



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria

Caso Clínico **Pedagogía** **Seguridad Social**
Salud Mental **Nuestro Invitado** **Carta de lectores**
Comunitaria

Revisión
de
artículo



Salud
Pública

Investigación

Tomado de: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>

La Lección
de Medicina

sobre
Medicamentos

Medicina
Familiar

El peregrino
que toca

Bioética y
Ecología

Medicinas
Alternativas

Noti Comunitaria



TABLA DE CONTENIDOS

EDITORIAL

22 años: ¡Vientos de cambio!

Juan Carlos González Quiñones

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Juan Carlos González Quiñones

CASO CLÍNICO

Buscando la integralidad

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

La pastoral universitaria

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Avances del PIPSA

Ángela María Hernández Pardo



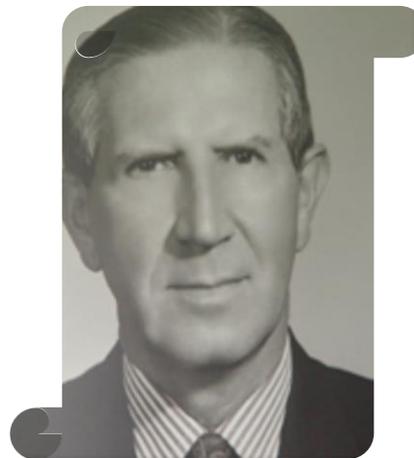
Editorial

22 AÑOS: ¡VIENTOS DE CAMBIO!

Con este número la *Carta Comunitaria* cumple 22 años y medio de publicación bimensual e ininterrumpida. ¡Eso nos llena de orgullo!



De nuestro origen



Surgió como un escrito que pretendía honrar al fundador de la Fundación Universitaria Juan N Corpas y maestro, el doctor Jorge Piñeros Corpas, quien de forma insistente nos invitaba (a los residentes del programa que él llamaba Cirujanos Internistas y que se transformó en Medicina Familiar Integral) a escribir (a veces, incluso en forma obligaba) sosteniendo que, con la inmensidad de los conocimientos que surgían en Medicina, nuestro deber era ofrecerle a nuestros estudiantes la posibilidad de leer los conceptos básicos, en particular sobre lo prevalente de nuestra población y que, ya con esta base, ellos decidirían el nivel de profundidad que quisieran por sus propios medios. Esta publicación quiso expresarle en su momento, que no había sembrado en el desierto y que, procuraría impulsar ese pensamiento.

Toma la idea y el diseño del doctor Ernesto Plata Rueda, quien acababa de fallecer y difundía una hermosa publicación denominada la *Carta Pediátrica*, donde describía y enseñaba cómo ofrecer la atención a los niños en un lenguaje tan sencillo, que lo que escribía lo entendían los especialistas, los médicos generales, los estudiantes y, me atrevo a decir, que incluso la misma comunidad.

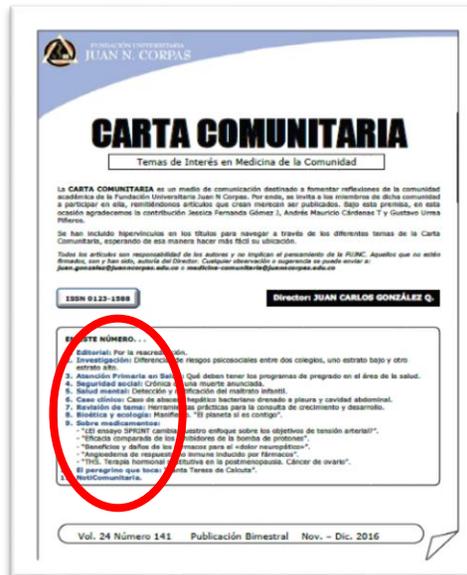


Bajo esa misma premisa, la de ser una publicación que les llegue tanto a profesionales como a personas de la comunidad, pasando por nuestros estudiantes, es que se ha venido construyendo el esfuerzo de la Carta Comunitaria. Ha querido desde su origen impulsar a la comunidad corpista a escribir, de ahí que nos declaramos abiertamente endogámicos, aunque asegurando una política abierta para que autores de distintas universidades, que así lo quieran, nos permitan publicar sus artículos, investigaciones, ensayos etc... Somos una publicación de divulgación del pensamiento en el área de la salud (diversidad de secciones), siendo el único requisito el respeto hacia lo que se escriba.



Qué nos compone

En su origen la *Carta Comunitaria* pretendía ser una publicación muy pequeña, asemejándose a la *Carta Pediátrica*, con una o dos comunicaciones (estilo carta) con diálogos muy sencillos referidos a temas de prelación comunitaria. Luego, a raíz de la política ecológica de la FUJNC dejamos de imprimirla y empezamos a ampliar las secciones, siendo hoy por hoy, más que una carta, una revista digital donde se le está dando espacio de expresión, con énfasis en aspectos académicos, a los miembros de nuestra comunidad que quieran escribirnos. Valga la pena acá recordar que en una visita que recibimos en 2004 se puso en evidencia la ausencia de un espacio para mostrar lo que en materia de investigación se hacía con los estudiantes; a raíz de ello, el doctor Guillermo Restrepo Ch. nos puso en la tarea de hacer que el Departamento de Medicina Comunitaria de la FUJNC se convirtiese en un impulsor de las investigaciones sociales con los estudiantes, situación que se materializó hacia 2007, cuando, y a partir de ese momento, hemos procurado que cada número que se publique contenga un trabajo investigativo hecho con la participación de ellos.



A lo largo de estas dos décadas hemos venido creciendo en secciones, procurando que cada número ofrezca una visión de diversidad temática, excepción que solo hacemos cuando, por ejemplo en este número (resumen del diagnóstico de la Encuesta Nacional de Demografía 2015), dada la extensión, se lo dedicamos a menos temas.

Editorial Atención Primaria en salud... Investigación

Procuramos tener una **editorial** en donde, en especial, toquemos aspectos que consideramos importantes de nuestra facultad de Medicina.

Tenemos una sección dedicada a promover las **investigaciones** de los estudiantes de nuestra facultad, buscando ante todo fomentar en ellos esa práctica. Claro, está abierta para todos los que quieran publicar, pero, y lo repetimos, para que aquellos estudiantes que hacen ese esfuerzo de investigar y que anhelan publicar, encuentren en este espacio tal posibilidad.

Nos hemos propuesto hacer de esta publicación un sitio que promueva en forma permanente la **Atención Primaria en Salud** (APS), por considerar que a través de dicha estrategia es como se puede alcanzar el máximo de salud posible para nuestra población. De ahí que divulgar aspectos atinentes a la APS nos resulta misional. Lo hacemos analizando documentos o trabajos en tal sentido y, de vez en vez, exponiendo posturas originadas en nuestras discusiones.

Salud Pública Seguridad Social

Queremos que los lectores puedan entender la **Seguridad Social** en torno a la salud, de ahí que dedicamos una sección a exponer y explicar situaciones de nuestro muy cuestionado Sistema de Salud. Para ello buscamos posturas didácticas de diversos autores o, en últimas, nosotros mismos las proponemos.

A veces intercalamos las dos secciones previas exponiendo alguna situación o presentando datos de **Salud Pública**, conformando así un bloque en esta área, buscando por sobre todo, promover en los lectores una visión de la salud poblacional.

Caso clínico La lección de medicina

Dado que nuestro origen está arraigado en una facultad de Medicina, tratamos de buscar algún **caso clínico** en la sección correspondiente que nos permita aprender cómo mejorar en los análisis médicos o los enfoques terapéuticos.

Caso clínico La lección de medicina Revisión de artículo

Bajo la premisa anterior, hemos venido desarrollando tres secciones volcadas a estimular a nuestros estudiantes (y demás lectores) con **resúmenes de documentos especiales**, o la **revisión de algún tema clave**, escrito de forma sencilla, simple y entendible. En tal sentido hemos, y esperamos hacerlo más veces, presentado **guías basadas en la evidencia** construidas por docentes de nuestra facultad, a las que cambiamos su diseño original proponiendo una presentación que creemos puede facilitar su asimilación al sector de lectores al que pretendemos llegar.

Sobre Medicamentos Salud Mental Comunitaria El Peregrino que toca...

Hemos insistido en una sección breve sobre el cuidado que se debe ejercer en el uso de los **medicamentos** con base en publicaciones dedicadas precisamente a ello, siendo nuestro único esfuerzo el seleccionar y hacer más visible tales comentarios y publicaciones, buscando que la temática resalte lo más frecuente.



Salud Mental

Hemos ganado unos colaboradores perseverantes en torno a la **Salud Mental Comunitaria**, quienes, casi que desde hace tres años, nos acompañan con unos excelentes ensayos.

El peregrino que toca

Lo propio podemos decir de nuestro capellán, que ha tomado con mucha fuerza y entusiasmo el **mensaje espiritual** que él nos propone a través del "Peregrino que toca".



Bioética y Ecología



Medicina Alternativa



NotiComunitaria

Entre nuestros pendientes quisiéramos tener la posibilidad de ser más persistentes en torno a la **ecología** y enviar de forma constante el mensaje de lo que podemos hacer por recuperar el medio ambiente y darle una oportunidad al planeta.

Le damos a la **Bioética** un lugar especial entre nuestros anhelos, esperando conseguir pronto un flujo constante y seguido de ensayos.

Como un homenaje a nuestro fundador, queremos promover una sección más para presentar el inmenso recurso de nuestras **plantas medicinales**, con el anhelo de volver tal recurso parte de un desarrollo sostenible medio ambiental.

Finalmente nos hemos propuesto contarle a la comunidad que lea (**NotiComunitaria**) lo que hacemos con y para las comunidades con las que trabajamos a través de pequeños comentarios de logros conseguidos.

Todo lo anterior será presentado con lo que mejor nos representa desde el punto de vista de diseño, intercalando los párrafos con imágenes alusivas a los temas, convencidos de que esta presentación contribuye a hacer más entendibles nuestros mensajes. Hoy usamos predominantemente imágenes de google, las cuales aparecen con sus respectivos reconocimientos, pero nuestro anhelo está en conseguir a quienes nos ayuden a plasmar los mensajes escritos acompañados de dibujos alusivos que incentiven el entendimiento.

Los cambios a partir de ahora

De la Revista en papel, a la Revista digital y la plataforma OJS: el altruista trabajo editorial.

1994 2010 2015

Directora: Dra. Rosa María Esteban Moreno
Secretaría: Dra. Mercedes Blanchard Giménez

Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación

Facultad de Formación de Profesorado y Educación

Tendencias Pedagógicas <http://www.tendenciaspedagogicas.com> ISSN 1009-0614 UA

<https://imga.ub.edu/revistas/comunitaria-150005052236.comversion-galeria/195/la-revista-en-papel-a-la-revista-digital-y-la-plataforma-ojs-el-altruista-trabajo-editorial-1-638-pg131-1431527396>

Aún recuerdo en su origen, cuando le presenté al doctor Piñeros esta idea y propuse sacarla cada 15 días, y él como buen editor y promotor de tantas publicaciones, me invitó a que lo hiciera cada seis meses; finalmente llegamos al acuerdo de cada dos meses. Y no ha sido fácil... mucha razón tenía nuestro recordado maestro. Mucho esfuerzo y dedicación nos exige cada número.

Este año nos hemos unido con nuestro departamento de Biblioteca que nos ha ofrecido y creado la oportunidad de publicar la Carta Comunitaria bajo la plataforma OJS,

situación que nos exigirá componer un consejo editorial y dejar la trazabilidad de cada artículo publicado. Lo anterior exige más esfuerzo y es por eso, y recordando el consejo del doctor Jorge Piñeros Corpas hace 22 y medio años, que hemos decidido aceptarlo y disminuir la emisión bimensual de la Carta Comunitaria y publicarla cada tres meses. Hemos calculado que con ese tiempo, podremos cumplir con los requisitos que exige el sistema OJS y empezar a medir cuán consultada es nuestra sencilla publicación.

Sabemos



<http://www.lasallebga.edu.co/web/images/publicaciones/dptos/ESPANOL/2014/jul/1.jpg>

Algunas veces hemos tocado aspectos delicados sin el escrúpulo debido; nuestras excusas y disculpas pues por principio, nos hemos propuesto que, si bien debe existir espacio para la crítica y la confrontación, esta ha de ser ideológica y nunca personal.

Sabemos que hemos escrito sobre aspectos controversiales, pero en aras de la transparencia hemos de reconocer que jamás hemos sido censurados, eso a pesar de reconocer que algunas de las posturas acá expresadas no son compartidas por las directivas y nos lo han hecho saber. De eso se trata la academia... de promover el diálogo, la discusión y las diferencias de postura. Total, para todos debe haber espacio en el mundo.

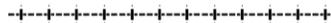
Un anhelo grande sería ver a nuestros estudiantes coparticipando en esas secciones y, a lo mejor, eso podría ser motivo de una materia electiva.

Cumpliendo con la hoja de ruta y con la idea original, este paso es para convertir nuestra publicación en una revista virtual con todas las facilidades tecnológicas que permita a cualquier miembro de la comunidad académica expresarse sin los requisitos que implicaría indizarla.

No he mencionado el listado de colaboradores de antes y de ahora, pero todo el reconocimiento para esos anónimos compañeros que creen que es clave contar y opinar sobre lo que nos pasa. Debo y la justicia me lo exige, hacer una sola mención personal; se trata de nuestra editora asociada, la ingeniera Jenny Pinzón quien con mucho se ha convertido en la principal ejecutora de la Carta Comunitaria (escribe, corrige, diseña, envía) y quien, sin embargo, ha querido pasar con el menor "ruido" posible. A ella un reconocimiento muy especial de mi parte y toda mi gratitud.

<http://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/index>

¡Estoy convencido de que tendremos Carta Comunitaria para siempre!





Atención Primaria en Salud



RESUMEN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD

Juan Carlos González[‡]



<http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>

INTRODUCCIÓN	10
1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	10
Progresos en torno a la mortalidad infantil	11
Nuestra pirámide poblacional	11
El asunto de la dependencia	12
¿Cómo son los hogares?.....	12

[‡] MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Tipos de familias..... 13

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y DE LA POBLACIÓN 14

 Acceso a servicios básicos 15

 La pobreza y su distribución..... 16

 La educación: clave 17

 Afiliación a la Seguridad Social..... 19

 Discapacidad 20

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y SITUACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES 22

 ¿Dónde están los colombianos? 22

 Trabajo 23

 Toma de decisiones..... 25

4. MIGRACIÓN 26

 ¿A dónde se van los colombianos? 27

 Migración interna..... 28

5. MORTALIDAD 29

 Infantil: en franco descenso..... 29

 Mortalidad perinatal 29

 Mortalidad adulta 30

6. FECUNDIDAD 31

 En cuanto a embarazos 31

7. FECUNDIDAD ADOLESCENTES 32

 Empezó a disminuir 32

8. ANTICONCEPCIÓN CONOCIMIENTOS Y USO DE MÉTODOS 34

 Lo que más se sabe 34

9. NUPCIALIDADY EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO..... 36

 Adelanto de la menarquia..... 36

 La edad de la pareja en la primera relación 37

 Estado conyugal actual..... 37

10. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD Y DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN HOMBRES Y MUJERES 38



¿Cuántos hijos?	39
10. SALUD MATERNA	40
Mejoras evidentes.....	40
Aborto	41
11. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER.....	42
De la citología.....	42
Cáncer de mama	43
Cáncer de próstata.....	44
Cáncer de colon: ¡atrasados!	44
12. CONOCIMIENTOS DE ITS Y DEL VIH/SIDA: FORMAS DE PREVENCIÓN	45
Al respecto	45
Promiscuidad.....	46
Protección en primera relación sexual.....	47
¿Qué sabemos de la ITS?.....	48
13. VIOLENCIA DE GÉNERO	49
Violencia psicológica: ¿qué es?	49
Violencia física.....	50
Violencia económica	51
Violencia sexual.....	51
Prevalencia en hombres y mujeres de haber sido golpeados.....	53
Prevalencia de violencia sexual.....	53
14. ROLES DE GÉNERO, IDENTIDADES DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL.....	55
Cinco afirmaciones en el imaginario que así lo atestiguan	55
Abuelos: apoyo de las madres	57
Percepciones hacia la población LGTB	58
15. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD	59
De qué se informa	59
Los colombianos: mal informados	60
Y, ¿qué hacer con toda esta información?.....	62



INTRODUCCIÓN



<http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>

Esta encuesta hace parte de los estudios que efectúa el Ministerio de Salud como parte del análisis de población. La ENDS es referente nacional en lo que tiene que ver con sexualidad. Su gran objetivo es contarle al país los cambios demográficos de los últimos cinco años y, de hecho, al finalizar dicho período, se publica.

En quiénes se hizo

Se hizo en una muestra representativa de hogares de personas de 13 a 69 años en 1111 municipios.

Esta publicación es una sinopsis del resumen ejecutivo (el cual recomendamos leer) bajo la libre interpretación, buscando solo hacerlo más visible y esperando que aquellos que lo lean lo encuentren tan útil como nosotros lo encontramos. Pueden acceder a los resúmenes en <http://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Sostenemos que esta información debe ayudarnos a hacer posible la construcción de ese modelo integral de atención en salud que tanto necesita el país para enfrentar la problemática de nuestro actual sistema. Por tal motivo, en algunas descripciones incluiremos opiniones acerca del mismo.

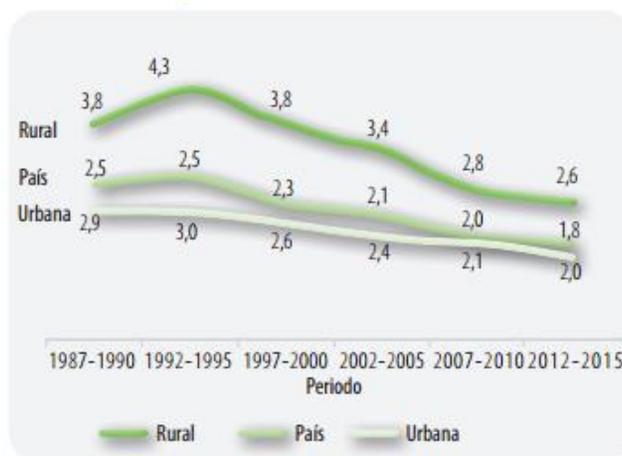
Como siempre, esperamos lo disfruten, que aprendan y sean bienvenidos.

1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS



Un primer hecho representativo es que Colombia sigue sosteniendo una tendencia de control de natalidad, por un descenso constante de la tasa de fecundidad. Ciertamente tal descenso es diferente al comparar la ruralidad con lo urbano (más notorio en este último), situación que va ser constante a lo largo de todo este diagnóstico, donde se pone de manifiesto la dura situación de nuestro campo.

Tasas globales de fecundidad, 1990-2015



Progresos en torno a la mortalidad infantil



http://www.contrastes.com.co/noticias/imagenes/julio_15_2014/primera-infancia-icbf.jpg

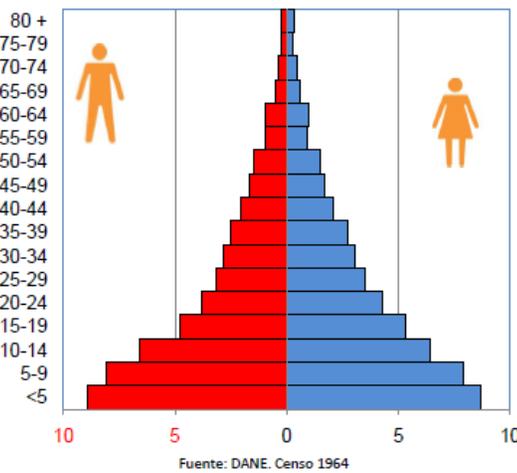
Esto es muy evidente pues la mortalidad infantil prácticamente ha disminuido un poco más de un 50 % en los últimos 25 años (hoy con una tasa de 15 % y en 1990 de más o menos el 33 %). Esto refleja sin duda las mejores condiciones que tenemos ahora los colombianos.

Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según las ENDS. 1995-2015

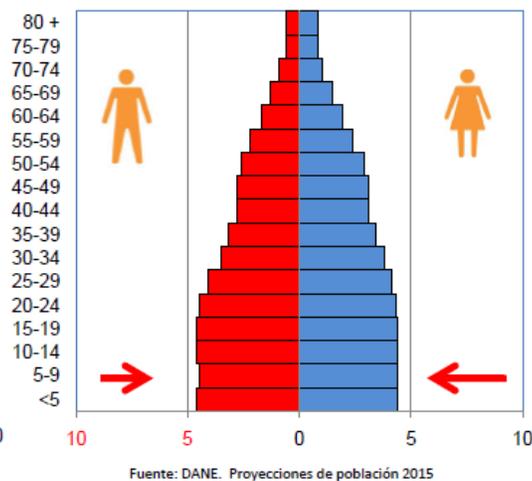


Nuestra pirámide poblacional

Pirámide de población, Colombia 1964



Pirámide de población, Colombia 2015



Refleja muy bien la transición demográfica. Existe una notoria estrechez de la base (menos nacimientos) y una ampliación de anchura de la punta (más adultos mayores). El mayor porcentaje de población está en edad de trabajar, es decir, de los 20 a los 59 años.

En Colombia, el 26.8 por ciento de la población total es menor de 15 años, el 65.7 por ciento está entre 15 a 64 años y un 7.4 por ciento tiene 65 o más años.

El asunto de la dependencia

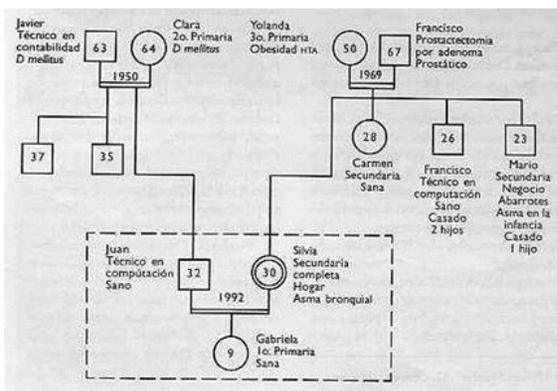
Para “sostener” a una persona mayor o a un niño



Se necesitan **59** personas trabajando en el sistema

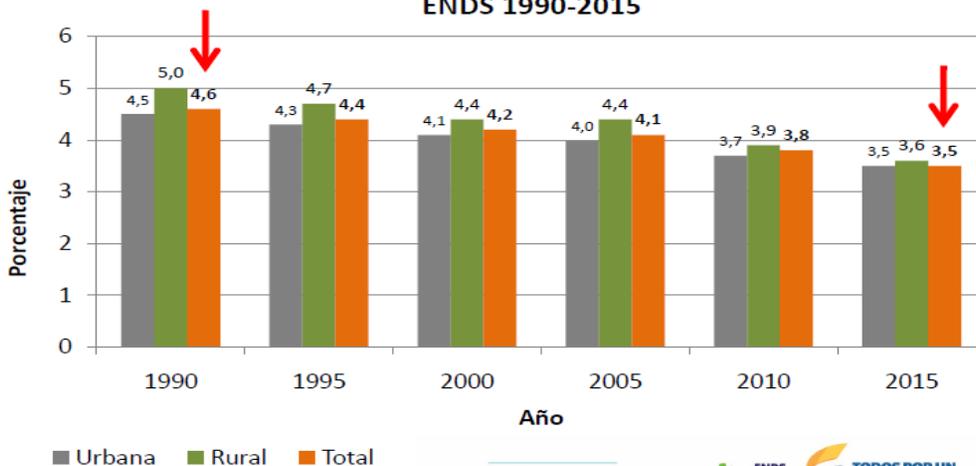
Estos cambios traen interesantes consecuencias. Una de ellas es la dependencia económica. En el análisis de situación de salud de 2010 encontramos que esta proporción creciente de los adultos mayores con respecto al total de la población y con respecto a los demás grupos de edad, incide en las relaciones de dependencia de distinta manera. Por ejemplo, el índice generacional de ancianos que representaba 732 personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de una persona de 65 y más años en el año 1938, pasó a 471 en el censo de 2005. También es evidente el descenso del índice de dependencia económica al registrar 82 personas menores de 15 años o mayores de 60 años dependiendo de 100 personas económicamente activas en 1938, a 59 en 2005. En contraste, la relación de dependencia demográfica de vejez muestra una tendencia creciente indicando que por cada 100 personas en edad económicamente activa (15-59 años) había 10 personas mayores en 1985 y 15 en 2005 (DANE, 2005).

¿Cómo son los hogares?



Muy llamativa es la clara disminución de los hogares extensos y la aparición de los unipersonales. El promedio de miembros es de 3,5. El hogar rural tiende a tener más miembros. La costa atlántica tiene los hogares más numerosos (4,4 miembros por familia) y la zona central los menos numerosos (3,3 miembros). Es evidente la disminución de miembros al comparar el año 2010 con los quinquenios anteriores.

Tamaño promedio del hogar ENDS 1990-2015



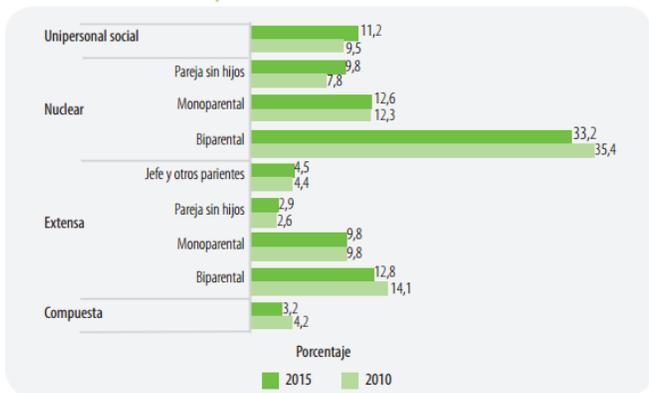
La gráfica pone de manifiesto la constante disminución del número de miembros por hogar en los últimos 25 años.



Tipos de familias

La nuclear (padre, madre e hijos) es la más frecuente (uno de cada tres hogares). En un poco menos de uno de cada ocho hogares falta uno de los padres (son los hogares de separación donde la madre habitualmente asume la jefatura y asume a los hijos). Las familias extensas alcanzan un 13 % siendo más frecuentes en la zona urbana. Las familias unipersonales surgen muy notorias y en crecimiento (11 %).

Tipos de familia. ENDS 2010 - 2015



→ Estado civil

Solteros: 40 %

Parejas:

16 % casados

30 % unión libre

Separados: 11 %

Viudos: 1 %



De diez colombianos, cuatro son solteros (los hijos); poco menos de la mitad está con su pareja; algo más del 10 % viven separados de su pareja y cerca del 1 % han enviudado.

Comentario: Interesante esta dinámica de la estructura familiar. Estudios que nosotros estamos adelantando §

relacionan el hogar nuclear, siendo aún más importante su funcionalidad, con la percepción de felicidad de las personas. El tener con quién compartir es clave en tal sentido. Es llamativo cómo están surgiendo los hogares unipersonales y crece la duda sobre cómo será la red de apoyo** de esas personas cuando lo necesiten.

§ González JC, Restrepo GL. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Mar 23]; 12(2): 228-238. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000200006>.

** González JC. Redes De Apoyo y Felicidad. Su Abordaje: Deber de la Atención Primaria. Carta Comunitaria. 2015; 23(131): 12 a 22. Disponible en: <http://www.juanncorpas.edu.co/oferta-academica/pregrado/medicina/medicina-comunitaria/carta-comunitaria/>

→ **Etnias**



Uno de seis colombianos se reconoce como indígena (14,4 %). Esta población se ubica más en la periferia que en las zonas urbanas. El 80 % de dicha población está situado en el 20 % de ubicación económica más pobre (quintil inferior).

→ **Los niños**

Casi la mitad de los niños colombianos (48 %) asisten a programas de atención a la primera infancia. Uno de cada cien niños no ha sido registrado, siendo el abandono del padre la principal causa.



**de cero
a Siempre**

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y DE LA POBLACIÓN

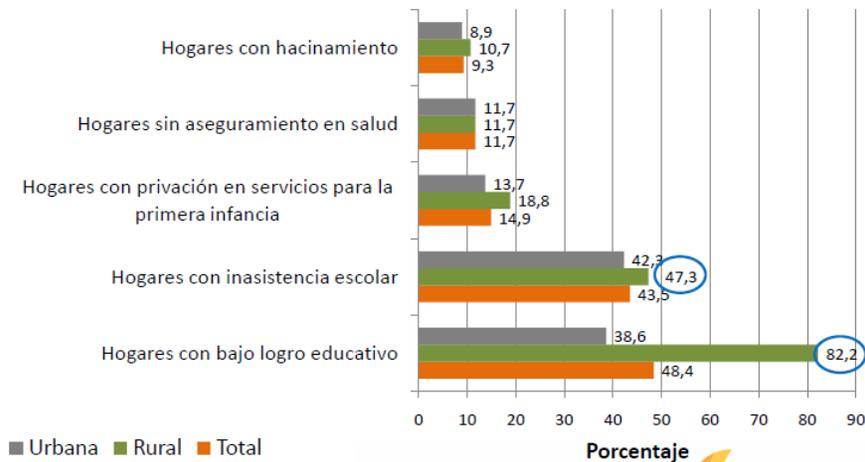
DIMENSION	PESO	INDICADOR	POBLACIÓN APLICABLE
EDUCACIÓN	8,33%	1. Inasistencia educación básica y bachillerato	5 a 17 años
	8,33%	2. No gratuidad a educación superior	18 a 29 años
	8,33%	3. Logro educativo incompleto	18 a 64 años
TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	8,33%	4. No contribución al sistema de pensiones	15 años o más
	8,33%	5. Empleo infantil y adolescente	5 a 17 años
	8,33%	6. Desempleo o empleo inadecuado	18 años y más
SALUD, AGUA Y ALIMENTACIÓN	12,50%	7. Sin agua por red pública	Toda la población
	12,50%	8. Pobreza extrema por ingresos	Toda la población
HÁBITAT, VIVIENDA Y AMBIENTE SANO	6,25%	9. Hacinamiento	Toda la población
	6,25%	10. Déficit habitacional	Toda la población
	6,25%	11. Sin saneamiento de excretas	Toda la población
	6,25%	12. Sin recolección de basura	Toda la población

http://www.andes.info.ec/sites/default/files/styles/large/public/indicadores_dimensiones_inec.png?itok=N1c6Tflr

El criterio de índice de pobreza multidimensional (mide carencias en los hogares, en la salud, en la educación y en el nivel de vida) se mide en torno a condiciones de vivienda y a la posesión de bienes duraderos.



Hogares con privaciones en indicadores básicos(a) de pobreza multidimensional según zona. ENDS 2015



Acceso a servicios básicos

En general, una vez más, la ruralidad pone de manifiesto las difíciles condiciones en que viven sus habitantes.

→ Agua



https://sites.google.com/site/fermanlopez/_/site/1386719022735/desarrollo-sustentable/unidad-5-escenario-modificado/3-escenario-socioeconomico/5-3-5-acceso-a-servicios-publicos/servicios.jpg?height=400&width=400

Casi nueve de cada 10 hogares urbanos tienen acceso al agua, lo que contrasta con uno de cada seis en área rural. Tres de cada cuatro hogares urbanos acceden a servicio de alcantarillado, y nuevamente, solo uno de seis de los rurales.

En torno a manejo de basuras, ocho de cada diez hogares urbanos acceden a recolección de basuras y solo uno de cada cuatro en el área rural. De hecho, la mitad de los hogares rurales queman su basura.

→ Para cocinar

Dos de cada tres colombianos usan hoy por hoy el gas para cocinar. Los costos de la luz hacen prohibitivo el usar electricidad. Muy malo es que un 12 % de colombianos usen leña o carbón, con la contaminación y los riesgos para la salud derivados (EPOC). Claro, una vez más, es el habitante del campo quien se expone al riesgo.



<http://www.unperiodico.unal.edu.co/typo3temp/pics/3ae20ea8d7.jpg>



→ Condiciones de vivienda



<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2012/06/vivienda3.jpg>

- Casi que siete de cada 10 hogares viven en casa. Casi tres de cada diez en apartamento y apenas uno de cada cien hogares vive en inquilinato.
- En el 60 % de los hogares el piso está terminado y las paredes en el 87 %; y, claro, es en el campo donde en cerca de una de cada tres casas, las paredes pueden tener materiales no durables, tales como madera rudimentaria.

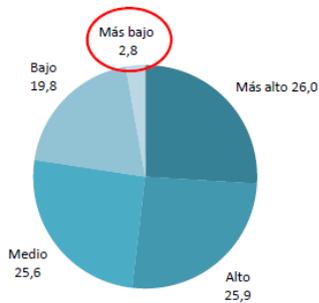


<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2012/06/vivienda4.jpg>

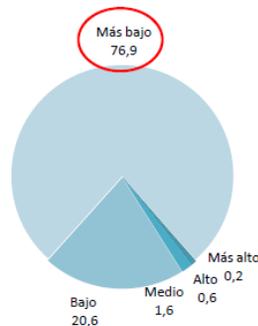
- Uno de cada cinco hogares cuenta con un solo cuarto para dormir toda la familia (indicador de hacinamiento).
- Poco más de la mitad de los hogares (54 %) son propietarios de su vivienda. En Bogotá es donde hay más viviendas arrendadas.
- Cuatro de cada diez hogares cuentan con computador y poco más de uno (38 %) de cada tres con acceso a Internet.

La pobreza y su distribución

Quintil de riqueza zona urbana ENDS 2015



Quintil de riqueza zona rural ENDS 2015



Para medir la pobreza se usó el **quintil de ingreso** que se calcula ordenando la población desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en cinco partes con igual número de individuos; así se obtienen cinco quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil (o Q1, I quintil) representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil (Q2, II quintil), el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil (Q5, V quintil), representante de la población más rica^{††}.

La pobreza está más concentrada en lo rural. En lo urbano existe una mejor distribución que es lo que dejan ver los

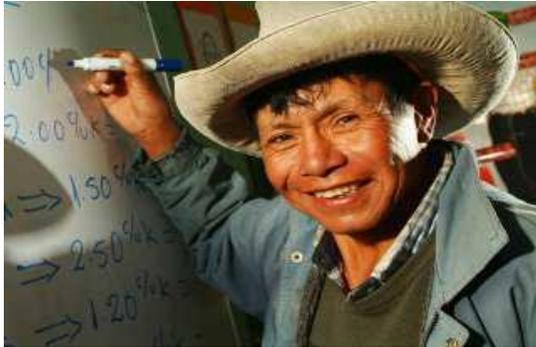
quintiles. El campo queda entonces impactado y diagnosticado por el índice de pobreza multidimensional, encontrando de forma muy marcada, menos nivel educativo y unas condiciones de vivienda más desfavorables.

Comentario

Esta es la deuda que Colombia tiene con la población del campo, a propósito de los acuerdos de paz con las FARC. Hay que llevar progreso y desarrollo a la población rural. Es una forma de combatir la violencia.

^{††} [https://es.wikipedia.org/wiki/Quintil_\(unidad\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Quintil_(unidad))

La educación: clave



<http://www.rpp.com.pe/dudan-que-se-haya-erradicado-analfabetismo-en-el-peru-imagen-noticia-1-n-/picsnews/613595.jpg>

Estudiar claramente marca diferencias en torno al desarrollo de la persona (y del país). Más estudio, mejor les va.

- Todavía en Colombia solo se alcanza a 8 años de educación en promedio.
- A la educación superior solo llega uno de cada cinco colombianos.
- Las mujeres estudian más que los hombres. Las mujeres más pobres estudian menos.
- Un hombre tiene cinco oportunidades más de asistir a la universidad en la ciudad que en el campo.

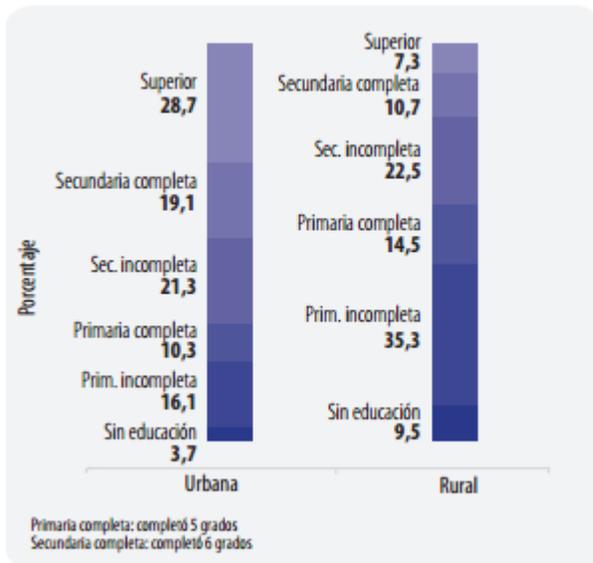
- Paradójicamente, es en Bogotá donde las mujeres menos concluyen la educación secundaria, pero donde más alcanzan la universidad.
- Donde existe más repitencia es en primero de primaria (uno de cada diez estudiantes repite y más en el campo). Luego, al comenzar la educación secundaria (8 %), los hombres repiten más que las mujeres.



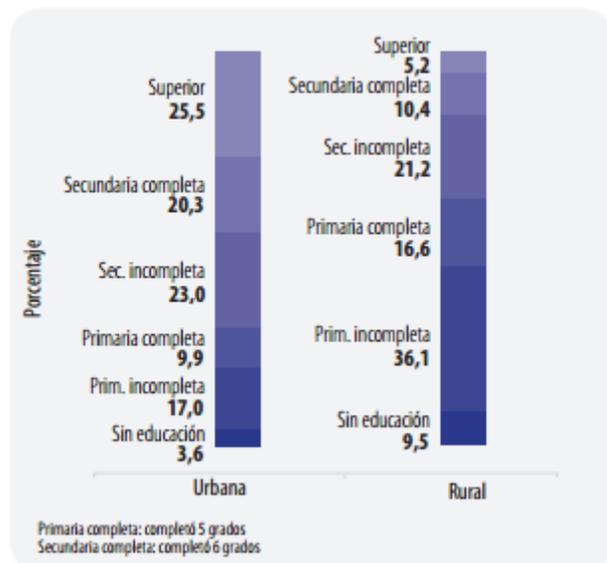
<http://www.eltiempo.com/contenido/economia/sectores/IMAGEN/IMAGEN-16492404-2.png>

- Los hombres desertan más y valoran el estudio menos que las mujeres. Tal vez por ello existe un notorio incremento de deserción en el grado once. En el campo, al terminar la primaria la deserción se incrementa.
- En Colombia existe una gran cantidad de niños que asisten a grados inferiores para la edad. Claro, esto se ve más en los hogares más pobres y otra vez el campo marca la mala pauta.

Población femenina según nivel educativo alcanzado por zona



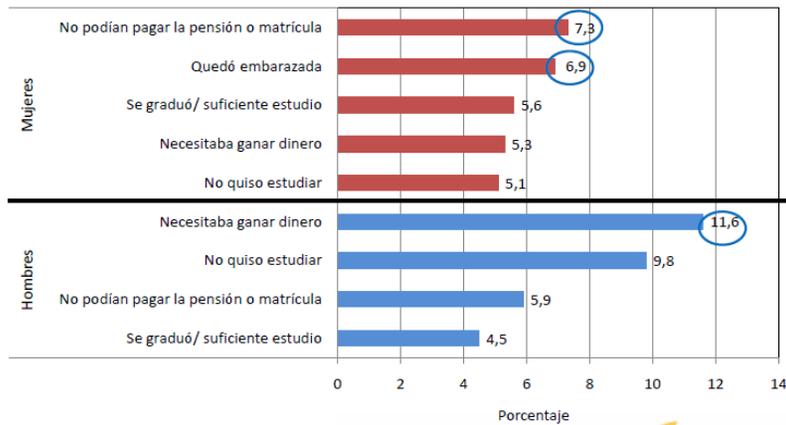
Población masculina según nivel educativo alcanzado por zona



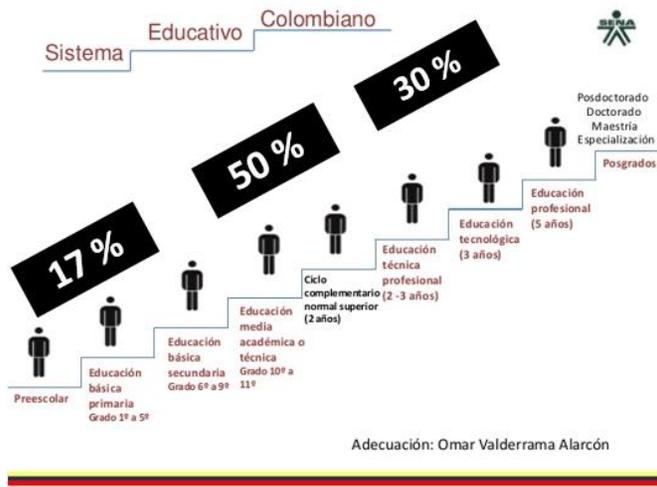
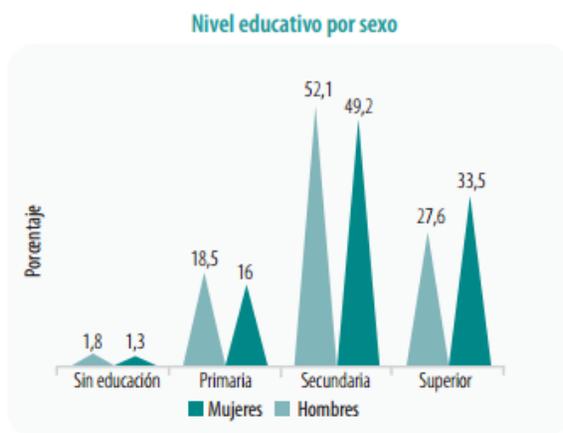


Razones de la deserción educativa

Razones de abandono escolar de las mujeres y hombres de 13 a 24 años. ENDS 2015



→ Educación de los colombianos



Tan solo un 1,5 % de la población no ha accedido a la educación. Salvo en la educación superior, donde la mujer acude más, los hombres tienen una pequeña diferencia a su favor. El campo con un 10 % de acceso comparado con la

ciudad, con un 35 %, tiene una notoria disminución del acceso a la educación. Bogotá tiene los mayores porcentajes de acceso a la educación.

→ Mujeres

Siendo el estudio una variable tan importante en la vida de las personas, llama la atención que cuatro de cada diez mujeres que podrían estar estudiando no lo hacen. Hoy se

considera que solo un 2 % de las mujeres son analfabetas. Los hombres son un poco más, el 3 %.

→ ¿Por qué no estudian?



http://modahoy.org/wp-content/uploads/2014/10/laptop_forbidden1.jpg

Las primeras causas para la deserción escolar (hombres y mujeres) son las razones económicas (cerca del 7,5 %) y el

no querer estudiar (cerca del 7,5 %). Embarazo es la tercera causa con un 7 % y, alcanzó lo que quería, con un 5 %.

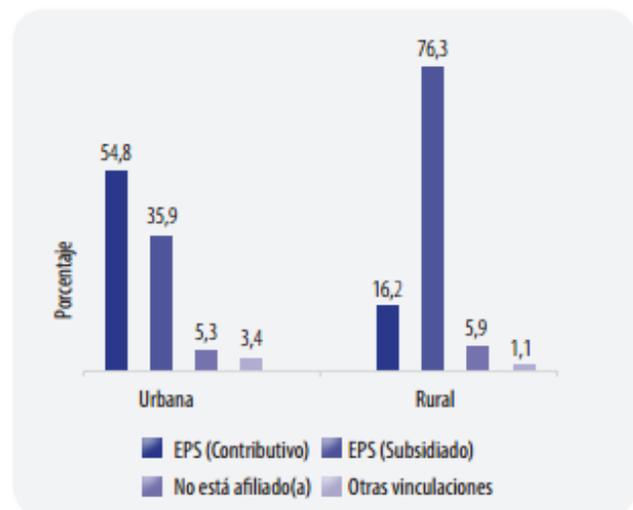
Afiliación a la seguridad social



http://3.bp.blogspot.com/_2zXSG5rj_Y/52n3qIVFKI/AAAAAAAAAE0/fsA4zrDwFz4/s320/SEGURIDAD+SOCIAL.jpg

- El 46 % está afiliado al régimen contributivo.
- Un 44 % al régimen subsidiado.
- Solo un 6 % no está afiliado.
- La población del contributivo está en las edades del trabajo (20 a 60).
- En el régimen subsidiado predominan los niños y los adultos mayores.

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por zona





→ **Prevalencia de sentirse enfermo en el último mes**



http://4.bp.blogspot.com/-rfdimr4go-o/TyQli7cf6XI/AAAAAAAAAPvg/7HQx8U_tic8/s200/enfermo.jpg

- Nueve de cada cien se sintieron enfermos y los hombres se percibieron menos sanos.

- Dos de cada tres acudieron a consulta.
 - Se nota una reducción del 3 % en la asistencia a una IPS comparada con 2010 (¿será por la crisis actual de las EPS?).
 - Uno de cada tres de los que no asisten, dice que es porque el acceso es casi imposible (colas o citas muy distantes).
- De los que no acudieron:
 - Uno de cada tres fue porque no quiso.
 - Uno de cada tres fue por la dificultad para conseguir una cita.
- Uno de cada seis se automedicó, siendo los remedios caseros su primera opción y luego asistir a la farmacia.
- Solo el 3 % de los que se sintieron enfermos no hizo nada.
- En el campo se hace menos uso de los servicios y no precisamente porque se sientan más sanos (más dificultades de acceso).

→ **Prevalencia general**

- Cerca de la mitad de las personas refiere tener buena salud.
 - Los hombres refieren percibirse mejor que las mujeres (una de cada cuatro mujeres dice estar muy bien comparado con uno de cada tres hombres).
 - En cuanto a percibirse mal o regular, una de cada cinco mujeres refiere no estar muy bien en tanto que solo uno de cada siete hombres se percibe mal.

Discapacidad



<http://yogobierno.org/wp-content/uploads/2015/11/ley-discapacidad.jpg>

El país ha hecho esfuerzos por reconocer la discapacidad y ayudar a las personas que la padecen. Ha sido clasificada en cuatro estados con base en el grado de ayuda que requiere:

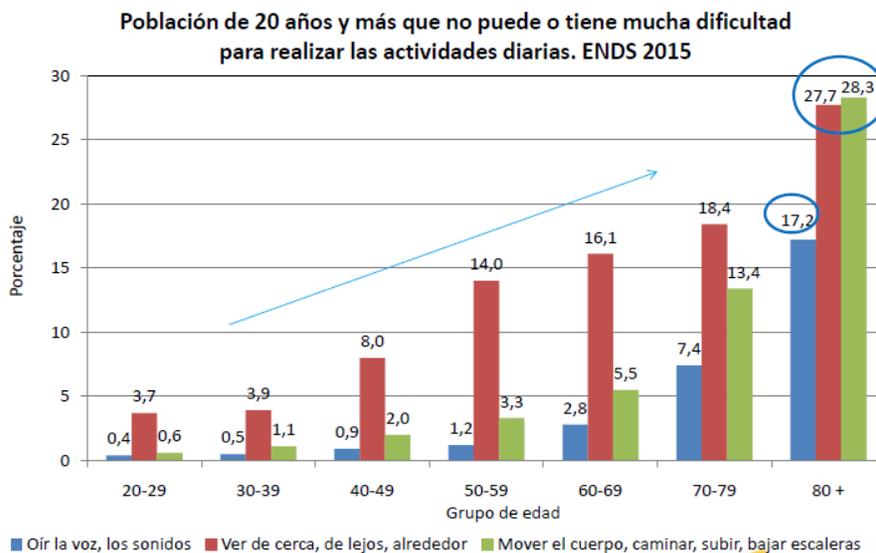
- Nivel 1: la persona presenta una discapacidad total, sus condiciones le impiden llevar a cabo la actividad y requiere de ayuda y apoyo de terceros.

- Nivel 2: hay una grave disminución en su capacidad para realizar la actividad y requiere un alto grado de apoyos aun usando ayudas técnicas.
- Nivel 3: la persona tiene alguna dificultad para realizar la actividad, pero puede realizarla por sí misma.
- Nivel 4: la persona no tiene dificultad que afecte su capacidad para el desempeño de la actividad.

→ Tipos de discapacidad



→ Proporción de discapacidad por edades



El 50 % de las personas con discapacidad refirieron problemas para acceder al sistema de salud. La comunicación con un profesional entrenado fue la principal dificultad. Cerca de dos de cada tres discapacitados necesitan de apoyo con algún instrumento u aparato.

Cuidadores

Habitualmente es una mujer del hogar. La mamá es la más frecuente cuidadora, seguida cuatro veces menos de la hija y seis veces menos de una hermana u otro familiar (padre, hijo). Una de veinte veces lo hace la abuela en vez de la

madre. Obsérvese como casi siempre es un miembro de la familia.

Comentario

Vamos a tener que invertir en formar cuidadores, en particular para la población de mayor edad, pues la discapacidad va en crecimiento en proporción al incremento de la esperanza de vida. Esta formación, junto con la creación de hogares especiales para este grupo de edad, es una necesidad que se avecina con inusitada claridad.

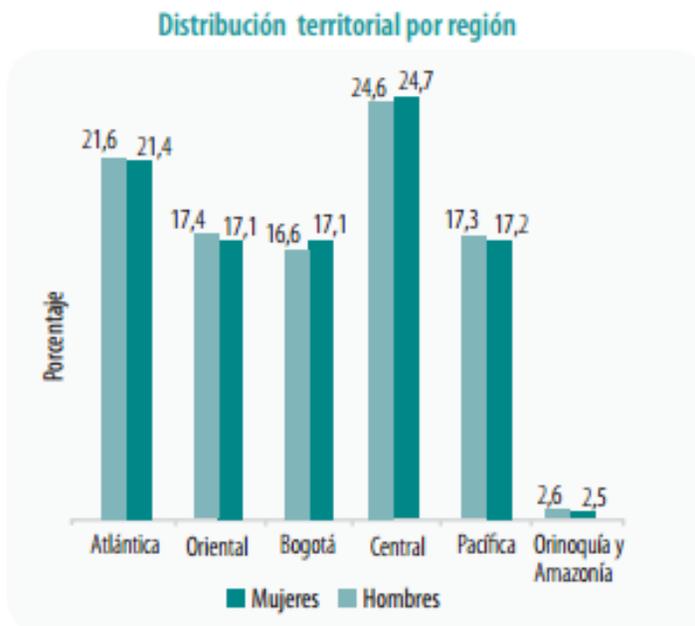
3. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y SITUACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES

→ Edad

- Dentro de la población de mujeres de 13 a 49 años:
 - El grupo de 13 a 14 años constituye el 6,2 % del total.
 - El grupo de 13 a 19 años (adolescentes y jóvenes), el 22 % del total.
- Dentro de la población de hombres de 13 a 49 años:
 - El grupo de 13 a 14 años constituye el 6,6 % del total.
 - El grupo de 13 a 19 años, el 23,2 % del total.

Es decir, la proporción de adolescentes y jóvenes es mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

¿Dónde están los colombianos?

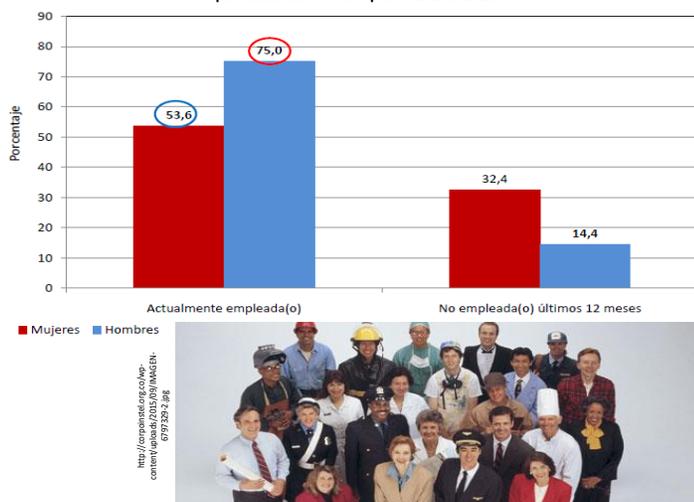


La zona andina comprende Bogotá, la región central y la región oriental, donde está el 60 % de la población de Colombia.



Trabajo

Mujeres y hombres de 13 a 49 años por situación de empleo. ENDS 2015



Siete de cada diez mujeres de 20 a 59 años trabajaron en el último año. La mitad de ellas aún sigue trabajando. Los hombres trabajan más (75 %) y, en el momento actual, por cada mujer que está trabajando existen tres hombres que lo hacen (más oportunidades para los hombres). Curiosamente los hombres que están trabajando son los que tienen el más bajo nivel escolar (más en el campo). Se nota un incremento en el trabajo femenino. La planificación y el nivel educativo son las claves de este impulso.

→ ¿En qué trabajan?



- En la ciudad está el mayor campo para los profesionales, y en especial para las mujeres.

- Oficinista cerca de un 10 % (más la mujer).
- Ventas y servicios en la ciudad lo dominan las mujeres con poco más del 60 % de su oferta laboral. Los hombres solo alcanzan un 45 %.
- Trabajos manuales lo dominan los hombres en la ciudad (15 %). La mujer solo un 5 %. En el campo, los hombres alcanzan en esto un 20 %.
- Los hombres dominan la agricultura con un 60 %. La mujer alcanzan en ello un poco más de la mitad.
- El trabajo manual no calificado alcanza un 10 % en los hombres y solo la mitad de ello en las mujeres.
- El trabajo manual calificado está dominado por los hombres (más de 60 %) en especial en el campo. Sin embargo, la mujer rural lo alcanza en un 30 %.

→ Entonces, ¿en qué trabajan?

De las mujeres de 13 a 49 años que trabajaron en los doce meses anteriores a la encuesta, la mayor proporción, un 59,1 %, eran trabajadoras de ventas y servicios, seguido por un 16,7 % que trabajaban como profesionales, técnicos o gerentes y un 9,8 % que trabajaban como oficinistas.

→ Los hombres más trabajo manual

Dice el diagnóstico: "Los hombres están con menos frecuencia ocupados en actividades de profesionales, técnicos y gerentes (13,5 %), de oficinistas (6,1 %) y en ventas y servicios (39,3 %), mientras que tienen proporciones mayores en actividades calificadas (14 %), no calificadas (9,8 %) y agrícolas (17,4 %)". Por supuesto que en la medida en que el nivel educativo sube, mejora el tipo de trabajo.

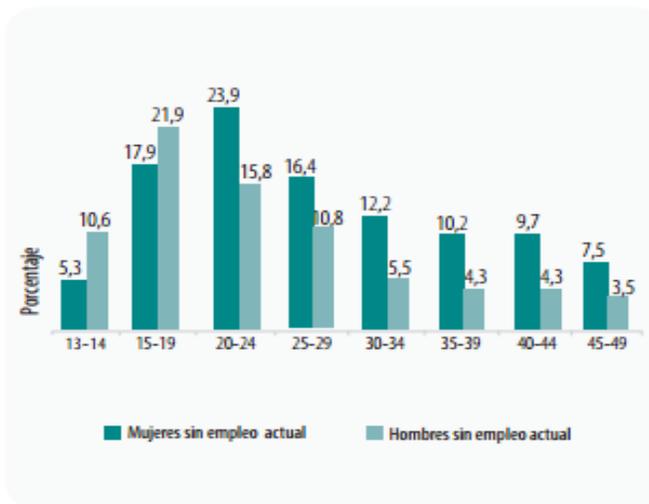
→ Remuneración

Un 92 % de trabajadores recibe remuneración en dinero y el resto en especie. Casi un 3 % de las mujeres no recibe remuneración por su trabajo.



→ El desempleo

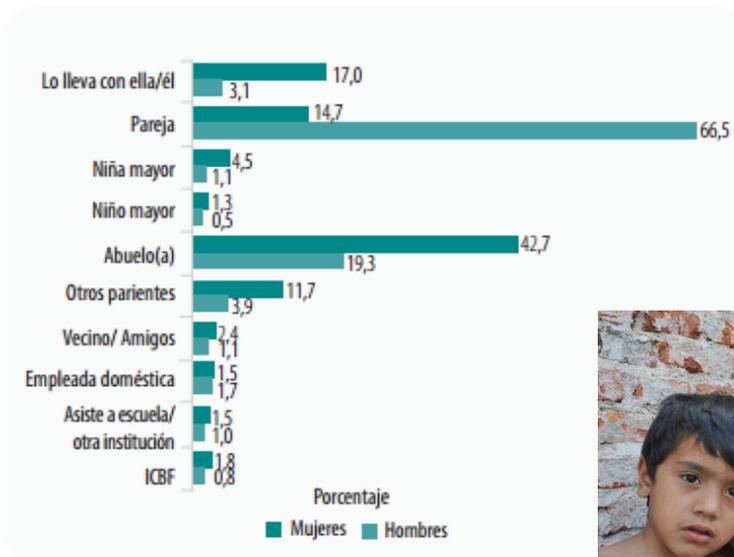
Situación de empleo por grupo de edad



Como se observa, la mujer padece de más desempleo en todas las edades.

→ ¿Quién cuida a los hijos en tanto se trabaja?

Persona que cuida al menor de 6 años cuando la/el mujer/hombre se ausenta del hogar



http://statista.lavozdelinterior.com.ar/sites/default/files/styles/landscape_1020_560/public/nota_periodistica/Familia.jpg



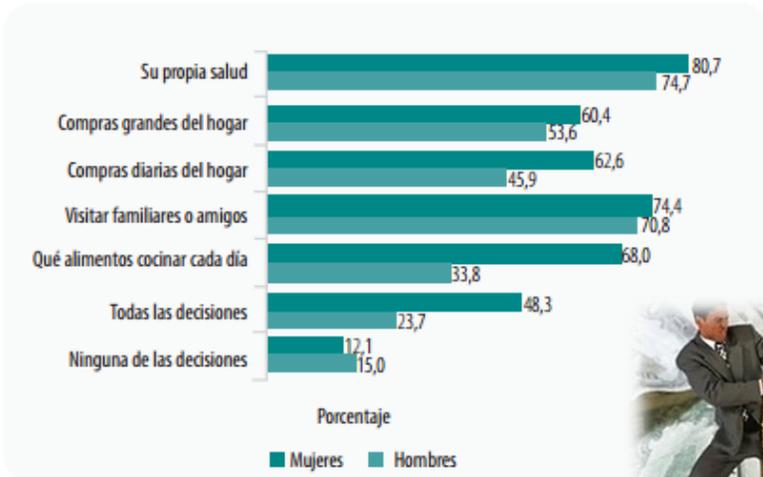
http://statista.lavozdelinterior.com.ar/sites/default/files/styles/landscape_1020_560/public/archivo/nota_periodistica/materidud_2.jpg

Sin duda el cuidado de los hijos es una de las limitantes del empleo. En dos de cada tres familias con trabajo, la pareja cuida los hijos. Los abuelos en cerca del 42 % son los siguientes responsables de tal cuidado (habitualmente los maternos). Los hogares que están en el quintil superior de riqueza, son los que más usan a los abuelos.



Toma de decisiones

Mujeres y hombres que sola(o) o con alguien más tienen la última palabra en decisiones del hogar



Cuando la mujer trabaja, en dos de cada tres hogares, toman las decisiones en torno a los recursos de la pareja. Los hombres cuando trabajan, buscan más a su pareja (75 %) para el uso de los recursos. Sin embargo, cerca de la mitad de las mujeres aporta todo lo que gana al hogar, en tanto que solo uno de cada cuatro hombres lo hace.

→ Formas de participación en el hogar

En general podríamos afirmar que falta más compartir en la toma de decisiones. En salud, más o menos 1 de 3 hace participe a su pareja, lo mismo que para tener relaciones sexuales.

→ ¿Discriminación por ser mujer?



Se da. A una de cada tres mujeres se le pidió la prueba de embarazo para trabajar y a una de cada cinco le preguntaron si estaba esterilizada. Un 3 % de las mujeres perdió su trabajo por estar embarazada.



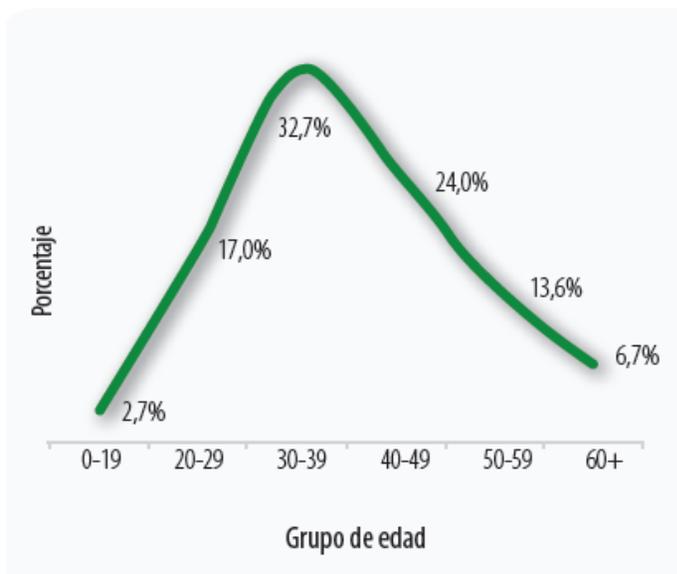
4. MIGRACIÓN



http://www.definicionabc.com/wp-content/uploads/migracion_laboral-1.jpg

Colombia está viviendo dos migraciones importantes. La internacional y la nacional por el desplazamiento forzado.

Emigrantes internacionales por grupo de edad



<http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/wp-content/uploads/2013/12/colombianos.jpg>

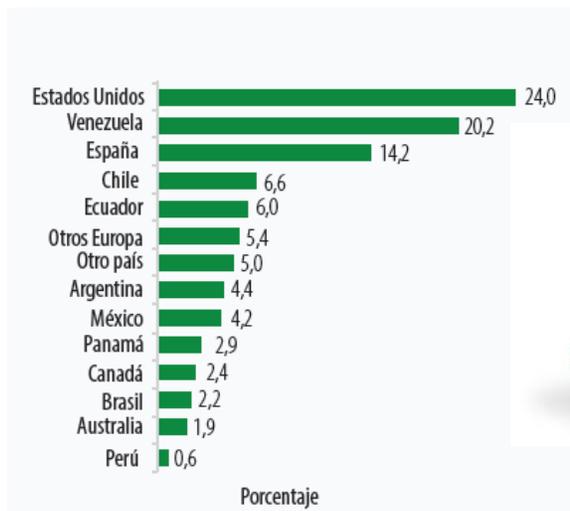
La internacional la hacen personas de 20 a 49 años, siendo Estados Unidos el principal centro de recepción (uno de cada cuatro migrantes) siendo seguido por Venezuela (20 %), España (14 %), otros países europeos (5 %) y Canadá (2 %). Esta migración la hacen personas de estratos más altos

(razón tres a uno con estratos más bajos, lo que equivale al 60 % de los que migran; cuanto mayores los recursos, más migración internacional). El trabajo es la principal razón. De las mujeres que salen, el 13 % lo hace porque se va a casar. De los hombres, el 20 % lo hace porque va a estudiar.



¿A dónde se van los colombianos?

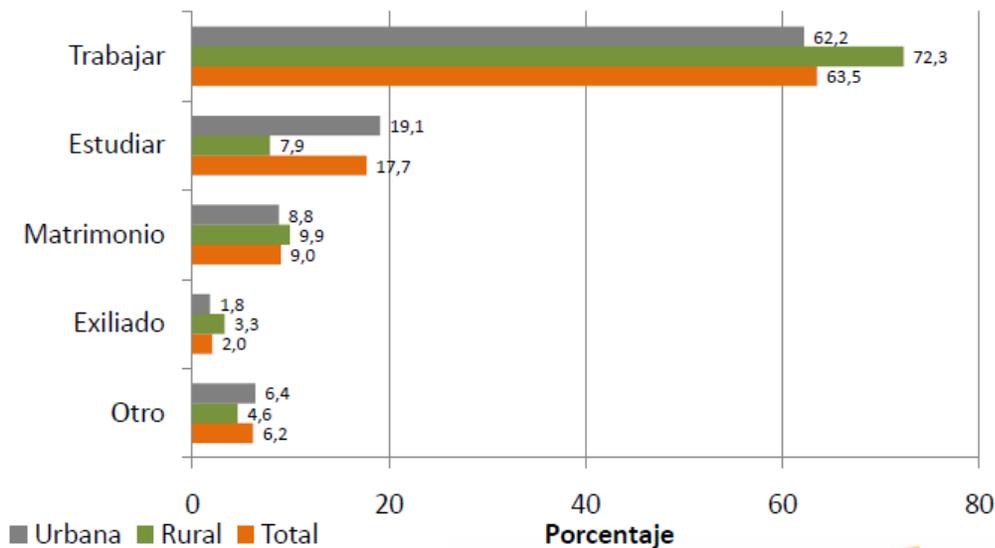
Emigrantes internacionales por país de residencia actual



http://st.depositphotos.com/1359043/4091/i/950/depositphotos_40918085-stock-photo-butterflies-with-spain-and-venezuela.jpg

→ Razones para irse

Emigrantes internacionales según razón de salida del país. ENDS 2015



Poco menos de dos de cada tres lo hacen buscando mejorar sus condiciones económicas (y enviar dinero a la familia acá). Para estudiar (más propio de quienes más tienen) lo hace uno de cada cinco emigrantes.

→ Del hogar, ¿quiénes migran?

Los hijos lo hacen dos de cada tres veces. El padre una de tres. La madre solo menos de un 5 %. La pareja (sin hijos) un 6 %.



Migración interna

Colombia, entre los que más desplazados tienen en el mundo

PROBLEMAS SOCIALES Un informe de la ONU dice que en todo el planeta hay 42 millones de desarraigados, y Colombia está entre los más sufridos, junto a Irak, la región de Darfur (Sudán), Congo y Somalia.



Foto: Foto: Natalia Bobro

Desafortunadamente la encuesta no fue en este aspecto representativo porque no fue fácil medir el desplazamiento forzoso.

→ Otras causas

Si bien el desplazamiento forzoso es una de las causas de migración interna, existen otras incluso más frecuentes. Razones familiares (45 %) o búsqueda de oportunidades (33 %) y, por estudio 9 %, cifra que sobrepasa a la violencia causada por los grupos armados que es del 6 %. Ciertamente la migración interna está fuertemente impulsada por la pobreza ya que la mayoría de las familias que lo hacen pertenecen al quintil más bajo.

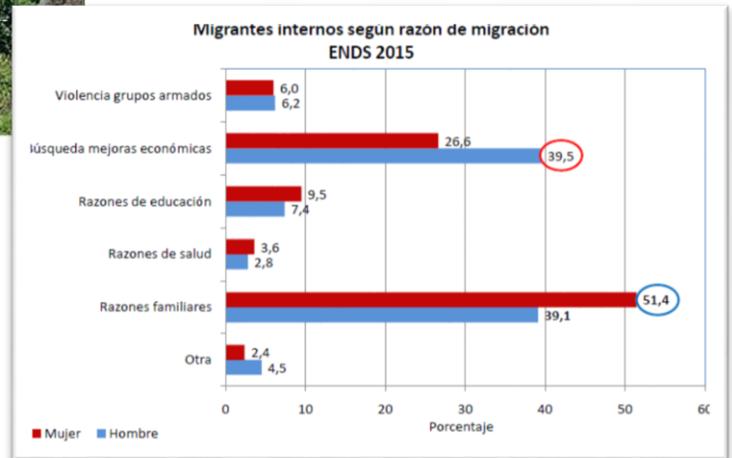
→ ¿Quiénes migran?

En general, casi dos de tres lo hacen con la familia completa (uno de tres lo hace solo).

→ Un fenómeno invertido

Se está empezando a ver un fenómeno invertido de las grandes urbes hacia municipios alrededor por el deterioro de la calidad de vida en la ciudad.

Las mujeres fungen un poco más como cabezas de hogar en los desplazados, quizá por muerte de los hombres. Los padres alcanzaron la secundaria en dos de cada tres hogares desplazados.



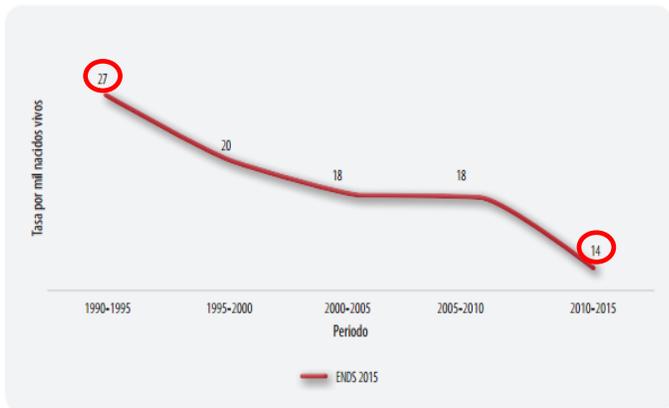
Tanto la emigración internacional como la migración interna de la población colombiana son procesos altamente selectivos por estrato socioeconómico y nivel educativo. Puede decirse que el proyecto migratorio involucra costos que lo alejan del alcance de los estratos más pobres de la población.



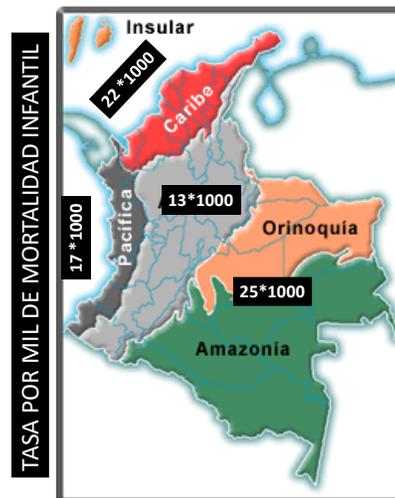
5. MORTALIDAD

Infantil: en franco descenso

Evolución de la Mortalidad Infantil - 1995-2015



→ Por regiones



Si bien el descenso de la mortalidad infantil es muy evidente, aún la desigualdad del campo marca duro al poner de manifiesto que allí ocurren 1,5 % más casos de mortalidad.

En dos de cada tres casos la madre no tiene educación y, por cada muerte que ocurre en el quintil más alto, ocurren poco más de cinco en el más bajo (¡qué injusticia!, ¿cierto?).

→ Neonatal



Es el número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado.

Es ocasionada por malformaciones congénitas, prematuridad, bajo peso, asfixia neonatal e infecciones. **Mide el acceso a los servicios de salud** y está en 10 por 1000 nacimientos.

Mortalidad perinatal

La tasa **de mortalidad perinatal** es el número de nacidos muertos y muertes en los primeros siete días de vida del recién nacido por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado. Claro, incluye a la neonatal y está en 13 por 1000 nacidos.

→ Factores de riesgo

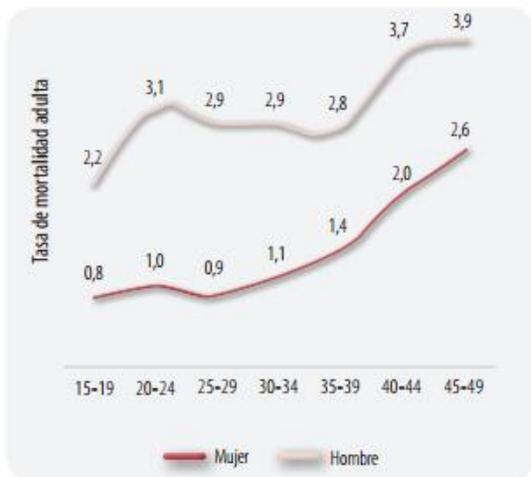
Estas mortalidades están fuertemente influenciadas por la edad de la madre. La edad de 40 a 49 años triplica el riesgo al compararse con menores de 20 años. Por supuesto que también mide el acceso a los servicios de salud (menos acceso más muertes).

- Madre mayor de 40 años está presente en el 61 % de los casos.
- Madre sin educación en el 31 % de los casos.

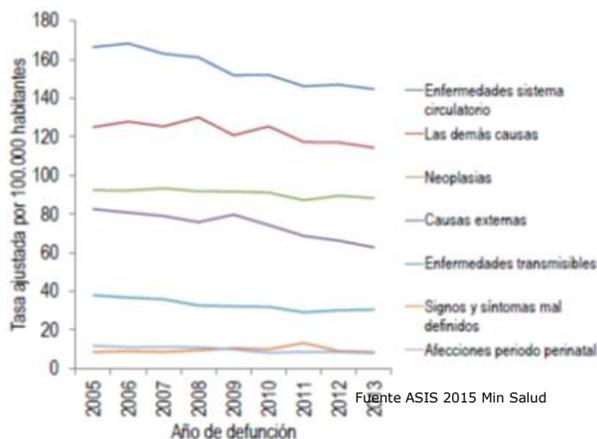


Mortalidad adulta

Tasas de mortalidad adulta para los 6 años anteriores a la encuesta



La imagen pone de manifiesto cómo mueren más hombres que mujeres y de qué.

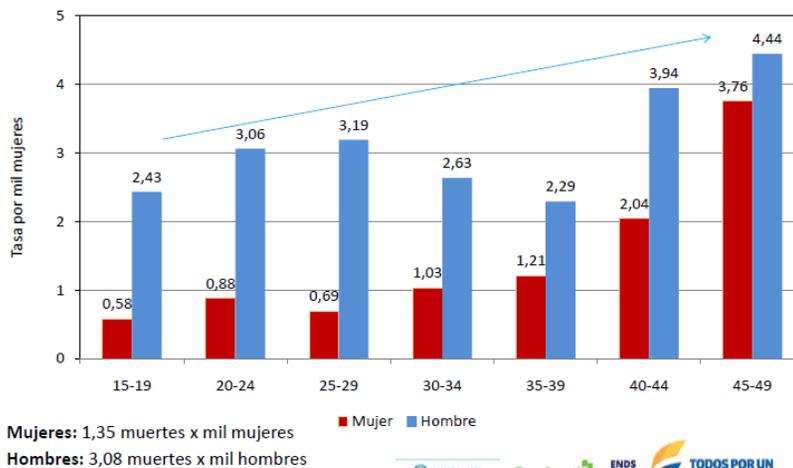


Fuente ASIS 2015 Min Salud

→ Probabilidad de morir

Dice: "En la ENDS 2015 la mortalidad adulta es la probabilidad de morir entre los 13 y los 49 años de edad, estimada a partir del método de las hermanas".

Tasa de mortalidad adulta de mujeres y hombres de 15 a 49 años, para los seis años anteriores a la encuesta. ENDS 2015



En la estructura de la mortalidad adulta se observa la mayor mortalidad en hombres especialmente en los grupos de 20 a 29 años de edad y una tendencia general del aumento de la mortalidad con la edad en ambos sexos. La tasa de mortalidad de 15 a 49 años de hombres es de 3,08 por mil personas exposición y la tasa de mortalidad de mujeres en ese mismo grupo de edad es de 1,35.



6. FECUNDIDAD

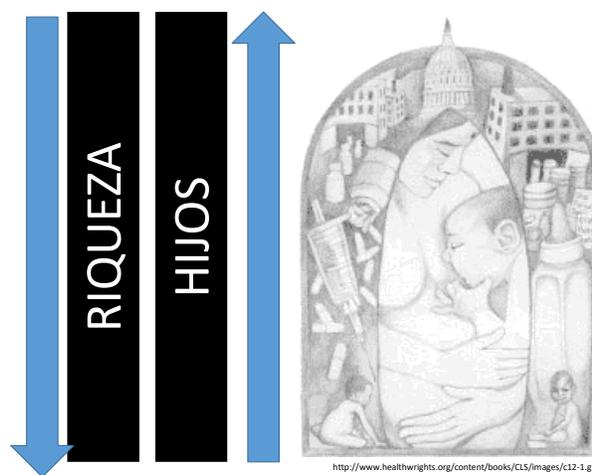


http://images.hotaciudad.com/2016/11/24/vida_y_estilo/salud/Aumento-numero-venezolanas-luz-Colombia_974912683_13117384_800x333.jpg

La fecundidad, hace referencia al número de hijos o hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo (entre los 15 a 49 años). En Colombia, el nivel de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6,7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2,1 en 2010. Para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de dos hijos por mujer. Los más pobres y del área rural son los que tienen las tasas más altas (siempre).

→ ¡Qué vaina!

Dice el texto: "Es así como mientras una mujer de 15 a 49 años sin educación tiene en promedio 3,9 hijos o hijas, una mujer con educación superior tiene en promedio 1,6. Por su parte, una mujer en el quintil de riqueza más bajo 2,8 hijos y, una mujer en el quintil de riqueza más alto, tiene en promedio 1,3".



En cuanto a embarazos



http://es.calcuworld.com/wp-content/uploads/sites/2/2015/09/cw_embarazo.png

- De cien mujeres de 15 a 49 años, tres están en embarazo. Claro, pobres y del campo son las que más se encuentran en embarazo.
- El promedio de hijos o hijas nacidos vivos y de sobrevivientes en cada edad, es mayor para las

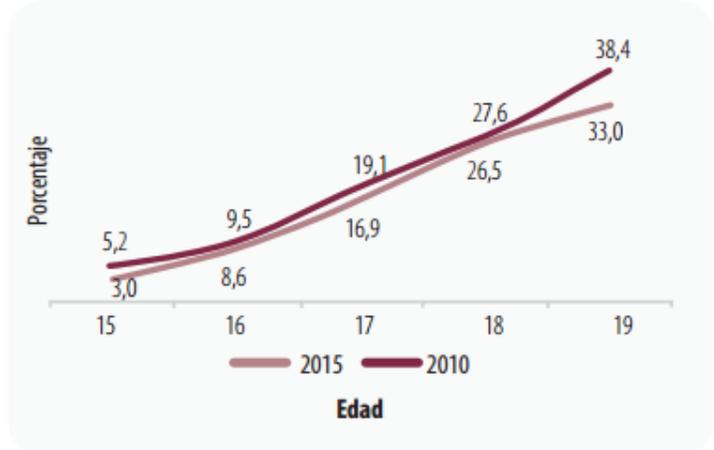
mujeres (promedio 1,5) que para los hombres (promedio 1).

- La distancia entre hijos (intervalo intergenésico) es de más o menos 40 meses y esta diferencia viene creciendo.
 - Cuanto más pobres, menor diferencia entre los hijos.
- Uno de cada cuatro tiene más de una unión.
- La mitad de las concepciones se hace en parejas sin unión estable.
 - Por eso el primer hijo se tiene en un 17 % con mujeres sin unión estable.
- Cuando existe unión estable, más o menos al año (13 meses) de la unión se tiene el hijo.
- El primer hijo se tiene a una edad de la mujer de 21 a 22 años (estable en los últimos 25 años).
 - Claro, en el campo, la edad promedio es menor (20 años).
- La amenorrea postparto dura siete meses.
- La abstinencia postparto se da por cuatro meses.
- Como método de planificación (la amenorrea postparto), muestra un incremento de fracasos.

7. FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES



Mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a) ENDS 2010 - 2015

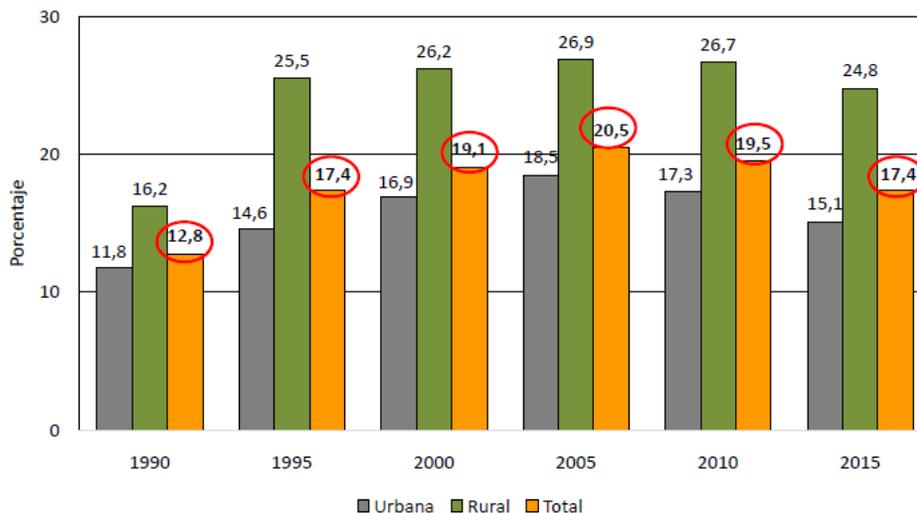


→ Empezó a disminuir

La encuesta dice: "La fecundidad en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública cuando a partir de 1990 se detecta su tendencia sistemáticamente creciente que encuentra el valor máximo en 2005; el descenso empieza a partir de 2010 como lo confirman los hallazgos de la ENDS 2015. El porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas del primer hijo o hija aumenta de 12,8 % en 1990 a 20,5 % en 2005, para luego disminuir a 19,5 % en 2010 y a 17,4 % en 2015".

→ La desigualdad

Mujeres de 15 a 19 años que son madres o que están embarazadas del primer hijo. ENDS 1990-2015



Las adolescentes con mayores recursos presentan porcentajes más bajos, situación que, de no corregirse positivamente, continuará aumentando la brecha de desigualdad. ¡Ojo!, la diferencia es notoria (por cada adolescente con recursos embarazada, existen siete pobres embarazadas). Se presenta aproximadamente por dos en el campo, uno en la ciudad.



8. ANTICONCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y USO DE MÉTODOS.

Lo que prevalece



http://1.bp.blogspot.com/-QTK8krj9dU/VghytkmYU/AAAAAAAAA8A/PP9X5d4-rfU/11600/IMG_20130812_154634.jpg

- Nueve de diez personas reconocen el condón, la esterilización definitiva y las píldoras como mecanismos de planificación.
- Casi todos, han usado alguna vez un método de planificación (90 %).
- En parejas activas sexualmente los métodos más usados son el condón, la inyección y la píldora.
- En parejas en unión marital la esterilización femenina es el método elegido.

- El 70 % de las adolescentes no usa métodos anticonceptivos. Algo más de la mitad de los hombres adolescentes tampoco lo hace.
- Mujeres y hombres sin unión marital estable, usan más el condón.
- Dos de tres mujeres planificaron antes de tener hijos.

Promover en adolescentes

Queremos saber qué te interesa, elige uno de los temas

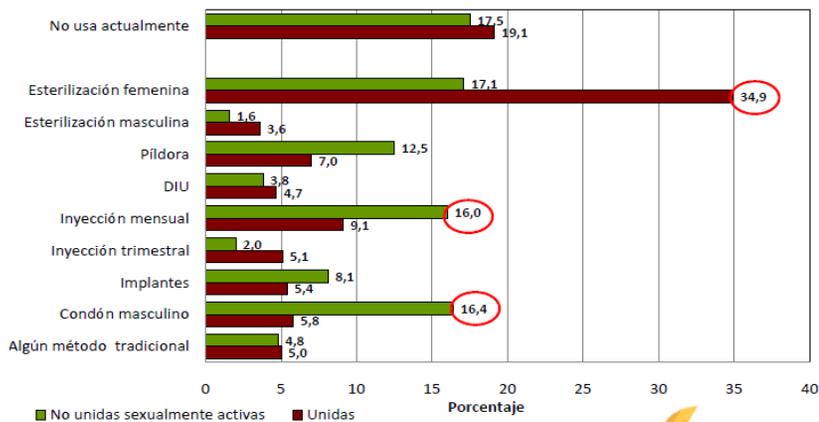
un espacio para preguntar para hablar
 como hablar con mis hijos sobre sexualidad? un lugar para aprender información sin prejuicios para oír para sentir me puedo quedar embarazada?



HABLA SERIO

<http://72.bp.blogspot.com/-rA7MNUX2qz/UB660gm0D/AAAAAAAAA84/nAK1WdVUM/11600/habla-serio-cover.png>

Mujeres de 13 a 49 años en unión y no unidas sexualmente activas, según uso actual de métodos. ENDS 2015



- En los últimos 25 años hubo un notorio incremento en el uso de métodos de planificación (más del 15 %).



http://www.mujierglobal.com/wp-content/uploads/2008/08/esterilizacion_femenina.jpg

- El 16 % de las mujeres se arrepiente de haberse ligado las trompas. La razón, querer tener otro hijo.
- El 30 % de las mujeres pueden identificar el ciclo menstrual.
- El 40 % cree que lo sabe pero están equivocadas.
- Dos de tres colombianos compran (de su bolsillo) sus métodos de planificación.
- Uno de tres métodos fueron abandonados en el primer año. Las inyecciones (trimestrales) fueron el principal método al cual se desistió por efectos colaterales.
- Una de diez mujeres quedó en embarazo mientras planificaba.
- De las mujeres encuestadas, dos de tres afirmaron que usarán la anticoncepción en su futuro inmediato. Las adolescentes quisieran usar el implante y las inyecciones.



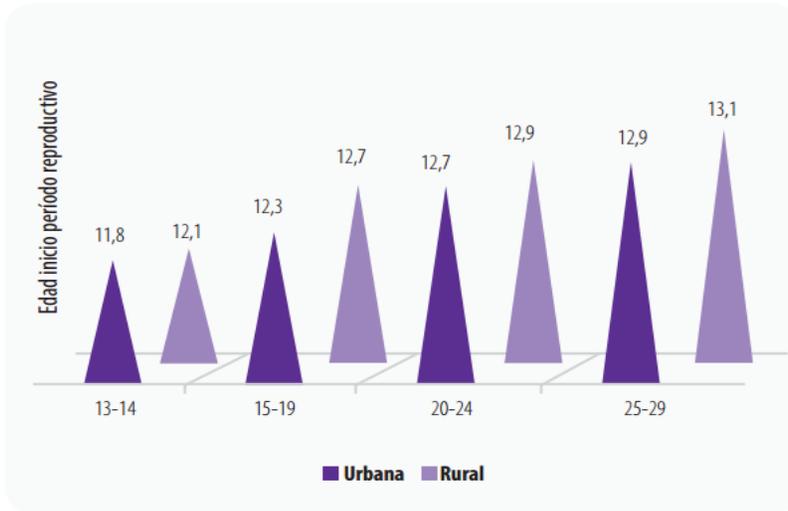
http://www.paho.org/eli/images/stories/2013_NOTAS_WEB/scr-unfpa-ops1.jpg

- Solo una de cuatro mujeres sabe que las EPS pueden suministrarle los métodos anticonceptivos.
- Nueve de diez hombres están de acuerdo con la anticoncepción. El campo es donde falta más apoyo masculino a la anticoncepción.
- Los servicios de salud solo le dieron información de anticoncepción a uno de cada cinco hombres.



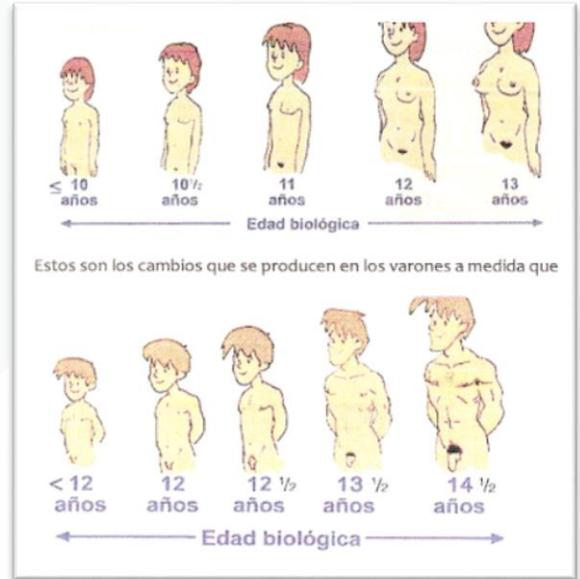
9. NUPCIALIDAD Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO

Edad promedio de la menarquia por edad actual. Mujeres de 13 a 29 años según zona



Adelanto de la menarquia

La primera menstruación está llegando antes y, por ende, el inicio de la vida sexual. Hoy se da a los 11,8 años (urbano) y 12,1 años en el área rural. En las familias con más recursos se da más temprano.



http://2.bp.blogspot.com/_kcatd0Mcon4/VZfG0Pvz8I/AAAAAAAAACo/1wFp07528Xw/s400/oreview.html_m6ak3ffz.png



<http://www.poblanerias.com/wp-content/archivos/2015/06/Sexo-300x200.jpg>

En promedio los hombres tienen su primera relación sexual a los 16,1 años y las mujeres a los 17,7 años (más temprano comparada con el pasado). Esto hace que los riesgos de embarazo en adolescentes se incrementen. Dos de tres adolescentes tienen su primera relación antes de los 18 años.



La edad de la pareja en la primera relación

La diferencia de edad con la primera pareja sexual es un indicador de la **existencia de asimetrías de poder en las relaciones de pareja** en negociación sobre temas de sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, entre ellos el uso del condón. A mayor la diferencia de edad entre las parejas sexuales, mayor la asimetría de poder.

→ Los datos

- Dos de cada tres inicios se hacen con parejas de la misma edad o máximo 5 años mayor.
- Uno de cada diez con mayores (más de 5 años).
- 3,8 % de los hombres con una mujer de menor edad (por lo menos 10 años menor).
- Un 3 % las mujeres con un hombre menor.

Estado conyugal actual



- Una de cada tres mujeres no tiene pareja, una de cada tres la tiene y un 1 % ha estado casada.
- El 45 % de los hombres nunca han estado unidos en estado conyugal.
- En la población de 25 a 49 años de edad, las mujeres se unen más rápido a los hombres (lo hacen a los 21 años en tanto los hombres lo hacen a los 24 años), siendo un indicador de asimetrías de poder de decisión las diferencias de edad.
- En general, siete de cada diez de los encuestados solo ha tenido una unión, pero entre más años, las nuevas uniones son más probables.
- El número de uniones tiende a ser mayor entre los más pobres (en parte rural, menor nivel de desarrollo y menor educación).
- Los matrimonios se dan más en la primera unión y solo en una de diez de las segundas uniones.
- Solo un 2 % de las uniones se hace entre mujeres y 1 % entre hombres. Aunque bajas, estas cifras antes no se apreciaban lo que demuestra una nueva concepción de la familia.



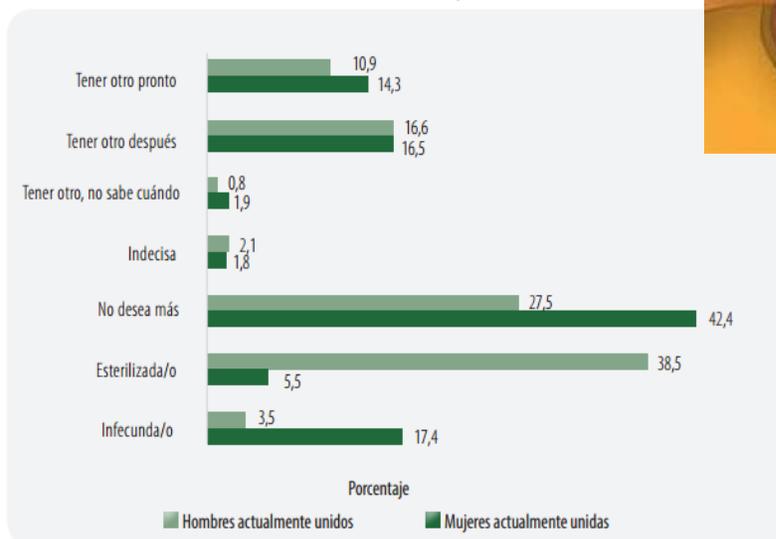
10. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD Y DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN HOMBRES Y MUJERES



No existe duda de que si a la mujer se le diera un buen acceso a la planificación, la mortalidad se disminuiría notoriamente. Se calcula que una de cada tres muertes de mujeres relacionadas con parto y puerperio, se podría haber evitado.



Preferencias de fecundidad por sexo



Casi que uno de cada tres encuestados está seguro de no querer tener más hijos.



¿Cuántos hijos?

El ideal está en 2,2 para la mujer y de 2,4 para el hombre, siendo mayor en el campo que en la ciudad.

- Un 14 % de los encuestados no quiere tener hijos.
- Una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres no desean tener hijos si ya tienen uno.
- Si tienen dos, el 80 % de las mujeres y la mitad de los hombres no quieren más.

Métodos anticonceptivos

DIU
El dispositivo intrauterino es de plástico y se inserta en la cavidad uterina de la mujer. Su eficacia es de hasta 12 años.



Condón
Es una funda delgada hecha de látex que se coloca al pene. Es la única que protege del contagio de enfermedades de transmisión sexual.



Implantes subdérmicos
Uno es una varilla que se coloca debajo del brazo a través de una operación. Dura 7 años.



Pildoras
Se toma una vez al día de forma seguida. Las pastillas inhiben parcialmente la ovulación. Este método no afecta la calidad de la leche materna.



Quirúrgicos
La vasectomía en varones bloquea los conductos para impedir el paso de los espermatozoides y en las mujeres la ligadura de trompas.



Inyectables
El estrógeno que contiene el inyectable es natural en comparación a las píldoras. Su efecto puede ser por un mes y tres meses. Puede provocar sangrado.





http://faincortree.pe/media/selector/registro/Capturar-1_GMxmpjLl.BG

Los adolescentes son los que demandan más necesidades insatisfechas por planificación. Por supuesto en el campo y entre los más pobres, es donde estas necesidades se incrementan. En cuanto a los mayores de 20 años, las necesidades están cubiertas en un 80 %.

De los nacimientos y embarazos al momento de la encuesta, el 49.5 por ciento fueron deseados, el 29.2 por ciento eran deseados para después y el 21.3 por ciento fueron declarados no deseados.

→ La infertilidad

Una de diez mujeres refiere tener problemas para concebir y desear hacerlo. De ellas, la mitad pudo asistir a un especialista. Una de cinco está en tratamiento y una de cuatro dice no haber asistido por los costos implicados.



11. SALUD MATERNA



https://assets.babycenter.com/ims/2012/09/stk_new_fam_E009692_424x302.jpg?width=520

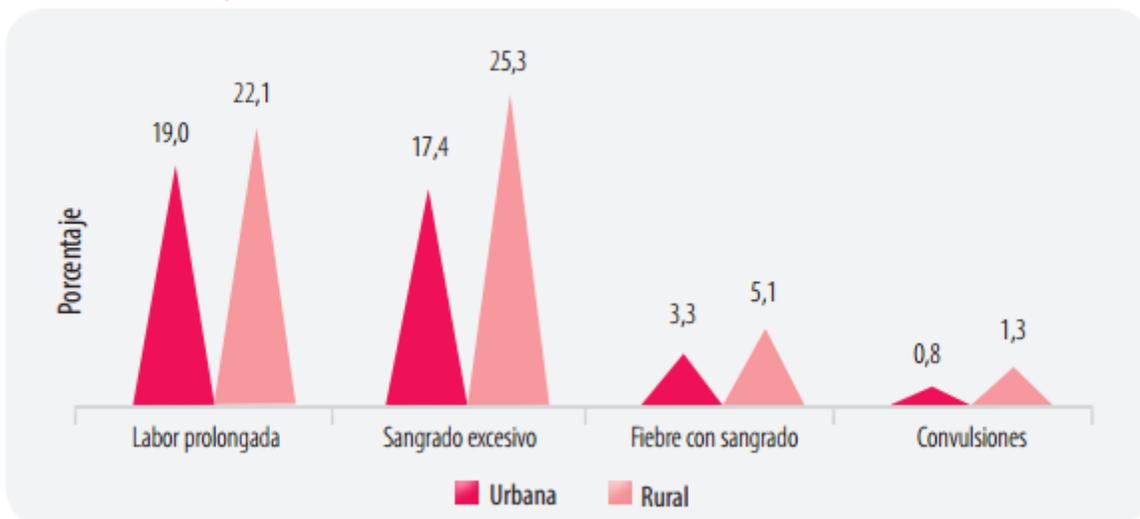
Mejoras evidentes...

Ciertamente este indicador viene mejorando:

- El 98 % de las mujeres recibieron atención prenatal.
- Al menos 84 % accedieron a cuatro visitas con profesional.
- En el campo al menos una vez reciben atención prenatal y comparado con la ciudad es donde se observa menor acceso.
- La mayoría tuvo acceso a medicamentos durante el embarazo.
- El 97 % tuvieron un parto institucionalizado.
- Las personas con más recursos son las que más acceden a los servicios de salud.

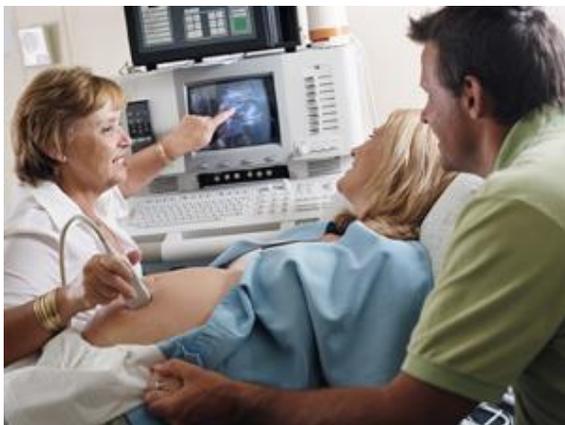
→ Complicaciones del parto

Razones de complicaciones del parto
Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años



- Una de cada tres encuestadas que estuvo de parto en los cinco años anteriores presentó alguna complicación. Las principales causas fueron el parto prolongado y el sangrado excesivo. Una vez más es el campo donde más se presentan dichas complicaciones.

- Tres de cada cuatro mujeres recibieron atención postparto. Una vez más, las mujeres del campo son las que presentan el déficit en atención.
- Solo la mitad de las mujeres recibieron información sobre planificación, siendo esto especialmente preocupante al tratarse de adolescentes.



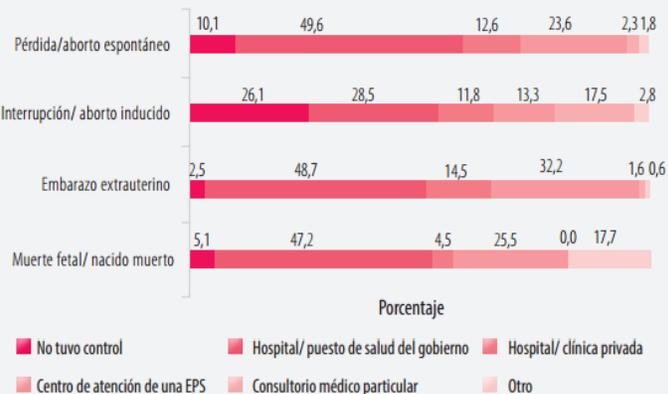
<http://www.fairview.org/fv/groups/public/documents/images/276531.jpg>

- Los hombres solo acompañan a sus parejas a los controles en un 60 %. Cuanto menos educados y menos recursos, menos las acompañan.

Aborto

- Una de cada diez mujeres abortaron en los últimos cinco años.
 - De estas, un décimo fueron inducidos.
- Casi seis de cada diez mujeres conocen las razones para interrumpir voluntariamente el embarazo.
 - El 47 % de los hombres lo saben.
 - Una de cada cinco interrupciones fue efectuada en consultorio privado.
- Una vez más es en la ciudad y en las mejores condiciones socioeconómicas, donde hay personas mejor informadas.

Atención a terminación del embarazo
Mujeres de 13 a 49 años con terminación de embarazo después de mayo de 2006



<http://cuadrocomparativo.org/wp-content/uploads/2016/03/abortoimage007.jpg>

- La causal para interrumpir el embarazo por riesgo para la salud mental es la menos conocida.



12. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER

Citología vaginal: se raspan células del cuello uterino y se examinan bajo un microscopio para verificar si hay cáncer u otros problemas



<http://s2.hstatic.net/gndf/adam/17116.jpg>

De la citología

- El 99 % de las mujeres sabe qué es y en qué consiste.
- El 95 % se la han hecho alguna vez.
- Nueve de diez reclaman el resultado:
 - Las que no reclaman, pertenecen en mayor proporción al régimen subsidiado.
 - Las causales informadas para no ir por los resultados fueron descuido o porque tuvieron que viajar.
- Un 5 % de mujeres no se ha hecho la citología. Son predominantemente pobres y de áreas rurales (Chocó, Amazonas, Guainía, Vichada, Magdalena).
- El 4 % de las citologías fueron reportadas como anormales. Este porcentaje se encontró en:
 - Mujeres de 21 a 24 años.
 - Que no tienen hijos.
 - Del régimen subsidiado.
 - Del área rural.

→ Virus del papiloma humano

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
Qué es y cómo prevenirlo
 Más de 600 millones de personas en el mundo se encuentran infectadas y muchas de ellas no lo saben por falta de información y educación sexual. Aquí otros datos de la enfermedad.

- 630 millones** infectados
- 100 cepas** conocidas
- 75%** causan verrugas o papilomas en la piel
- 25%** de tipo mucoso (o genital)

¿QUÉ SON LOS VPH?
 Son más de 100 virus similares a los virus que causan la gripe, que se encuentran en la superficie de la piel o en las superficies húmedas (intestinos).

TÍPOS DE VIRUS
Bajo riesgo: 7 de cada 10 causas verrugas genitales, papilomas y otro tipo de infecciones que pueden desaparecer.
Alto riesgo: Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos y son responsables del 70% del cáncer cervical en las mujeres. También pueden causar cáncer de ano y boca en hombres.

CÓMO SE TRANSMITE?
 A través de relaciones sexuales orales, vaginales y anales con penetración sin una barrera protectora, aunque ésta no garantiza totalmente.

FACTORES DE RIESGO
 Tener una vida sexual a temprana edad
 Tener múltiples parejas sexuales o que mantenga con varias parejas
 Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)
 No haberse practicado el Papigrama (después de iniciar la vida sexual)

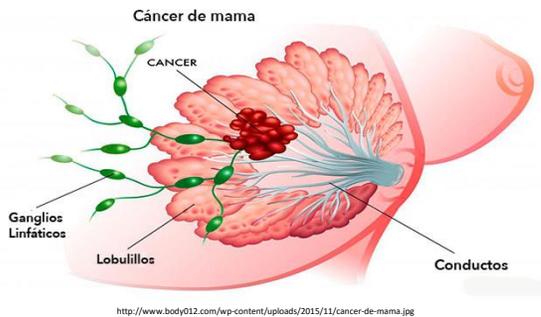
PREVENCIÓN
 Aplicar vacuna contra el VPH
 Usar un preservativo de látex de calidad en cada relación sexual
 Tener una buena higiene sexual
 Usar un condón de látex al tener relaciones sexuales
 Consultar regularmente al médico de cabecera o ginecólogo

<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/236x/53/62/cc/5362ccd856a5dc44d8296716c0e455f1.jpg>

- Nueve mujeres saben del VPH y su relación con el cáncer. Ocho hombres lo saben.
- Por supuesto que los más pobres (que son los que tienen mayor riesgo) son los que menos lo saben.



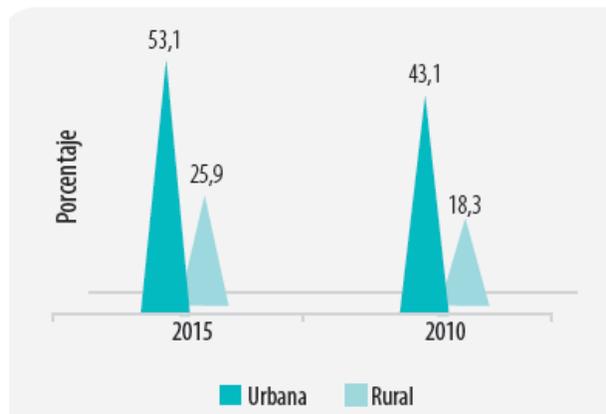
Cáncer de mama



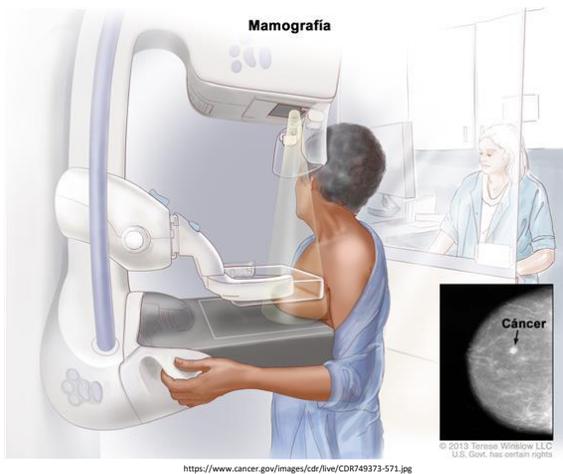
- El 94 % de las mujeres dice saber hacerse el autoexamen de seno.
- Siete de cada diez se lo practicaron en el mes anterior.
- La mitad dijeron haberlo hecho por insistencia de los servicios de salud, de los cuales la mitad fue a través de las campañas masivas.
- Cuatro de cada diez mujeres se lo hacen todos los meses.
- La mitad de las mujeres dicen que fueron examinadas por el médico o la enfermera en el último año, en especial en las edades de 50 a 69 años.

- Casi la mitad de las mujeres dicen que le han hecho al menos una mamografía (un incremento de más de 50 % con respecto a hace cinco años).
- Una vez más, son las mujeres con mejores condiciones económicas las que hacen mayor uso de este examen.
- Un poco menos del 2 % tuvo resultados anormales.
- A un poco más del 1 % se le practicó la biopsia. Se hicieron menos proporcionalmente con los resultados de hace cinco años.

Cobertura de la mamografía Mujeres de 40 a 69 años



→ ¿Por qué no se ha hecho la mamografía?



Buscando las causas se encontró:

- Algo más de la mitad no quisieron.
- Una de cada tres no lo hicieron por déficit de acceso al servicio prestacional.
- En casi una de cada cinco, el médico no la ordenó.
- Un 1 % no se la practicó por dificultades económicas.



13. CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y EL VIH/SIDA Y FORMAS DE PREVENCIÓN



→ Tener en cuenta

Dice el texto: "El conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida hace referencia a que la persona entrevistada sabe que usar condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas sexuales, puede reducir el riesgo de contraer el VIH. Sabe también que una persona que parezca saludable puede tener el VIH/Sida y rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/Sida en Colombia, las cuales son que puede ser transmitido por picadura de mosquitos y que puede ser transmitido compartiendo alimentos con personas que tengan el virus".

Al respecto...

- Prácticamente la totalidad de la población ha oído hablar del VIH y del SIDA.
- Solo una de cada tres personas tiene conocimiento comprensivo.
- En los adolescentes:
 - Los adolescentes con orientación homosexual comprenden mejor el VIH (dos de tres), incluso que las mujeres (una de cada tres).
 - Solo uno de cada cuatro adolescentes heterosexuales tiene una comprensión apropiada del VIH.
- El 85 % saben que el condón los protege.
- El 80 % reconoce el riesgo de tener varias parejas sexuales.

Más sobre el VIH/sida



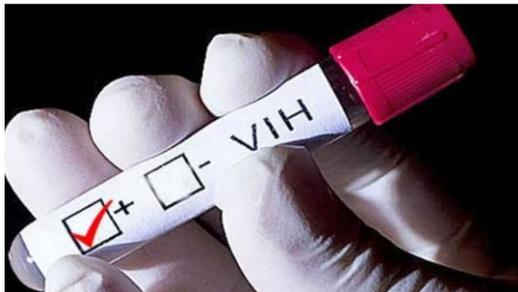
http://1.bp.blogspot.com/_BHR-kH5IZnU/ST5iKIm-29U/AAAAAAAAAD8g/dG3E09s1W8f/400/z/o

- Pero, y otra vez nos muestra lo injusto, una de cada cinco personas situadas en la proporción más pobre no reconoce la protección del condón.

- Una de cada seis personas no reconoce que una persona aparentemente sana puede estar infectada de VIH.
- Entre un 20 % y un 30 % de las personas no saben si se puede adquirir el VIH por los mosquitos o a través de la comida.
- Tres de cada cuatro personas saben de la transmisión vertical del VIH durante el embarazo. La mitad de las mujeres sabe del riesgo de la leche materna para el bebé en las mujeres portadoras.
- Una de cada cinco sabe que si porta el VIH y es medicada durante el embarazo puede proteger al recién nacido.
- Más de nueve mujeres creen que pueden rechazar el tener relaciones sexuales con su pareja si está infectada por VIH.
- Las mujeres más pobres (campo y en el quintil inferior) son las que menos capacidad de negociación tienen en torno a tener o no relaciones sexuales.



→ El tamizaje



- Un 8 % de la población se ha hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses.
- La mitad de las mujeres embarazadas recibió información sobre el VIH y el 90 % aceptó el tamizaje durante la gestación.
- La mitad de las mujeres jóvenes (en especial de 23 a 24 años) que ha tenido relaciones sexuales en el
- En cambio, solo uno de cada cinco hombres jóvenes se lo hizo.

→ En los adolescentes: inicio más temprano de su vida sexual

- Una de cada seis mujeres inició su vida sexual antes de los 15 años y uno de cada tres hombres lo hizo.
- Dos de cada tres mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 18 años y el 81 % de los hombres lo hicieron.
- Las mujeres más pobres (rural) inician más tarde (56 % no han iniciado antes de los 18 años), pero con menos protección. Lo mismo ocurre con los hombres (39 %).

Protección en la primera relación sexual



El 56 % usó el condón. Pero esta cifra disminuye casi en 10 puntos en la población más pobre.

→ ¿Y en la última relación?

- El porcentaje se mantiene en los hombres pero se reduce en las mujeres a un 30 %. Las razones para no usarlo son el uso de otro método (41 %), pareja estable (20 %) y porque a la pareja no le gusta (14 %). Alarmantemente los jóvenes ignoran los beneficios de la doble protección (condón y otro método) creyendo más más portante protegerse del embarazo que de las ITS.



Los hombres usan más el condón



https://www.google.com.co/search?biw=1600&bih=770&nojs=1&tbn=isch&sa=1&q=hombres+ymujeres+uso+del+condon©=hombres+ymujeres+uso+del+condon&gs_l=img.12...0.0.1.2040.0.0.0.0.0.0.0.0...0...1c..64.img..0.0.0.UkrWdmD3U#imgcr=2gyw-8hmo0Q1MK3A

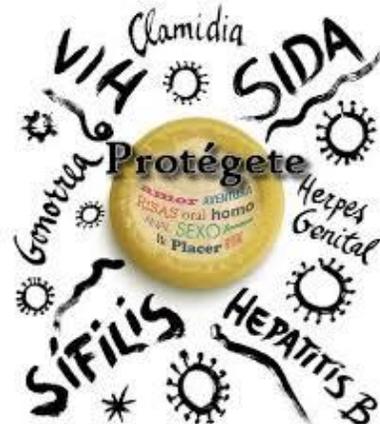
- El porcentaje de las mujeres sin unión estable que tuvieron relaciones sexuales en el último año y usaron el condón fue del 47 %.
- Los hombres en igual situación, lo usaron en un 67 %.
- Con respecto a una situación de riesgo (distinto a su pareja estable), en el último año:
 - Se presentó en una de cada tres mujeres y solo la mitad usó el condón.
 - La mitad de los hombres se expusieron a tal situación y poco más de tres de cada cuatro usaron el condón.

→ Parejas mayores

El 10 % de las mujeres y poco menos del 3 % de los hombres han tenido relaciones en el último año con parejas mayores de 10 años.

¿Qué sabemos de las ITS?

Se indagó por la capacidad de reconocer al menos dos manifestaciones de ITS. Los jóvenes (13 a 24 años) son los que menos saben (23 % no las reconocen). De 30 a 39 años es cuando más se reconocen (88 %). La diferencia de reconocer con educación superior (94 %) versus solo primaria (33 %) es inmensa. El hombre reconoce un poco más que la mujer.



https://www.google.com.co/search?q=infecciones+de+transmision+sexual&source=imns&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEw15-sjwo7bRAHUIRYKHcKc_wQ_AUICCG8&biw=1600&bih=770#imgcr=eQYkT-Z-Tvb0wMK3A

→ Mujer más responsable sexualmente

- Las mujeres refirieron sospechar una ITS en un 2 % en el último año; los hombres solo en la mitad de este porcentaje.
- Cuando se sospecha una ITS, las mujeres son más responsables con su pareja que el hombre. El 83 % de las mujeres en tal situación le informó a su pareja mientras que solo el 56 % de los hombres lo hizo.
- Tres de cada cuatro mujeres hicieron algo para evitar infectar al compañero y, poco más de la mitad de los hombres, tuvo ese comportamiento.
- De ellas el 78 % evitó seguir teniendo relaciones hasta hacerse el tratamiento y el hombre así lo hizo en un 68 %.
- Ambos tomaron medicamentos en poco más del 90 %.



14. VIOLENCIA DE GÉNERO



<http://psicologamadrid.com/wp-content/uploads/2014/11/ni-golpes.jpg>

→ ¿A qué se refieren?

Textualmente: "La violencia de género se entiende como violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos y libertades fundamentales, asociadas a las relaciones asimétricas de poder, que determinan una posición de sumisión y vulnerabilidad de unas personas frente a otras".

→ Más claro

Según la Ley 1257 de 2008, la violencia de género se entiende como: "cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado".

Violencia psicológica: ¿qué es?



<http://www.eltribuno.info/adjuntos/170/imagenes/000/062/0000062675.jpg>

El informe define a la violencia psicológica como la "consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal".

El 64 % de las mujeres dice haber sido sometida a esto, pero sorpresivamente el 74 % de los hombres lo afirma, en particular como expresión de celos por su pareja.

Poco más de uno de cada tres de los encuestados dice que ha sido subvalorado por su pareja. Los hombres amenazan más la integridad física de sus parejas. Un 6 % ha amenazado con arma a su pareja (más el hombre), un 14 % con el abandono (más la mujer) y un 11 % con quitarle los hijos (más la mujer).



Violencia física



<http://medicinas-alternativas.net/wp-content/201.jpg>

El empujón, el zarandeo y los golpes son las modalidades más frecuentes. Las mujeres han sido más víctimas en este sentido. Una de cada tres dice haber recibido por parte de su pareja un trato físico violento, en tanto que uno de cada cinco hombres afirmó eso.

Mujeres y hombres alguna vez unidos que reportaron violencia física por parte de su pareja



<http://blog.aprendiendoterapia.com/wp-content/uploads/2016/02/Violencia-en-la-pareja-gritos.jpg>

→ La tendencia

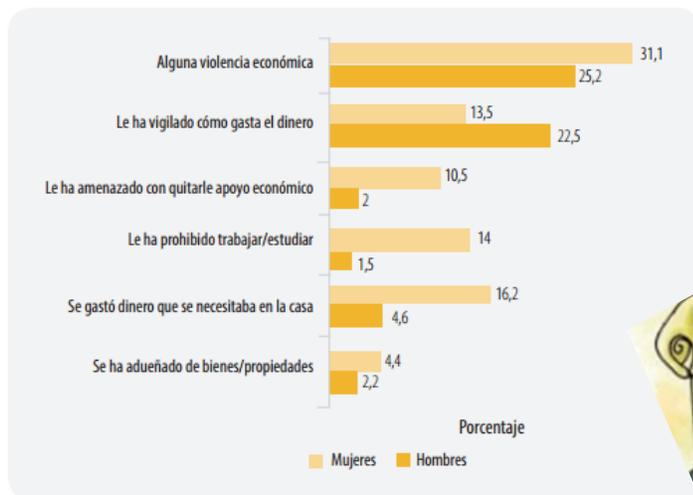
La mujer es más sometida a la violencia física cuantos más años tiene (45 a 49 años es cuando existe mayor frecuencia). Los hombres, al contrario, siendo entre los 15 y 19 años las edades de mayor frecuencia.

→ Lamentable

Cerca de la mitad de los hombres y una de cada tres mujeres cree que una buena esposa obedece al esposo siempre y el 60 % de las personas considera que, si la mujer sigue con el hombre luego de que este la golpea, es "porque le gusta que le peguen".

Violencia económica

Mujeres y hombres alguna vez unidos que reportaron violencia económica por parte de su pareja



http://3.bp.blogspot.com/_4b-6MTg8t4/LU_VgMx5BtI/AAAAAAAAAQI/g9K76BUJw/11600/Violencia-

La Ley 1257 del 2008 define la violencia económica como “cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política”. Asimismo, esta Ley establece el daño patrimonial con ocasión de la violencia como “pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer”.

La mujer pobre de 45 a 59 años es la mayor víctima de la violencia económica, estando presente en una de cada tres esta situación. Cuando se presenta contra el hombre, sucede más entre los 25 a 29 años.

Este tipo de violencia es más frecuente en población que ha estudiado secundaria.

Violencia sexual



<http://www.eltiempo.com/contenido/politica/justicia/IMAGEN/IMAGEN-16174361-2.jpg>

En particular ejercida contra la mujer y está presente en un 8 % de las encuestadas. Una vez más, entre los 45 y los 49 años es cuando ocurre con mayor frecuencia. Disminuye dramáticamente cuando la mujer se prepara.



Consecuencias de la violencia

Consecuencias emocionales o físicas por causa de la violencia, entre las mujeres de 15 a 49 años



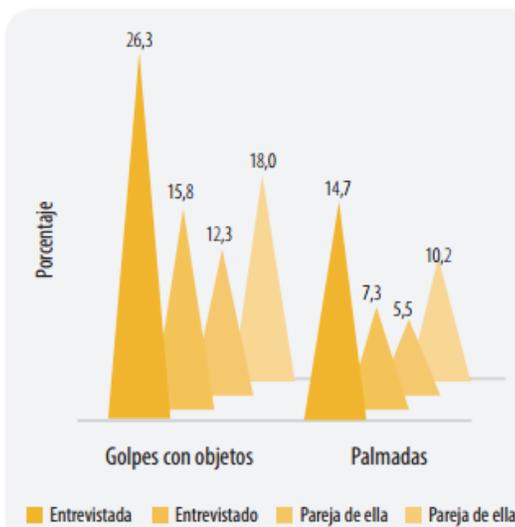
Las consecuencias físicas y psicológicas en las mujeres (las afecta en mayor porcentaje que a los hombres) y en la salud del país son notorias. Está relacionada con el aborto. Las mujeres sometidas a la violencia se enferman un 20 % más que los hombres. Sus consecuencias son pérdida del deseo sexual, disminución de la autoestima, disminución de la capacidad laboral y afectación en las relaciones con los hijos.

→ Causales de separación

En mujeres de 15 a 49 años, el porcentaje que quiere separarse por causa de la violencia aumentó en un 15 % con respecto al año 2010. Un 13 % de las mujeres lo hace por infidelidad y un 3 % de los hombres lo hace por esta misma causa. La infidelidad es una causal para los hombres en un 3 %.

→ Castigo a los hijos

Forma en que la(él) entrevistada(o) o su pareja castiga a sus hijos o hijastros



El castigo físico a los niños es aún muy frecuente. Una de cada cuatro madres afirma haber golpeado a su hijo con algo) y un 16 % de los padres varones así los ha castigado.



Poco más de la mitad de las madres y uno de cada tres padres varones usan la prohibición de algo que les gusta a los hijos como forma de castigo. La mitad de las madres y uno de cada tres padres usa reprimendas verbales.



<http://www.infoenterpy.com/wp-content/uploads/castigo-nin%CC%83os-psicologo-jaen-2.jpg>

Prevalencia en mujeres y hombres de haber sido golpeados

Se encontró:

- El 13 % de las mujeres contestaron que sí.
 - Los padres fueron responsables en un 36 % de los casos. El 40 % afirma que los padres le han dicho cosas desobligantes. El 62 % que se le ha impedido salir con amigos.
 - En el 24 % de los casos, fue una persona desconocida.
 - En el 19 % de los casos, fue un pariente distinto a padres.
 - En el 16 % de los casos, fue el exnovio.
 - El 10 % de las mujeres embarazadas afirman haber sido agredidas en tal estado y la mitad de las veces fue su expareja.

- El 10 % de las mujeres embarazadas afirman haber sido agredidas en tal estado y la mitad de las veces fue su expareja.
- El 17 % de los hombres fueron golpeados:
 - El 16 % por sus padres. El 30 % afirma que le han dicho cosas muy feas. El 55 % que no le han permitido encontrarse con amigos.
 - En el 12 % de los casos fue una persona desconocida.
 - En el 9 % de los casos fue un pariente.
 - En el 6 % de los casos, un amigo.

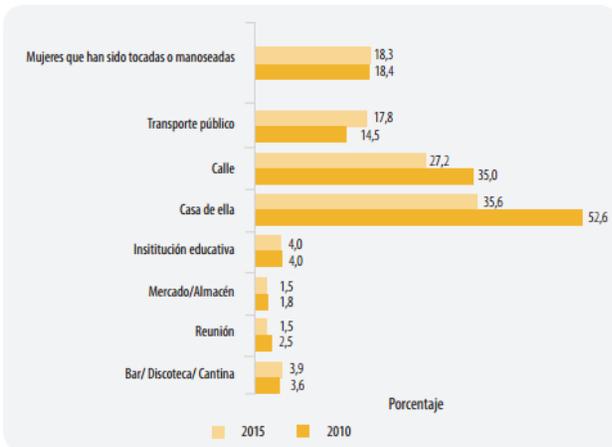
Prevalencia de violencia sexual



<https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQyEZWX8gVztiVYSzEFP-sBjmqHDH88g06c7925yscN81qkOaalQ>

- El 5 % de las mujeres dicen haber sido sometidas a algún tipo de violencia sexual:
 - Un 19 % por exparejas.
 - El 14 % por un pariente.
 - El 14 % por un conocido.
 - El 12 % por exnovio.
 - El 6 % por el padrastro.
 - El 5 % por el padre.
 - El 11 % por un desconocido.

Mujeres de 15 a 49 años que han sido tocadas o manoseadas sin su consentimiento y lugar donde sucedió. ENDS 2015



- Una de cada cinco mujeres afirma haber sido "tocada" o "manoseada":
 - Para una de tres ocurrió en la casa.
 - Para una de cuatro en la calle.
 - Para una de cinco en el transporte público.

Como es lamentablemente lo esperado, las más pobres son más sometidas a estos vejámenes, pero más en la ciudad. Tristemente tres de cada cuatro nunca piden ayuda. Las que piden ayuda lo hacen a personas cercanas. Solo una de cada cinco puso denuncia ante comisaria de familia o fiscalía y, tan solo en uno de cada cinco casos denunciados, el agresor fue sancionado. La violencia continuó en un 5 % de los casos.



<https://i.yimg.com/i/Q232Y0P9X60/hqdefault.jpg>

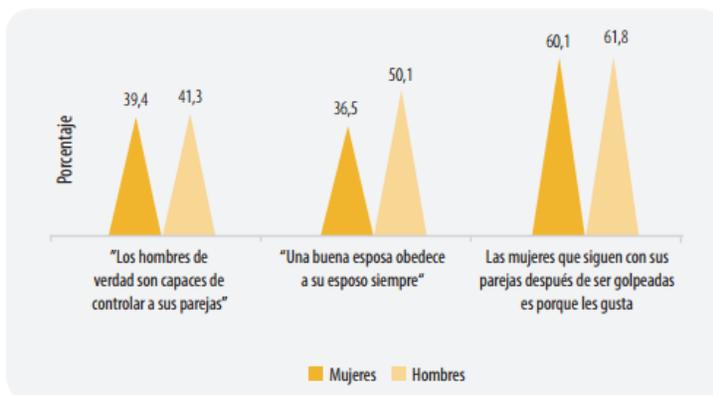
Un 16 % de las mujeres recibió asesoría médica por la violencia sexual (así como un 11 % de los hombres).

El 10 % de las mujeres violentadas quedaron en embarazo. De ellas, solo una fue informada sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y, de las que fueron violentadas por un extraño, solo la mitad pidieron y accedieron a la interrupción del embarazo.

Solo el 1 % de los hombres afirma haber sido sometido a violencia sexual.

→ **Lamentables percepciones sobre la violencia**

Percepciones y actitudes frente a la violencia contra las mujeres



http://www.bez.es/imagenes/carpeta_relacionados/1199_1.jpg



15. ROLES DE GÉNERO, IDENTIDADES DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

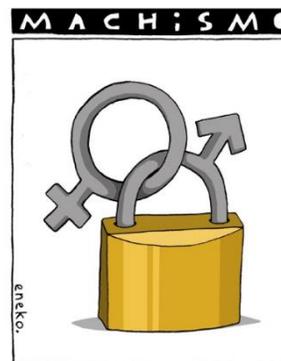


http://www.nuevamujaer.com/mujeres/site/artic/20160121/imag/foto_0000000120160121204213.png

Busca medir las percepciones imaginarias relativos a los roles de género entendidos como el conjunto de creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer impuestos social, cultural e históricamente. Claramente la sumisión de la mujer es lo prevalente.

Cinco afirmaciones en el imaginario que así lo atestiguan

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



1. "Los hombres son la cabeza del hogar".
2. "Las familias que cuentan con un hombre tienen menos problemas".
3. "Una mujer necesita a un hombre para ser feliz".
4. "Los hombres necesitan de una mujer en la casa".
5. "Cuando se tienen que tomar las decisiones en la casa, los hombres tienen la última palabra".

Claro, esto es particularmente prevalente en la población más pobre, pero la zona Atlántica se distingue por su mayor prevalencia.



→ **La sexualidad: un campo de marcadas diferencias**

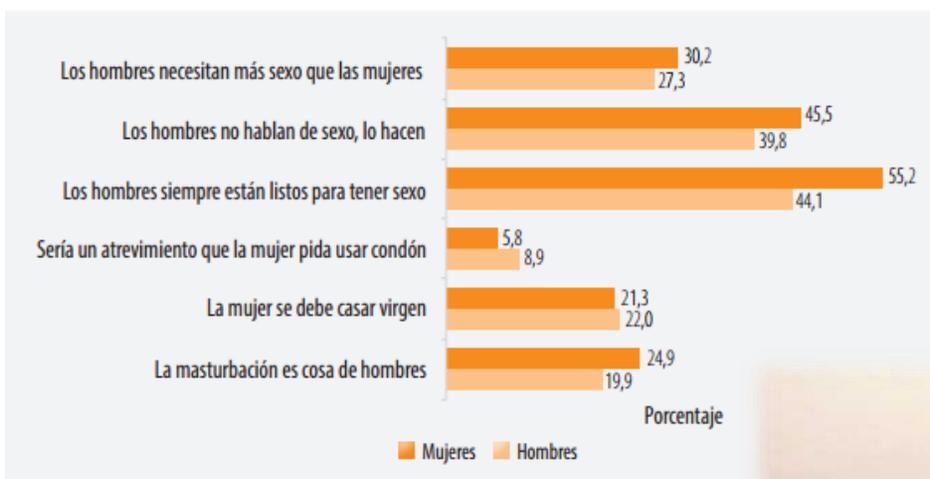
En este campo, las diferencias ponen de manifiesto mucho de la concepción machista. Por ejemplo, el creer que el hombre siempre está listo para el sexo, es percibido por más de la mitad de los hombres y poco menos de la mitad de las mujeres, o que los hombres necesitan más sexo que las mujeres en un 28 % de hombres y mujeres.

Cerca de uno de cada cuatro de los encuestados cree que la planificación es responsabilidad exclusiva de la mujer (lo creen especialmente los adolescentes y los hombres mayores de 50 años).

Los hombres más pobres no creen que una mujer pueda negarse a tener relaciones sexuales.

→ **Soportar**

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



Un 5 % de la población cree que la mujer debe aguantar la violencia doméstica por parte del hombre para mantener el hogar unido.



http://ep00.epimg.net/elpais/imagenes/2013/11/27/mujeres/1385541121_138554_1385541121_noticia_normal.jpg

→ **Las mujeres y la familia**

Uno de cada tres colombianos cree que la mujer es la más importante figura para el cuidado de sus hijos.

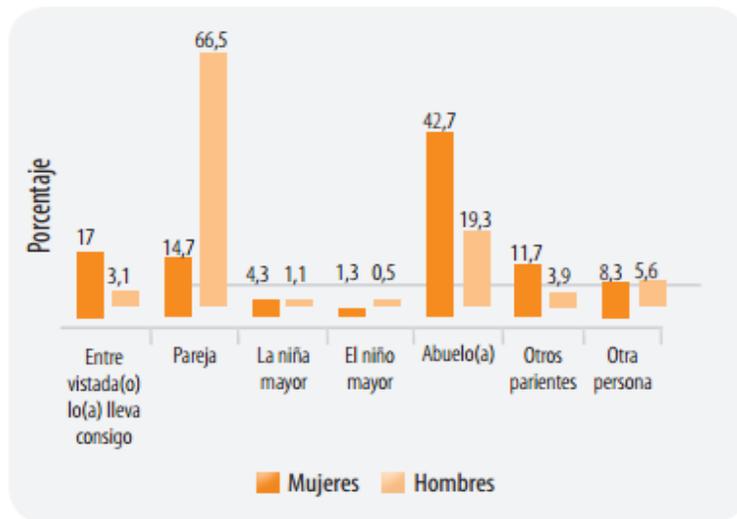
La carga del mantenimiento físico del hogar recae más en la mujer. En el hombre el de las reparaciones y el de los pagos.



Abuelos: apoyo de las madres

Los abuelos maternos se convierten en los principales cuidadores de los hijos cuando los padres no están.

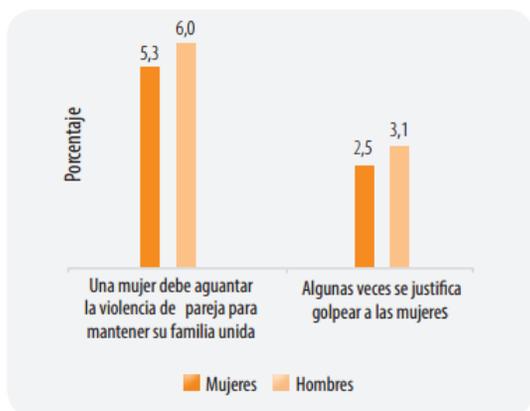
Persona que cuida a las(os) hijas(os) cuando los padres salen de casa
Mujeres y hombres de 13 a 49 años en unión



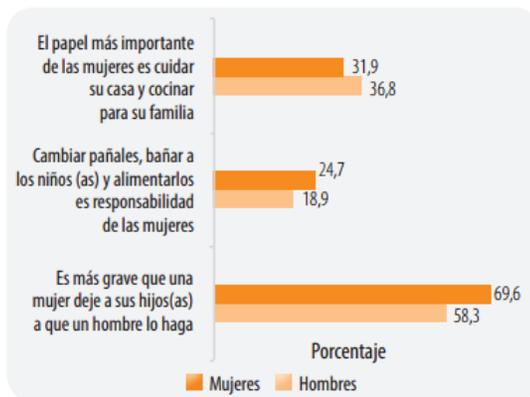
→ Aportes económicos al hogar

Tres de cada cuatro hombres aportan todo lo que ganan al hogar. Dos de tres mujeres lo hacen. Las mujeres así trabajen están más pendientes de todo lo del hogar (doble trabajo). A ninguna mujer se le reconoce el trabajo doméstico de su hogar.

Legitimación de la violencia
Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



Legitimación de la violencia
Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres





Percepciones hacia la población LGTB

Esta población viene en aumento, en especial en las personas entre 13 y 24 años.



<http://www.injuv.gov.cl/portal/wp-content/uploads/2014/10/RT10-1-497x332.jpg>

- Un 0,4 % de las mujeres se considera lesbiana.
- Un 1,2 % de hombres se considera homosexual.
- Un 0,6 % se considera bisexual.
- Un 80 % de los encuestados creen que los homosexuales tienen los mismos derechos que los heterosexuales.
- Uno de cada cuatro hombres cree que los homosexuales pueden adoptar. Un 30 % de las mujeres así lo creen.

- La mayor aceptación se encuentra en estratos más altos.
- El 57 % de las mujeres y el 42 % de los hombres defenderían a una persona que sea atacada por ser parte de la población LGTB. 1 de 4, no harían nada.
- La mitad de las personas cree que una persona de la comunidad LGTB puede ser un buen padre.



<http://www.injuv.gov.cl/portal/wp-content/uploads/2014/10/RT10-1-497x332.jpg>

- Una de cada cinco personas dejaría como cuidador de su hijo a una persona LGTB.
- El 70 % de las persona cree que sería mejor que dos personas del mismo sexo no se besen en la calle.
- A poco más de una de cada tres personas no les gusta ver hombres con actitudes femeninas o mujeres con actitudes masculinas.
- Una de cada tres apoyaría a su hijo si fuera parte de la población LGTB (particularmente propio de estratos económicos más altos).
- La costa Atlántica es la zona de menor aceptación.



<http://delaurbe.udea.edu.co/wp-content/uploads/2014/09/parejas-gay.jpg>



16. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD



http://www.revista.unsj.edu.ar/revista56/imagenes/nota_detapa.jpg

Dice el texto: "La educación de la sexualidad en Colombia ha sido motivo de debate desde 1993 cuando se establece su obligatoriedad en el ámbito escolar; hace parte de la Constitución Política de 1991 y de diversas políticas que implican acciones de educación que justifican el interés por indagar por las oportunidades que tienen las mujeres y los hombres para acceder a información veraz, oportuna y de

buena calidad acerca de los asuntos concernientes con la sexualidad".

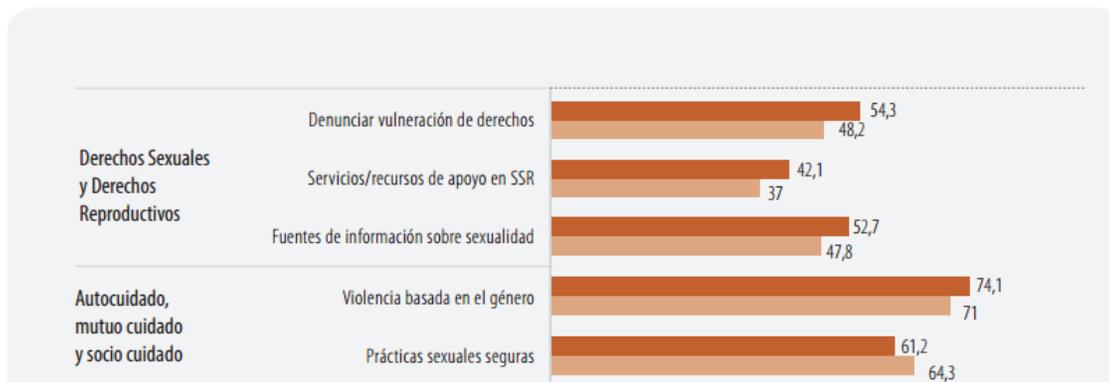
Lo cierto es que hoy por hoy, el 25 % de las personas ve la sexualidad como un aspecto de la identidad (como se ve, como se siente como se comporta) en tanto que el 75 % la ve como genitalidad; tener sexo.

→ Acceso a información

El 95 % de las personas ha recibido información. Cuanto más alto la condición económica, mayor la información.

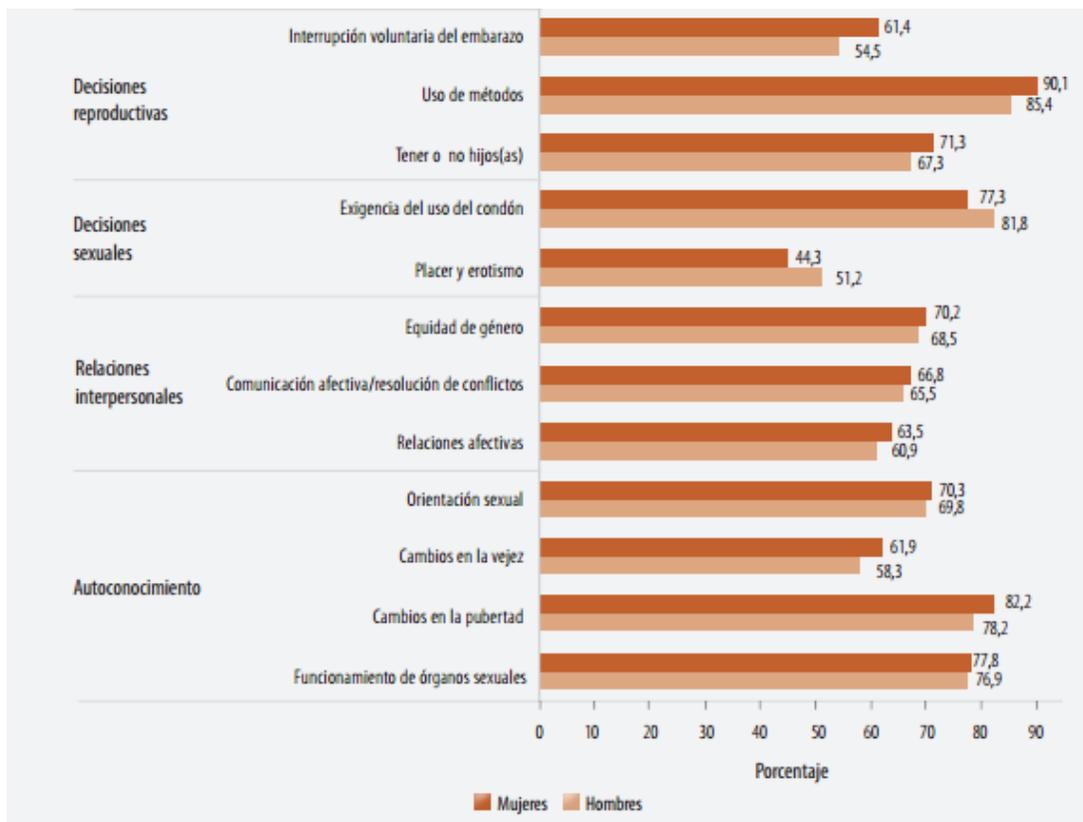
De qué se informa

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que han recibido alguna vez información sobre educación de la sexualidad



En su orden:

1. Decisiones reproductivas.
2. Autoconocimientos.
3. Autocuidado, mutuo cuidado y socio cuidado.
4. Relaciones interpersonales.
5. Decisiones sexuales.
6. Derechos sexuales y reproductivos.



→ **Quién informa**

Se accede a la información entre los 15 y 16 años, más en la ciudad que en el campo. En general coincide con la pubertad.

Los colegios son los que más abordan el tema. Luego los servicios de salud. Los medios de comunicación tienen cada vez mayor presencia y sin la debida orientación.

Los colombianos: mal informados

- Se encontró que más del 80 % de la población no recibió información sobre sexualidad en el último año.
- Dos de cada tres colombianos creen que la sexualidad en jóvenes y niños debe ser abordada por la familia (esto a pesar de saber que no es la familia la que hoy orienta más a los adolescentes).
- Asimismo, creen que a los jóvenes debe hablárseles de sexualidad en el momento en que la inician y no a los niños.

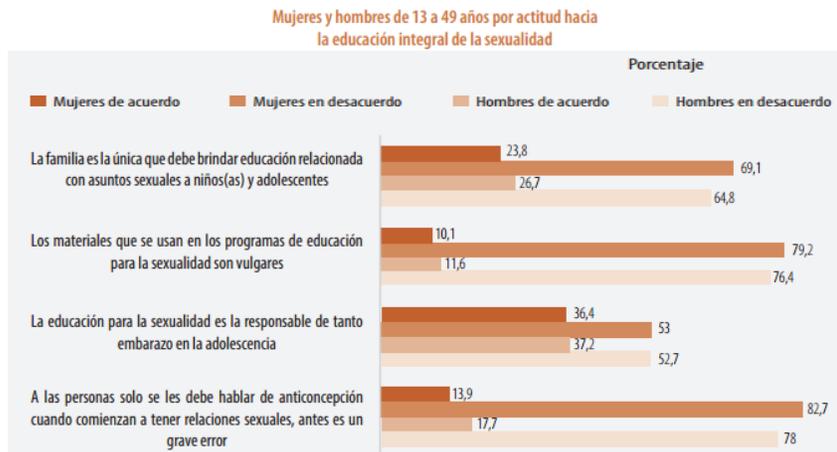
- Cerca de un 40 % de los encuestados cree que la educación sobre la sexualidad en los colegios es la responsable del embarazo en adolescentes.
- Tres de cada cuatro consideran que los materiales que se usan en los programas de sexualidad son vulgares.
- Dos de cada tres no están de acuerdo con que se entreguen condones a los jóvenes.

→ **En contraste**

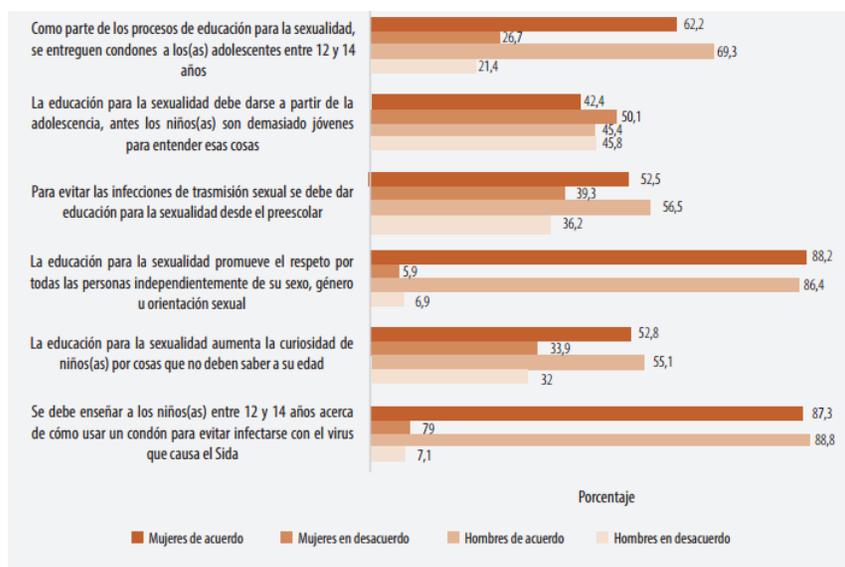
- La mitad de los encuestados cree que se debe educar a los niños sobre las ITS.
- El 85 % cree que se debe promover el uso del condón para evitar el VIH.
- El 90 % considera que se debe enseñar el respeto por la orientación sexual.



→ Cuando se informan...



La paradoja es que el 80 % de los encuestados considera que son los padres los que deben ofrecer la educación sexual (situación que hoy por hoy no hacen la mayoría de padres) y cuando se ofrece esa educación, el 85 % de las personas considera que le ha sido muy útil para aclarar, incluso, obtienen pautas sobre dónde acudir en caso de necesitar ayuda.





Y, ¿qué hacer con toda esta información?



Política Integral de Atención en Salud Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

http://images.sldplayer.es/32/10003320/sldes/slide_1.jpg



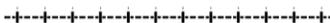
Creemos que nos ilustra acerca de lo que es conocer a nuestros pacientes. Mucho de lo que acá se obtuvo es lo que debemos indagar si pretendemos ofrecer una atención integrada a la persona y su familia (Política Integral de Atención en Salud). Solo por mencionar aspectos que un equipo de salud debe estimular:

- En firme ideas como fortalecer la planificación a través de la consulta, es indispensable.
- Promover la convivencia familiar surge como un área de intervención.
- Promover el estudio, particularmente en el campo. Esto marca una importante diferencia.
- Estar atento del desempeño académico de los niños para evitar la deserción.
- En el campo, desestimular la cocina con leña o carbón.
- Verificar si existe hacinamiento y promover acciones para evitarlo.
- Verificar el acceso a la Seguridad Social y su funcionamiento.
- Prepararnos para atender personas con discapacidad.
- Indagar por las condiciones de empleo.
- Saber quién cuida a los hijos cuando los padres trabajan.
- Ver cómo es la toma de decisiones en la familia.
- Verificar si existe discriminación por género.
- Indagar muy bien en embarazadas cómo ha sido la historia previa.
- Montar programas para prevención del embarazo en adolescentes.
- Promover la planificación en mujeres de 20 a 49 años (indagar por la misma).
- Dar a conocer las causales del aborto permitido.
- Verificar la citología en la mujer.
- Verificar el autoexamen de mama.
- Verificar en el hombre el PSA.
- Verificar el control de sangre oculta en heces.
- Promover el sexo seguro.
- Promover el uso del condón en todos los ambientes.
- Ganarse la confianza de los pacientes para poder abordar aspectos íntimos, solo para ayudarlo.
- Promover la igualdad de género. Indagar por el trato que se les da en el hogar.
- Ganarse la confianza para poder medir los distintos tipos de violencia y promover planes para combatirlos.
- Verificar grado de tolerancia y de aceptación a la diversidad.



Por supuesto que el primer paso del profesional será mediar en cuál es su condición acerca de todos estos aspectos.

Reiteramos nuestra admiración por el trabajo, la invitación a que se lea el documento original y nuestro compromiso por hacerlo más visible a través de esta publicación.





Caso clínico



BUSCANDO LA INTEGRALIDAD

Juan Carlos González**

El caso

Alberto es un paciente de 62 años, que asiste por primera vez a la consulta luego de cambiarse de EPS. Tal decisión la tomó por la insistencia de su hermana, con quien vive.

Asiste por dificultad para orinar. Dice que así ha venido evolucionado desde hace un par de años, pero que desde el último, nota una franca disminución del chorro y la necesidad de levantarse hasta seis veces en la noche. Nunca se ha hecho el PSA (antígeno prostático en sangre, por su sigla en inglés) pues le provoca un gran temor "tener algo". Lleva una vida sexual reposada con una relación con pareja una vez cada 15 días. No refiere problemas de erección.

Asiste por la incomodidad nocturna y cree que deberá operarse la próstata.

Se trata de un profesional que vive bajo condiciones de estrato 4. No refiere enfermedad alguna. Dejó de fumar hace más de 10 años. Está pensando seriamente en pensionarse.

Al examen, los signos vitales se encuentran normales. Se nota aumento del perímetro abdominal, teniendo un peso levemente aumentado para su tamaño (IMC=28).

El tacto rectal pone en evidencia una próstata moderadamente aumentada.

Se ordenan paraclínicos esperados para la edad. El cuadro hemático está normal. Perfil lipídico normal. P de O normal, creatina normal. PSA en 35 ng /ml.

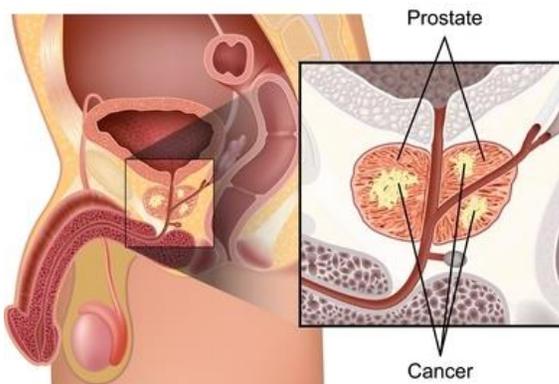
Para saber...

El presente documento ha sido escrito con base en las guías colombianas de 2013 (1). La intención no es otra que hacerlas más visibles y contribuir a un mejor enfoque por parte de quienes nos leen en beneficio de sus pacientes.

No cabe duda que el primer diagnóstico que se hace es el de cáncer de próstata. ¿Por qué? Los niveles de PSA así nos orientan. Entonces, y ante esta sospecha, es conveniente tener presente los factores que a continuación se detallan.

Primer tipo de cáncer en hombres

Prostate Cancer



Dice la guía: "El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial".

En Colombia, el cáncer de próstata:

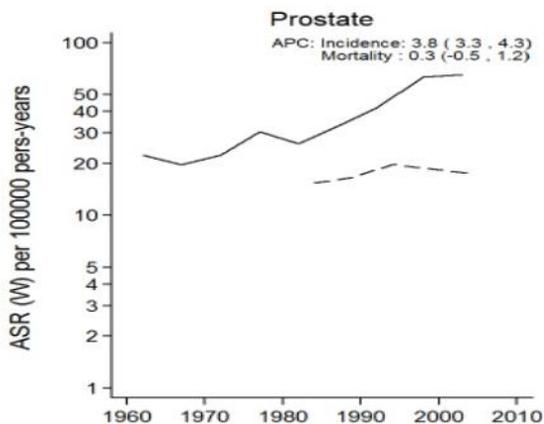
- Constituye la primera causa de cáncer según incidencia.
- La segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina.

** MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Tendencia en la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en población colombiana

Figura 1. Tendencia en la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en población colombiana

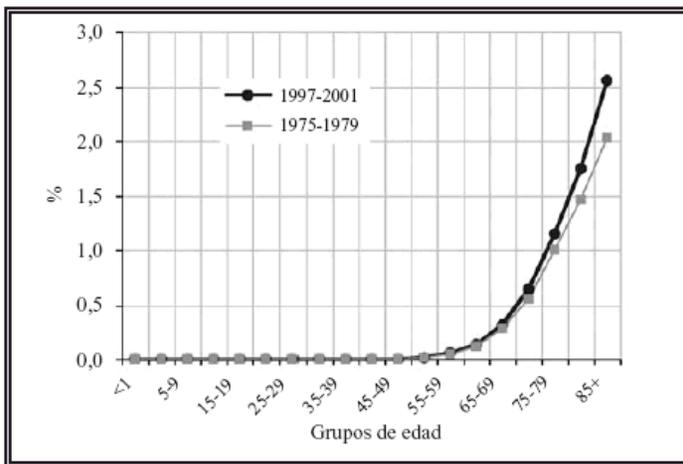


Se estiman, por diferentes fuentes, entre 6.500 y 8.000 casos nuevos de cáncer de próstata cada año, con una tasa ajustada por edad, que oscila entre 40,5 y 45,9 por cada 100 000 hombres.

Fuente: Registro poblacional de cáncer de Cali. La línea continua representa la incidencia y la línea discontinua representa la mortalidad por cáncer de próstata.

La edad: clave

La gráfica (no es de Colombia) pone de manifiesto cómo a partir de los 60 años, el diagnóstico y el riesgo de mortalidad acumulado por grupos de edad de cáncer de próstata se "dispara", fenómeno confirmado en cualquier parte del mundo. A partir de los 75 años casi 1 de 20 hombres lo va a padecer.



[p://scielo.bccil.es/scielo.php?pid=S0210-4806200500010006&script=sci_arttext](http://scielo.bccil.es/scielo.php?pid=S0210-4806200500010006&script=sci_arttext)

Mortalidad

Como segunda causa de mortalidad por cáncer en hombres, después del cáncer de estómago, representa el 15 % de las muertes en este grupo, cerca de 2.400 muertes cada año. En Colombia, la aparición del cáncer de próstata muestra una tendencia al incremento, como lo muestra la información del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, que advierte un incremento de la tasa de incidencia ajustada por edad de 22,3/100 000 hombres en el período 1962-1966, a 64,8/100.000 hombres en 2001-2005.

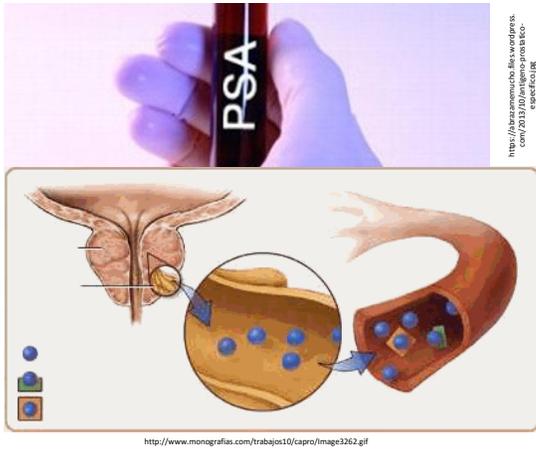
¿Cómo se explica?

Probablemente por el incremento en la expectativa de vida de la población y el cambio en sus condiciones de vida. Claro, el tamizaje con PSA también responde por ello.

En cuanto a la mortalidad, en el período 1985-2006, las tendencias para este cáncer mostraron un incremento significativo a razón del 1,7 % anual.



Cómo así, ¿la solicitud de PSA, incrementó el diagnóstico?



Claro que sí. Dice la guía: "En el mundo, a partir de los años ochenta se implementó el uso del antígeno prostático específico (PSA), como prueba de detección temprana para el cáncer de próstata. La enfermedad se incrementó notablemente a expensas de un mayor diagnóstico en etapas más tempranas; antes, solo el 25 % de los tumores prostáticos se diagnosticaban en fases tempranas y con el PSA este porcentaje alcanzó el 90 %".

Tabla 4. Valores de normalidad del PSA según la edad del paciente. (Según Oesterling)

Entre 40 -49 años:	< 2,5 ng / ml
Entre 50-59 años:	< 3.5 ng / ml
Entre 60 -69 años:	< 4.5 ng / ml
Entre 70-79 años:	< 6.5 ng / ml

<http://scielo.iics.una.py/img/revistas/iics/v8n2/a03t4.jpg>

Consecuencia: menos mueren

Claro, si se diagnostica más temprano, se puede encontrar en etapas menos avanzadas y, por ende, el tratamiento puede evitar más mortalidad. Pero esto hay que medirlo para ver qué tan cierto es.

Lo cierto es que 1 de 15 hombres puede padecerlo

El riesgo que tienen los hombres hoy en día de ser diagnosticados con cáncer de próstata en algún momento de su vida es de cerca del 16 %. ¡Altísimo! ¿Cierto?

Para conceptualizar su enorme frecuencia



http://www.webconsultas.com/sites/default/files/styles/encabezado_articulo/public/articulos/causas-cancer-prostata.jpg?tok=yi8P6LSD

Dice la guía: "A los 50 años el riesgo de encontrar focos microscópicos de cáncer en la próstata es de cerca del 42 % y a los 80 años puede superar el 70 %. Ello contrasta en forma importante con la mortalidad por esta enfermedad, que en los países desarrollados no supera el 3 % de los casos".



¿De qué depende la mortalidad?

Sin duda del estadio en el que se encuentre, sabiendo que en general es un cáncer de evolución lenta, lo que determina que si se diagnóstica en un estadio sin metástasis (la mayoría), su evaluación será lenta. De ahí que las intervenciones que se propongan han de tener en cuenta la expectativa de vida a 10 años, pues si el paciente tiene otras

patologías que comprometen esta expectativa, a lo mejor es mejor dejarlo quieto.

¿En qué estadio se diagnóstica?

Si bien no se cuenta con información bien consolidada, (nuestros sistemas de información no son tan veraces como deberían), la guía pone la siguiente tabla como contexto a tener en cuenta.

Tabla 1. Distribución por estadios al diagnóstico en el INC, casos incidentes 2009

Estadio clínico	Nº	%
In situ	2	0,7%
I	8	2,9%
IB	1	0,4%
IC	1	0,4%
II	156	57,4%
IIB	1	0,4%
III	40	14,7%
IIIA	1	0,4%
IV	62	22,8%
Total	272	100,0%

Fuente: Registro Institucional de Cáncer. INC

Un poco más adelante, revisaremos la clasificación, pero sea el momento de decir que la mayoría se diagnóstica aun sin compromiso metastásico.

Respecto a las causas

Existen grandes necesidades de investigación en los aspectos etiológicos de este cáncer. Entre los factores de riesgo asociados con la enfermedad se encuentran:

- La edad (a más edad, más cáncer).
- La raza negra.
- La historia familiar:
 - Hombres que tuvieron o tienen a su padre o un hermano afectado por esta enfermedad tienen un riesgo dos a tres veces mayor.
 - Este riesgo se modifica por variables como el número de familiares afectados y la edad a la cual se les hizo el diagnóstico: entre mayor número de familiares y más jóvenes, mayor el riesgo.
- Otros factores de riesgo menos estudiados, pero que podrían tener impacto en algún grado, son:
 - Un consumo alto de grasas saturadas.
 - Un mayor índice de masa corporal.
 - El consumo de alcohol.
 - El hábito de fumar.



¿Se puede prevenir?



Hoy por hoy no se puede prevenir y no se puede hacer porque los factores de riesgo bien documentados no se pueden modificar. Dice la guía: "La prevención del cáncer de próstata **no** es un fin que se pueda alcanzar mediante una estrategia definida en la actualidad. Mucho se ha escrito sobre este fin, pero las estrategias planteadas están lejos de ser aplicadas, unas por falta de sustento de su efectividad —como las terapias vitamínicas y las dietas— y otras porque sus efectos colaterales son cuestionables, como las manipulaciones hormonales".

El diagnóstico temprano, ¿qué implica?



<https://dreamteamfx.files.wordpress.com/2015/11/opciones-binarias-o-forex-riesgo-beneficios.png>

Ahí existe un interesante conflicto con tres aspectos a considerar:

1. Se sabe que el tamizaje con el PSA y el tacto rectal sin duda sirven para identificar casos, es decir, van a incrementar el diagnóstico.
2. Pero, también se sabe que la evolución en general de este cáncer es lenta y, por ende, el pronóstico es relativamente bueno en torno a mortalidad.
3. Se sabe que las intervenciones de este cáncer producen serios cambios en la calidad de vida, en particular en torno a la incontinencia y la disfunción sexual.

Entonces...

El problema es que los diagnósticos tempranos hacen que se encuentren muchos casos, se intervenga y se altere la calidad

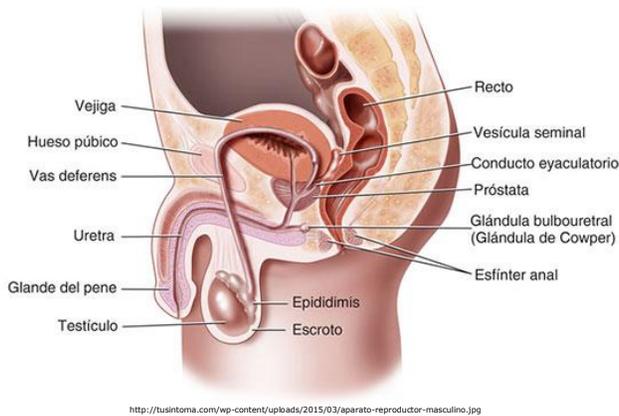
de vida de las personas, dejando la duda de si, al retrasar las intervenciones, se hubiera podido afectar menos la calidad de vida de tantos hombres; es más, ignorando (porque aún no tenemos evidencia), si a través de tales diagnósticos tempranos verdaderamente se disminuye la mortalidad. La guía menciona que tenemos información de otros sitios, pero que deberemos recoger la nuestra para sacar las conclusiones pertinentes.

Es decir...

Que dado que es un cáncer lento que ocurre en personas mayores, a lo mejor, no haberlos diagnosticado hubiese sido mejor para ellos, pues de seguro el cáncer no hubiera alcanzado a comprometer la vida (se mueren por otras entidades) y, en cambio, sí se modificó de forma inmediata la calidad de vida (alteraciones urinarias y disfunción sexual). El asunto es que, una vez diagnosticado, es muy difícil vivir con ello sin hacer nada, ¿no les parece?



¡No olvidar que la próstata sirve!



No cabe duda de la importancia de la próstata en su función genitourinaria. Intervenirla (extraerla) altera la micción y la erección en diversos grados (de acuerdo a la cirugía). Dice la guía: "La próstata dista mucho de ser un órgano accesorio o prescindible en el hombre. Su ubicación, rodeando la uretra, que comparte vascularización e inervación con las vesículas seminales, la vejiga, el recto y la uretra, y forma parte además del aparato esfinteriano urinario masculino, la convierte en un órgano esencial para la función sexual, reproductiva y urinaria. Todas las enfermedades que la afectan pueden conllevar síntomas relacionados con la función sexual, reproductiva y urinaria, y de ser permanentes, pueden generar daños irreversibles en estos sistemas".

Hoy sabemos que:

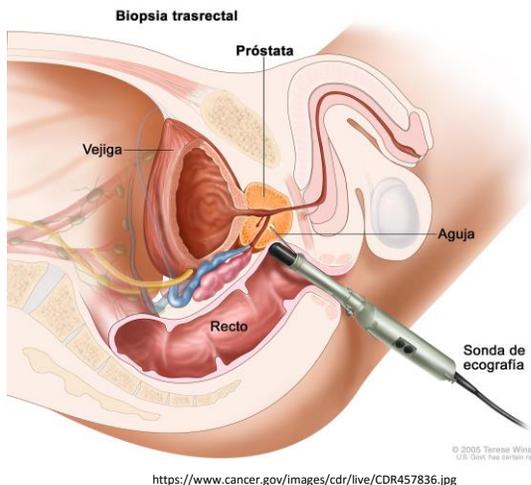
- Se deben solicitar entre 234 y 936 PSA para encontrar un cáncer.
- El PSA y el tacto rectal tienen alto porcentaje de falsos positivos, lo que puede determinar sobretratamientos con las secuelas urológicas asociadas.
- Dice la guía que "[Existe] un incremento en la percepción de riesgo y la preocupación relacionada con el cáncer. Se estima la sensibilidad y especificidad del PSA en 72,1 y 93,2 %, y del tacto rectal (TRC) en 53,2 y 86,6 %, respectivamente. Lo cual ha llevado a proponer su uso conjunto en escenarios clínicos, en lugar de poblacionales".

- Si a un hombre asintomático entre 50 y 75 años de edad le realizaron un examen de PSA y TRC y los resultados fueron normales, se recomienda no ofrecer la realización de las pruebas antes de cinco años.
- Luego de 75 años, y si hasta el momento el tamizaje ha sido normal, no se recomienda seguir pidiendo el PSA.

¿Y el caso de Alberto?

Él evidentemente es un paciente de altísimo riesgo. El PSA está demasiado alto. De hecho, y al repetir este examen dejando pasar 15 días, una vez más, marcó los niveles previos. Por ende, en su caso hay que pasar a un paso más adelante en torno al diagnóstico.

La biopsia



Lo cierto es que, hoy por hoy, si el PSA sale elevado, el siguiente paso, es la biopsia. ¡Ojo!, no es de afán (recordar que el cáncer es de evolución lenta) y puede incluso repetirse el antígeno antes de tomar la decisión. Ciertamente la biopsia es la prueba reina del cáncer prostático. Se recomienda con anestesia local y tomar mínimo 10 muestras, ideal 12. La biopsia es la clave para la clasificación del estadio. Se hace guiada con ecografía trasrectal.

La biopsia, ¿se puede complicar?

Sí, siendo el riesgo una infección; al fin de cuentas se toman muestras a través del recto, que está contaminado. Para minimizar este riesgo, la preparación (enemas previos del colon) y el uso de antibióticos profilácticos son claves. La incidencia de infección varía entre 0,2 a un 3 %.

Y, ¿si sale negativa la biopsia?

Se debe hacer seguimiento con PSA trimestral, incluso cuantificar las modalidades libres y total. Así se podrán tomar las decisiones.

¿Exámenes adicionales si se sospecha extensión?

Se recomiendan solo si se ha confirmado (biopsia positiva) y se ha podido clasificar el estadio. No existe evidencia que justifique, por ahora, pedirlos antes de saber el estadio (primero la biopsia) y, una vez se conoce, existe una indicación para cada una de las distintas tecnologías (cada técnica tiene especificaciones precisas).

De su patología

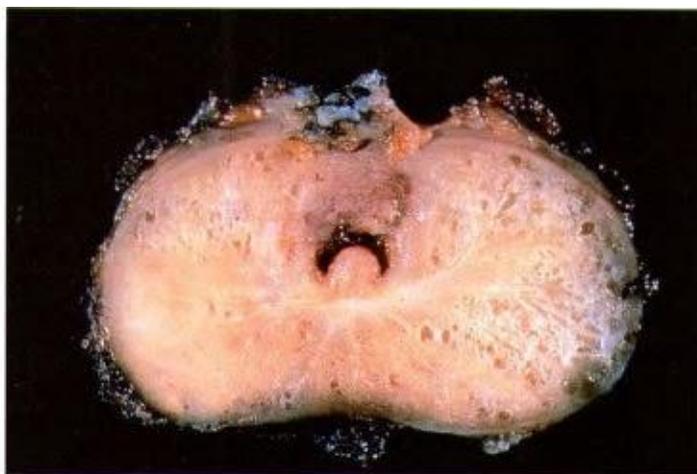


Figura 18-13

Adenocarcinoma de próstata. El tejido neoplásico se reconoce en la parte posterior (*abajo a la izquierda*). Obsérvese el tejido sólido y más blanco del carcinoma en contraste con el aspecto esponjoso de la zona periférica benigna del lado contralateral.

http://1.bp.blogspot.com/-45M_nDFPN6U/Um2vKyLyFI/AAAAAAAAAZg/6BITSTRnwI8/s1600/masc+adenocarcinoma+de+prostata.jpg

Dice la guía acerca de su desarrollo, el cáncer de próstata suele tener su origen:

1. Más del 70 % de las veces, en la zona periférica.
2. Su tipo histológico es predominantemente el adenocarcinoma.
3. Tiene la particularidad de ser multifocal (50- 97 % de los casos).
4. Se caracteriza por:
 - 4.1. Su progresión local inicialmente.
 - 4.2. Una diseminación linfática ordenada a los ganglios linfáticos ilíacos, obturadores, pélvicos y sacros.
 - 4.3. Para tener finalmente el hueso como principal órgano sólido de compromiso metastásico.

Los factores pronósticos iniciales

Los factores considerados imprescindibles para clasificar el paciente con adenocarcinoma de próstata son:

1. El estadio clínico, de acuerdo con la clasificación internacional TNM (versión 2010).
2. El valor inicial del antígeno prostático.
3. El grado de diferenciación tumoral dado por la clasificación histológica estandarizada por Gleason.



Tabla 5 Clasificación TNM del cáncer de próstata, 7.ª edición: Estadio anatomopatológico / grupos pronósticos^a

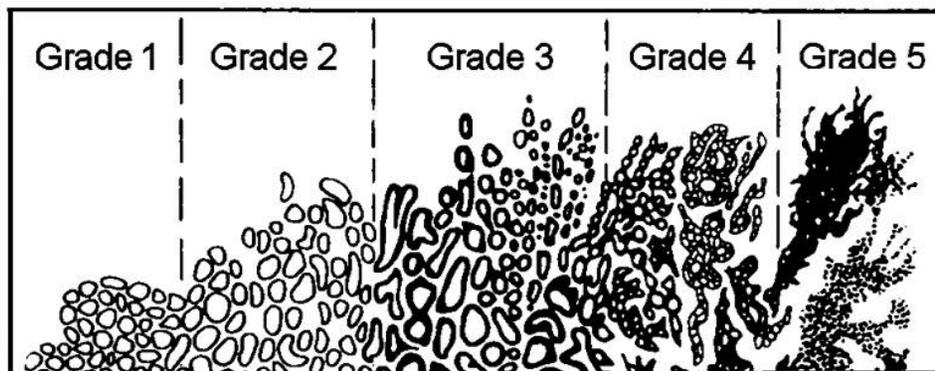
Grupo	Estadio anatómico/Grupos pronósticos ^a				
	T	N	M	PSA	Gleason
I	T1a-c	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
IIA	T1a-c	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T2b	N0	M0	PSA < 20	Gleason ≤ 7
IIB	T2b	N0	M0	PSA x	Gleason x
	T2c	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	T1-2	N0	M0	PSA ≥ 20	Cualquier Gleason
III	T3a-b	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
IV	T4	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	N1	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	Cualquier N	M1	Cualquier PSA	Cualquier Gleason

PSA: antígeno prostático específico.

^aEn caso de desconocer el nivel de PSA o Gleason, la categorización del grupo se determinará mediante el estadio T, junto con el nivel de PSA o Gleason, según su disponibilidad. Si se desconocen ambos, no se podrá determinar el grupo pronóstico.

http://www.elsevier.es/publicaciones/00487619/0000007700000004/v0_201607111108/X0048761913603128/v0_201607111112/es/main.assets/383v77n04-90260312fig5.jpg

- Por **grupo** se refiere al estadio en que se encuentra (2) (y que tiene repercusiones pronósticas).
- Por **T**, la condición en que se encuentra el tumor, desde no detectado (se encontró accidentalmente en una prostatectomía), hasta la extensión a tejidos vecinos.
- **N** de compromiso ganglionar y que va desde sin compromiso a comprometidos.
- **M** de metástasis desde no se detectan hasta se encuentran fuera de la pelvis.
- Los niveles de **PSA** también tienen carácter clasificatorio y van desde por debajo de 10 ng, entre 10 y 20 ng y más de 20 ng.



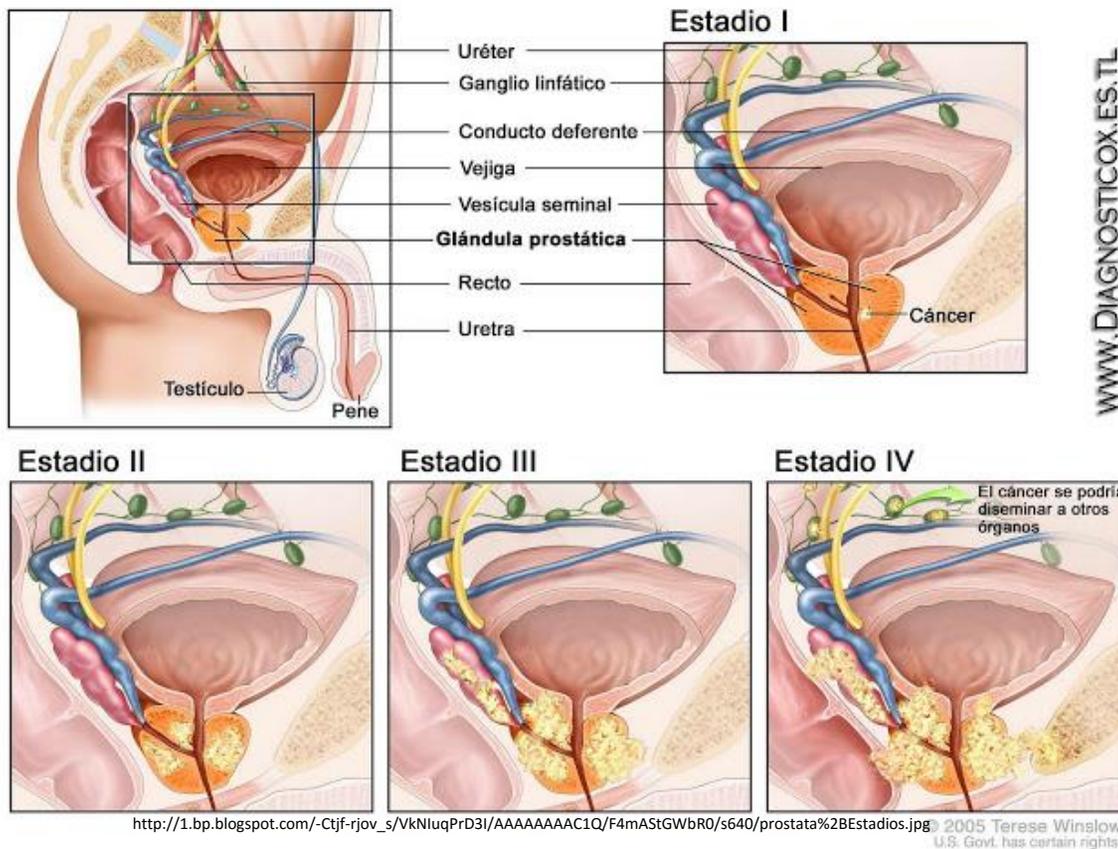
Escala de Gleason: Sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un cáncer

<http://www.barnaclinic.com/blog/mens-health/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/escalaGleason.jpg>

El Gleason es una clasificación que hace el patólogo de acuerdo al grado de diferenciación de las células cancerosas en su visualización microscópica (siendo 1 poco diferenciadas y 5 muy diferenciadas).



En torno al estadio



Estadio I

El cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a ninguna parte del cuerpo. El cáncer se halló durante una resección transuretral y tiene una puntuación Gleason baja (2 a 4), y menos del 5 % del tejido extirpado era canceroso.

Estadio II

El cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a ninguna otra parte del cuerpo y...

- Se ha encontrado en una resección transuretral, donde afectaba a más del 5 % del tejido resecado. Tiene un Gleason intermedio o alto (5 más alto).
- Se ha diagnosticado por una biopsia realizada por un nivel de PSA alto y no se ha podido palpar en el tacto rectal o no se ha visto en la ecografía transrectal.

Estadio III

El cáncer ha sobrepasado los límites de la próstata y puede afectar a las vesículas seminales, pero no a los ganglios linfáticos ni a ninguna parte del cuerpo.

Estadio IV

Se caracteriza por uno o más de los siguientes puntos:

- El cáncer se ha extendido a los tejidos próximos a la próstata, diferentes de las vesículas seminales, como el esfínter externo vesical (músculos que ayudan en el control de la micción), recto y/o pared de la pelvis.
- Se ha extendido a los ganglios linfáticos.
- Se ha extendido a órganos distantes del cuerpo.

Los exámenes para definir la extensión tumoral

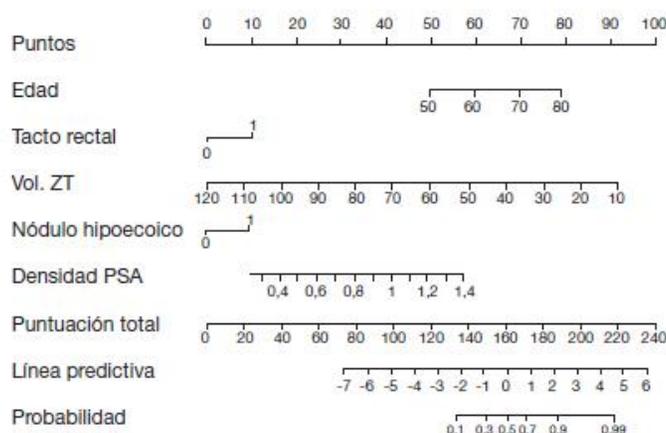
Si está en un estadio de bajo riesgo para enfermedad localmente avanzada y sistémica, no suele tener exámenes de extensión.

Si está más avanzado entonces los exámenes que precisen la extensión tumoral son:

- Para evaluar compromiso local, la resonancia nuclear magnética.

- Para evaluar compromiso ganglionar, la TAC de abdomen y pelvis con contraste.
- Para evaluar el compromiso óseo, la gammagrafía ósea.
- Para evaluar compromiso pulmonar, la radiografía de tórax convencional y la TAC.

El uso de nomogramas para emitir pronósticos



http://scielo.isciii.es/img/revistas/ae/v34n1/original1_f1.jpg

Una vez clasificado el cáncer a través de la biopsia, se recomienda hacer predicción, usando los nomogramas. Se trata de unas tablas construidas estadísticamente que permiten, de acuerdo a los hallazgos, hacer cálculos de probabilidades de vida y muerte. Los dos más usados son el de Kattan y las tablas de Partin.

El tratamiento

Es quizá uno de los tópicos en cáncer de próstata de mayor interés y controversia en la actualidad. ¿Por qué? Sencillamente porque el pronóstico es bueno y las secuelas de la cirugía son inmediatas.

Por ello...

Una alternativa será la conducta expectante, es decir, la vigilancia sin ningún tipo de intervención. Con ello se respeta la función urinaria y la vida sexual, pero el precio es vivir pensando en el cáncer. Implica un seguimiento trimestral o semestral de PSA, tacto y biopsia. La evidencia hasta ahora no muestra diferencias en torno a la calidad de vida entre los que escogen la vigilancia o la cirugía.

Un criterio para decidir la cirugía

Sin duda es tener más de 10 años de expectativa de vida (tener menos de 75 años y estar sano). La prostatectomía es la base del tratamiento. Por ahora, abierta es la forma mejor evidenciada.

La radioterapia se indica cuando existe extensión a los ganglios, incluso con localización de radioterapia in situ.

Sin embargo, la cirugía tiene consecuencias...

La cirugía provoca con frecuencia (y lo dice la guía):

1. La estenosis uretral (reportada entre el 1 y 15 % de las series), la cual ha disminuido con el tiempo en la medida en que han mejorado las técnicas quirúrgicas.
2. La incontinencia urinaria, que se presenta hasta en un 40 % de los pacientes en los primeros tres meses posteriores a la cirugía, la cual se resuelve en la mayor parte de ellos en el primer año, aunque algunas series reportan tasas de incontinencia leve entre el 10 y 15 % a los dos años de seguimiento.
3. La disfunción eréctil, experimentada en algún grado por el 70 % de los hombres llevados a cirugía en los primeros tres meses, al año se pueden recuperar hasta en un 65 % de los hombres que se encontraban potentes previo a la cirugía.

Decisiones de tratamiento

La guía analiza distintas variantes de manejo en el cáncer avanzado (radioterapia, terapia hormonal, etc.) que sin duda corresponden al campo de la especialidad.

Lo que lo hace difícil

Aspectos a tener en cuenta y que dificultan el plan de manejo son:

Para decidir



<http://www.endirecto.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/02-COBRA-CANCC%81NCER-DE-PRO%CC%81STATATA-212-VIDAS-EN-OAAXACA.jpg>

Por ello es clave orientar muy bien al paciente y estar dispuesto a hacerle todas las aclaraciones. Objetivamente, y para poder ofrecerle al paciente la información pertinente, se debe tener en cuenta:

- El estadio en que la enfermedad se diagnostica.
- El grado de riesgo de la enfermedad.
- La edad del paciente.
- Su expectativa de vida y las preferencias sobre el tratamiento son los factores que determinan la selección de la estrategia de manejo.

En consecuencia...

La guía menciona: "Las diferentes conductas podrán catalogarse como:

1. Expectantes, con intención curativa en la cual están la vigilancia pasiva y la vigilancia activa, la prostatectomía y las modalidades de radioterapia efectivas.
2. Con intención paliativa: el bloqueo hormonal, las medidas de prevención de eventos óseos y el manejo del dolor".

1. A veces no es fácil y, sobre todo, en la valoración inicial, evaluar la agresividad del tumor.
2. El polimorfismo del tumor.
3. Dificultad para poderlo encasillar en algún estadio.
4. La variabilidad de la respuesta al tratamiento.
5. La afectación de la calidad de vida, en particular lo referido la incontinencia y a la disfunción sexual.

Y, ¿cómo acompañar al paciente operado?

En consenso se ha definido solicitar PSA cada tres meses el primer año y, cada seis meses, el segundo. Se espera que no sobrepase 0,2 ng/ml y en las recaídas verlo en ascenso. Ahí es cuando más se justifican los exámenes de búsqueda de extensión metastásica. Una vez más, pasa a manos de la especialidad oncológica.

Y, ¿en torno a la rehabilitación?

Teniendo en cuenta las afectaciones de la cirugía, es muy importante establecer el nivel de función sexual previo. El uso de inhibidores de la 5 fosfodiasterasa está indicado, claro, si no existe contraindicación. Para el manejo de la incontinencia se recomiendan manejo del piso pélvico y entrenamiento vesical.

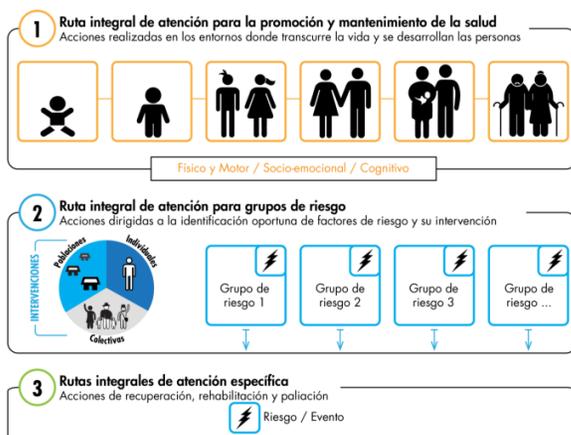
¿Entonces en el caso de Alberto?

El paso siguiente será la biopsia de próstata. Probablemente nosotros como médicos de Atención Primaria en Salud (APS) deberemos remitirlo a urología y allí, con base en el resultado de la biopsia y la clasificación del estadio, les corresponde hacerle las propuestas de manejo. A él, por ser un adulto mayor "joven", de seguro se le propondrá una intervención radical.

Rutas integrales... Objetivo: ¡Vencer la fragmentación!

GUÍAS

Plan de intervenciones colectivas



TOMA DE DECISIONES

Plan de beneficios

2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-Eventos específicos

- {1} Es el **flujo regulado del usuario** a lo largo del continuo de la atención integral
- {2} **Adaptada a las particularidades** de un territorio y población
- {3} Especifica hechos o acontecimientos clave del **ciclo de la atención (hitos)**
- {4} Determina **intervenciones colectivas e individuales** (promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria)
- {5} **Define estrategias y acciones**, a desarrollar por la comunidad y las instituciones de salud y de otros sectores
- {6} **Incorpora normas** técnicas, administrativas, protocolos y guías de práctica clínica

Responsables de la integralidad

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/20160216-presentacion-mias.pdf>

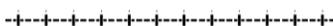
Lo cierto es que debe entrar en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) del cáncer de próstata que la EPS le debe ofrecer a través del **Modelo Integral de Atención en Salud (3)**.

Nosotros como médicos de APS

Debemos tener la capacidad de diagnosticar a Alberto y de remitirlo. Antes de hacerlo, debemos explicar de la mejor forma posible lo que estamos sospechando, incluso dándole la oportunidad de traer a su hermana para hablar con ambos ya que ella es evidentemente su familia. El sistema debería ofrecernos la oportunidad de hacerle el seguimiento a Alberto... así aprenderíamos a construir nuestra propia evidencia.

Referencias

- (1) Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata – SGSSS – Colombia. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/guias%20cancer/Guia%20Colombiana%20Cancer%20de%20Pr%20ostata%202013.pdf>
- (2) https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_del_c%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata#El_sistema_de_estadificaci%C3%B3n_TNM
- (3) Restrepo G. González JC. Análisis de la política de atención integral de salud. Carta Comunitaria 24(137): 19-39. Disponible en: https://issuu.com/unicorpas/docs/carta_comunitaria_137





El peregrino que toca



LA PASTORAL UNIVERSITARIA

Gabriel Sáenz⁵⁵



https://cdn.pixabay.com/photo/2013/07/12/13/19/shepherd-146832_560_720.png

Para esta vez nuestro peregrino nos asegura: *"Yo soy el buen pastor. El buen pastor da la vida por las ovejas"* (Juan 10:19). Orientemos esta aseveración de Jesús, en el evangelio de San Juan, hacia nuestra responsabilidad como pastores.

En los tiempos de Jesús, ser un pastor era algo muy importante, toda vez que para esa época la mayor riqueza era el ganado lanar o vacuno y el trigo y la cebada en la agricultura. Hoy, la figura del pastor ha perdido toda importancia y prácticamente ha desaparecido siendo reemplazada por la alta tecnología. Ahora nuestro pastor en la sociedad y en las familias (las ovejas) es el computador, el celular, la televisión, la moda, las tarjetas de crédito, que muchas veces esclavizan y agreden las mentes especialmente de la juventud (los corderitos).

En aquel tiempo las ovejas necesitaban un pastor que las cuidara y defendiera de los lobos por ser animalitos muy inquietos y curiosos; se salen del rebaño para treparse a montes escarpados y peligrosos. El pastor pues, debe buscarlas, de lo contrario se despeñan, se rompen las patas o quedan atrapadas en las zarzas. Por eso Jesús en el evangelio de Lucas le dice a los fariseos: *"¿Quién de ustedes que tiene cien ovejas, si pierde una de ellas, no deja las noventa y nueve en el desierto y va a buscar la que se le perdió hasta que la encuentra? Cuando la encuentra se la pone muy contento sobre sus hombros y llegando a casa, convoca a los amigos y vecinos y les dice: alégrese conmigo, porque he hallado la oveja que se me había perdido"* (Luc. 15:4).

Sin embargo, la realidad es que hoy la figura de un pastor, consejero u orientador, sobre todo dentro de la juventud es casi ofensiva. No queremos ser tratados como ovejas, no necesitamos a nadie que nos gobierne y controle nuestras vidas.



http://2.bp.blogspot.com/_WgVcEK0ceEs/TM0hr4nz2II/AAAAAAAAACF/vwTScgnaVeE/s1600/pastor.jpg



http://3.bp.blogspot.com/_UduyGa0QYVQ/UV9V5Gm1oSH/AAAAAAAAAH4/VWw7u58K1z/s1600/fondito.jpg

Por eso hoy nuestro peregrino nos interroga: ¿Señor docente usted que tiene discípulos, señor administrativo, usted que tiene empleados, señores empleados en cualquier rango, ustedes que tienen hijos, son conscientes de la responsabilidad que tienen como pastores o guías de sus ovejas? Un buen pastor no abandona nunca a sus ovejas, no las olvida, las acoge, las aconseja, vive pendiente de ellas, siempre está atento a las más débiles y enfermas, en otras palabras, gasta su vida por ellas.

El reclamo o demanda del profeta Ezequiel en su libro en el Antiguo Testamento de la Biblia es fuerte: *"Ay de los pastores que se apacientan a sí mismos, no fortalecen a las ovejas débiles, ni curan a las enfermas, ni vendan a las heridas, no recogen a las descarriadas ni buscan a las perdidas sino que las dominan con violencia y fuerza"* (Ez. 34:2).

⁵⁵ Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.



<http://previews.123rf.com/images/stockbroker/stockbroker1107/stockbroker110700851/9911877-Estudiente-adolescente-en-aula-con-Tutor-Foto-de-archivo.jpg>

Según estudios de campo (2016), ¿a qué riesgos están sometidos los estudiantes universitarios en Colombia, buscando montes escarpados y peligrosos, donde muchas veces se pierden y quedan atrapados en las zarzas? ¿Son conscientes los pastores universitarios de buscar a estas ovejas, encontrarlas y cargarlas sobre sus hombros? El alcohol, el sexo desbordante sin control sobre todo en corderitos de 15 y 16 años dando como resultado embarazos no deseados y, por consiguiente, abortos además de peligrar la vida de la madre, la droga, trastornos de sueño y

alimenticios, son algunos de los "lobos" que los atrapan. ¿Somos el buen pastor que da la vida por sus ovejas?

Nuestro cayado de pastores debe estar fabricado de amor, de lo contrario el pastoreo resultaría un completo fracaso. Por eso cuando Jesús, después de resucitado, se le aparece a Pedro y le pregunta: "Pedro, ¿me amas? Entonces apacienta mis corderos" (Juan 21:15). Es que el Señor primero quería saber si Pedro lo amaba para darle la misión de pastor. Nuestros corderitos son los niños de 15 y 16 años que estamos recibiendo. Debemos ser conscientes de que la universidad para estos niños es la puerta a la vida.



Es la razón de por qué en el curso de premédico se les enseña el concepto del amor, del perdón y las virtudes de la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza, muy importantes para un médico corpista.

Todo este mensaje pastoral debe concordar con las primeras líneas de nuestra MISIÓN: "contribuir al desarrollo del individuo procurando la formación integral de profesores, alumnos y demás miembros de la comunidad universitaria...". Lo mismo referido al primer punto de nuestra VISIÓN: "La sólida formación integral de sus profesionales, con valores éticos, estéticos y culturales".

La pregunta final sería: ¿yo, como pastor de esta comunidad corpista, soy capaz de gastar mi vida por mis ovejas? Es una responsabilidad ante nuestros estudiantes, nuestros empleados, y nuestros hijos, ante Dios y ante la sociedad. Es la verdadera contribución a la paz del país.

Propuestas:

Invito a nuestras ovejas a meditar la siguiente oración:

*¡Señor!, que para explicar tu amor a los hombres te presentaste a ellos como el Buen Pastor, ayúdame a que sea una buena oveja.
 Que no me quiera escapar del redil. Que nunca me atraiga la soltura de las cabras para burlar al pastor y morder los huertos prohibidos.
 Te ofrezco mis debilidades de oveja porque tú me has querido así.
 Danos un pastor que se parezca a ti, que nos lleve a buenos pastos.
 Dale a nuestros pastores juventud para dormir junto a nosotras en el monte y curarnos las heridas.
 Que no les dé vergüenza oler a oveja. Así tendré la seguridad de que, si algún día quedo perdida en el monte, vendrán a buscarme y me llevarán sobre sus hombros gozosos de nuevo al redil.
 Amén.*

Bibliografía

Campo Y, Pombo L, Teherán A. Estilos de vida saludable y factores de riesgo en estudiantes de Medicina. Revista Salud UIS. 2016; 48 (3):301-309.





NotiComunitaria



AVANCES DEL PIPSA

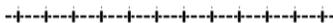
Ángela María Hernández P.***

El 16 y 18 de enero de 2017, el doctor Juan Carlos González y las doctoras Jenny Salamanca, Martha Emilia Galarza y Ángela María Hernández presentaron los resultados del programa PIPSA (Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente) a los docentes de los colegios Gonzalo Arango y Simón Bolívar.

Esa actividad tenía como finalidad dar a conocer los resultados de los talleres realizados con los estudiantes de estos colegios entre los años 2011 a 2015 y así motivar a los docentes a buscar espacios de discusión acerca de la problemática psicosocial de los adolescentes.



Damos las gracias a las orientadoras de estos dos colegios ya que gracias a su apoyo, colaboración y, sobre todo, buena voluntad de trabajar en pro de los jóvenes, nos han abierto estos espacios para compartir el sueño de hacer que la adolescencia sea una época feliz y saludable.



*** MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC- angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



Carta Comunitaria

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:

Jenny Pinzón R.
William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera
María Lucía Iregui P.
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Gonzalo Bernal F.
Juan Carlos Velásquez
Jaime Ronderos O.
Docentes Medicina Comunitaria