligros de un embarazo en esas edades por la frecuente aparición de determinados padecimientos.

«El embarazo, por sí mismo, puede acarrear cualquiera de estas complicaciones, incluyendo la diabetes gestacional, y se incrementan los riesgos si la madre a esa edad no ha cuidado de su salud de manera satisfactoria, sobre todo si es primeriza.

«La mujer que tuvo partos anteriores, incluso antes de los 35 años, y si alguno de ellos fue cesárea, incrementa la posibilidad de los riesgos asociados a trastornos

circulatorios y a la búsqueda de la placenta por implantarse en sitios específicos no adecuados, conocido como placenta previa».

Arman Alessandrini insiste en que uno de los factores de riesgo más importantes en la mujer que desea tener su descendencia después de los 30 y 35 años es la obesidad. *«Generalmente después de esas edades la mujer sufre disturbios nutricionales, no se alimenta correctamente y además, no realiza ejercicios físicos con sistematicidad. El embarazo y la obesidad predisponen la aparición de no pocos trastornos».* (44)

Cuando se indagó acerca del conocimiento que tenían las mujeres investigadas sobre la Salud reproductiva se pudo apreciar que todas coinciden en que la reproducción consiste en procrear una vez alcanzada la etapa fértil

- *“es cuando una persona que ha llegado a la edad normal comienza a tener a sus hijos porque es el momentos en que estas más sana y no hay peligro de que aparezcan malformaciones ni enfermedades” (nivel medio superior, 50 años).*
- *“Se comienza la reproducción cuando la mujer es fértil tiene que tener menstruación, cuando se le retira la menstruación en una etapa de la vida que se llama el climaterio que oscila en un período de tiempo determinado entonces la mujer deja de ser fértil para reproducir”(universitaria 1, 56 años)*

A su vez el grupo no coincidió en otros aspectos. Solo una de ellas tuvo una visión de la reproducción desde el punto de vista social donde refiere que se requiere:

- *“el apoyo familiar que a veces no lo hay como en la vivienda, el salario, la pareja” (técnico medio, 47 años).*

Significa que para ella traer hijos al mundo implica una responsabilidad donde se requiere del apoyo familiar y el económico para lograrlo. Sin embargo dos de ellas tenían una idea más completa sobre el concepto de salud reproductiva.

- *“Ahora la reproducción como todo el mundo conoce no se debe hacer en edades muy temprana, se debe esperar a la maduración de los órganos, que la mujer este dotada de experiencias (maduración biológica), de un conocimiento para poderlo realizar (Preparación psicológica) que desafortunadamente en nuestro país esto se hace muy precoz, donde las abuelas son las que los crían porque la mamá no se encuentra capacitada ni dotada de conocimiento ni de madurez para criar a ese futuro bebé.”(universitaria1, 56 años)*
- *“las mujeres una edad reproductiva ideal, como ser humano como persona en cuanto a los órganos reproductivos que tenemos que están acorde o no para una edad reproductiva(maduración biológica), ahora además de tener todo eso acorde y preparado para una buena reproducción también hay que tener apoyo social y algo de bienestar para la tarea que vamos a afrontar porque, porque reproducir –tener familia- determinar tener un hijo tenemos que tener algunas cosas para poderlo hacer”(apoyo social y respaldo económico)”.(universitaria2, 56 años)*

Se estima que la edad óptima para concebir se encuentra entre los 25-30 años por las características biológicas. Es por eso que estas mujeres tienen como concepto que para reproducirse existe un límite de tiempo y además debes tener un respaldo económico y social. (44)

En México actualmente la mujer, por razones sociales, culturales, profesionales y económicas ha tendido a retrasar la maternidad. No es ni cercanamente la causa más común de infertilidad el hecho de este deseo de postergar la fertilidad; sin embargo, es una situación cada vez más frecuente en la práctica médica encontrar mujeres que buscan el embarazo en edades cercanas a la quinta década de la vida, lo que, fisiológicamente, dificulta conseguirlo en virtud de las características de funcionalidad del ovario. (43-45)

En el Hospital de la Mujer, mexicano, Las principales comorbilidades que se presentaron en el segundo trimestre de la gestación fueron DG (41.37%), RPM (37.96%) y HG (20.61%). En el tercer trimestre correspondió a placenta previa (30.0%), oligohidramnios severo (50.0%), preclamsia severa (10.0%) y TVP (10.0%). En cuanto a aborto espontáneo, en nuestro estudio se observó que el 24.80% abortaron durante el primer trimestre. Lo anterior está acorde con lo reportado por otros autores en centros hospitalarios similares al nuestro. En el artículo de Tapiani Rodríguez se observó que el índice de abortos espontáneos alcanza el 33.8% a partir de los 40 años, frente a 11.7% entre los 30-34 años y 17.7% entre los 35 -39 años. Por encima de los 40 años, el porcentaje fue del 53.2%, el cual se relaciona hasta en un 60% con anomalías cromosómicas. Respecto a la vía de resolución del embarazo, el 61.18% se resolvió por cesárea y el 38.82% por vía vaginal. En la literatura se evidencia un incremento progresivo de cesáreas a partir de los 35 años, principalmente en primíparas. (48)

En Cuba también hay una conducta similar donde las mujeres crean todas estas bases para comenzar a tener hijos por lo que hay una tendencia al incremento de embarazos en mujeres de 35 años o más. (49; 50; 51) Por lo que el profesional de salud debe estar preparado para mantener una diferenciada atención en estas mujeres.

En el hospital materno America Arias las complicaciones fueron más frecuentes en este grupo de edad, se destaca que durante el año 2006 se realizaron 25 histerectomías obstétricas, se realizaron en gestantes de más de 40 años lo que representó un 20 %, se considera una alta morbilidad, si se tienen en cuenta además, que en estudios realizados en trabajos de maestría en esta Maternidad en igual período, pero en el grupo de adolescentes, no se realizó ninguna. Es importante destacar que en el año 2006 se produjo una muerte materna y aunque la causa de muerte directa fue el Asma Bronquial, tenía como antecedente la

hipertensión arterial y era una mujer de 40 años. No obstante algunos autores creen y la bibliografía revisada así lo corrobora, que una mujer con buen estado y con una atención prenatal adecuada, tiene grandes probabilidades de tener un parto feliz y un niño sano, pero al fenómeno de incremento de embarazadas de esta edad debemos estar preparados para enfrentarlo con éxito. (52)

Percepciones sobre el embarazo en estas edades

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente alrededor de 830 mujeres en todo el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En tal sentido se estima que en 2015 ocurrieron 303 000 muertes maternas a nivel global; prácticamente la totalidad de las defunciones corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. (43)

Al mismo tiempo en los países latinoamericanos desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación.

En Colombia según las cifras del Ministerio de Salud, 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren por causas asociadas a la maternidad, aunque algunas regiones tienen tasas muy superiores al promedio. Teniendo en cuenta que el porcentaje de partos atendidos institucionalmente es alto (94% de las mujeres de

zonas urbanas y 69.8% en las zonas rurales, la disminución de la tasa de mortalidad materna requiere, entre otros, mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros. (53)

La tasa de mortalidad materna y la perinatal en el recién nacido son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida en una sociedad. En África, una de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia una de cada 56, en Norteamérica una de cada 6366 y en Europa Septentrional una de cada 9850, los datos evidencian las desigualdades sociales en salud que existen en el mundo. (49) Es por esto que Cuba ha creado protocolos a acciones en vista a disminuir estos riesgos para disminuir este parámetro que refleja la calidad de los servicios materno- infantil de los países.

Cuando observamos el promedio de hijos por mujer en el mundo actual es de 2,5. Las diferencias por regiones del planeta son marcadas con cifras que van desde 4,5 hijos promedio por mujer en África, a 1, 8 en Europa. (54)

En Cuba se mantienen por más de tres décadas, bajos niveles de reproducción, avanza el envejecimiento del patrón por edad de la fecundidad en el que se presenta, paradójica y desfavorablemente, una elevada fecundidad en adolescente, la cual aumento entre el 2000 y el 2011 en un 10.5 %. Según resultados preliminares de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS; por sus siglas en inglés), Cuba 2010, el 10.7 % de las mujeres de entre 15 y 19 años han tenido un hijo nacido vivo. Este porcentaje, según regiones, se expresa en 7.9% para la región occidental, 8.9% para la capital del país, 9.3% para las provincias del centro

y 13.6% en las provincias orientales. La edad media de la fecundidad en Cuba es de 26.3 años. (55)

El descenso de la fecundidad está en correspondencia con el rápido envejecimiento poblacional del país. No obstante, el embarazo en adolescentes continúa elevado y constituye una irregularidad de la transición demográfica cubana. La tasa de fecundidad en adolescentes se incrementó entre 2007 y 2011 en el 25 %, con un discreto descenso en el 2012 (7 %), respecto al 2011. En el 2012 la tasa de fecundidad general decreció y con ella, las tasas de fecundidad por edad, a excepción de las tasas de fecundidad de la mujeres de 40 a 49 años que no cambiaron. (55)

Cuba cuenta con un sistema único de salud, basado en la atención primaria con carácter intersectorial, integral y descentralización de servicios especializados desde los niveles terciario y secundario hasta el policlínico, que asume la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud y que abarca un número de consultorios del médico y la enfermera de la familia insertados en la comunidad. (55)

El entendimiento de la fertilidad en la población es pobre y se tiende a sobrestimar la posibilidad de embarazo, se desconocen los aspectos biológicos de la concepción, se ignora el tiempo en el que la mujer es más fértil y el declive de la etapa reproductiva después de los 35 años. Está bien documentado que la edad es el principal factor pronóstico de la fertilidad humana, a mayor edad de la mujer menor posibilidad de embarazo. Existe actualmente un fenómeno demográfico en el que se observa un retraso en la mujer en el tiempo de la primera concepción, lo que está llevando a convertir una infertilidad social en médica. (46)

El 80% de las mujeres investigadas que formaron parte de este estudio refirieron haber tenido dos o más embarazos. Solo una entrevistada no lo logró por presentar

una infertilidad de causa ovárica asociada a una enfermedad renal crónica la cual le imposibilita someterse a la sobrecarga de los diferentes tratamientos de infertilidad y al de un embarazo.

De estas mujeres 12 tienen paridad satisfecha con uno o dos hijos y tres de ellas no pudiendo tenerlos, dos por problemas de enfermedad y la tercera por haber tenido dos embarazos ectópicos la cual actualmente continua en tratamiento de infertilidad.

- *“Yo tengo 40 años hace poco que tuve a mi segundo hijo y creo que si lo hubiera tenido a esta edad lo hubiese tenido igual sin importar la edad.”(técnico medio, 40 años)*
- *“en esa edad no se debe tener familia, no quiere decir eso que si una mujer no ha podido lograr una familia desde su momento de reproducción a la fecha pasada de su tiempo, si ella lo desea tener, si el médico lo determina porque tiene que estar presente el criterio del médico, si el médico lo determina o no se puede tener esa criatura pero ya te digo es un alto riesgo para la mamá y para la bebé, para la salud de ambos.”(universitaria1, 56 años)*

Estos y otros criterios hacen que las mujeres sin autoestima, decisión propia y sin una orientación profesional que aún se encuentren inseguras se hagan vulnerables a mitos y tomen una decisión no deseada como la interrupción de la gestación.

La mayoría de las entrevistadas manifestaron el deseo de completar su “ideal de hijos” si quedaran embarazadas, solidarizándose con las que aún no lo han logrado. En la entrevista la investigadora percibió que en el fondo la mayoría le teme a esta idea y esto está asociado por miedo a los riesgos que pueden presentarse durante el embarazo como la HTA, malformaciones congénitas, el incremento del aborto, entre otras patologías, por lo que no juzgan a aquellas que deciden involucrarse en el proceso de reproducción.

- *“Me encuentro asistiendo a la consulta de infertilidad pero me tengo que hacer una Fertilización in vitro (FIV) y como tenía que recibir óvulos para embarazarme abandone la consulta y a pesar de mi edad yo si salgo embarazada me lo dejo y hago todo lo que tenga que hacer para lograrlo.” (infertilidad tubárica, 41 años)*
- *“A los 40 años yo ya no tenía menstruación pero en estos momentos a mí me encantaría tener un hijo pero no lo tuviera porque ya tengo 56 años y no me involucraría en esa aventura” (soltera, 56 años).*

Cuando una mujer en edad mediana decide tener un embarazo, no está es porque lo planificó sino porque suelen surgir una serie de eventos en la vida que hacen estas aplacen la maternidad tales como desarrollo profesional, desenvolvimiento económico, estabilidad de pareja, el disfrute de la vida sin ataduras, varios intentos de embarazos que culminan en abortos, las que se encuentra años en un tratamiento de infertilidad, comienzo de una nueva relación en la que desean tener hijos en común entre otros. A pesar que se conoce que la gestación tiene mayor riesgo para el binomio madre-feto en esas edades se conoce que con un seguimiento estricto y adecuado durante la atención prenatal junto al avance de la tecnología se pueden hacer detecciones tempranas de anomalías. Una mujer en mediana edad no es una mujer cumplida, ya que puede tener actitudes para enfrentar la vida que muchas de las mujeres que se encuentran en la edad óptima para un embarazo. Para ser madre en la edad mediana hay que ser valiente y optimista. La autora piensa que por tener una edad madura con experiencia adquirida estas mujeres tiende a ser estables, dedicadas, con conciencia y serena para criar un hijo y si además disfruta de buena salud la probabilidad de un desenlace feliz es elevada.

Otra de las causas por lo que las mujeres tiene embarazos a edades avanzadas son en los tratamientos de infertilidad que en la actualidad les permiten lograrlo,

pero dependen mayormente de la calidad de los óvulos que se utilizan y del estado de salud de la mujer lo que afecta mucho la efectividad de estos tratamientos. Así lo publica el Dr. Lugones en su investigación sobre las embarazadas de mayor edad en el mundo. (57)

El envejeciendo tiene un impacto negativo en el resultado del Tratamiento de Reproducción Asistida(RAAT) y la edad avanzada de la mujer disminuye la oportunidad de proporcionar una tasa de nacimientos vivos logrados usando la RAAT sobre todo después de 40 años de edad. Los protocolos de estimulación ovárica mínimos podrían producir tasas de nacimiento vivos aceptables por el traslado del embrión en las pacientes infértiles hasta sus medio-años cuarenta. (58)

Hoy en día, la vitrificación representa una excelente alternativa para pacientes jóvenes que quieren postergar la maternidad, que no cuentan con pareja y no quieren ver reducidas las posibilidades de embarazo o incrementado el riesgo de sufrir alguna cromosomopatía a causa del envejecimiento; también para pacientes que tienen probabilidades de padecer síndrome de hiperestimulación ovárica o para aquellas que van a recibir tratamientos oncológicos, ya sea de radio o quimioterapia. (59)

En Cuba pesar que comenzó este tratamiento hace unos años atrás las mujeres las parejas infértiles les hacen rechazo a esta tipo de tratamiento debido que no desean tener hijos con los óvulos de una donante o por el temor de que algún día puedan perder a su hijo en caso de que se revele la identidad de su madre biológica. Además este es un proceso largo donde muchas veces la paciente sufre de gran decepción cuando después de una fertilización aparece la hemorragia vaginal de su ciclo menstrual normal.

También está el impacto en estas mujeres del aborto espontáneo para la vida social, laboral y en especial emocional de la mujeres no siempre se contempla en

los protocolos asistenciales y planes de cuidados; muchas usuarias perciben con insatisfacción el apoyo emocional recibido por parte de los profesionales, y se identifican sentimientos de culpabilidad, vacío, duelo y/o pérdida, además de posibles síntomas de ansiedad, alteraciones del ánimo (con algún caso descrito de suicidio), problemas en las relaciones, etc., que pueden persistir hasta varios meses después del aborto. (60)

Además nuevamente estas mujeres hacen alusión que deben tener una edad adecuada para intentar reproducirse.

- *“Hay mujeres que después de los 40 encuentran un nuevo esposo y entonces quieren parirle, yo considero que no deben exponerse a semejante riesgo. Si ya ella tiene los de ella porque tiene riesgo que le suba la presión que tenga malformaciones. En mi opinión no se debe.”(técnico medio; 50 años)*
- *“Para los parámetros todo tiene su tiempo, todo tiene su edad, lo dice el decreto ley(impresiona que se refiere a la ley de la vida) que todo tiene su edad, el embarazo eso tiene su tiempo, todo tiene su época, pasado los 37 años más menos es un riesgo, es una añosa, ya tu organismo no está preparado para recibir un embarazo con todas la modalidades que trae, todo es un riesgo, el embarazo debe existir más bien entre 24 o 25 años hasta los 30-31 años no más, que es donde el cuerpo está preparado por naturalidad de salir embarazada, es un riesgo” (secretaria, 48 años).*

En ocasiones este límite lo pone el profesional de la salud. Estos en su mayoría inducen a estas mujeres a la interrupción de la gestación por el incremento del riesgo obstétrico que proporcionan ellas con un embarazo a estas edades.

- *“los médicos dicen que las mujeres no se deben embarazar después de los 35 años porque existen muchos riesgos de malformaciones además porque ya no hay fuerzas para para criar chiquitos” (universitaria; 41 años).*

Las mujeres cubanas tienen una amplia cultura médica debido al esfuerzo del estado cubano para que la alcancen lo que les brinda herramientas para decidir si desean o no involucrarse en el proceso de la reproducción en una edad avanzada teniendo en cuenta los riesgos.

En diferentes investigaciones se evidencia que el embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y del feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. (1, 4,61-66)

Actualmente, la tendencia mundial y en Cuba es la planificación de la gestación a edades más tardías, por lo que es imprescindible realizar una consulta preconcepcional adecuada antes de iniciar la búsqueda de una gestación para detectar enfermedades crónicas, sobre todo cardiopulmonares, que pueden aparecer y complicar el binomio madre-hijo(a). (51, 67,68)

En el municipio de SCN en el último quinquenio las patologías más frecuentes asociada al embarazo en las mujeres que se involucraron en este proceso después de los 40 años han sido la Hipertensión (HTA) crónica, Insuficiencia venosa periférica, Hipotiroidismo y Asma bronquial todas compensadas y con resultados maternos y perinatales favorable excepto dos de ellas que tuvieron muertes fetales. La primera asociada a malformaciones congénitas y la segunda por una crisis de asma bronquial prolongada. En cuanto a las patologías propia del embarazo las más frecuentes fueron Placenta previa, Hipertensión gestacional, Diabetes gestacional (DM) todas con buen resultado perinatal y materno. Esto se logró gracias a la disciplina de estas pacientes las cuales al conocer sus riesgos siguieron las orientaciones médicas adecuadamente y además por las acciones de salud del equipo multidisciplinario de salud del municipio.

Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos e ITS

La Conferencia de El Cairo, 1994 (CIPD) afianzó la planificación de la familia en un marco más amplio de salud reproductiva, derechos reproductivos y salud sexual. Desde la fecha los países en desarrollo han comenzado a integrar los servicios de salud reproductiva en sus servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, y aunque se reconocen avances, existen más de 350 millones de parejas que carecen de acceso a servicios de planificación de la familia, las complicaciones del parto y el embarazo son las principales causas de defunción y enfermedad de la mujer en edad de procrear, un tercio de las embarazadas no reciben ningún tipo de atención de la salud durante el embarazo y un elevado número de mujeres sufre de fístula obstétrica. (69)

La planificación familiar es una medida de prevención primaria, eficaz para reducir el embarazo no deseado. De los datos disponibles hoy en día se puede afirmar que un cuarto a dos quintas partes de las MM pueden ser eliminadas si se evitan estos embarazos a través de la anticoncepción. (70)

En Chile a cinco décadas de dicho hito (la planificación familiar), las estadísticas vitales nacionales muestran el impacto de su implementación. La tasa de mortalidad materna ha descendido desde 118 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos en 1964 a 20 muertes maternas en el año 2000. La tasa global de fecundidad ha descendido desde 5,4 hijos promedio por mujer en 1960 a 1,9 en el año 2010. La fecundidad del país descendió un 65% en cinco décadas y no se aprecian factores internos que alteren la tendencia en el futuro. (71)

El embarazo no planificado es un problema de salud pública por las repercusiones sociales y de salud sobre las madres y sus niños. En América Latina, del 17 al 35 % de estos embarazos terminan en abortos inseguros. Las mujeres con embarazo no planeado utilizan menos los servicios de salud materno-neonatales y acuden

menos a los controles prenatales; consumen más tabaco y licor y menos vitaminas durante el embarazo; lactan con menor frecuencia y durante una menor cantidad de tiempo que las mujeres que tienen embarazos planeados. Los niños nacidos de mujeres con embarazos no planeados tienen un mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, de ser pequeños para la edad gestacional, de ser prematuros, de padecer depresión, de ser víctimas de maltrato infantil y de tener menor autoestima y mayor compromiso cognoscitivo y del bienestar psicológico. (72)

La población cubana se caracteriza por su avanzada transición demográfica y está compuesta por 11 163 934 habitantes. El envejecimiento y estancamiento del crecimiento poblacional son dos desafíos demográficos importantes, el 18,3 % de la población tiene 60 y más años, la esperanza de vida al nacer es elevada, las tasas de fecundidad son bajas, sin reemplazo poblacional desde 1978. (73)

Si bien, el perfil reproductivo de la población, en términos de anticoncepción, aborto y fecundidad es similar, en Cuba, hay diferenciales por territorio y grupos de edad, coherentes con las variaciones de unos y otros aspectos. Se contraponen la elevada cobertura anticonceptiva con el aún elevado uso del aborto, lo que expresa insuficiente calidad del conocimiento en planificación familiar en la población y prestadores de servicios, insuficiente variedad de métodos para satisfacer preferencias y garantizar continuidad de uso, así como la recurrencia del uso del aborto provocado, como método regulador de la fecundidad. Si bien hay un alto índice de empleo de la anticoncepción, algunas investigaciones realizadas en estos años dan cuenta de que su uso posee problemas de adecuación y continuidad. (74)

El conocimiento y uso de la planificación familiar influye en la vida de las mujeres de muchas maneras, por ejemplo, en oportunidades para tener un empleo remunerado o una mejor educación, su autoestima y diversos aspectos relacionados con la calidad de vida, además les ayuda a satisfacer sus necesidades

prácticas, lo que es necesario pero no suficiente, para ayudarlas a satisfacer su sed de equidad. (75)

Finalmente, los resultados indican que las relaciones sexuales temprana juegan un papel fundamental en la salud reproductiva más tarde para las mujeres. Las mujeres con una historia de relaciones sexuales temprana informaron menos uso de anticonceptivos así como más síntomas menstruales a edad 43 que sus colegas que no tiene una historia. (76)

Las parejas cubanas regulan su fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos y la interrupción de embarazos no deseados ni planificados, los niveles de uso de uno u otro método son elevados; la cobertura anticoncepcional actual es de 77.8%, a expensas de métodos femeninos fundamentalmente, con una estructura tipológica de métodos aún no lo suficientemente favorable, dada la elevada cobertura a expensas de dispositivos intrauterinos (51% cobertura total 7 y 19 % en adolescentes de 15 a 19 años. (55) Estos dispositivos, unidos a las prácticas sexuales sin protección, son un riesgo a contraer una ITS, causas más frecuentes de EIPA (Enfermedad inflamatoria pélvica aguda) en las mujeres jóvenes la cual a su vez es la causa más frecuente de embarazos ectópicos e infertilidad en la actualidad. Es por eso que se promueve la utilización de la doble protección con los métodos hormonales y/o la anticoncepción de emergencia en conjunto con el condón en los jóvenes.

Es un objetivo del Gobierno de la República de Cuba estimular la fecundidad lo cual forma parte de los lineamientos del partido. El Sistema Nacional de Salud aspira a disminuir las interrupciones voluntarias de embarazo que puedan ser evitadas, por decisión de la mujer y la pareja, mediante una anticoncepción eficaz y considera la ampliación de la anticoncepción de emergencia, de aún bajo conocimiento y uso, para cuando ocurren fallos anticonceptivos o se tenga una relación desprotegida. (77)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se contraen por determinados microorganismos durante las relaciones sexuales. Algunas ITS (p.ej. VIH) también se transmiten mediante productos sanguíneos contaminados (jeringuillas, transfusiones de sangre, etc.). El riesgo de contagio es mayor cuando hay un intercambio de fluidos corporales durante una penetración (anal, vaginal u oral) desprotegida. Otros factores de riesgo asociados son: pobreza, cultura, difícil acceso a los servicios de atención y tratamiento, y conocimientos insuficientes o erróneos sobre la sexualidad. Las ITS se pueden prevenir con relaciones sexuales sin intercambio de fluidos y con métodos anticonceptivos de barrera (p.ej. preservativo). (78)

La prevalencia de ITS tales como la sífilis, la infección gonocócica y la trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales. La tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 0.95 por 1.000 nacidos vivos, pero se estima que la cifra esconde un subregistro muy alto. La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento. La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de hombres que tienen sexo con otros hombres. (53)

Las infecciones de transmisión sexual constituyen actualmente una epidemia mundial, se estima que aparecen cerca de 250 millones de casos nuevos anualmente, de los cuales, unos 50 millones corresponden a las Américas. Las más frecuentes de ellas son las producidas por el VPH, la Vaginosis bacteriana, el herpes simple genital, las infecciones por Chlamydia, gonococcia, sífilis y el VIH/sida. Todas pueden causar serias consecuencias a la salud reproductiva de la mujer. (79)

Algunas infecciones vaginales cuando no son tratadas pueden provocar complicaciones serias en el organismo, especialmente en mujeres que se encuentran en la etapa reproductiva. Se estima que 75 % tendrá al menos un

episodio de infección vaginal durante su vida y hasta un 50 % de ellas presentará dos episodios o más.

Samuel Santoyo, director ejecutivo del Centro Latinoamericano de Salud de la Mujer, afirma que "la infección cérvico vaginal es un padecimiento muy común del cual la mujer no debe avergonzarse, pero sí preocuparse e inmediatamente buscar tratamiento médico efectivo y no utilizar la automedicación". (79)

La mayoría de los estudios nacionales e internacionales refieren una tendencia general hacia la precocidad sexual; mientras más temprano se inician las relaciones, mayor es el riesgo a desarrollar cervicitis, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, incluyendo las causadas por el virus del papiloma humano (VPH) o de la inmunodeficiencia adquirida. (80)

Durante la entrevista la mayoría de las mujeres relataron que no utilizaban método anticonceptivo. En la actualidad, refirieron la esterilización quirúrgica y el condón como los más empleados, este último se utiliza con la finalidad de prevenir el embarazo cuando no había opción de otro método y no con la finalidad de protección contra las ITS.

Ninguna refirió haber presentado en esta etapa una ITS lo que no quiere decir que no la hayan padecido ya que durante el estudio una entrevistada decidió no participar porque tenía una enfermedad de la cual no se sentía cómoda de hablar con el resto de las mujeres lo que le hace pensar a la autora porque durante la entrevista las pacientes vacilaban y desviaban sus respuestas sobre el tema hacia las conductas de los adolescentes.

En el municipio de Santa Cruz hay reportes de 9 mujeres que se infectaron con el virus del VIH en su juventud y ahora transitan en la edad mediana. No existe incidencia de infección por este virus durante este período. Los reportes de ITS en los últimos cinco años registrados son de cuatro mujeres que han sido infectadas

con *Treponema Pallidum* las cuales han sido debidamente tratadas junto a su pareja sexual.

Se indagó sobre que métodos anticonceptivos conocían y la mayoría mencionó los DIU, anticonceptivos orales (ACOR), el condón y la esterilización quirúrgica.

Cuando la entrevistadora investigó con respecto a la superioridad de los diferentes métodos anticonceptivos las pacientes insistían en que el mejor era del condón. La razón por la que mencionaban este método está relacionada con las conductas sexuales que se practican hoy en días donde hay una tendencia al incremento de la infidelidad por parte de ambos miembros de la pareja.

A pesar de conocer estas tendencias y que este método es el único que lo previene no hay un empoderamiento de estas mujeres con respecto a su utilización. Se pudo apreciar durante la entrevista que la mayoría de ellas no se protegen con ningún método porque los que escogieron para protegerse del embarazo son los definitivos como la esterilización quirúrgica. Por lo que no hay una percepción del riesgo de contraer una ITS. Esto está dado por la estabilidad matrimonial y la posibilidad a realizarse una interrupción de voluntaria como método de regulación de su fecundidad.

- *“en mi caso me ligue cuando tuve mi niña porque era cesárea y no quería más embarazo por eso no uso ninguno”(casada; 47 años)*
- *“el uso del condón es importante porque hoy en día la calle está muy mala, los hombres andan sin cabeza y nada más que se encuentran a una jovencita que le pinte una fiesta les van para arriba sin medir la consecuencias y después vienen y se acuestan con uno como si nada hubiera pasado y es ahí donde te contagian con una enfermedad. Yo personalmente lo uso porque yo sí que no creo en cuentos y el mi pasa mucho tiempo fuera de mi vista”(unión consensual; 40 años)*

Según la encuesta nacional de salud en México en el 2012 el uso del condón va disminuyendo a medida que aumenta la edad y en la mujeres mayores de 35 años solo el 14.7% lo utilizaban incrementándose en ellas el uso de la esterilización quirúrgica en 22.1% mientras que el 53.2%, más de la mitad, no utilizaban ningún método en su última relación sexual. (81) Esto está dado porque a medida que las relaciones se van haciendo más duraderas y estables, las parejas crean un ambiente de fidelidad y compromiso, lo que unido a la disminución de la capacidad de fertilización optan por un método anticonceptivo permanente o discontinúan su uso.

Cuando se les preguntó sobre ¿por qué no usan métodos anticonceptivos para prevenir tanto el embarazo de las ITS? Las pacientes respondieron que era por la estabilidad matrimonial y por el miedo de que caso exigir el condón su pareja dude de su fidelidad. Esto demuestra que no están empoderadas con respecto al empleo de los diferentes métodos. Por otra parte es necesario considerar que los profesionales de la salud cuando instruyen sobre la anticoncepción a las mujeres lo hacen con el objetivo de evitar un embarazo, pocas veces lo hace desde la perspectiva de evitar una ITS. Así lo refiere Ulloa cuando en su investigación se pregunta: ¿Por qué la necesidad de un método anticonceptivo en la premenopausia? A lo que responde que en los años previos a la menopausia existe la posibilidad real de un embarazo porque las ovulaciones no han cesado aunque han disminuido y son mujeres sexualmente activas, razón por la cual la mujer de mediana edad debe optar por alguno de los métodos anticonceptivos. (10)

Otro factor que influye a la hora de usar un método anticonceptivo es la inequidad de género donde el mayor peso de las consecuencias negativas de un embarazo no deseado cae sobre las mujeres por el hecho que la gestación se desarrolla en sus cuerpos. Su vulnerabilidad se incrementa si la pareja sexual no asume equitativamente su responsabilidad. Aunque declarativamente exista un mayor

consenso en que hombres y mujeres tienen la misma responsabilidad, cotidianamente la normatividad social fomenta la irresponsabilidad masculina frente a la sexualidad y a la reproducción, puesto que un buen número de hombres sigue pensando que una gestación no planificada es porque ella no se cuidó. No es que estos hombres se despreocupen por la reproducción, sino que consideran que la anticoncepción es responsabilidad de las mujeres, aduciendo en ese sentido estar a merced de ellas, y cuando sucede un embarazo no deseado dicen sentirse engañados. (82) En muchos países de América Latina y el Caribe la sociedad es machista y hace responsable tanto a hombres como a mujeres a esta última de su fertilidad sin darle participación a los hombres en esta responsabilidad.

Solo dos pacientes se atrevieron a decir que ellas eran las que tomaban la iniciativa de exigir el condón solo que en uno de los casos su esposo comenzaba a acusarla de infidelidad. Esto está dado por el modelo de género patriarcal donde el hombre somete a la mujer lo que dificulta que estas adopten medidas para protegerse.

- *“muchas mujeres tenemos parejas de mucho tiempo y si después de tanto tiempo le exijo un condón lo primero que le viene a la mente es que uno lo está traicionado, por eso no la se exijo prefiero dejar las cosas como están y soy consciente que es importante utilizar el condón.”*
- *“Yo personalmente lo uso porque yo sí que no creo en cuentos y el mío pasa mucho tiempo fuera de mi vista.”*

Aquí se ve reflejado las relaciones de poder donde el hombre es el que dispone que hacer durante la relación sexual sin tener en cuenta la decisión de la mujer, recurre a la traición para lograr su objetivo el cual es someter a la mujer, demostrando de esta forma que la relación no es igualitaria debido a que el rol masculino es el que predomina. No sucede de esta manera con la otra entrevistada la cual por lo que refiere en su relación ella tiene iguales derechos para decidir.

En las zonas rurales de Perú los hombres son muy reacios a que sus parejas usen métodos anticonceptivos modernos, no porque deseen tener más hijos, sino porque, además de la desinformación sobre las consecuencias negativas en la salud de las mujeres y también de los hombres por el uso de estos métodos, están los imperativos sociales que les impiden su uso.

Así por ejemplo, el uso de métodos de planificación familiar donde ya no se necesita de la voluntad del hombre, provoca las inseguridades masculinas y los hace sentirse vulnerables ante una posible infidelidad de sus esposas, ahora que ya no tienen el peligro de un embarazo. A la vez, hay un rechazo a que sus parejas dependan de los servicios de salud para el uso de estos métodos, puesto que consideran que en estos lugares las partes íntimas de sus esposas son auscultadas por un profesional hombre, que podría provocar en ellas deseos de estar con otro hombre. La presión de la comunidad hacia el hombre cuya esposa acude a los servicios de salud reproductiva es enorme, poniéndolo en ridículo ante los demás. (82) Esta es otra forma de visualizar la cultura patriarcal donde el hombre impone su voluntad sobre la mujer para sentirse poco vulnerable.

Quevedo y col. en un estudio realizado a las mujeres chilenas les llama la atención que sólo 8 (6,6%) mujeres adultas mayores manifestaron haber utilizado durante su vida fértil algún método de planificación familiar, esto se debe probablemente a que no existían políticas de planificación familiar durante la juventud de estas mujeres. Los métodos de planificación familiar analizados se distribuyeron en una forma homogénea, los ACO y los DIU fueron utilizados por 47,8% y 52,2% de las mujeres, respectivamente. La esterilización tubaria fue utilizada por 69 mujeres y de éstas 60 eran mayores de 40 años. (83) Cuba desde el triunfo de la revolución tiene implementado este programa por lo que las mujeres tienen desde su juventud acceso y conocimiento de los métodos anticonceptivos y sin embargo la esterilización quirúrgica sigue siendo el método de elección entre estas mujeres.

La mayoría de los estudios nacionales e internacionales refieren una tendencia general hacia la precocidad sexual, (26,80) mientras más temprano se inician las relaciones, mayor es el riesgo a desarrollar cervicitis, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, incluyendo las causadas por el virus del papiloma humano (VPH) o de la inmunodeficiencia adquirida. En el estudio realizado en el Cotorro, en el grupo con infección por VPH la edad más frecuente estuvo entre 45 y 49 años. (26) Este comportamiento difiere de lo planteado por las mujeres estudiadas ya que estas presentan relaciones de pareja estables de muchos años independientes de que hayan iniciado sus relaciones precozmente. Esto hace que se sientan mucho más incautas en sus relaciones sexuales lo que justifica porque no utiliza condón como método para prevenir las ITS.

Concepto de Salud sexual

El sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hembra o macho. Estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes ya que hay personas que poseen ambas, pero estas características tienden a diferenciar a los seres humanos como machos y hembras. En muchos idiomas, en el lenguaje común, suele utilizarse el término sexo para significar "actividad sexual"; sin embargo, para fines técnicos en el contexto de las discusiones sobre sexualidad y salud sexual, se prefiere la definición anterior. (84)

La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas. (84)

El concepto de salud sexual establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) alude a “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. El concepto de salud sexual destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación. (85)

Las mujeres actualmente viven 30 años en una etapa pos reproductiva, donde atraviesan muchos cambios a nivel, no sólo hormonal, si no también anatómico y psicológico con respecto a su vida sexual, lo que lleva a pensar erróneamente que la actividad sexual después de la menopausia no existe, siendo causa de una pobre calidad de vida, ya que la satisfacción sexual se ha identificado como un factor predictor de bienestar y por ende de sentido de propósito en la vida. (86)

Se ha determinado en múltiples estudios que a mayor edad disminuye la actividad sexual, evidenciándose que entre el 30 y 78% de mujeres de 60 años manifiesta tener actividad sexual, lo que disminuye a un 11 a 74% en las mayores de 70 años y a un 8 a 43% en las mayores de 80 años, lo que se explica por los problemas que se pueden presentar con la edad, como enfermedades incapacitantes, que imposibilitan a tener actividad sexual que llegue al coito. (87)

La sexualidad de la mujer en la adultez media en particular, está relacionada con los cambios individuales evolutivos dependientes de la edad que constituyen uno de los factores principales para el desarrollo del deseo sexual hipo activo. Esto ocurre especialmente a partir de los cuarenta años, donde se observa un deterioro objetivo en el deseo sexual femenino. En particular, destaca la influencia de variables tanto físicas como psicosociales en este deterioro, siendo las últimas más relevantes en lo estudiado. En este mismo sentido, cabe destacar que en la mujer, existe una conexión muy estrecha entre el área emocional y la

sexualidad, lo que quiere decir que las emociones influirán en la sexualidad y viceversa. Es por eso por lo que resulta de mayor coherencia hacer referencia a la calidad de la pareja más que a la duración de la misma, ya que existen parejas que, a pesar de llevar mucho tiempo juntos, siguen manteniendo un alto nivel de deseo y como se comentó con anterioridad en el ciclo vital, un porcentaje muy relevante de mujeres de 70 años siguen considerando la sexualidad muy importante para sus vidas. (33) Esto demuestra que el cambio desde el punto de vista biológico producido durante el climaterio no es impedimento para desear una relación sexual placentera.

El interés de continuar con la actividad sexual es un componente de satisfacción de vida y de envejecimiento exitoso. Mientras, la mayoría de las mujeres europeas postmenopáusicas y las mujeres americanas informaron que era importante para ellos mantener una vida sexual activa, la frecuencia de las relaciones sexuales declinan con el tiempo como consecuencia de la edad, la menopausia, enfermedades y disponibilidad del compañero. A pesar de la naturaleza multidimensional de la sexualidad en la menopausia, las mujeres postmenopáusicas con una puntuación positiva para la disfunción sexual (FSD) tiene casi cuatro veces más probabilidad de atrofia vulvo-vaginal (VVA) comparado con esas mujeres que no reportan síntomas sexuales. Además, el desorden del deseo sexual hipo activo (HSDD) es el significativamente más frecuente en las mujeres menopáusicas quirúrgicas. (18)

El 60% de las mujeres investigadas refieren haber iniciado sus primeras relaciones sexuales con menos de 20 años lo cual les permite tener una amplia experiencia en las mismas.

Algunas de las mujeres investigadas definen a la sexualidad como el deseo erótico que tiene como finalidad la reproducción y no lo ven desde el punto de vista del placer o como una satisfacción personal:

- *“Es cuando las personas tiene relaciones sexuales producto del amor y de ese acto sucede la reproducción”(unión consensual;50 años)*
- *“La sexualidad es el método la forma que tiene un hombre y una mujer para procrear familias para tener la reproducción eso es la sexualidad el sexo como tal, el femenino y el masculino es que engendra para crear la familia para procrear la especie hombre que somos nosotros”(casada1 ; 56 años)*

El resto de las mujeres coincidieron que sexualidad no se resume solamente en tener relaciones sexuales sino que es todo aquello que gira entorno a estas relaciones y que termina al final con el acto sexual. Para ellas el sexo no es lo fundamental sino la importancia de tener la atención de sus parejas, disfrutar de su compañía, ser comprendidas.

- *“Para mi sexualidad es desde una llamada telefónica que me hace mi esposo y me dice que vas a hacer de comida hoy porque estoy en la casa, sexualidad es todo, no solo es la cama y el sexo, es saber que piensa tu esposo es que piensa tu pareja, es saber qué problema tiene, es la comunicación, es el encontrar el tema que a él le gusta o me gusta a mi o llevarlo a ese tema, es ver algo en la televisión y después se termina mejor en la cama y que el sexo sea todas las semanas o todo los días(niega con la cabeza) y que a veces me pongo preservativo(niega con la cabeza) no pasa.”(casada2; 56 años)*

Cuando se les preguntó sobre la disminución del deseo sexual a su edad solo hacen alusión a que disminuye su frecuencia porque existen otras cosas en la relación que las compensan o que la dificultan. Recordemos que estas mujeres son amas de casas, otras son cuidadoras, trabajan fuera del hogar lo que implica una doble jornada laboral, entre otras funciones que tiene ellas en su vida cotidiana y cuando acaba el día se sienten agotadas por lo que no siempre se sienten en dispuestas a tener una relación sexual por lo que disminuyen la frecuencia de las mismas y no el deseo. En un estudio realizado por García, las mujeres relataban lo contrario al

presente estudio, donde la mayoría refirió que si tenían disminución del deseo sexual y además relacionaban la sexualidad con el sexo. (88)

Artiles, el mito de la disminución de deseo sexual debe haberse estructurado sobre la base siguiente: si se pierde la capacidad reproductiva – y ese es el fin por el que se mantiene la relación sexual-; con la pérdida de estas funciones disminuye la relación; por tanto, la menopausia disminuye el deseo sexual. (89)

Fugate Woods y col. refieren que las mujeres informaron una mejor percepción de salud y aquéllas que reportaron baja percepción de niveles de tensión, altos niveles de ejercicio, y mayor uso de alcohol informaron niveles más altos de deseo sexual. Mujeres que experimentaron los síntomas más severos de la menopausia, incluyendo los bochornos, fatiga, depresión, ansiedad e insomnio informaron bajo deseo sexual, pero no causada por la sequedad vaginal. (17)

Wood, con respecto a los diferentes estudios de poblaciones, ellos no encontraron ninguna relación con la sequedad vaginal y el deseo sexual. Éste hallazgo puede reflejar en nuestro enfoque de evaluación sobre el deseo sexual.

Otros estudios evaluando el deseo sexual haciendo referencias a la libido pudieron detectar percepciones de sensaciones vaginales por lubricación e inflamación lo cual puede estar influenciado por los síntomas tales como sequedad vaginal. (17)

Es importante recordar que el revestimiento epitelial de la vagina y la uretra son tejidos dependientes de estrógenos, y la deficiencia de estrógenos conduce a un adelgazamiento del epitelio vaginal. Esto da lugar a la atrofia vaginal (vaginitis atrófica), causando síntomas de sequedad vaginal, prurito, y a menudo dispareunia. (87) Esto nos permite deducir que la sequedad vaginal no es un factor determinante en el deseo sexual pero sí influyente para tener una disfunción sexual.

A esto se le suma las sobrecargas asignadas y asumidas de estas mujeres, que, entre una de sus salidas, tiene la disminución del deseo sexual, está sustentada en

el condicionamiento de género. El mayor problema consiste en que estas cargas culturales asignadas son asumidas de tal manera que la mujer no identifica que allí está la razón de su problema, (culpa cómodamente) a la menopausia y se evita el enfrentamiento con la realidad de rescatar su papel y empoderarse con el fin de buscar una relación equitativa dentro de los espacios de su legítima sexualidad-placer por encima de su sexualidad-reproducción. (90)

Las mujeres del presente estudio cuestionan las relaciones de mujeres de esta edad con parejas más jóvenes. No ven adecuado su forma de vestir, de comportarse, porque refieren que no es normal que ellas puedan tener pasión, satisfacciones, que viva su vida si miedos al igual que lo hacían cuando eran más jóvenes por lo que comienzan a ridiculizarlas, minimizándolas o comparándolas con sus hijas o nietas. Esto es debido al contexto socio- cultural cubano donde el ideal impuesto socialmente es que en la pareja el hombre debe ser mayor o de la misma edad que la mujer y cuando se llega a la edad mediana las mujeres deben vestir y actuar con cierta seriedad, nunca de una forma diferente a lo que te exige la sociedad, aunque se sienta bien con este comportamiento por lo que son censuradas y cuestionadas. Este actuar trae como consecuencia insatisfacciones, alteraciones psicológicas tales como depresión y baja autoestima. Una de las normas del concepto de salud sexual es el bienestar psicológico. Así lo afirma Irene cuando añade que

“los mitos sexuales culturales que reflejan actitudes negativas hacia la sexualidad en las personas “mayores” de edad, los cuales por sí mismo, pueden ser suficiente causa de precipitación de la disfunción del deseo sexual”.

Nuestra sociedad ha enfocado el deseo sexual de una mujer mayor y por consiguiente el derecho a ejercer su sexualidad con normalidad como algo “ya no necesario para sus vidas”.(33) Desde que la mujer alcanza la posmenopausia la sociedad asume que las relaciones sexuales no son significativas por lo que tiene como concepto que estas mujeres no necesitan tener relaciones sexuales o la

práctica se realiza de forma esporádica y generalmente lo hace de complacencia para no perder su matrimonio.

- *“Eso es una cosa biológica, natural tanto hombre como la mujer eso tiene su tiempo, eso (el acto sexual) merma. Porque veo señoras de 62 años con un niño de 35 años si ella se mantiene activa no se ha apagado no la veo mal, realmente si funciona o no funciona tenga que ver con lo biológico de uno, porque no tiene edad es verdad que no la tiene”.(unión consensual; 48 años)*
- *“la sexualidad es un problema de todo ser humano sea masculino o femenino, ubicarse en la etapa y el momento, en los países extranjeros se ha emigrado para todos los demás países incluyendo este, la llamada viagra y la perlita, nadie puede vivir equivocado en la vida porque que cuando se tiene 79 años o 70 no es lo mismo que cuando yo tenía 30 o 40 años biológicamente el organismo sufre cambios hormonales que no permite una ejecución diaria como lo hace un joven o lo alterna o cada 15 día o cada una semana es decir que ahí hay que hacer una comprensión psicológica de ambas personas de la pareja en este caso. Ese fuego no lo entiendo y mucho menos en una edad avanzada.”(casada;56)*

Desmontar falsas creencias y prejuicios que dificultaban el disfrute del sexo ha sido una tarea para Ballester. Este aborda la importancia del clítoris en el placer femenino, la escasa importancia del tamaño del pene, el carácter saludable de la masturbación a su edad, la importancia de una sexualidad no centrada en el coito y la influencia de una vida sexual activa en su calidad de vida. De esta forma demuestra que a pesar de la amplia cultura sobre sexualidad existe muchos tabúes con respecto a la misma por lo que se debe enfatizar aún más en su educación. (91)

Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra las mujeres como cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada. Seis de cada 10 mujeres sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida, 7 a 36% de las mujeres padecen violencia sexual en la niñez y 6 a 59% de mujeres sufren violencia sexual después de los 15 años. La violencia por la pareja íntima es la forma más común de violencia contra la mujer en todo el mundo. (92)

Una perspectiva de género y derechos se mueve más allá de las explicaciones biológicas de la vulnerabilidad de las mujeres a los desórdenes mentales para considerar su vulnerabilidad a un rango de violaciones de sus Derechos Humanos (DH). Esta vulnerabilidad tiene que ver poco con la biología y contrariamente mucho que hacer con las inequidades de poder y de recursos basados en género. (93)

Los resultados del primer informe global sobre violencia de género impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado «La violencia contra las mujeres es un problema global de proporciones epidémicas», ya desde el título se anuncia el carácter de pandemia de este problema social. La directora general de este organismo mundial confirma que el responsable de la muerte de 38 % de todas las mujeres asesinadas ha sido su pareja. También muestra que la violencia de género no conoce nivel económico, ya que el porcentaje de asesinadas a manos de sus parejas alcanza el 45 % en los Estados Unidos y el 54 % en el Reino Unido, por solo citar algunos ejemplos. Más adelante el informe señala que una de cada tres mujeres mayores de 15 años ha sufrido este tipo de violencia por parte de algún marido, novio, amante o expareja. En algunas regiones, ese porcentaje pasa del 30 % global hasta el 38 % de la población

femenina, unos 920 millones de mujeres en todo el mundo. Según este decisivo informe, realizado con datos de 141 estudios obtenidos de 81 países, «estos homicidios son a menudo el resultado final de una fallida respuesta social, sanitaria y penal a la violencia de la pareja». (94)

Otra de las formas de la violencia de género en la región es la trata de mujeres, adolescentes y niñas. Según un informe de la CEPAL, en América Latina y el Caribe la trata de mujeres y niñas ocurre por medios similares a los que se emplean en otras partes del mundo. Extensas redes criminales les mienten a las niñas y mujeres vulnerables, las intimidan o de alguna otra manera se aprovechan de ellas. Estas pandillas a menudo ejercen violencia con impunidad. Los traficantes utilizan cada vez más falsas ofertas de trabajo, matrimonios arreglados y adopciones para llevarse a las mujeres de manera fraudulenta a otros países donde son victimizadas. (95)

Los aportes de las Ciencias Sociales al estudio de la fecundidad en los últimos años al enfoque que genera, es uno de los principales. Este enfoque ha propuesto algunas explicaciones acerca de cómo el papel que la sociedad y la familia le da a las niñas y los niños dentro del hogar y en la escuela, que se extiende luego a las mujeres y hombres en la actividad laboral y posteriormente a las madres y a los padres en la familia, influye en sus comportamientos sexuales y reproductivos. (96)

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo. (97) Estudios efectuados en comunidad y al interior de los servicios de salud reproductiva en el Perú revelan que las cifras de violencia sexual contra las mujeres son relativamente

altas cuando se las compara con las existentes en otras regiones del mundo. (98,99)

La violencia sexual aparece cuando el hombre es capaz de valer su autoridad para lograr su objetivo, tener sexo, mediante la cohesión e intimidación de su pareja. Este fenómeno se conoce también como violencia de género porque tiene su origen en el rol social y psicológico asignado por razón de género y por las desigualdades que de ellos se derivan. (40,100) Según Martínez-Sanz, (40,100) toda violencia contra las mujeres es violencia sexual porque se perpetra sobre su sexualidad y por razones sexuales. González-Serratos (90) argumenta que la sexualidad se utiliza para imponer poder sobre la mujer. Consecuentemente, la deshumaniza, degrada y priva de libertad sexual. La Asamblea Mundial de la Salud reconoció la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública, (38, 40, 100,101)

Según los datos de la Encuesta Nacional Demográfica de Salud-2000 en Colombia, el 65% de las mujeres alguna vez unidas ha sufrido violencia verbal, el 41% violencia física, y el 11% ha sido violada por su pareja. Entre las mujeres desplazadas los porcentajes son alarmantes: el 52% de las mujeres alguna vez unidas reporta haber sufrido algún tipo de maltrato físico y el 36% ha sido forzada a tener relaciones sexuales por desconocidos. Solamente el 22% de las mujeres que han sido maltratadas reporta haber denunciado el hecho ante las autoridades. En cuanto al maltrato a los menores, el 41% ha recibido golpes del padre, el 26% de la madre, el 20% de la persona que lo cuida y el 13% del padrastro o madrastra. (53)

Kefaver encontró que entre el 2005 y 2012, se registró un rango nacional de 2.4% a 30.4% de mujeres víctimas de violencia sexual. Entre 1996 y 2010, se registró maltrato sexual entre el 20% y 44% de las mujeres en servicios para víctimas de violencia contra la mujer en la pareja. La violencia sexual ejercida por la pareja es la forma más frecuente pero también la menos denunciada legal y socialmente

(100). Las mujeres violentadas por lo general son personas de baja autoestima, que vivenciaron algún numerosos acto violentos que se perpetuaban a familiares cercanos o ellas misma con frecuencia lo que las hace convencerse a sí misma que lo que les está sucediendo es normal y que ellas son las culpables de lo que les está sucediendo.

Cuba fue el primer país en firmar y el segundo en ratificar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Desde 1997 cuenta con un Grupo Nacional para la Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar coordinado por la Federación de Mujeres Cubanas, el mecanismo para el adelanto de la Mujer de la República de Cuba e integrado por diferentes instituciones del país: los Ministerios de Educación, Salud, Interior y Justicia; la Fiscalía General de la República , el Instituto de Medicina Legal, el Centro Nacional de Educación Sexual, la Universidad de La Habana, el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, el Tribunal Supremo Popular y el Instituto de Radio y Televisión. (69)

Eaton y col. refieren que la violencia de pareja y los problemas de salud mentales produce algunos estigma, por el desconocimiento sobre la violencia de pareja que realmente podría ser igual o mayor en esta población de mujeres de la mediana edad ya que muchas no buscan ayuda médica por problemas psicológicos porque es ahí donde ellas puedan tener la oportunidad conocer qué es violencia de pareja. Además, el bajo-reconocimiento de violencia de pareja en las clínicas es debido a la aversión de las mujeres de mediana edad más viejas para aceptar la violencia de pareja reflejando las actitudes más tradicionales hacia el matrimonio y el rol de género y la falta de conocimiento que ciertamente conducen al abuso, y estigma y vergüenza. Por lo que el hallazgo de la violencia de pareja está basado en las llamadas de consejería telefónicas y el diagnóstico clínico. (102)

La violencia de género está presente aún en la sociedad cubana, con todas las implicaciones que se derivan de esta problemática para las mujeres en cualquier parte del mundo; sus manifestaciones adquieren los mismos matices, desde un silencio omisor hasta la muerte, porque la estructura social patriarcal, aunque menos monolítica debido a los cambios operados a nivel social, sigue sirviendo de sostén a la dominación masculina. El desarrollo del sujeto político femenino en Cuba —con un coprotagonismo incuestionable en todas las esferas del quehacer social y una conciencia de género cada vez mayor en los distintos grupos sociales— no es suficiente aún para desmontar la política sexual del patriarcado, que se resiste a los cambios sociales y puja por mantenerse, generando nuevas contradicciones en ese ámbito. Sin embargo, indudablemente los cambios operados ejercen una impronta en las formas mediante las cuales se expresa la violencia de género en el país.⁽¹⁰³⁾ Un ejemplo del esfuerzo del gobierno por realizar y garantizar estos cambios es la Constitución de la República de Cuba donde en el artículo 85 refiere que se sanciona por la ley todo tipo de manifestación de violencia familiar. Esto es porque se ha demostrado que esta es la más frecuente que se presenta en la sociedad. De esta manera la mujer cubana puede encontrar protección en las leyes del gobierno aunque la autora cree que aún queda mucho por hacer para concientizar y realizar cambios en la mentalidad de los cubanos.

Se encontró que el acoso psicológico afecta a 35.6 % de las mujeres maltratadas, predominando las comprendidas entre 40 y 50 años, lo que representa 14.2 % del total.

Se constató que la intimidación perjudica a 32 %, siendo las más afectadas aquellas entre 30 y 40 años de edad, lo que representa 17.8 %. Las víctimas de acoso afectivo representan 39.1 % de las mujeres, predominando en los grupos

etarios de 20 a 30 y 40 a 50 años de edad, representando cada uno de estos 14.2 % de las afectadas.

Son manipuladas mentalmente 35.6 %, con edades de 20 a 30 años y 40 a 50 años representando cada grupo etario 17.8 % del total de maltratadas. Mientras tanto, 39.2% son víctimas de agresión insospechada, con edades entre 40 y 50 años.

Llama la atención que a pesar de ser la agresión insospechada la manifestación más sutil y menos detectada, se encontró que constituye la manifestación de violencia psicológica predominante en la muestra. (104)

Por lo general las mujeres del estudio concuerdan que la violencia sexual está acompañada de la violencia física y casi siempre es del hombre hacia la mujer nunca al revés. También algunas anécdotas realizadas en tercera persona hicieron pensar a la autora la posibilidad de que la entrevistada estaba reflejando su propia historia ya que todas negaron ser violentadas en algún momento. Esto habla a favor de que la mujer no es capaz de reconocer este hecho o si lo conoce no se siente preparadas para hablar del tema y pedir ayuda. Solo algunas pacientes reconocieron que violencia sexual no solo se limita al sexo sino que también se violenta a través de las palabras los gestos y acciones.

- *“La violencia no solo es maltrato físico también te pueden maltratar de palabras, conozco a una compañera que el esposo desde que llega a la casa se la pasa insultándola y cuando no le gusta algo le da por tirar las cosas. Ella no dice nada pero pienso que la agrede físicamente”*(casada; 41)
- *“Yo quería decir que solamente violencia sexual no es cuando te obligan o que te violen en la calle, que tu mimma pareja te da golpes, para mi violencia sexual también incluye, por ejemplo una amiga mía está feliz con su esposo, son pareja de hace muchos años y ella refiere que en ella mermo su deseo*

sexual y refiere que su esposo se le sube y que ella no quiere y le dije que eso era violencia sexual si tu no quieres en ese momento trata que te estimule porque es triste que estén ahí haciendo contigo y no sentir nada, eso es un tipo de violencia sexual y yo me imagino que ella sufre ese momento porque no le agrada y a lo mejor está con él porque le es más económico”(soltera; 44 años).

- *“Aquí en Cuba no hay esa violencia sexual como en otros países pero los casos son aislado más distante, más limitados porque yo conozca así no he escuchado que pase”(Casada; 56 años)*
- *“El hombre se siente fuerte a obligar a la mujer a cumplir con sus derechos conyugales y un poco que la mujer no tiene deseos y ellos sí o al revés porque puede dar el caso y como vivimos en una sociedad machista y si en estas edades se ven mucho más porque a veces se deja de querer a cierta y determinada edad porque no hay casa y uno no tiene para dónde coger y tiene que vivir bajo el mismo techo y eso le crea un derecho a ella o a él a cumplir por esos problemas yo considero que el machismo no son de los hombres nosotras la mujeres criamos a nuestros hijos machistas, desde la cuna le identificamos los colores y los roles y nosotras misma que tanto los criticamos queremos que nuestro hijos con las nueras sean fuertes y sin embargo a nosotros nos hicieron iguales y no lo queríamos para nosotras, por lo que nosotras mismas lo seguimos transmitiendo de generación a generación”(casada;56 años).*

Como describe la literatura especializada, las formas que asume la violencia de género van desde el maltrato simbólico hasta la muerte, incluyendo en esa gama la violencia psicológica, sexual y física, el acoso sexual, las violaciones, la prostitución forzada, el tráfico de mujeres y niñas, el feminicidio, el incesto, la violencia sexual contra mujeres detenidas o presas, la violencia contra las mujeres desarraigadas, la mutilación genital femenina, el infanticidio femenino y el acceso

diferencial a los alimentos, así como el control coercitivo sobre la reproducción ejercido tanto por individuos como por el Estado, entre otras, que afectan a millones de millones de féminas en el mundo, solo por el hecho de ser mujeres.(105)

En el caso de los hombres que se sienten socialmente obligados a no desaprovechar cualquier ocasión sexual aun cuando no están preparados para evitar un embarazo, bajo pena de poner en sospecha su masculinidad, presionan a las mujeres llegando incluso a la violación sexual, (68) la mayoría de estas violaciones son producida por la pareja en las sociedades patriarcales, en la cual, si el hombre no es capaz de ocupa su papel de autoritario, no es capaz de preservar la especie y mantener el dominio de la relación son degradados en la misma. Es por esto que se valen de s superioridad como especie para lograr sus objetivos y una de estas expresiones es en la esfera sexual. Estas violaciones provocan trastornos psicológicos que influyen en la esfera sexual por lo que pueden desembocar en un futuro en una insatisfacción sexual así lo mostró Monserrat y col. en su estudio donde exponen que la ausencia de abuso sexual era un factor protector para la insatisfacción sexual. (87)

Esta autora realizó un estudio analítico transversal de mujeres posmenopáusicas que se encontraban entre los 45 y 80 años de edad para determinar cómo diferentes factores condicionan la satisfacción sexual. De las mujeres encuestadas en esa investigación el 87,4% (187 pacientes) negaron haber sufrido abuso sexual, de estas el 64,2% (120 pacientes) no mostraron satisfacción sexual y el 35,8% (67 pacientes) si presentó satisfacción sexual. (87) Por lo que una de las causas que conlleva a la disfunción sexual en las mujeres, es la violencia sexual. En comparación con el actual estudio ninguna de las mujeres refirió tener dificultad en su sexualidad pero tampoco refirieron haber sido abusadas en algún momento por lo que este aspecto no se pudo investigar.

Cambio de las percepciones y la creencia con respecto a la salud sexual y reproductiva

La sexualidad es un aspecto natural y precioso de la vida; es una parte esencial y fundamental de nuestra humanidad. Para que las personas logren el más alto estándar de salud deben primero estar empoderadas para ejercer sus decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva; deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual. En la actualidad, la discriminación, el estigma, el temor y la violencia plantean amenazas reales para muchas personas. Esas amenazas y las acciones que desencadenan impiden que muchas personas puedan ejercer sus derechos sexuales (DS) y alcanzar su salud sexual. Los DS deben ser respetados en toda prestación de servicios, (106, 107)

Las mujeres al finalizar la entrevista se sintieron satisfechas ya que pudieron compartir sus ideas, costumbres, creencias sobre ambos temas. También agradecieron porque tuvieron la oportunidad de aclarar conceptos y mitos herrados que no vinieron del criterio profesional sino de mujeres de su edad que atraviesan situaciones similares por lo que compartieron y adquiriendo nuevas experiencias

- *“Creo que el también adquirí algunos conocimientos con las experiencias que se expusieron aquí y creo que todas aprendimos un poco de cada una de las que participaron aquí por lo que va a influir un poquito en nuestras vidas”. (Dra. CMF;62 años)*
- *“Se hablaron cosas que yo ignoraba y escuche las experiencias de las otras que me pueden servir”. (49 años)*
- *“esto se debería hacer con mayor frecuencia porque verdaderamente aquí se hablaron cosas que yo ignoraba y escuche las experiencias de las otras que me pueden servir”(56 años)*

Esta misma experiencia tuvo Ballester y col. donde sus estudiantes valoran muy positivamente la oportunidad de compartir sus creencias sobre la sexualidad y

encontrar un medio en el que poder aprender estrategias para enfrentarse a sus principales preocupaciones sexuales. (91)

Cuando se les brinda información detallada y personalizada a la mujer sobre la salud sexual y reproductiva se sienten capaces de tener autonomía en sus decisiones sin ninguna intervención y tiene conocimiento en caso de solicitar ayuda profesional. En cuanto a la reproducción son capaces de escoger el momento adecuado para lograr su embarazo asumiendo la responsabilidad que la caracteriza cuando se involucra en este proceso teniendo los elementos necesarios para su autocuidado.

Conocieron además de los métodos más acordes según su necesidad y gusto y la necesidad de emplear el condón cuando se tiene relaciones sexuales que no segura. Por otra parte la sexualidad a partir de la entrevista puede tener mejoría dado a que las pacientes intercambiaron sus miedos sus dudas y además sus vivencias personales además aclararon dudas sobre lo que significa violencia y que opciones tienen para evitarlas. De esta forma se logra empoderar y le permite a estas mujeres que tengan los conocimientos necesarios para ponerlos en práctica y que se los transmitan a otras mujeres y al mismo tiempo.

Sobrecarga de género

Género se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos. (69)

La equidad es un concepto ético basado en principios de justicia social y derechos humanos. La equidad de género se refiere a la justicia en la distribución por sexo de las responsabilidades, los recursos, el poder y los beneficios del desarrollo. El concepto reconoce que existen diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto a necesidades, responsabilidades, acceso a recursos y poder de decisión, y que estas diferencias deben identificarse y abordarse con el fin de rectificar aquellas

que son prevenibles y remediables y que infringen normas de derechos humanos y de justicia. Tal rectificación busca nivelar el terreno de oportunidades para hombres y mujeres. La equidad de género es, entonces, un medio para alcanzar la igualdad de género y un instrumento esencial en el desarrollo de políticas con una perspectiva de justicia distributiva y derechos. (108)

Cuando se habla de género, como construcción histórico-social de un lugar simbólico, pareciera que solo se hablara de la construcción del género femenino, y que «se diera por sentado» que el hombre «es así», obviando las condiciones de construcción de un rol que es tan histórico-social como el de la mujer. En este proceso algo vuelve a «naturalizarse» y a invisibilizarse, y desde la historia de la humanidad hemos aprendido que es muy difícil hacer ciencia de algo invisible o de algo de lo que no se habla. Ocupa el lugar del impensado. (109)

Las inequidades de género pendientes de rectificación en el ámbito de salud se refieren a desigualdades injustas y sistemáticas entre las mujeres y los hombres o entre ciertas categorías de mujeres y de hombres en relación con las capacidades, oportunidades y libertades necesarias para proteger su salud, contribuir a las decisiones y acciones asociadas con el desarrollo sanitario, y beneficiarse del mismo. (108)

Mejorar las condiciones de acceso y la calidad de los servicios y la información contribuirá a superar un factor de inequidad, lo cual es un elemento importante en la búsqueda de la justicia social. La política aborda las inequidades derivadas de las desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción. (53)

Al analizar la sobrecarga de género en estas mujeres se observó que ocho de ellas presentaban sobrecarga mientras que las otras siete no lo presentaban.

Según Ramos asumir una perspectiva de género se trata principalmente de optar por una visión más integral de la realidad y una manera más eficaz de desasir los nudos que con mayor fuerza entraban el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero también de los hombres. Si bien las condiciones económicas cumplen un papel importante en el logro de un estado de bienestar en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, aun cuando estas puedan ser mejoradas, por sí solas no bastarán si no se consiguen superar las desigualdades sociales de género. (66)

A partir de los movimientos de liberación de la mujer, queda más patente esta compleja arquitectura. Desde el esquema conceptual referencial operativo (ECRO) de los Supuestos Falsos, vemos la sutil construcción que implica «imaginarizar» la realidad. El hombre no tiene carga ni peso visible y, desde esta percepción «tramposa» de la realidad, la mujer hace pasar la construcción de su nuevo lugar a través de la conquista de los viejos «privilegios» del hombre. Salir y trabajar como él se transforma en modelo de «liberación», pero de este modo también se carga con las expropiaciones y dolores del hombre, sin llegar a recuperar todo lo expropiado propio de su condición femenina. Muchas enfermedades que eran de alta prevalencia masculina, pasaron a tener en los últimos tiempos una tendencia igualitaria. Esto conduce a que los deseos de la mujer se centren en hacer aquello que «antes envidiaba al hombre», perdiendo de vista, por ejemplo, que su participación en el protagonismo social no implica un trabajo igual que el del hombre, sino independizarse de la propuesta de un tipo de trabajo (trabajo asalariado versus trabajo doméstico) que ha hecho al hombre, como trabajador, esclavo de una maquinaria trituradora de su fuerza vital, quedando subsumido su «ser hombre» en

su «ser trabajador», y esto cargado de valor abstracto idealizado desde las significaciones imaginarias hegemónicas. (109)

La sobrecarga de género se expresa como el rol que representa la mujer hoy en la sociedad. La mujer se ha convertido en el sustento familiar desde el punto de vista económico es jefa de familia tomando decisiones importante para mantener a la misma. Es capaz de tomar decisiones por sí misma asumiendo la responsabilidad de las acciones concretadas por sí misma desarrollando un papel fundamental en la sociedad en las transformaciones sociales y culturales. Todos estos papeles asumido por la mujer actual pueden influir negativamente en su salud sexual y reproductiva.

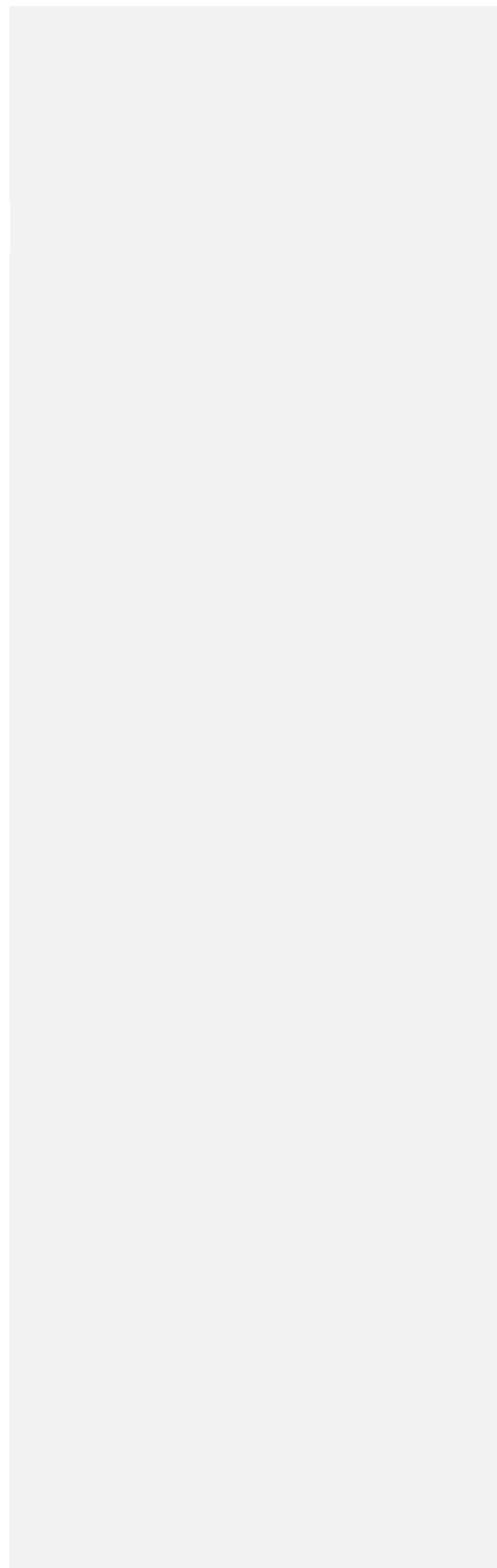
En el estudio se observó que no había diferencias en las creencias y perspectivas sobre estos temas entre las mujeres que tenían sobrecarga de género y las que no la tenían. Lo que demuestra que la misma no es la causa de los problemas sexuales y reproductivos de estas mujeres. Estos problemas pueden estar condicionado por los conocimientos adquiridos durante generaciones y socialmente sobre cómo se sienten las mujeres de estas edades las cuales continúan replicándolos a generaciones venideras.

Conclusiones

- La mujer de mediana edad no desea embarazo por la existencia de límite de edad y/o por el miedo a los riesgos maternos y perinatales que se presentan por lo que se prepara para no embarazarse, con métodos anticonceptivos de uso prolongado o definitivo y no para protegerse de las ITS.
- Las relaciones sexuales son menos frecuentes, pero no por consecuencia de la disminución del deseo sexuales.
- Las mujeres de mediana edad no están preparadas para denunciar los actos de violencia perpetrada por sus parejas.
- En cuanto a las creencias y perspectiva sobre la Salud sexual y reproductiva no hubo diferencia entre las mujeres que tenía sobrecarga de género y las que no.
- Las mujeres de la mediana edad tienen experiencia de la vida que no son escuchadas ni tomadas en cuenta.

Recomendaciones

Proponer acciones de salud para orientar y empoderar a las mujeres y al personal de salud sobre la Salud sexual y reproductiva.



BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Toneut C, Garaboto García ME, Moré Vega A, Borges Fernández R, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología [Internet].2017, [cited December 28, 2017]; 43(2) p (9). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/210/157>
2. Col. de Autores. Cap. 1. Salud reproductiva y sexual. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Edit Ciencias Médicas; 2012. p. 3-8.
3. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chile [Internet]. 2014 Feb [citado 2015 Agosto 11]; 142(2):168-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=es
4. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana Obstetricia-Ginecología [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2017 jul 10]; 39(2):120-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es
5. Ramos Pérez MY, Mejías Álvarez NM, Cardoso Núñez O, Betancourt Nápoles R. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Archivo Médico de Camagüey; 2006 [citado 2015 Ago 10]; 10(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n6/amc060606.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud y sobrevivencia de la mujer cubana. 1990-2009. La Habana; 2011[citado 2015 Ago 11]. ISSN 1816-3696. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
7. Col. de autores. Cap. Introductorio. Guías de actuación para los servicios de planificación familiar. Editorial de Ciencias Médica: La Habana; 2018. P- 1

8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [Internet]. Anuario estadístico de salud 2014. La Habana; 2015[citado 2015 Ago 20]. ISSN 1561-4425. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
9. Fernández-Díaz E. El aborto, ¿Una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas y morales. (Spanish). Revista Del Cuerpo Médico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [serial on the Internet]. (2016, Oct), [cited December 28, 2017]; 9(4): 261-268. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123271751&lang=es&site=ehost-live>
10. González FL; Ortega OM; Romero PM; Zubiría MM. Consecuencias psicológicas y sociales del aborto en menores de 20 años en el Hospital Regional de II Nivel Sincelejo E. SE. 2002. [Internet] 2003[Consultado el 22 de marzo de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Downloads/T304.667%20C755p.pdf>
11. Colectivo de autores (2018). Metodología para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Guía de actuación para los servicios de planificación familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 62-65.
12. Colectivo de autores (2015). Metodología para la atención al riesgo preconcepcional. Manual de procedimientos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 7-11.
13. Ulloa Cruz V. Anticoncepción en la mujer de mediana edad. (Spanish). Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2004, Jan), [cited December 28, 2017]; 30(1): 1-3. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=14781673&lang=es&site=ehost-live>

14. Velasco Boza A. Capítulo 4 Anticoncepción. Rigol Ricardo O; Santisteban Alba S; colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas. Tercera edición: La Habana; 2014: p- 31.
15. Organización Mundial de la Salud (2011). Planificación familiar. Manual mundial para proveedores. USAID. Johns Hopkins University. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html
16. Prendes Labrada Marianela de la C, Guibert Reyes Wilfredo, Lescay Megret Orlando, Llorente Molina Digna. Planificación familiar en el climaterio. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2000 abril [citado 2019 Mar 30]; 16(2): 118-124. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000200002&lng=es.
17. Woods N, Mitchell E, Smith-Di Julio K. Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Journal of Women's Health (2002) [serial on the Internet]. (2010, Feb), [cited February 6, 2018]; 19(2): 209-218. Available from: MEDLINE Complete. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20109116&lang=es&site=ehost-live>
18. Nappi R, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Spinillo A, et al. Maintaining sexuality in menopause. Post Reproductive Health [serial on the Internet]. (2014 Mar), [cited February 6, 2018]; 20(1): 22-29. Available from: MEDLINE Complete. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24879777&lang=es&site=ehost-live>
19. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie JR, et al. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis. Menopause 2007; 14: p.53–62.

20. Ayers B, Forshaw M and Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review *Maturitas* 2010; 65: p. 28–36.
21. Nappi RE and Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009; 63: p.138–41.
22. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77: S42–S48.
23. Dennerstein L, Lehert P and Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 2005; 84: p.174–180.
24. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, et al. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004; 11: p. 726–40.
25. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, et al. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas* 2010; 67: p.78–83.
26. Rodríguez González D, Pérez Piñero C, Sarduy Nápoles C. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* [serial on the Internet]. (2014, Apr), [cited December 28, 2017]; 40(2): 218-232. Available from: [MedicLatina](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=97478226&lang=es&site=ehost-live). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=97478226&lang=es&site=ehost-live>
27. Eaton A, Temkin T, Fireman B, McCaw B, Kotz K, Bhargava R, et al. A Description of Midlife Women Experiencing Intimate Partner Violence Using Electronic Medical Record Information. *Journal of Women's Health* (2002) [serial on the Internet]. (2016, May), [cited February 6, 2018]; 25(5): 498-504. Available from: [MEDLINE Complete](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26700932&lang=es&site=ehost-live). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26700932&lang=es&site=ehost-live>

28. Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SK, et al. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Ann Fam Med* 2010; p.8.
29. Botell M, Bermúdez M. Lo social y lo cultural. Su importancia en la mujer de edad mediana. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* [serial on the Internet]. (2008, Jan), [cited December 28, 2017]; 34(1): 28-37. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=36067420&lang=es&site=ehost-live>
30. Fraga Alfonso JC. Cuba, características sociodemográficas de la mujer de edad mediana. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR, editores. *Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social*. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2007. p.22.
31. Artiles VL. Women in the Middle: Cuba's Sandwich Generation. *Medic Review*; 2008; 10(3). [serie en Internet] 2008 [citado 28 dic 2017]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.medicc.org/mediccreview/mediccreviewarticle.php?i=4&a=54>
32. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Llorente Molina D. Planificación Familiar en el Climaterio. *Revista Cubana MGI* [Internet]. 2000. [citado el 2018 ene 6]; 16(2); (p)118-24. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi02200
33. Segura Soler I. Variables psicosociales que afectan en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media. Trabajo de fin de grado de Psicología. Universidad Miguel Hernandez. 2016; [citado el 2018 jul 29] Disponible en: dspace.umh.es/bitstream/11000/3008/1/TFG%20Segura%20Soler,%20Irene.pdf
34. Castillo Vargas A, Chinchilla Badilla I. ¿Protección u olvido? Salud sexual y reproductiva en la edad mediana femenina: una reflexión generacional-contextual. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* [Internet]. (2014, Ene-Jun) [citado el enero 14, 2018] 11(1): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241007>

35. Claustro de profesores. Reunión Metodológica Nacional de Planificación Familiar y Primer Seminario de Actualización en Anticoncepción Moderna. Marzo 2015.
36. Álvarez Síntes R. Capítulo 14. Medicina general integral. Editorial Ciencias Médicas. Tercera edición. La Habana. 2008; p.113.
37. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5 ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiDpMTSnKrhAhWqxVvKHfhjB0sQFjAMeqQIBhAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Farteydiscapacidad%2Ffiles%2F2009%2F07%2Fmanual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf&usq=AOvVaw1111XV7Ae6enJeKiKRitoM>
38. De La Cruz-Fortún, M. A. Factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid: Madrid, España 2014.
39. Organización Panamericana de la Salud. Consecuencias para la salud. 2013; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/98862>
40. Martínez-Sanz, A. Estudio de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja, y las repercusiones de la violencia en pareja sobre la sexualidad de las mujeres: Estudio realizado en servicios públicos de la Comunidad Valenciana (tesis doctoral). Universidad de Alicante: Alicante, España. 2016. .Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/64881>
41. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994. Disponible en: <https://www.google.com/search?source=hp&ei=k3ufXL71FMas5wLk1oGYCg&q=Conferencia+Internacional+de+Poblaci%C3%B3n+y+Desarrollo.+El+Cairo%2C+1994&btnK=Buscar+con+Google>

42. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Bajo índice de fecundidad. Repercusión social. Europa y América Latina. Bibliomed [Internet]. 2014 Mar [citado 18 Abril 2017]; 21(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2014/03/bibliomed-marzo-20141.pdf>.
43. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Complicaciones del embarazo. Bibliomed [Internet]. 2017 Nov [citado 18 Abril 2017]; 24(11):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/11/bibliomed-noviembre-2017.pdf>
44. Iglesias A. ¿Madres después de viejas? Periódico Juventud Rebelde 2016 noviembre 15. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2016-11-15/madres-despues-de-viejas>
45. Colectivo de autores. Salud sexual para el milenio. Organización Panamericana para la salud. México. 2006; p.4.
46. Soriano-Ortega K, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez A, Durán-Monterrosas L, Kably-Ambe A. Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2017, June), [cited December 28, 2017]; 85(6): 364-373. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123461156&lang=es&site=ehost-live>
47. Gungor I, Rathfisch G, Kizilkaya N, Yarar M, Karamanoglu F. Risk-taking behaviours and beliefs about fertility in university students. JCN: 2013;22: p. 3418-3427.
48. Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carreto NA. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev. Evidencia medica e Investigación en Salud.[iteret] 2014 Sept [citado el 2019 marzo 12];(7);3: pp

- 110-113. Disponible e:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi5jY_RzcThAhVFmVkkKHQHfDvwQFjAMegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fevidencia%2Ffeo-2014%2Ffeo143c.pdf&usq=AOvVaw1G-q4Z8Cqvx82DZoNbl942
49. González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Mar 26] ; 32(2): 178-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es.
50. Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2019 Mar 26] ; 37(3): 432-443. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300017&lng=es
51. Silva Correa Y. ¿Qué pasa con la fecundidad en Cuba? Periódico Granma. 2017[Citado 2017 julio 5]; Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2017-07-01/que-pasa-con-la-fecundidad-en-cuba-01-07-2017-11-07-14>
52. Valls Hernández Matilde, Safora Enriquez Omayda, Rodríguez Izquierdo Aldo, Lopez Rivas Johely. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Mar [citado 2019 Abr 09] ; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100002&lng=es
53. De Los Santos PA, De Jesús-Reyes D. Política de salud sexual y reproductiva para adultos mayores en México y Colombia. Revista perspectivas sociales [internet]. 2017 Dic [citado el 29 julio 2018]; 19(2).

- Disponible en:
<http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/13/9>
54. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. New York: UNICEF; 2012 [citado 24 Jul 2017]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/SOWC_2012_Main_Report_SP.pdf
55. Mujeres cubanas en edad fértil. Presencia, niveles de reproducción y muerte materna. Temas de estadísticas de salud. Ministerio de salud pública de cuba dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: 2011 mayo. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiG8ejsiarhAhWLo1kKHZIID28QFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fdne%2Ffiles%2F2011%2F07%2Fmujeres-cubanas-en-edad-fertil-presencia-niveles-de-reproduccion-y-muerte-materna.pdf&usq=AOvVaw1EGnCYnGw6oGftoBB715JW>
56. Gran Alvarez C, Torres Vidal R, López Nistal L, Pérez Leyva M. Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba. (Spanish). Revista Cubana De Salud Pública [serial on the Internet]. (2013, Dec), [cited December 28, 2017]; 39822-835. Available from: MedicLatina. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95569785&lang=es&site=ehost-live>
57. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Sarduy Nápoles M. Las embarazadas de mayor edad en el mundo. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Jul 16]; 40(2): 293-298. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200016&lng=es
58. Yoldemir T. Fertility in midlife women. Climacteric: The Journal Of The International Menopause Society [serial on the Internet]. (2016, June), [cited February 6, 2018]; 19(3): 240-246. Available from: MEDLINE Complete.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27098490&lang=es&site=ehost-live>

59. Hernández Salazar F, Omar Okhuysen Loza E, Teresa Huerta J. Lucas M, Romero Gutiérrez G. Embarazos exitosos tras vitrificación de ovocitos y embriones. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De México [serial on the Internet]. (2008, Feb), [cited December 28, 2017]; 76(2): 113-117. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=32194733&lang=es&site=ehost-live>
60. Bautista-Balbás B, Abellán-Lucas S, Gómez-Moreno M, Martínez-Molina A, Dema-Pérez S. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. (Spanish). Matronas Profesion [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited December 28, 2017]; 18(1): 18-25. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=122679024&lang=es&site=ehost-live>
61. Pentón Cortés RJ, Cairo González V, Álvarez Miranda MC, Roche Caso CS, González Acosta JA, Fernández Gutiérrez JR. Comportamiento de la mortalidad perinatal en gestantes con avanzada edad materna (2005-2009). Acta Médica del Centro. 2011 [citado 2018 feb 10];5(1). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_11/mortalidad.htm
62. The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. Revista Intramed. Net. Definición de embarazo a término. Nuevas denominaciones para los partos entre las semanas 37 y 42 semanas de gestación. [revista en la Internet]. 2015 Feb. [citado 2018 Feb 16]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81944>

63. Ochoa Roca, Tatiana Z, Hechavarría Bárzaga K, González Cuello R, Ayala Ramos R, González Pérez S. Influencia de la edad materna en los resultados perinatales en gestantes de la Policlínica René Ávila Reyes. CCM. 2012[citado 2018 Mar 17];16(1). ISSN 1560-4381. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/114/45>
64. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011[citado 2018 Mar 17]; 54(11):575-80. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S0304501311003128>
65. Martínez-Galiano JM. La maternidad en madres de 40 años. Revista Cubana de Salud Pública. 2016 [citado el 2018 dic 12]; 42(3):451-458. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67533>
66. Betancourt Gamboa Kenia, Ramírez Milán Obdulia, Arrieta García Rosaralis, Guerra Menéndez Julio, Muñoz Rodríguez Maritza. Aspectos epidemiológicos asociados a alteraciones del desarrollo en embarazadas añosas. AMC [Internet]. 2010 Abr [citado 2018 Nov 27]; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200015&lng=es
67. Crespo R, Alvir A, Lapresta M, Andrés M, Campillos J, Castán S. Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. Clin Invest Gin Obst. 2012[citado 2018 Mar 17];39(6):230-5. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S0210573X11000682>
68. Colectivo de Autores. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. Ed. Ciencias Médicas: La Habana; 2012. ISBN: 978-959-212-823-1.
69. Alfonso Rodríguez Ada C. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Revista Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Mar [citado 2019

Mar 30]; 32(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100010&lng=es.

70. Távara Orozco Luis. Contribución de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología al desarrollo de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en Perú. Revista. Perú. ginecología. obstetricia. [Internet]. 2017 Jul [citado 2018 Jul 29]; 63(3): 393-408. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300011&lng=es
71. Castañeda M. P, Salamé C. A. 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. (Spanish). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2015, June), [cited December 28, 2017]; 80(3): 208-214. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=108731081&lang=es&site=ehost-live>
72. Cuervo-Vergara S, Garrido-Gutiérrez J, Vélez-Álvarez G, Zuleta-Tobón J. Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado. Estudio de corte transversal. (Spanish). Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2015, July), [cited December 28, 2017]; 66(3): 160-170. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111437315&lang=es&site=ehost-live>
73. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Demográfico de Cuba. La Habana: ONEI; 2012 [citado 22 Jul 2012]. Disponible en: http://www.onei.cu/publicaciones/cepde/anuario_2012/
74. UNICEF. Multiple Indicators Clusters Survey 4. Cuba. New York: UNICEF; 2012 [citado 22 Nov 2012]:61. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/dne/verpost.php?blog>

75. Pérez Madrazo K, Serrano Pérez Mailideleidy, Hernández Pérez Karelis, Fernández Borbón Hugo. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Dic 28]; 32(2): p. 20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es
76. Magnusson C, Trost K. Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology [serial on the Internet]. (2006, Dec), [cited February 6, 2018]; 27(4): 237-244. Available from: MEDLINE Complete.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17225625&lang=es&site=ehost-live>
77. Clemades-Pérez de Corcho, T., Fonte-Avalos, V., y Ruiz-Rodríguez, M. Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual. (2008) Sexualidad humana. México D.F., México: El Manual Moderno. En I. Arango-de Montis. (Ed.), p. 305-372.
78. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del partido y la revolución. La Habana: Editora política; 2010 [citado 15 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2011/05/09/descargue-en-cubadebate-los-lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-pdf/>
79. Santoyo S. Centro Latinoamericano de Salud de la Mujer. CELSAM. Comunicación oficial; 2011. Disponible en: <http://www.celsam.org>
80. Peláez Mendoza J. Infecciones de transmisión sexual. La Habana: Edit. Científico Técnica; 2011. p. 1-55.

81. Villalobos A; Allen B; Hernández Serrato M; Suarez L; colectivo de autores. Uso de anticonceptivos y planificación familiar entre mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades. Encuesta Nacional de salud y nutrición. México 2012. [citado 2017 noviembre 19]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiHo8bKxqXhAhWjq1kKHdIAC-YQFjAAeqQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fensanut.insp.mx%2Fdoctos%2Fseminario%2FM0203.pdf&usq=AOvVaw3eLDLyKt5-EGE0MhKheWdY>
82. Ramos Padilla Miguel. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2006 Jul [citado 2019 Feb 03]; 23(3): 201-220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es
83. Quevedo L I; Flores O M; Castillo N M. Características reproductivas de las mujeres consultantes en servicios de urgencia general de la VIII Región. Revista Médica Chile. [serial on Internet]. 2005 agosto, [citado 2018 jul 23]; 133(8): 929-934. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-9887&lng=es&nrm=iso
84. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico. Asociación mundial de salud sexual. 2008: pp-162.
85. Rengifo-Reina H, Córdoba-Espinal A y Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Revista de salud [serial on the Internet]. (2012, julio), [citado octubre7, 20018]; p (6). Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000400002&script=sci_arttext&lng=pt

86. Ahumada S, Lüttges D. C, Molina T, Torres S. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. Revista Hospital Clínico Universitario Chile. 2014;(25):278 - 284. Disponible en: www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Satisfacci%C3%B3n-sexual.-Revisi%C3%B3n-de-los-factores-individuales-y-de-pareja-relacionados.pdf
87. Monserrat Proaño Landázuri S; Villagómez Vega MD. Factores que influyen en la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas. Repositorio de tesis: Ecuador; 2015. [citado el 2018 jul 29]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9710>
88. García Tirada Myriam A. Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Nov 27] ; 35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000200007&lng=es
89. Artiles Visbal L. Disminución del Deseo Sexual en la Mujer de Edad Mediana. ¿Realidad o Mito?. Revista Sexología y Sociedad [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 30];12(31):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/327>
90. Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Fundación Mujeres. Recuperado de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20120308_01.pdf
91. Ballester Arnal R; Giménez Ruiz C; Castro Calvo J; Morell Mengual V. La educación sexual dirigida a personas mayores: retos, dificultades y propuestas. Asociación Científica de Psicología y Educación (ACIPE). [Internet 2016], [citado el 2018 jul 29]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/63729>

92. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.
<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/prevention/en/>
93. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. Geneva: WHO, 2009: p.181.
94. Organización Mundial de la Salud (OMS). La violencia contra las mujeres es un problema global de proporciones epidémicas. 2013
95. Chiarotti S. La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos. Serie «Población y desarrollo», no. 39. CEPAL; 2013.
96. Mora Ramírez N, Rodríguez Gutiérrez R, Maceo Seoanes E, Barcenas González M, Cruz Carballosa Y, López Sánchez Y. Motivos de realización de un aborto en adolescentes cubanas. (Spanish). Metas De Enfermería [serial on the Internet]. (2015, May), [cited December 28, 2017]; 18(4): 50-53. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=103454393&lang=es&site=ehost-live>
97. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. 2011; p.88.
98. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán", 2002. p.107-109
99. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. Revista Perú Obstet Ginecol. 2003; 49(1):31-8. eredia, 2002:119 pp.) Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n1/detecci%C3%B3n.htm

100. Kefauver Silva M. La violencia sexual contra las mujeres: consecuencias sobre la salud sexual de las víctimas. Repositorio de tesis. Facultad de Psicología. [Internet 2018]; [citado el 2018 jul 29]. Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/147278>
101. Sanz-Barbero, B., Rey, L., y Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. Gaceta Sanitaria, 28(2), 102-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
102. Eaton A, Temkin T, Fireman B, McCaw B, Kotz K, Bhargava R, et al. A Description of Midlife Women Experiencing Intimate Partner Violence Using Electronic Medical Record Information. Journal Of Women's Health (2002) [serial on the Internet]. (2016, May), [cited February 6, 2018]; 25(5): 498-504. Available from: MEDLINE Complete. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26700932&lang=es&site=ehost-live>
103. Proveyer C. Violencia de género. Aproximación desde la realidad cubana. Revista Sexología y Sociedad [revista en Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 10]; 20(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/465>
104. Molina Martínez M, Martínez García D, Hernández Pedroso DD. Comportamiento de la Violencia Psicológica contra un grupo de mujeres en las relaciones de pareja. Revista Sexología y Sociedad [revista en Internet]. 2015 [citado 2019 Abr 10]; 20(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/482>
105. Amorós C. El feminismo: senda no transitada de la Ilustración. Isegoría 1990; 1.
106. Sharpe J. Prólogo. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. London: IPPF, 2008.
107. -World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington DC: OPS/OMS 2009: pp-180)

108. Gómez Gómez E. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. Organización Panamericana de la Salud Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos. 2010: p. 5-6.
109. Waisblat Wainberg L, Sáenz Berbejillo L. La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. Revista Sexología y Sociedad [revista en Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 10]; 19(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/artic le/view/195>

Anexo 1

Consentimiento Informado

Ud. va a hacer parte de una investigación referida a su Salud sexual y reproductiva. Con el objetivo de conocer cómo piensa sobre las ITS, el embarazo, el aborto, la violencia sexual conyugal, entre otros temas relacionados con la sexualidad y la reproducción de su interés en esta etapa de la vida, así como conocer como lo percibe Ud. desde sus vivencias. Se realizará un debate a partir de preguntas iniciales junto a otras mujeres contemporáneas con su edad que se encuentran en el período climatérico. Durante el debate se realizara una grabación y se filmará la reunión para registrar toda la información y después se recopilarán todos los detalles. En la el debate estarán presentes dos observadores que son también profesionales de la salud. Se necesita que la sinceridad, veracidad y su participación en el debate porque en el Ud. puede aclarar sus dudas, tomar experiencias o reafirmar sus conocimientos a través de las respuestas del grupo. La no participación no modificará la calidad de la atención médica que Ud. recibe por lo que toda la información que Ud. nos brinde se usara solo con fines investigativo y mantendrá en la más estricta confidencialidad.

Agradecemos su participación.

Por favor para oficializar su consentimiento

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Firma de la paciente

Firma de la investigadora

Anexo 2

Guía para el desarrollo de la reunión grupal

1. ¿Qué entienden por Salud reproductiva?
2. ¿Qué opinan sobre tener un embarazo en esta edad?
3. Que opinan sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. ¿Los conocen?
4. ¿Porque las mujeres a estas edades a pesar de conocer sobre los métodos anticonceptivos no los utilizan?
5. ¿Que conocen de las ITS?
6. ¿Porque las mujeres a estas edades a pesar de conocer cómo protegerse de las ITS no lo hacen?
7. Creen que a estas edades se puede contraer una ITS.
8. ¿Qué conoce sobre Salud sexual?
9. En la mayoría de los estudios realizados sobre sexualidad los investigadores refieren el deseo sexual disminuye o desaparece en las mujeres de edad mediana. ¿Qué opinan Uds.?
10. La violencia sexual en una relación de pareja se manifiesta de diversas formas. ¿Qué opinan de la violencia sexual en mujeres de su edad?
11. Después de este debate siente que puede experimentar la sexualidad y/o la reproducción desde otra perspectiva.

Anexo 3

Índice de sobrecarga de género (ICG): Mide la recarga individual que representa para la mujer la incorporación al trabajo, el desempeño de las tareas domésticas y la carga familiar y el cuidado de los miembros de la familia enfermos y/o discapacitados.

Para medir la variable se asigna un valor que corresponde a la complejidad o la sobrecarga que pueden representar las tareas que realiza la mujer, según la fórmula siguiente, donde el indicador de género se constituye a partir de la suma de los 4 ítems: $X = IT+TD+CF+AE$, X se mueve entre 0 y 10 mientras tienda a 10 indica mayor carga genérica.

- Incorporación al trabajo (IT): mide la recarga que representa la incorporación laboral en el ámbito formal o informal. Los posibles valores que asumen se asignan si está o no incorporada al trabajo. Valor para Si = 1 punto, para No= 0 punto
- Desempeño de las tareas domésticas (TD): mide la recarga que representa el desempeño de las tareas domésticas para la mujer. Los posibles valores se asignan según la forma en que se asume el trabajo doméstico: (Recarga individual, con ayuda, sola y no hace nada).
 - Con recarga: mujer que aunque vive acompañada realiza todas las actividades domésticas. Valor 3 puntos
 - Con ayuda: mujer que vive acompañada y recibe ayuda de sus familiares en el desempeño de las actividades domésticas. Valor 2 puntos
 - Sola: mujer que realiza todas las actividades domésticas y vive sola. Valor 1 punto
 - No hace nada: mujer que no participa en las tareas domésticas de su domicilio valor 0 punto.
- Composición familiar (CF): mide la complejidad y exigencia en el cuidado de la familia a partir de la composición del núcleo familiar según comprendan personas que requieren mayor cuidado y atención como son: niños, adolescentes, ancianos y discapacitados, de acuerdo con ello se asignarán los valores siguientes:

Composición del núcleo familiar: niños <1 año o adolescente 15 a 19 años o ancianos >70 años. Valor 2 puntos. Si no comprenden estas edades. Valor 1 punto

- Atención a enfermos (AE): mide la recarga que implica la atención a la familia, cuando algunos de sus integrantes (bajo su cuidado) padezca alguna enfermedad crónica o este discapacitado. Si la atención se realiza (Sola, con ayuda y no hace nada). Si tiene enfermos y los cuida sola valor 3, con ayuda 2 y no lo hace 1.

- Si no tiene enfermos valor 0.

Según el valor del ICG se considera menor o igual a 5 (no recarga de género) y mayor que 5 (recarga de género).

Anexo 4

Entrevista individual

Participante _____ Consultorio _____

1. Edad _____
2. Grado de escolaridad: _____
3. Estado civil: Soltera _____; Casada _____; Acompañada _____; Divorciada _____; Viuda _____
4. Edad de inicio de las Relaciones Sexuales: _____
5. Número de Embarazos _____
6. Número de Hijos _____
7. Tiempo de relación de la pareja actual _____ meses
8. Número de Parejas que ha tenido hasta el presente _____
9. Ha presentado alguna ITS des pues de los 40 años: Sí__ No ____
¿Cuál? _____ Con la pareja Actual: Si __ No _____
10. Después de los 40 años ¿qué método anticonceptivo Ud. usa? _____
11. Ud. se encuentra menstruando todavía.