



1. La presentación del trabajo tendrá una extensión mínima de 1 000 palabras y una máxima de 5 000.
2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en páginas de una sola cara a doble espacio, con tipo Arial de 12 puntos para el texto principal; las notas, aclaraciones, etcétera, en Arial 10 puntos.
3. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas, así como la citación a las referencias, se hará en letra superíndice (o "volada").
4. Las referencias irán al final del texto siguiendo los mismos criterios de espaciado y tipografía ya señalados. De acuerdo con los lineamientos de Vancouver, las referencias se estructurarán de la siguiente manera:
Artículos publicados en revistas
Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen: página inicial-final del artículo.
Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 Oct 8;309(6959):911-8.

Libros
De autoría individual
Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Casa Editora; año.
Nota: No es necesario consignar la primera edición; a partir de la segunda, se escribe en números arábigos y abreviatura: 2ª ed. - 2nd Ed., a continuación del título del libro.

Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del año, precedido de punto y coma y seguido de dos puntos, para indicar la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión. Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.
Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª ed. México: Limusa; 1999.

De compiladores/as o editores/as
López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. Género y política en salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003.

Capítulo de un libro
Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. En: Rosenberg ML, Fenley MA, Ed. Violence in America: A public health approach. Nueva York (NY): Oxford University Press; 1991.

5. Los artículos y ensayos podrán incorporar cuadros o figuras. El llamado de éstos se hará dentro del texto y se incorporarán al final del mismo en páginas separadas como anexos; atenderán el siguiente criterio:

"En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme

va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

Si se compara la mortalidad por homicidios en cada una de las entidades federativas se observa que la variación en términos absolutos y relativos va disminuyendo, acercándose la brecha entre las entidades extremas. En los cuadros I y II se presenta la tasa estandarizada por edad de homicidios en mujeres y hombres; en las primeras, el riesgo de morir es mayor en el Estado de México; en cambio, en los hombres el riesgo mayor de morir por un homicidio está en Guerrero y en Oaxaca."

Insertar cuadros I y II

6. Las figuras pueden ser gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas, entre otros. Las gráficas se entregarán como anexos en su archivo original (es decir, con la tabla numérica con la que se creó la gráfica (la hoja de cálculo de Excel y la gráfica correspondiente).

7. La redacción de los artículos o los ensayos deberá ser clara, libre de jerga y sin tecnicismos innecesarios; se sugiere el empleo de subtítulos o apartados para lograr una mejor comprensión.

• Presentación

Yuriria A. Rodríguez Martínez

• El embarazo en adolescentes

Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz

• Factores de vulnerabilidad en jóvenes ante el VIH

Minerva Santamaría Hernández y Flor Iliana Alegría Mar

• Salud, sexualidad y reproducción de jóvenes

Gloria Elizabeth García Hernández

• Factores de riesgo para adicciones y trastornos psicosociales

María Elena Castro, Jorge Llanes, Adriana Carreño, Marta Fuentes, Antonio Cadena

• www.yquesexo.com: fuente de información en salud

Rossana González Osorno, Juan Pérez Sánchez, Alejandro Rosas Solís

• El alcoholismo como predisponente de la violencia

Luisa Güido Williamson

• Para Compartir

Masculinidades, infancia y jóvenes en situación de calle

Ricardo Ayllón

Consultora: María Elena Castro

• Para Descifrar

La salud de adolescentes

Dirección General de Información en Salud, SSA

• Notigénero



SECRETARÍA
DE SALUD



SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Directorio

Secretaría de Salud

Boletín *Género y Salud en Cifras*

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Maki Esther Ortiz Domínguez

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Luis Botello Lonngi

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Javier Idrovo Velandia

Ma. de la Paz López Barajas

Cecilia Robledo Vera

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Margarita Velázquez Gutiérrez

EDITOR

Alonso Restrepo

SECRETARIA TÉCNICA

Magda Luz Atrián Salazar

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud. Indizada en la base de datos Periódica, del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex -Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal-. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores. Consulta en línea: <http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx>

El tiraje consta de 2 000 ejemplares y fue impreso por Imprenta Juventud, SA de CV. Antonio Valeriano No. 305-A, Col. Liberación, Del. Azcapotzalco, 02910 México, DF. Este número se terminó de imprimir el 30 de abril de 2008.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 - 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVAS DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite,

con el folio 04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia

Escribir a: mlatrian@salud.gob.mx

Homero 213, 3er. Piso,

colonia Chapultepec Morales,

11570 México, DF.

Tel: 01(55) 52 63 91 00

extensión 3052

Presentación

En México, poco más de 37% de la población es adolescente y joven de entre 10 y 29 años de edad.¹ Específicamente, la población de adolescentes, considerada de entre 10 a 19 años, es de 20%. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), para 2007 uno de cada 4 habitantes en el país tenía de entre 15 a 29 años de edad.² La población de adolescentes y jóvenes en nuestro país es numerosa y requiere de alternativas para su salud y su educación, sustentadas en conocimientos científicos e intervenciones exitosas.

La adolescencia y la juventud, como etapas de vida construidas históricamente, constituyen momentos fundamentales en la creación de nuevas opciones de convivencia y de búsqueda de estrategias que posibiliten mejores condiciones de vida, por lo que resulta fundamental brindarles opciones para su salud y bienestar. Diversas problemáticas influyen en esa búsqueda. Tal es el caso de aquellas derivadas de sus condiciones socioeconómicas y culturales de vida, y de acceso a servicios de salud y de educación, así como de patrones de consumo y de modelos de identidad que interfieren en las posibilidades que tienen las y los adolescentes y jóvenes en alcanzar el mayor nivel de salud y de calidad de vida. Aspectos como el ejercicio de su sexualidad, y sus posibles consecuencias, como un embarazo no planeado o no deseado, o adquirir una infección de transmisión sexual, son riesgos existentes, en mayor grado, cuando no toman medidas para su protección o no cuentan con herramientas eficientes para hacerlo. En este contexto sigue siendo indispensable conocer y comprender las prácticas y experiencias sexuales de las y los jóvenes, junto con los significados y valores que les atribuyen, así como los factores de vulnerabilidad ante riesgos psicosociales para las diferentes problemáticas de salud que les aquejan, como las adicciones, las infecciones de transmisión sexual y la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y los accidentes, entre otras, de manera que este número de *Género y Salud en Cifras* busca contribuir a la exposición de hallazgos de investigación y de experiencias de intervención en adolescentes y jóvenes, así como participar en los debates actuales sobre la salud, la sexualidad y la reproducción de este sector de la población en nuestro país.

Las y los adolescentes y jóvenes son personas que viven en una etapa en la que toman decisiones trascendentales en su vida sexual. El contexto de la globalización y los avances en la definición de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos ha orientado reformas en las políticas públicas para reorganizar las relaciones económicas, políticas y sociales, generando cambios en los ámbitos social y cultural, a partir de imposiciones y reconstrucciones de modelos que buscan homogeneizar a las personas y sus relaciones, como parte de la constitución de identidades. Sin embargo, como lo estableció claramente Nestor García Canclini³ más allá de

una fuerza extraña y dominante, que se impondría por sustitución de lo tradicional y lo propio, resultan intentos constantes de reconstrucción y renovación en el entramado relacional y la heterogeneidad de cada sociedad.

En nuestro país, los cambios sociales y culturales han repercutido en la sexualidad y en las prácticas sexuales de las y los adolescentes, en sus significaciones y valoraciones. Siguiendo a Amuchástegui⁴ podemos afirmar que los valores sexuales son elementos relevantes para las formas como se construyen las subjetividades en los diferentes periodos históricos. De ahí que resulta pertinente y necesario dar cabida a las nuevas interpretaciones sobre las prácticas sexuales y sus consecuencias en la vida de las y los adolescentes, como es el caso del trabajo que presenta Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz, quien con una mirada comprensiva muestra en su artículo “El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas” los recientes debates sobre la asunción del embarazo en este grupo como un problema social en México.

Noemí Ehrenfeld documenta la disminución de la fecundidad de las adolescentes sin desestimar las consecuencias que acarrea la maternidad en la vida futura de éstas. Se basa en cifras de los nacimientos estimados en mujeres de entre 15 y 29 años de edad, en el periodo de 1970-2020 y en la tasa de fecundidad y porcentaje de la tasa global de fecundidad de mujeres de ese grupo de edad, de 1970 a 2008. Además, expone el debate en torno a las consideraciones del embarazo adolescente como un problema social, sustentado principalmente en tres elementos: el problema sustantivo de la definición de la adolescencia con base en la edad, cuyos intervalos varían según el referente que se tome en cuenta; la necesidad de interpretar con cautela algunos indicadores de salud reproductiva como la morbilidad obstétrica en adolescentes, debido a problemas de subregistro y mala clasificación y, finalmente, las interpretaciones de las propias adolescentes y jóvenes de estratos urbano-marginales, quienes, por las características de sus contextos socioculturales, requieren de acceder a la

categoría de “mujer” a través de la maternidad, para ser valoradas y consideradas importantes en sus relaciones sociales.

Las problemáticas específicas del embarazo en la adolescencia y el contagio por el VIH en la juventud han obligado a las políticas públicas y a las investigaciones a dirigir su atención a las prácticas sexuales en esos momentos de la vida, así como a buscar mecanismos para proveer servicios que promuevan la prevención y la atención a las y los jóvenes afectados. Al mismo tiempo, se ha puesto énfasis en la reflexión de estas problemáticas desde las ciencias sociales, en tanto fenómenos dados en circunstancias socioeconómicas, culturales y políticas específicas para cada sociedad. Por eso, es relevante conocer los factores de vulnerabilidad en jóvenes ante el VIH, tal y como lo muestran Minerva Santamaría Hernández y Flor Iliana Alegría Mar, quienes exponen los principales resultados obtenidos de una encuesta de opinión realizada por la organización Católicas por el Derecho a Decidir y por la Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir. El objetivo de esa encuesta fue identificar los factores que ponen a la juventud en situación de riesgo ante la pandemia de la infección por el VIH.

Según las autoras, los resultados de dicha encuesta destacan que uno de los factores de vulnerabilidad en jóvenes para adquirir la infección por el VIH es la falta de uso constante y correcto del condón, debido a diferentes motivos como el descuido, o por prejuicios o creencias. Es muy relevante que más de la mitad de las mujeres y los hombres jóvenes encuestados expresa una falta de actitud positiva para la prevención. Las y los encuestados piensan que en el discurso del amor las relaciones sexuales están en el marco de la confianza, constituyéndose como un gran obstáculo para el ejercicio de prácticas sexuales seguras.

Desde un enfoque constructorista, adolescentes y jóvenes transitan por una etapa de vida inmersa en relaciones de poder generacionales, donde la sexualidad se vuelve un punto álgido para su desarrollo, su convivencia social e intersubjetiva. De ahí la importancia de conocer más sobre su salud reproductiva, su sexualidad, y la utilización de los servicios de salud en grupos y contextos específicos, como fue el caso del estudio que presenta Gloria Elizabeth García

Hernández en su artículo “Salud, sexualidad y reproducción en jóvenes en la delegación Iztapalapa”. Se trata de una encuesta realizada a 1 250 jóvenes de esa delegación en el Distrito Federal, y que tuvo como objetivo analizar algunos indicadores sobre salud reproductiva y acceso a servicios de salud por parte de esta población.

De acuerdo con sus resultados, las enfermedades más frecuentes en estos jóvenes fueron las respiratorias, las intestinales y las dentales, las cuales se ha documentado que están asociadas a condiciones de pobreza, marginación, malas condiciones de higiene y desigualdad social. Los resultados de la encuesta evidencian que los servicios públicos de salud son los que menos confianza generan en la población joven de esa delegación, comparados con los servicios médicos particulares; además de que ellas y ellos perciben una mayor dificultad para su acceso por el horario y los trámites burocráticos en las instituciones públicas. De la muestra encuestada, más de dos terceras partes se había iniciado sexualmente a una edad promedio de 15.4 años, en un medio donde el uso de métodos anticonceptivos entre jóvenes y adolescentes todavía ofrece obstáculos sociales y culturales; así, los resultados arrojaron que el embarazo temprano tuvo mayor frecuencia entre las jóvenes del sector más pobre, y que 82% de las jóvenes de entre 15 y 19 años de edad nunca se había hecho una citología exfoliativa cervico-vaginal (Papanicolaou), como medida de prevención del cáncer cervicouterino y de detección de la infección por el virus del papiloma humano.

Especialistas en estudios sobre juventud⁵ afirman que es necesario avanzar en el conocimiento de lo que las y los jóvenes piensan sobre el presente y el futuro, y delimitan campos críticos de la actualidad juvenil como el “callejerismo”, la violencia, la migración, la mujer joven, los jóvenes “inactivos o paralizados”, es decir, los que no estudian ni trabajan. Para hacer intervenciones sustentadas en las necesidades de la población joven es necesario realizar estudios que brinden información veraz sobre sus condiciones de vida; por ello, en este número se presenta el artículo “Factores de riesgo para adicciones y trastornos psicosociales. Aplicaciones para una prevención con enfoque de género”, de María Elena Castro, Jorge Llanes, Adriana Carreño, Marta Fuentes y Antonio Cadena en el que exponen los resultados de un censo realizado en 32 891 estudiantes de educación media superior a distancia (EMSAD), quienes desarrollan su quehacer cotidiano en los municipios y pequeños poblados de 30 estados del país y que respondieron de forma anónima el inventario de riesgo-protección (IRPA). Se trata de un instrumento autoaplicable que mide 14 factores de riesgo psicosocial en las áreas de manejo inadecuado de la sexualidad, actos antisociales, eventos negativos, empleo, estilo de vida, salud, factores escolares, consumo de sustancias en los estudiantes y en sus predictores del consumo. En el análisis de datos, las autoras y autores comparan los resultados obtenidos en hombres y mujeres, y concluyen que existe un mayor número de hombres que reportan riesgo psicosocial en todas las áreas y un coeficiente de riesgo mayor que las mujeres. Mientras que 7 de cada 100 estudiantes reportaron algún factor de riesgo psicosocial, en la categoría de “foco rojo” (alto riesgo) sólo 2 mujeres de cada 100 los reportan. Para la vulnerabilidad psicosocial encontraron que 16 de cada 100 estudiantes hombres se localizan en la categoría de alto riesgo, mientras que, en el caso de las mujeres, sólo 3 de cada 100 se localizan en esta categoría.

Aunque buscar las diferencias entre hombres y mujeres no es suficiente para hacer un análisis con enfoque de género, los datos son importantes para llamar la atención de colegas e instituciones involucrados fundamentalmente en la prevención del abuso de sustancias, sobre la importancia de que las intervenciones preventivas consideren como eje transversal el enfoque de género y específicamente entre los adolescentes se cambie la percepción social y la noción de masculinidad en nuestro medio, en la que ser hombre significa tomar más riesgos y hacer uso de sustancias como medida demostrativa de la valentía y la masculinidad. Con base en los resultados del censo, las autoras y autores recomiendan que las intervenciones tengan además un enfoque en habilidades para la vida y no estén directamente centradas en las condiciones o factores para el consumo de sustancias.

En lo que se refiere a estrategias para brindar educación sexual a las y los adolescentes es de suma importancia considerar su sustento en información veraz, científica y confiable, como lo exponen Rossana González Osorno, Juan Pérez Sánchez y Alejandro Rosas Solís en su “www.yquesexo.com: una

fuentes de información adecuada en sexualidad y salud reproductiva pensando en las y los adolescentes”. En este artículo, la autora y los autores dan a conocer los resultados de un análisis de las visitas a este portal, dirigido por la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva, de la Dirección de Salud Reproductiva y la Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Describen las características del sitio, presentan datos estadísticos desagregados por sexo, escolaridad, y tipo de preguntas planteadas. Destacan que quienes más lo visitan son mujeres jóvenes, y que en promedio tienen un nivel de escolaridad alto. Concluyen que el portal forma parte de las estrategias de información, educación y comunicación que opera la Secretaría de Salud, y que están dirigidas a la población joven en México

De acuerdo con el número de consultas, www.yque-sexo.com se ha ido posicionando como una fuente confiable, actualizada y oportuna de información en salud sexual y reproductiva, que está contribuyendo a promover el respeto de las y los jóvenes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Este recurso de la internet es una importante contribución a la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven, por ser un espacio abierto, permanente, gratuito y confiable, en la mayoría de las veces resolutivo y que en muchas ocasiones funciona como enlace entre las y los adolescentes y los Servicios Amigables de Salud, de la Secretaría de Salud, en el territorio nacional.

Por otra parte, en este número del boletín *Género y Salud en Cifras* se incluye una colaboración de María Luisa Güido Williamson, llamada “El alcoholismo como predisponente y facilitador de la violencia contra la mujer”, donde la autora destaca que de entre los factores asociados a la violencia de pareja se encuentra el tema de la ingesta excesiva de alcohol. Con base en datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003, en la cual se documenta la relación positiva entre violencia y consumo de alcohol, la autora rescata el supuesto que subyace en tal encuesta acerca de que el alcohol es un facilitador y no un factor de riesgo, como regularmente se considera desde la ortodoxia epidemiológica; es

decir, el hecho de que alguien sea violento no depende del alcohol, sino que más bien éste sería considerado como un desencadenante de la conducta violenta.

Justificar el maltrato efectuado bajo la influencia de causas externas, y desresponsabilizar en parte a la pareja están presentes en la subjetividad femenina. Así, el consumo de alcohol parece estar entre los pretextos ideales para que se genere la violencia, ya que es permitido y hasta alentado suponer que alguien bajo el efecto del alcohol o las drogas puede hacer lo que quiera pues “estaba borracho”, “estaba drogado”, incluso se llega a justificar diciendo “no sabía lo que hacía”. María Luisa Güido llama la atención en este sentido y argumenta la importancia de ubicar la ingesta del alcohol como facilitador de la violencia contra la mujer.

En esta ocasión, la sección Para Compartir nos muestra la experiencia de una institución de asistencia privada con una gran trayectoria en el trabajo con niños callejeros. Ricardo Ayllón introduce brevemente la historia de Educación con el Niño Callejero (Ednica), organización que cuenta con un Modelo de Intervención Comunitaria que busca fortalecer las capacidades de autogestión y organización de la comunidad, con el fin de que sea ella quien genere sus propias iniciativas en favor de la infancia y la juventud contra los riesgos asociados al proceso de callejerización, ofreciendo de esta forma alternativas de mediano y largo plazo a la resolución del fenómeno del callejerismo. Como parte de las actividades del Programa de Equidad de Género, específicamente en lo relacionado con el trabajo en masculinidades, Ednica inició actividades de intervención en la comunidad en el año 2005, mediante proyectos de intervención para la sensibilización e información de la comunidad acerca de otra forma de ser hombre, desde la equidad y la no violencia, dirigidos fundamentalmente hacia los niños de las comunidades. Se aplicó la perspectiva de género como un referente básico para la promoción de la equidad, con el basamento de que propicia el desarrollo de las habilidades psicosociales y crea relaciones de cooperación desde la propuesta de la educación para la paz y los derechos humanos.

La interlocución ideal para esta organización de la sociedad civil mexicana debía ser una par, por lo cual, María Elena Castro Sariñana, Directora del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC, con conocimiento de causa, aprecia y hace un reconocimiento al trabajo de

Ednica, y recomienda acciones muy concretas en torno a la evaluación de resultados, de proceso y de impacto.

Finalmente, este número ofrece datos sobre algunos problemas prioritarios de salud en adolescentes y jóvenes en México, que habrán de ser considerados para las acciones dirigidas en su beneficio y mejora de su salud, como es el caso de los daños a la salud de adolescentes por accidentes de transporte de vehículo de motor, y los porcentajes de los que dijeron haber estado bajo los efectos del alcohol en el último año.

La difusión de los productos científicos es parte de la actividad investigativa que no se limita únicamente a la realiza-

ción de las investigaciones. Las y los potenciales consumidores de los productos de investigación están a la espera de estos conocimientos y aportaciones, así como del uso reflexivo y crítico de los resultados teóricos y prácticos para la nueva generación de conocimientos y propuestas de intervención, por lo que el boletín *Género y Salud en Cifras* busca contribuir con esa labor de difusión. El Consejo Directivo y el Comité Editorial de *Género y Salud en Cifras* reconoce y agradece a las autoras y autores de las colaboraciones que integran este número del boletín su trabajo comprometido en pro de la salud de las y los adolescentes y jóvenes de México.

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez

Directora de Género y Salud

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de Salud, México

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de CONAPO - República Mexicana: Población al 1° de enero de cada año por sexo y edad, 2005-2051. Disponible en: www.conapo.gob.mx/oocifras/proy/RM.xls. [2008 marzo 21].
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. Datos Nacionales. México, DF: INEGI; 12 de agosto de 2007. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/jovenes07.pdf> [2008 marzo 21].
3. García-Canclini N. Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. México, DF: Grijalbo - CNCA; 1990. Colección Los Noventa, número 50.
4. Amuchástegui A. Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados. México, DF: Edamex-Population Council; 2001.
5. Ursúa BD. Políticas públicas para el desarrollo de los jóvenes. El caso de México, República Dominicana y Cuba. *Rev Estudios Juventud JOVEN-es* 2000 Nueva época; Año 4(10):6-63.

El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas

Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz, M en C.¹

¹ Profesora investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Coordinación de Servicios Integrados para el Bienestar. Investigación y Capacitación en Salud Reproductiva, AC (INCASER, AC). México, DF.

El embarazo en adolescentes ha sido materia de preocupación para diversos sectores de la sociedad mexicana. En ya casi cuatro décadas, en México, como en otros países,^{1,2} el embarazo en adolescentes es un tema de importancia crítica y las causas de esta preocupación son variadas y se expresan en la literatura sobre el tema. Ésta, proveniente mayoritariamente de Estados Unidos de América (EUA), enfatiza la necesidad urgente de programas de salud reproductiva que satisfagan las necesidades de los y las adolescentes acerca de anticonceptivos, información y consejería para evitar este “problema de alto riesgo”. Sin embargo, es necesario tener presente que los EUA estiman tener anualmente un millón de embarazos en adolescentes, lo cual no equivale a un millón de nacimientos procedentes de madres adolescentes en ese tiempo, ya que el acceso al aborto, aún con restricciones, es más amplio que en México.

Por otra parte, el embarazo en adolescentes en México se concentra y tiene mayores proporciones en aquellos sectores de la población que se encuentran en pobres condiciones económicas, como por ejemplo en poblaciones rurales, comunidades indígenas y grupos urbanos marginales. Una ancestral historia de malnutrición, de falta de servicios de salud o, si es que existen, de poca calidad, así como falta de servicios educativos, dibujan el rostro de una pobreza que subyace y se esconde en una mala condición de salud de estas mujeres, y que adquiere sus efectos negativos más marcados en su vida reproductiva. El embarazo en adolescentes se produce en todos los estratos sociales, pero sus consecuencias son diferentes.

A pesar de la continua disminución de nacimientos de hijos de madres adolescentes,³ así como de la reducción de la tasa de fecundidad adolescente en estos años,⁴ el tema se ha construido social y culturalmente como un “problema social”. En el cuadro I se pueden observar las estimaciones proyectadas de nacimientos de madres adolescentes.

Cuadro I. Nacimientos estimados en mujeres de entre 15 a 19 años de edad. México, 1970-2020

Año	Nacimientos
1970	359 045
1975	421 817
1980	464 256
1985	430 223
1990	419 146
1995	404 641
2000	333 119
2005	330 588
2008	302 404
2010	284 213
2015	244 415
2020	196 192

Fuente: Consejo Nacional de Población. Proyecciones de Población 1970-2020. México

La conceptualización de la condición del embarazo en esta etapa de la vida como “problema” se debe en gran medida a que se privilegia un enfoque teórico positivista en el cual no se consideran el contexto cultural ni los significados que puede tener el embarazo en las jóvenes.

Correspondencia

Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Coordinación de Servicios Integrados para el Bienestar UAM-I. Edificio M, 1er piso, Av. San Rafael Atlixco N° 186, Col Vicentina, Delegación Iztapalapa, 09340 México, DF.

Correo electrónico: enoe@xanum.uam.mx

Desde los años 70 del siglo XX, la “invención” de la idea de que hay una epidemia de embarazos en adolescentes, por comenzar a ser cada año más visible debido al número creciente de esta población, marca quizás el punto más alto en la “medicalización”⁵ de la sexualidad adolescente: el personal prestador de servicios de salud reproductiva fue y sigue siendo el actor directo en la promoción de la anticoncepción, ocupándose del “control” de la salud reproductiva, reducida en gran medida a las estrategias y propósitos de la prevención de embarazos y, más recientemente, de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular del VIH-Sida.

Este enfoque hace que, además del tradicional e histórico control de la sexualidad femenina, médicos y médicas estén ligados estrechamente también a la regulación de la sexualidad adolescente con lo cual el discurso médico acerca del tema se apropia, en diferentes grados, de las decisiones que las adolescentes tengan sobre su propia sexualidad y sus prácticas.

Las políticas oficiales buscan la reducción de las tasas de fecundidad adolescente, los programas y líneas se centran en la promoción anticonceptiva, quienes prestan servicios de salud otorgan métodos anticonceptivos, pero el gran ausente en el diseño de estas políticas y estrategias es la voz de las mismas adolescentes, de sus expectativas y deseos y, en ocasiones, son ellas quienes sufren las consecuencias de un control que no difiere en mucho al de la moral vigente hace 50 años.

Las condiciones emocionales y subjetivas, así como variables sociales y culturales del nicho de pertenencia juegan un papel importante en la sexualidad adolescente y en sus resultantes, y de ser considerados estos aspectos entonces se haría visible la heterogeneidad de los grupos de adolescentes.

Si bien cada año la fecundidad de las adolescentes disminuye, como se puede observar en la figura 1, eso no es razón suficiente para desdeñar

esta condición, pues afecta de manera importante la vida futura de las jóvenes.

La población oficialmente caracterizada como “joven” abarca, por lo general, las edades de entre 15 a 24 años y representa aproximadamente 20 200 000 personas. El comportamiento reproductivo de este grupo de edades tendrá un impacto decisivo en la tasa global de fecundidad, ya que la edad promedio de la primera unión o matrimonio es de 21 años y el embarazo o nacimiento son eventos esperables en el curso del primer año de la unión.

Es importante ver las variaciones en los conceptos que dan sustento a polémicas en torno al tema: las edades, algunos indicadores de salud reproductiva, las interpretaciones de las mismas jóvenes adolescentes y las características de los contextos.

Las edades

Las instituciones y las fuentes estadísticas consideran como adolescentes a jóvenes comprendidos en rangos de edad que varían entre sí: por ejemplo, el Instituto Mexicano de la Juventud agrupa como “adolescentes y jóvenes” a las personas de entre 12 a 29 años de edad. En la mayoría de los países latinoamericanos se fija la edad mínima de adolescentes en los 15 años, con lo cual el segmento de 12 a 14 años queda excluido. Gran parte de las encuestas e investigaciones que estudian este grupo poblacional consideran como adolescentes a quienes tienen entre 15 y 19 años de edad y otras se extienden hasta los 24 años. Es interesante que en buena parte de los servicios de pediatría y gineco-obstetricia de los hospitales no haya coincidencia ante un embarazo, sobre a cuál le corresponde la

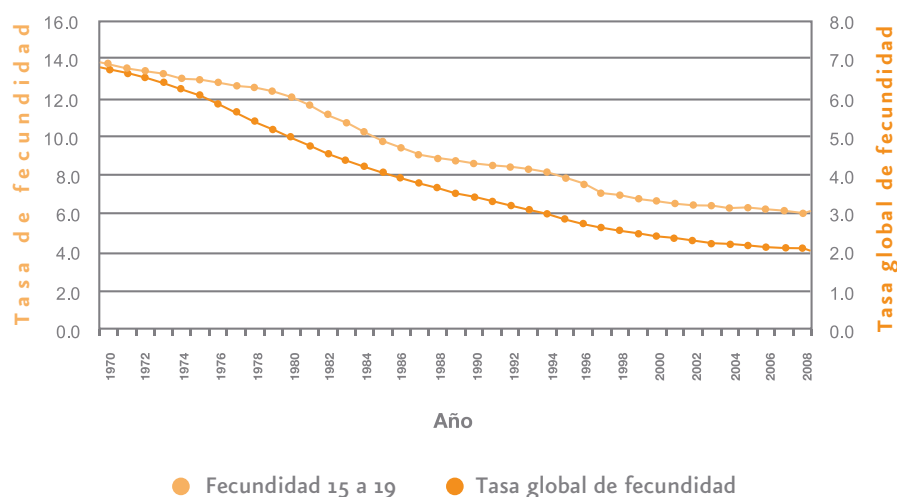


Figura 1. Tasa de fecundidad y porcentaje de la tasa global de fecundidad de mujeres de entre 15 a 19 años de edad. México, 1970-2008

Fuente: Consejo Nacional de Población. Conciliación intercensal y Proyecciones de la Población de México, 2005-2030



atención de la paciente, si se consideran estrictamente los criterios de la edad. Por otra parte, aun en este proceso histórico y social de la medicalización de la sexualidad y la salud reproductiva adolescente no se cuenta con una medicina del adolescente en las escuelas y facultades de medicina. Por ende, no hay profesionales especializados en la atención de esta población, salvo escasas excepciones que se han formado en otros ámbitos curriculares.

La salud reproductiva adolescente

La mayor parte de la bibliografía en relación con el embarazo en adolescentes concluye que este evento tiene repercusiones negativas en la condición de la mujer y que, desde el punto de vista médico, debe considerarse de "alto riesgo". Se argumenta que en la población adolescente hay una mayor incidencia de complicaciones obstétricas como la eclampsia, los partos distócicos y las hemorragias severas, además de mayor incidencia de cesáreas, sobre todo en las jóvenes menores de 15 años de edad. Las cifras tienen que ser cuidadosamente revisadas, ya que existen problemas de subregistro y de mala clasificación.

Es frecuente que se utilicen los términos "embarazo temprano", "embarazo no deseado" y "embarazo no planeado", conceptos que tienen una connotación negativa hacia la situación de la joven. Es "temprano" en relación con la edad socialmente aceptada para tener vida sexual activa, una de cuyas consecuencias es un embarazo. Es "no planeado" si se considera que la sociedad y su moral vigente indican e incluso exigen la unión matrimonial previa y el embarazo resultante dentro de la unión. Quizá el concepto que resulta más inadecuado es el de "embarazo no deseado", pues implica que se ha preguntado a la joven si deseaba ese embarazo, pregunta que

está ausente en la gran mayoría de las encuestas nacionales y de las investigaciones. Es decir, la sociedad penaliza que las adolescentes tengan vida sexual activa, porque la consideran "extemporánea" e inadecuada, según los valores sociales y morales del mundo adulto. Por otra parte, cuando se interroga acerca de si la joven deseaba un embarazo, lo más adecuado sería agregar "en ese momento de la vida", y no dejar la pregunta abierta. Es difícil para una mujer embarazada, adolescente o no, aceptar que no desea el embarazo actual.

El embarazo en adolescentes también se considera un evento con impacto negativo en relación con la resultante del mismo: el recién nacido. El principal argumento es que los hijos nacidos de madres adolescentes sufren de bajo peso, con el riesgo asociado de enfermedades.⁶ También en este sentido la bibliografía documenta que esto no necesariamente es así, y que el peso del recién nacido no depende de la edad de la madre, sino del contexto en que se da el embarazo.⁷⁻⁹

Los elementos que intervienen en el embarazo de la adolescente son parte del contexto en que éste se produce y son variables fundamentales a tener en cuenta. Los embarazos en adolescentes se concentran donde hay pobreza, malas condiciones económicas y desnutrición crónica, en la población rural, en las comunidades indígenas y en grupos urbano marginales.¹⁰ En estos contextos hay escasos servicios médicos, de mala calidad, y falta de servicios educativos para la población, entre otros. Estos son factores que están detrás -ocultos- de la mala condición de salud de las mujeres y, por ende, un embarazo puede hacerlos más notorios o agravarlos. Pero el embarazo en sí mismo no es la causal de ese impacto negativo que se aduce en la salud y en la condición general de la vida de las jóvenes. El hecho ya bien documentado es que el embarazo *per se* no empobrece a las adolescentes, éstas ya eran pobres y marginadas antes de un embarazo.¹¹⁻¹³

El contexto de las adolescentes: algunos indicadores

Entre los aspectos centrales que conforman el contexto social y cultural en que se encuentran las adolescentes los de educación y trabajo destacan por su importancia, ya que se aduce que ambos contribuyen a un inicio más tardío de la vida sexual y de la vida reproductiva y a una mejor condición de vida de la mujer. Si se considera que un ambiente urbano ofrece, en general, mejores oportunidades que uno rural, entonces el Distrito Federal puede ser un ámbito importante para el estudio de las condiciones mencionadas. En los resultados del análisis de la Encuesta Nacional de Juventud 2005* correspondiente a jóvenes del Distrito Federal se pueden observar algunos datos que obligan a reflexionar.

Seis de cada 10 jóvenes de uno u otro sexo de entre 12 y 17 años de edad no han podido cubrir el ciclo básico y una cuarta parte de entre 18 a 20 años de edad tampoco está estudiando, lo cual indica que 84.9% de la población en plena edad de estar inmersa en el proceso de aprendizaje está ausente del escenario educativo. Si se analiza sólo a las mujeres, esta cifra es ligeramente inferior, 82.6%.

Poco más de 44% de las jóvenes encuestadas adujo la necesidad de trabajar como causa del abandono de los estudios, 32% aludió a que "ya no le gustaba estudiar" y 1 de cada 5 jóvenes expresó la consideración de que ya había terminado su educación. Las jóvenes declaran que iniciaron su experiencia laboral a los 16.9 años de edad en promedio y es de hacer notar que 49.2% de éstas iniciaron su vida laboral mientras estaban estudiando. Más de 2 de cada 10 jóvenes de entre 12 y 19 años de edad no estaban ni estudiando ni trabajando y esta condición va creciendo conforme crece la pobreza de los hogares. El 72.3% de esta población joven del Distrito Federal, en su conjunto (15-29 años de edad) declaró haber tenido relaciones sexuales, lo cual significa que 27.7% aún no había iniciado su vida sexual activa. En el grupo de entre 15 a 19 años de edad, plenamente identificado como adolescentes, 27.2% dijo haber iniciado sus relaciones sexuales. La edad promedio de inicio de vida sexual activa del total de las jóvenes fue de 17.7 años -en el Distrito Federal- de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud 2005 - Jóvenes del Distrito Federal.

En el grupo de entre 15 a 19 años de edad, 97.1% declaró conocer algún método anticonceptivo, pero sólo 53% respondió haber utilizado alguno.

*El análisis de esta parte de la ENJ 2005 fue realizado por Ehrenfeld-Lenkiewicz N y Fernández-Ham P. Los resultados aún no se han publicado oficialmente y sólo se pueden citar haciendo referencia a las autoras y no a título de institución alguna.

No queda claro si el inicio de las prácticas sexuales de las adolescentes se hace con la protección para las ITS, especialmente considerando el VIH-Sida y para evitar embarazos no intencionales, ya que hay ciertas contradicciones entre la realidad y las respuestas obtenidas en la Encuesta.

Las voces de adolescentes embarazadas

¿Cuál es la percepción que tienen las adolescentes de su propia condición de embarazadas? ¿En qué circunstancias se embarazaron? ¿Qué significados tiene un embarazo para ellas? Éstas y muchas otras preguntas surgen ante las cifras que arrojan las encuestas, y es con una exploración más detallada, más profunda, como se permitiría tener una idea más cercana acerca de la realidad que viven las jóvenes.

En una investigación realizada con jóvenes adolescentes embarazadas urbano-marginales y en entrevistas semiestructuradas se obtuvieron algunas posibles respuestas a las preguntas anteriores.[#]

Así, la mayoría de estas jóvenes se ven presionadas a la unión por estar ya embarazadas, y esta unión ocurre alrededor del sexto mes de embarazo, cuando ya no es posible ocultar la evidencia ante la madre y la familia. El vocablo más frecuente que las jóvenes asocian a su primera relación sexual es la palabra amor: 91% de las jóvenes entrevistadas consideró que las relaciones sexuales sólo se deberían de tener cuando hay amor en la pareja. A poco más de 30% de las jóvenes su pareja le dijo "quiero que tengamos un hijo" y a 6% le fue dicho "quiero que me des un hijo". Estas expresiones de los varones acerca de tener un hijo, en vez de sólo decir quiero tener relaciones sexuales contigo, contiene un mensaje clave: que ellos no quieren sólo sexo, sino estabilidad, algo serio con ellas. Con éstas y otras expresiones las jóvenes parecieran quedar atrapadas en un juego de seducción - coerción: si se niegan a tener relaciones, pierden el amor y si aceptan, pudieran acceder a un estatus social y culturalmente más valioso: el ser madres.

Esta propuesta es altamente tentadora considerando que las jóvenes han dejado la escuela, no están trabajando ni tienen los medios inmediatos de acceder a un empleo que les permita más independencia.

En las jóvenes de esta muestra las relaciones sexuales, el embarazo y la unión tienen una relación intrínca que se da, además, en un periodo muy breve:

[#]Se llevaron a cabo 150 entrevistas semiestructuradas con adolescentes embarazadas menores de 20 años de edad. Este material es una de las bases de la tesis doctoral de la autora de este artículo, aún no publicada y no se puede citar sin hacer la referencia correspondiente.

la edad promedio de la primera relación sexual es de 15.7 años;⁵ la edad de inicio del embarazo es de 16.3 años. El tiempo promedio que transcurre entre ambos eventos es de seis meses...un tiempo breve para conocer, intimar y dialogar con una pareja acerca de la vida, del amor...y de tener o no un hijo.

Cabe señalar que mientras 98% de las jóvenes conocía al menos de la existencia de anticonceptivos “modernos”, 8 de cada 10 no utilizaron protección alguna.

Estas adolescentes consideraron que la maternidad “era lo máximo que le puede pasar a una mujer”: 9 de cada 10 jóvenes consideraron que una mujer embarazada “es más valiosa” que una que no lo está. En grupos de discusión, del concepto de mujer embarazada se pasó casi inmediatamente al concepto de maternidad, del ser madre, de la mujer-madre. Y su percepción de ser adolescentes, identificada en un inicio como “mujeres jóvenes que pueden divertirse y pasear, sin responsabilidades”, se torna en “ahora ya somos mujeres con responsabilidades, ya no tenemos libertad, no podemos hacer lo que queremos”.

Reflexiones

Pareciera que las jóvenes adolescentes de estratos urbano-marginales requieren de acceder a la categoría de “mujer” para ser consideradas importantes o valoradas. Un embarazo o un hijo son un tránsito común para tener la categoría de “madre” que implica ser mujer valiosa, tanto para el hombre como para la sociedad. Para estas jóvenes, tener un hijo significa “tener un amor para toda la vida”, “tener alguien a quien querer y que me quiera”. Estas expresiones románticas o idealizadas también reflejan las condiciones emocionales –de soledad o aislamiento- en que estas jóvenes enfrentan el embarazo. El no estar con un grupo de pares en la escuela o en un ambiente de trabajo, las limita en sus experiencias sociales a la vida en familia, la cual tiene características muy diversas.

Por otra parte, para seguir reproduciendo ideológicamente la sobrevaloración de la maternidad, el tener un hijo es el modo más “conveniente”, “natural”, de poder construir una vida con sentido. En un mundo y en una sociedad como la mexicana en la actualidad, en donde la “seguridad emocional”, entre otros aspectos de la vida social, pareciera ser un bien raro, las adolescentes parecen estar muy necesitadas de esta seguridad, ya que sin escuela y sin trabajo las oportunidades parecen ser una ventana muy estrecha.

En este panorama cabe reflexionar acerca de qué parte de la responsabilidad en la ocurrencia de embarazos en adolescentes le corresponde a la sociedad, la cual, por una parte, promueve el papel de la maternidad como uno de los logros máximos de la mujer y, por la otra, busca reducir la fecundidad adolescente con una anticoncepción que padece de muchas fallas. Sobre todo, quedan muchas interrogantes de cómo hacer para que las jóvenes tengan acceso real a los bienes sociales como educación y empleo, para que puedan ser ciudadanas con capacidad de ejercer sus derechos y de afrontar sus obligaciones y no ser meros sujetos de políticas públicas que para lograr sus objetivos no incorporan ni sus necesidades ni sus voces.

⁵La población estudiada en la tesis, corresponde a sectores urbano marginales y son de baja escolaridad, y esto podría ser uno de los factores de su inicio temprano en la vida sexual y reproductiva comparado con el promedio nacional.

Referencias

1. Phoenix A. *Young Mothers?* Cambridge, UK: Polity Press-Basil Blackwell; 1991: 18-35, 220-45.
2. Phoenix A, Woollett A. Introduction. En: Phoenix A, Woollett A, Lloyd E, Ed. *Motherhood: Meanings, practices and ideologies*. Londres, UK: SAGE Publications; 1991: 1-12.
3. Guzmán JM, Contreras JM, Hakkert R. La situación actual del embarazo adolescente y del aborto. En: *Diagnóstico sobre la salud reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*. México, DF: UNFPA; 2001.
4. Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*. México, DF: Consejo Nacional de Población; 1996 – 2000.
5. Irvine J. Cultural differences and adolescent sexualities. En: Irvine J, Ed. *Sexual cultures and the construction of adolescent identities*. Philadelphia (PA): Temple University Press; 1993: 3 – 28.
6. Bobadilla J, Schlaepfer-Pedrazzini L, Alagón J. Family formation patterns and child mortality in Mexico. Columbia (MD): Demographic Health Surveys (DHS); 1990. Further Analysis Series, N° 5.
7. Atkin L, Alatorre J. Pregnant again? Psychosocial predictors of repeat pregnancy among Mexican adolescents. *J Adolesc Health* 1992;13:700-6.
8. Berenson AB, Wiemann C, Rowe TF, Rickert V I. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(6):1120-7.
9. Atkin L, Ehrenfeld N, Pick S. Sexualidad y fecundidad adolescente. En: Langer A, Tolbert K, ed. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, DF: The Population Council / EDAMEX; 1996: 39-84.
10. Buvinic M. The costs of adolescent childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico. *Stud Fam Plann* 1998;29(2):201-9.
11. Maddaleno M, Shutt-Aine J. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
12. Consejo Nacional de Población. *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*. México, DF: CONAPO; 2003.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Censo Nacional de Población y Vivienda, 1970, 1989, 1990*. México, DF: INEGI.

Factores de vulnerabilidad en jóvenes ante el VIH

Minerva Santamaría Hernández,¹ Flor Iliana Alegría Mar.¹

¹Católicas por el Derecho a Decidir. Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir. México.

En los últimos 25 años la pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)* se ha convertido en una catástrofe mundial debido a diversos factores: el número de nuevas infecciones, la falta de acceso universal a medicamentos, las escasas campañas de prevención, el estigma y discriminación, y la insensibilidad del personal médico, entre otros. De acuerdo con los informes de las entidades internacionales que monitorean la propagación de la pandemia de la infección por el VIH actualmente los jóvenes y las jóvenes constituyen la población con mayor número de infecciones registradas.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) informó que en la actualidad más de 50% de las nuevas infecciones se producen en jóvenes con 10 a 24 años de edad; esto se traduce en 4.7 jóvenes que se infectan cada minuto, es decir, casi 7 000 diariamente. Se calcula que cerca de 12 millones de jóvenes en el mundo viven con el VIH, sin que la mayoría sepa que lo porta¹ y es probable que muchos mueran a causa del Sida antes de los 35 años de edad.² Organismos internacionales han expresado que si las políticas de prevención no son contundentes e integrales, para 2015 la prevalencia de la infección no bajará como está previsto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.³

En México, de acuerdo con el Centro Nacional de Prevención y Control del Sida (CENSIDA) hasta el 15 de noviembre de 2007 se habían registrado 115 651 casos de Sida, de los cuales 90 040 se encontraban entre los 15 y 44 años de edad, lo cual representa 78.6%.⁴ Estas cifras nos muestran que, a pesar de no contar con datos desagregados para el grupo de jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, éstos se

encuentran incluidos en el grupo de mayor vulnerabilidad ante la pandemia. Esta es una razón más que justifica la necesidad apremiante de proveerles de herramientas como la educación sexual integral, que les permita vivir una sexualidad libre, responsable e informada.

Objetivo

Ante este panorama, diversos organismos internacionales, organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil han emprendido diferentes estrategias dirigidas a frenar la pandemia. Católicas por el Derecho a Decidir y la Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir (RNCJDD)* lanzaron la campaña “Por la vida de las y los jóvenes: una prevención integral del VIH”, en abril de 2005. Esta campaña se planteó el objetivo de sensibilizar a la juventud y a los diferentes sectores involucrados en su educación (madres, padres y docentes) sobre la importancia de brindar una educación sexual integral basada en los derechos y las responsabilidades.

Material y métodos

La campaña se llevó a cabo en 16 estados de la República: Campeche, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán, y Distrito Federal. Para lograr nuestro objetivo instrumentamos una serie de acciones que contribuyeran a generar una conciencia informada en las y los jóvenes sobre las prácticas sexuales no seguras. Una de las acciones que consideramos fundamental fue la realización de la Encuesta de Opinión sobre Factores de Vulnerabilidad ante el VIH entre jóvenes de preparatorias públicas,⁵ con la finalidad de identificar los factores que ponen a la juventud en situa-

Correspondencia

Minerva Santamaría Hernández. Católicas por el Derecho a Decidir. Apartado 21-264, Coyoacán, México, DF.
Correo electrónico: jovenes@cddmx.org

*Este documento sigue los lineamientos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para el uso de los términos VIH y Sida. Sólo en algunas preguntas se utiliza VIH/Sida de manera conjunta por haber elaborado así el reactivo de la encuesta o por encontrarse en una página oficial.

#La Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir es una red mexicana de jóvenes católicas y católicos progresistas, comprometidos con la búsqueda de la justicia social, la defensa del Estado laico y de los derechos humanos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos. Actualmente cuenta con más de 1 000 simpatizantes y tiene presencia en 16 estados de la República.

ción de riesgo ante la pandemia de la infección por el VIH. La encuesta se realizó entre el 21 de noviembre de 2005 y el 31 de marzo de 2006, en 16 capitales de estados donde la Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir tiene presencia. En total se visitaron 61 preparatorias públicas y se aplicó el cuestionario a 6 042 de sus estudiantes. En cada una de las 16 ciudades se planteó la selección aleatoria de cuatro preparatorias, excepto en el Distrito Federal donde se previó la selección de ocho, ya que en esta entidad se cuenta con un mayor número de escuelas dependientes de la Secretaría de Educación Pública (SEP). En cada preparatoria se planteó la selección aleatoria de tres grupos: uno de primer grado, otro de segundo y uno de tercero. En los grupos seleccionados se aplicó el cuestionario de llenado individual a las alumnas y alumnos en el salón. La muestra fue diseñada para posibilitar inferencias generalizables a la población objeto de estudio en su conjunto y de forma independiente por región.

La selección de preparatorias se realizó a partir de la base de datos de la SEP. Se incluyeron todas las preparatorias estatales, así como las que dependen de recursos federales.

El levantamiento de la encuesta estuvo a cargo de los equipos estatales de la RNCJDD. Para el diseño de la muestra y cuestionario, así como para la sistematización de la información se contó con el apoyo de Investigación en Salud y Demografía, SC (INSAD).

Los resultados se agruparon por regiones, de la siguiente manera:

- Región Norte: Culiacán, Sinaloa; Hermosillo, Sonora; Monterrey, Nuevo León.
- Región Centro: Morelia, Michoacán; Puebla, Puebla; Querétaro, Querétaro.
- Región Metropolitana: Cuernavaca, Morelos; Distrito Federal; Toluca, Estado de México.
- Región Golfo: Campeche, Campeche; Mérida, Yucatán; Villahermosa, Tabasco; Jalapa, Veracruz.
- Región Sur: Chilpancingo, Guerrero; Oaxaca, Oaxaca; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Resultados

- El 86% de quienes participaron en el estudio se encontraba en el grupo de edad de 15 a 17 años, mientras que 13% estaba en el de 18 a 26 años.

- El 47% era hombres y 53%, mujeres.
- El 45% cursaba el primer año, 31% el segundo y 24% el tercer año de preparatoria, estos datos denotan la deserción escolar en el tercer año.

Respecto de las ideas y prejuicios sobre la sexualidad, encontramos que 48% de quienes participaron estuvo de acuerdo con que sus pares tuvieran relaciones sexuales. A pesar de que se observó una mayor apertura de las jóvenes y los jóvenes en torno a las relaciones sexuales, existió una diferencia de género sobre esta idea. Casi una tercera parte de las jóvenes (28%) sostuvo que era importante que una mujer llegara virgen al matrimonio, contrastado con una quinta parte (20%) de los jóvenes que pensaba de esa manera.

Dos terceras partes de quienes participaron en la encuesta no estuvieron a favor de las relaciones sexuales sólo por placer. Esto merece un análisis más cuidadoso, pues podría indicar las dificultades para separar la sexualidad de la procreación, así como una concepción negativa de la juventud acerca del placer en las relaciones sexuales.

Por otra parte, más de 50% de las encuestadas y de los encuestados en las regiones centro y metropolitana aprobó las relaciones sexuales entre sus pares; aunque es preciso destacar que contrastaron con las regiones norte y Golfo, donde la mayoría expresó una postura conservadora en relación con la vida sexual antes del matrimonio. En el norte, casi 50% de las jóvenes y los jóvenes estuvo en desacuerdo con que las personas de su misma edad tuvieran relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que en el Golfo el porcentaje fue de 40.

Sin lugar a dudas, la vivencia de la sexualidad en la juventud es una práctica heterogénea:

- El sexo por placer en ciudades como Cuernavaca, Puebla y Culiacán fue considerado positivo entre la tercera parte de las y los jóvenes, datos que contrastan con el resto de las ciudades encuestadas donde las posturas fueron más conservadoras (cuadro I).
- En las regiones centro, sur y metropolitana la mitad de estudiantes encuestados había tenido relaciones sexuales solamente con una persona. Es preciso destacar que más de 50% de la población total dijo haber iniciado su vida sexual entre los 14 y 15 años de edad.
- En la región norte la mayoría indicó que había tenido relaciones sexuales con dos o más personas. Dos elementos destacan en esta región: más de 70% de la población

Cuadro I. Acuerdo con sexo por placer. Encuesta de opinión sobre factores de vulnerabilidad ante el VIH/Sida entre jóvenes de preparatorias públicas. México, 2006

	Campeche	DF	Toluca	Chilpancingo	Cuernavaca	Puebla	Culiacán	Hermosillo	Villahermosa	Xalapa	Mérida	Total
Porcentajes												
Sí	17.3	22.7	17.2	19.6	35.6	29.5	33.8	17.8	16.7	22.4	17.5	23.1
No	67.1	63.0	58.7	67.6	52.4	53.5	56.1	68.5	72.6	64.5	74.2	62.9
No sé	15.6	14.3	24.1	12.7	11.9	17.0	10.1	13.7	10.7	13.1	8.3	14.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

dijo no haber iniciado su vida sexual, y es la muestra de la población total que menos cuidados tuvo para evitar el embarazo.

Respecto del uso de métodos anticonceptivos, destaca que más de 90% dijo estar de acuerdo con ello; sin embargo, una tercera parte (31.6%) tenía la falsa creencia de que con el condón no se sienten igual las relaciones sexuales (cuadro II). En 23% de la población encuestada ganó la idea del “amor romántico”, ya que afirmó que no era necesario usar condón con una pareja estable.

La percepción del VIH como castigo de la humanidad es una visión que prevaleció en casi la tercera parte de las y los jóvenes encuestados (31.1%), siendo en la región norte en donde se acentuó esta falsa creencia (36%; cuadro II).

La mitad declaró usar siempre el condón en sus relaciones sexuales; sin embargo, destaca que más de 30% declaró usarlo sólo algunas veces, y casi 10% nunca lo usaba, lo que constituye un factor de riesgo elevado para la juventud, colocándola en una situación de vulnerabilidad frente al VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados.

El 74.2% pensó que su pareja no podría transmitirle el VIH o alguna ITS, y la razón principal por la cual se pensaba esto es porque “ella o él lo conocen bien” (32.1%).

El que las y los jóvenes no usaran el condón se puede atribuir a situaciones de omnipotencia, falsas creencias, o a la idea tan arraigada, sobre todo

en las mujeres, del “amor romántico”: “porque me quiere, me cuida”, “porque lo conozco bien”, “porque somos fieles el uno para el otro”.

La moral sexual tradicional se impone en una cuarta parte de quienes participaron en esta encuesta, cuando afirman que les da vergüenza comprar un condón en una farmacia, situación que limita la posibilidad de acceder a una protección segura y acentúa la vulnerabilidad de este grupo de población a infectarse con el VIH. Asimismo, erotizar el uso del condón en sus prácticas sexuales todavía resultaba vergonzoso para una tercera parte de esta población (cuadro III).

Los procesos de escolarización y formación que han tenido las y los jóvenes encuestados no necesariamente incluyeron educación sexual; sin embargo, identificaron a la educación sexual integral como el factor

Cuadro II. Opinión sobre condón y VIH/Sida. Encuesta de opinión sobre factores de vulnerabilidad ante el VIH/Sida entre jóvenes de preparatorias públicas. México, 2006

	Sí	No	No sé
Porcentajes			
¿Es necesario usar condón con una pareja estable?	68.9	22.8	8.3
¿Con el condón se sienten igual las relaciones sexuales?	15.1	31.6	53.4
¿El VIH/Sida le da sólo a las personas que llevan una vida promiscua?	11.5	73.3	15.1
¿El VIH/Sida puede ser un castigo para la humanidad?	31.1	52.3	16.6

fundamental que propicia su acceso a la información, y por tanto la posibilidad de tener una vida sexual sin riesgos. Tal idea se ratificó con la opinión de 65% de la población encuestada que indica la necesidad de educación sexual (cuadro IV).

Discusión

Esta encuesta arrojó datos importantes para entender por qué la información para prevenir los riesgos que enfrenta la juventud en sus prácticas sexuales es insuficiente; lo que coloca a este grupo de población en condiciones de vulnerabilidad son los prejuicios, las costumbres, los tabúes e ideas erróneas sobre su sexualidad.

La sexualidad es una de las formas en que cada persona se construye, vive y expresa como ser humano, e incluye las maneras como pensamos y entendemos nuestro cuerpo; su dimensión social es un proceso de construcción socio-histórica que se ve permeada por las creencias, las prácticas y los significados que se le atribuyen;⁶ de tal manera que su vivencia es diferente para cada persona, según el contexto y la época en la que se viva.

En la cultura mexicana, la vivencia de la sexualidad se ve influenciada por las enseñanzas morales derivadas de una visión judeo-cristiana, cuya mirada se puede resumir en los siguientes aspectos: a) la sexualidad es una tentación permanente y tiene como fin echar a perder las cosas buenas. El sexo se concibe como un mal que origina otros males y, por tanto, la vida sin el ejercicio de la sexualidad sería mucho mejor; b) el ejercicio de la sexualidad está enmarcado en la heterosexualidad; c) el sexo tiene como única finalidad la procreación y cualquier uso del sexo fuera de

tener hijos no es bueno, y d) la negación y culpabilización del placer.^{7,8}

Este enfoque de la sexualidad nutre el imaginario colectivo de muchas y muchos jóvenes, quienes aun cuando se digan no católicos sus prácticas y maneras de vivir la sexualidad se ven influenciadas por esta concepción judeo-cristiana. La introyección de ésta genera una serie de cadenas en su vida sexual que los lleva a vivir una sexualidad velada, clandestina, con miedos y culpas, lo que representa un riesgo grave para este sector de la población. Estos sentimientos ambivalentes lo expone al riesgo de contraer las ITS, incluyendo a la por el VIH, debido, entre otras cosas, a que la información que tienen pasa por el filtro de la moral sexual tradicional, lo que hace muy probable que por prejuicios e ideas erróneas no se protejan adecuadamente en sus prácticas sexuales.

Para la juventud, uno de los factores de riesgo más importantes para adquirir la infección por el VIH es la falta de uso constante y correcto del condón, ya sea por descuido, por prejuicios o por sus creencias, lo que resulta evidente a partir de los datos de esta encuesta. Es significativo que más de la mitad de jóvenes encuestados denota una seria carencia para adoptar la actitud de prevención; se piensa que en el discurso del amor las relaciones sexuales están enmarcadas en el ámbito de la confianza, lo que desafortunadamente constituye un obstáculo para el ejercicio de prácticas sexuales seguras.

Los datos reportados en este trabajo, sin duda nos hablan de nuevos significados y prácticas en la vida sexual de la juventud contemporánea, la cual refiere que para tener una vida sexual sin riesgos le hace falta información y educación sexual.

Cuadro III. Autocuidado de la salud sexual/vergüenza. Encuesta de opinión sobre factores de vulnerabilidad ante el VIH/Sida entre jóvenes de preparatorias públicas. México, 2006

¿Te daría (o te ha dado alguna vez) vergüenza de:	Sí	No
	Porcentajes	
...hablar de sexo con tu novio o novia?	10.7	82.8
...hablar de métodos anticonceptivos con tu novio o novia?	5.5	90.2
...pedirle a tu novio que use condón?	7.8	80.7
...colocarle el condón a tu novio (o dejar que te lo coloque tu novia)?	24.7	54.3
...comprar un condón en una farmacia?	24.7	62.4

Cuadro IV. Necesidad de educación sexual. Encuesta de opinión sobre factores de vulnerabilidad ante el VIH/Sida entre jóvenes de preparatorias públicas. México, 2006

	¿Crees que para tener una vida sexual sin riesgos te hace falta información o educación sexual?		
	Porcentajes		
	Sí	No	No sé
Global	65.0	24.9	10.1
Centro	65.6	27.0	7.4
Golfo	66.5	25.1	8.4
Metropolitana	66.3	23.0	10.7
Norte	59.3	28.5	12.2
Sur	61.2	29.4	9.3

Desde Católicas por el Derecho a Decidir y la Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir, compartimos con la juventud la importancia de fomentar una cultura de la prevención, la cual favorezca el ejercicio de su sexualidad de forma libre, responsable e informada; promovemos tres valores fundamentales: bien común, libertad de conciencia y justicia.

- El bien común implica considerar el bienestar de otros y otras además del propio; esto se logra al tomar medidas preventivas, como puede ser el uso correcto del condón, que se traduce en un acto de mutuo cuidado y en una contribución personal para detener la expansión del VIH.
- La libertad de conciencia es un derecho humano básico, que implica que la juventud decida siguiendo los dictados de su propia conciencia; para que tome decisiones responsables es necesario fomentar conciencias informadas.
- La justicia como un valor busca que todas las personas, en igualdad de condiciones, tengan acceso a opciones de bienestar. Es cuestión de justicia que la información que ayuda a prevenir el VIH esté al alcance de la juventud. Esta información debe tomar en cuenta los avances científicos, alejada de prejuicios, falsas ideas o creencias religiosas.

La promoción de estos tres valores mediante documentos, talleres, pláticas, teatro, foros y, sobre todo, la educación entre pares, permite a la juventud tomar conciencia de que a través del cambio de actitudes y valoraciones frente a su sexualidad puedan contribuir a detener la expansión de la pandemia de la infección por el VIH. Si se promueve el ejercicio de la libertad de conciencia, destacando la importancia de tomar decisiones informadas, se podrán

promover el autocuidado y la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

Igualmente, se puede hacer uso de la información científica a su alcance para la prevención y para fomentar una cultura de respeto y no discriminación; la promoción de una dimensión positiva de la sexualidad, destacando el amor y la responsabilidad no sólo en el autocuidado sino en el cuidado de las nuevas generaciones y de la población en general.

A través de estos valores se trabaja también para fortalecer el empoderamiento de las y los jóvenes, elevar su autoestima, como una contribución a sus posibilidades de vivir y ejercer su sexualidad sin temor a ITS o a embarazos no deseados.

En conclusión, el acceso a una educación sexual laica y científica, el uso del condón, el compromiso con el bien común, la libertad de conciencia y la justicia, nos ayudarán a construir un presente y un futuro donde el VIH no sea una amenaza.

Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV AIDS (UNAIDS). Report on the Global AIDS Epidemic. Ginebra, Suiza: UNAIDS; 2006.
2. Organización Panamericana de la Salud. VIH/Sida: un tema juvenil internacional. Boletín trimestral de VIH/Sida y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe 2004;(7). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/VIHjulio04.pdf>. [2007 junio 20].
3. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración del Milenio; 2000 septiembre 6 al 8; Nueva York. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/docs/declaracion.pdf?Open&DS=A/RES/55/2&Lang=ES>.
4. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de Sida. Datos al 15 de noviembre de 2007, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida. Casos acumulados de Sida, por año de diagnóstico y notificación. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/diagnoynotificanoviembre.pdf>. [2007 diciembre 1].
5. Católicas por el Derecho a Decidir, Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir e Investigación en Salud y Demografía. Encuesta de opinión sobre factores de vulnerabilidad ante el VIH/Sida entre jóvenes de preparatorias públicas. México, DF: RNCJDD; 2006.
6. Szasz I, Lerner S, comp. Sexualidades en México. México, DF: El Colegio de México; 1998.
7. Lugo-Rodríguez R. Iglesia católica y homosexualidad. Madrid, España: Nueva Utopía; 2006: 113.
8. Amuchástegui A. Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados. México, DF: Edamex/Population Council; 2001: 56.

Salud, sexualidad y reproducción de jóvenes

en la delegación Iztapalapa

Gloria Elizabeth García Hernández, Maestra en Psicología social.¹

¹ Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México, DF.

El grado de marginación social que caracteriza a la delegación Iztapalapa, del Distrito Federal, ya ha sido ampliamente documentado por algunos autores. Valga como ejemplo lo que señala Alicia Ziccardi al respecto: “es un espacio caracterizado por un elevado número de habitantes, en un extenso territorio, el cual es un enclave de pobreza en plena capital de la República ... Prevalcen la precariedad y el deterioro habitacional, un limitado y deficiente acceso a los servicios públicos y altos niveles de contaminación, producto del constante e intenso tránsito de vehículos, el ruido, el polvo; las grietas del subsuelo, las inundaciones, la existencia de industrias peligrosas ... La imagen urbana y las condiciones de vida materiales y ambientales que predominan en este espacio expresan la pobreza y la exclusión social en la que viven estas familias en la capital de la República”.¹

Todo parece indicar que en Iztapalapa ocurre una dinámica urbana interesante. Por ejemplo, en un diagnóstico que elaboró Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, AC, en 2004, acerca de la situación de ocho delegaciones del Distrito Federal, Iztapalapa se encuentra entre aquellas que tienen las tasas de fecundidad más altas, los hogares con jefatura femenina representan una quinta parte del total y las mujeres han aumentado considerablemente su participación porcentual en la población económicamente activa de 1990 a 2000.^{2,*}

Correspondencia

Maestra Gloria Elizabeth García Hernández. UAM Iztapalapa. Av. Michoacán y Purísima, Col. Vicentina, Coordinación de Psicología Social, Edif. H, Primer Piso. México, DF.

Correo electrónico: eligarciah@hotmail.com

Esta investigación fue financiada por la delegación Iztapalapa del Distrito Federal.

* Este diagnóstico se elaboró con la finalidad de conocer la situación específica de las mujeres en el Distrito Federal desde una perspectiva de género, por medio de la recolección y sistematización de información estadística disponible de las delegaciones Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Milpa Alta y Tlalpan. La investigación se realizó por un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Derivado de un interés por conocer lo que ocurre en particular con la población joven de Iztapalapa, el objetivo de la presente investigación fue analizar algunos de los indicadores sobre servicios de salud, salud reproductiva y sexualidad.

Material y métodos

Entre agosto y julio de 2005 se hizo una encuesta en 43 colonias de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal, seleccionadas aleatoriamente. Se diseñó un cuestionario que se aplicó a 1 250 jóvenes: 631 mujeres (50.5%) y 619 hombres (49.5%), de entre 15 y 29 años de edad. La muestra se dividió en tres grupos quinquenales de edad: de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, ubicándose en cada rango una tercera parte de la muestra. En el cuestionario se incluyeron preguntas para obtener un perfil sociodemográfico, que comprendieron seis indicadores: sexo, edad, estado civil, número de hijos, escolaridad y experiencia laboral. Se estimaron proporciones.

Resultados

Perfil sociodemográfico de las y los jóvenes entrevistados

En relación con el estado civil se observó que poco más de dos terceras partes de la población era soltera y una tercera parte declaró estar casada o viviendo en unión libre. De las mujeres que dijeron haberse embarazado alguna

vez, 92.1% declaró tener hijos; en el caso de los hombres que se vieron involucrados en un embarazo, 87.9% dijo tener hijos.

Referente a la escolaridad, el mayor porcentaje de jóvenes contaba con instrucción básica primaria y básica secundaria³ (41.4% y 40.3%, respectivamente), le siguen los que tenían algún grado de nivel medio (15.1%), y el porcentaje que declaró no tener instrucción básica primaria fue de 3.2.

Perfil epidemiológico

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre salud, encontramos que las enfermedades más recurrentes de la población joven de Iztapalapa estuvieron relacionadas con sus condiciones de vida. Además, los resultados obtenidos establecieron las necesidades de atención de la salud que tenía esta población y los servicios, privados o públicos, de su preferencia a los que acudían para atender sus padecimientos más frecuentes.

Enfermedades más frecuentes

En primer lugar aparecieron las enfermedades respiratorias, intestinales y dentales. En segundo se ubicaron las oftalmológicas, psicológicas, dermatológicas y traumatológicas. Debe destacarse que las de tipo ginecológico y las infecciones de transmisión sexual se reconocieron en porcentajes muy bajos: 5 y 1, respectivamente. Podemos señalar entonces que las enfermedades que más afectaron a jóvenes eran de fácil manejo y que podían ser cubiertas en el primer nivel de atención.

En el último año, 6 de cada 10 jóvenes tuvo alguna enfermedad respiratoria, 2 de cada 5, alguna intestinal y 1 de cada 5 algún padecimiento dental.

Se encontraron algunas diferencias en las enfermedades que reportaron los distintos grupos de edad. Entre jóvenes de 20 a 24 años fueron más frecuentes las de tipo intestinal (40%), en cambio, para el grupo de 25 a 29 las enfermedades dentales tuvieron mayor incidencia (26%), al igual que las de tipo oftalmológico (19%). Entre jóvenes de 15 a 19 años, los padecimientos de tipo psicológico (17%), dermatológico (14%) y traumatológico (17%) fueron los que más se registraron.

Las enfermedades respiratorias fueron más frecuentes entre quienes tenían un nivel de baja marginalidad (72%), al igual que las enfermedades de tipo intestinal (41%). Las enfermedades dentales, dermatológicas y traumatológicas se presentaron con mayor frecuencia con nivel medio de marginalidad (27%, 14% y 14%, respectivamente). Entre jóvenes que tenían nivel de alta marginalidad destacaron los trastornos psicológicos (18%) y las enfermedades oftalmológicas (19%, figura 1).

Tipo de servicios médicos utilizados por jóvenes

Sobre el tipo de atención médica a la que recurrieron cuando se enfermaban, encontramos que 5 de cada 10 se atendió en algún servicio médico particular, 2 de cada 10 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 2 de cada 10 en algún centro de salud, de la Secretaría de Salud, y 2 de cada 10 en consultorios de las Farmacias Similares. Cabe mencionar que 1 de cada 10 se automedicaba y 5% (de la muestra total) no utilizó ningún servicio médico.

Pudimos constatar que quienes pertenecían al nivel de más alta marginalidad no podían atender sus padecimientos en el IMSS o el ISSSTE, por no tener seguridad social y, paradójicamente, era más probable que acudieran a un servicio médico particular. Sin embargo, 2 de cada 10 acudieron a consultorios de las Farmacias de la cadena Similares, y 4 de cada 10 consultaron en algún centro de salud de la Secretaría de Salud.

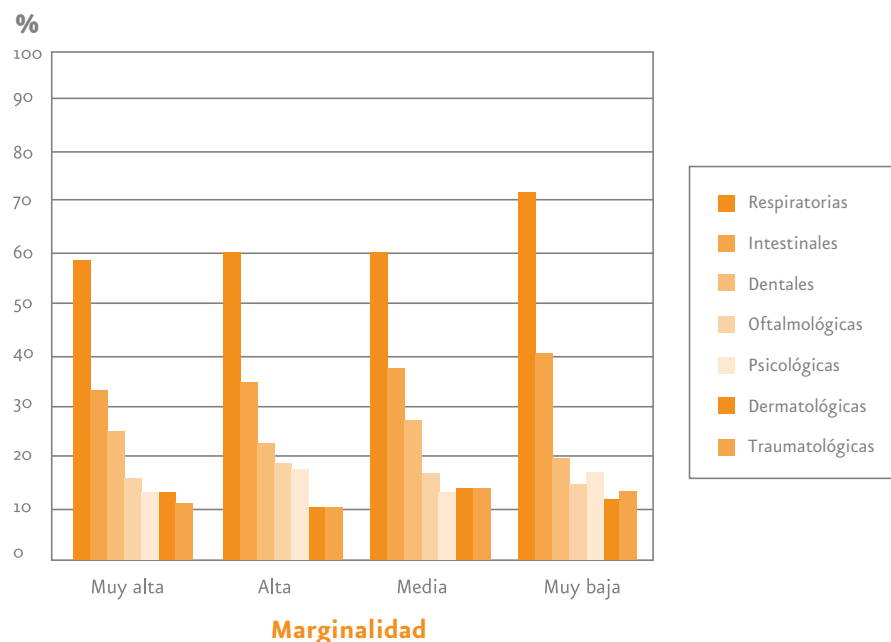


Figura 1. Enfermedades, por nivel de marginalidad, en jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal. México, 2005

Evaluación de los servicios de salud utilizados

En cuanto a la evaluación de los servicios utilizados por jóvenes, de los que recurrieron a un servicio médico particular, 2 de cada 10 los evaluaron como regulares y 8 de cada 10 como buenos. Quienes acudieron al IMSS o al ISSSTE, 4 de cada 10 evaluaron el servicio como regular y 5 de cada 10 como bueno. De los que recurrieron a algún centro de salud, 2 de cada 10 consideraron que el servicio era malo, 4 de cada 10 lo evaluaron como regular y 6 de cada 10 como bueno. Finalmente, entre quienes se atendieron en algún consultorio de las Farmacias Similares, 4 de cada 10 evaluaron el servicio que recibieron como regular y 6 de cada 10 como bueno. Podemos ver entonces, que esta población joven evaluó de una forma más positiva los servicios médicos particulares, mientras que el IMSS y el ISSSTE fueron los que tuvieron una evaluación menos favorable (figura 2).

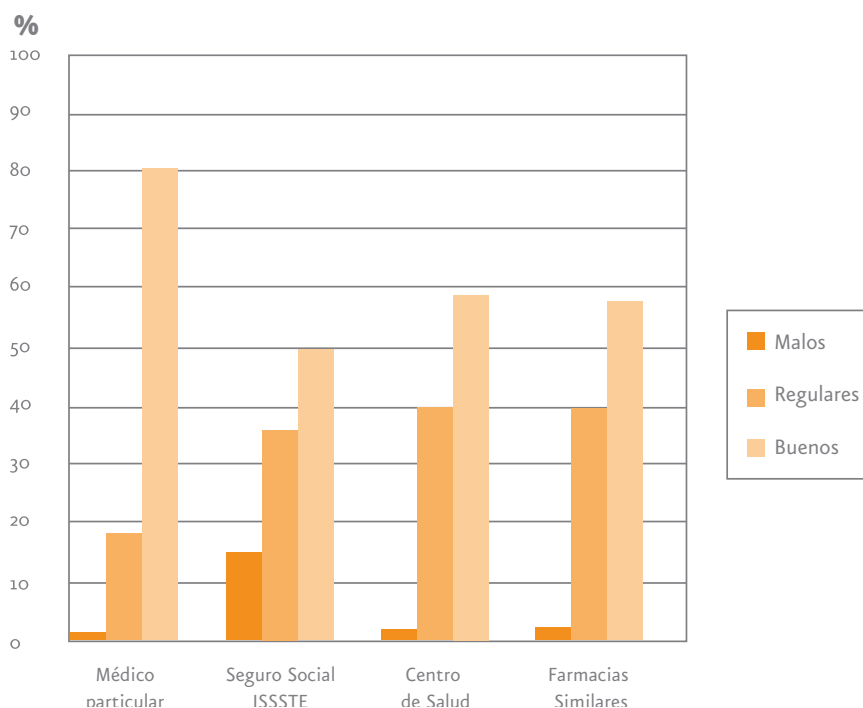


Figura 2. Evaluación de los servicios médicos utilizados por jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal. México, 2005

Indicadores sobre la vida sexual de jóvenes

Los indicadores sobre la vida sexual de jóvenes son relevantes, ya que permiten hacer un diagnóstico de esta población, debido a las repercusiones que tienen en el perfil epidemiológico, en términos de riesgos para la salud, y por sus implicaciones en la dinámica demográfica de la delegación. El inicio temprano de prácticas sexuales y sin los cuidados y atención necesarios, ponen a esta población en un mayor riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual y de exponerse a riesgos para la salud asociados a eventos como el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto.

Por otra parte, el inicio de las prácticas sexuales está asociado con la tasa de fecundidad de una pobla-

ción, con la tasa de mortalidad materna y con la morbilidad y la mortalidad infantiles. Es por lo anterior que el inicio temprano de prácticas sexuales se relaciona con altas tasas de fecundidad y con mayores riesgos de enfermedad entre mujeres y niños.

Inicio de prácticas sexuales

El 68% había tenido relaciones sexuales, 27% aún no se había iniciado sexualmente. Respecto a la edad de inicio sexual resaltan los siguientes datos: 32% se iniciaron sexualmente antes de los 15 años, 60% entre los 16 y los 20 años y 8% después de los 20 años. En términos generales, la edad promedio de inicio sexual fue de 16.8 años. Los hombres se iniciaron en promedio a los 16 años y las mujeres a los 17.6 años. Vemos, entonces, que los hombres se iniciaron sexualmente a una edad más temprana que las mujeres, con una diferencia de casi dos años (figura 3).

Para el grupo de 15 a 19 años, la edad promedio de inicio sexual se registró a los 15.4 años, para los que tenían de 20 a 24 años esta edad promedio se ubicó en los 16.8 años, y para el grupo de 25 a 29 años fue de 17.2 años. Esto significa que el grupo de más jóvenes tuvo un inicio sexual a más temprana edad. En cuanto a la relación que hay entre la edad de inicio y el nivel de escolaridad, podemos señalar que a medida que tenían menor escolaridad tendían a iniciarse sexualmente más temprano. Finalmente, es interesante mencionar que entre jóvenes que consumían algún tipo de sustancia (legal o ilegal) se presentó un inicio sexual más temprano.

Respecto a las diferencias de edad con la pareja con la que se iniciaron sexualmente, vemos una tendencia entre los hombres a iniciarse con personas mayores que ellos, mientras que las mujeres reconocieron haberse iniciado con personas menores que ellas.

Si analizamos por grupos de edad observamos que, en su mayoría, los hombres de 15 a 19 años sostuvieron su primera relación sexual con alguien de su misma edad, aquellos de 20 a 24 años con alguien que era de menor edad que ellos, al igual que los de 25 a 29 años. En contraste, las mujeres de los tres grupos de edad se iniciaron sexualmente con alguien menor que ellas.

En cuanto al tipo de su primera relación sexual, 96.3% reportó que fue voluntaria, 3.1% señaló que la llevó a cabo por presión de la persona con la que la tuvo y 0.5% la caracterizó como violación.

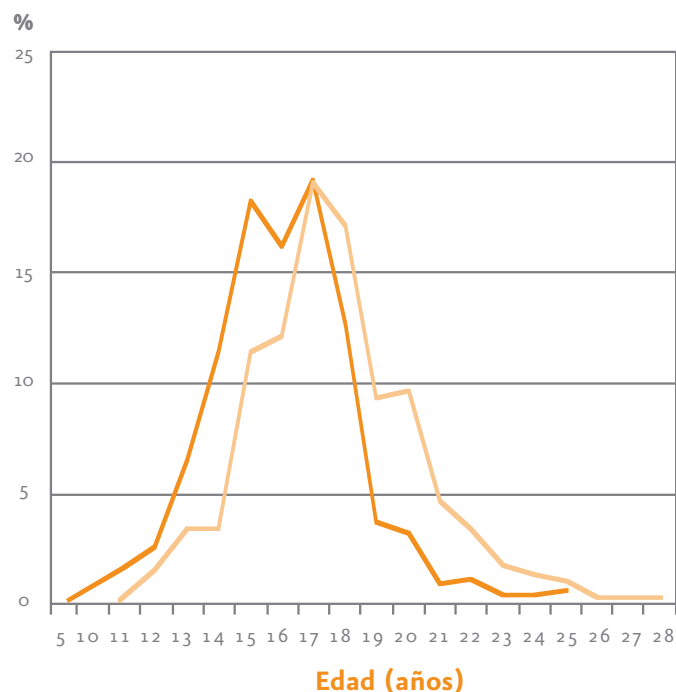


Figura 3. Edad de inicio de prácticas sexuales en jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal. México, 2005



Uso de métodos anticonceptivos

Los más usados fueron el condón (51.3%) y los anovulatorios orales (6.6%). El uso de otra metodología anticonceptiva fue prácticamente inexistente.

De las mujeres sexualmente activas a 31.5% le hicieron el Papanicolaou hacía menos de un año, a 20% hacía más de un año y a 48.5% nunca le habían realizado esta prueba diagnóstica.

Al considerar los grupos de edad se pudo detectar que fueron las mujeres más jóvenes las que mayoritariamente no se habían practicado la prueba de Papanicolaou (81.7%), le siguieron las que tenían de 20 a 24 años (58.8%) y las de 25 a 29 años (29.6%; figura 4).

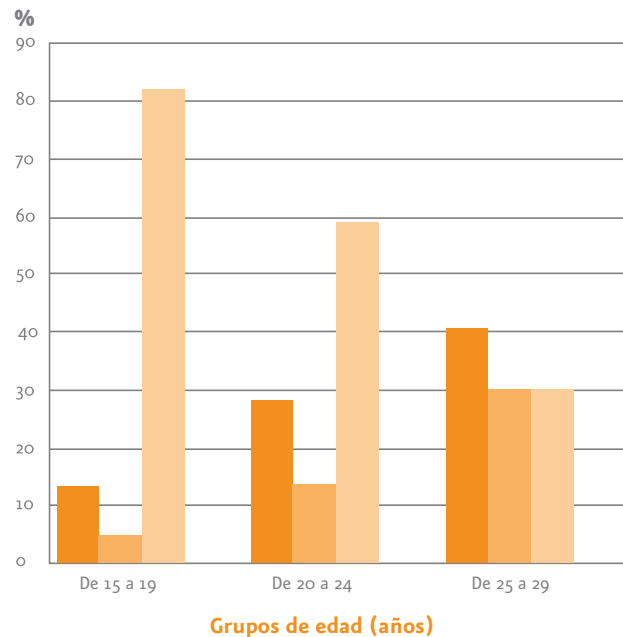


Figura 4. Oportunidad de la toma de la citología cervical exfoliativa (Papanicolaou) en las jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal. México, 2005



Incidencia de seropositividad al VIH

Respecto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 4% respondió que tras haberse realizado un prueba, sabía que tenía dicho virus, y 23% no sabía si lo tenía o no, porque nunca se había realizado una prueba de detección, a pesar de haber tenido prácticas riesgosas.

Embarazo

El 34.9% de la muestra reportó haber estado embarazada o haber embarazado a alguien alguna vez; sin embargo, esta situación se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres (61%), en comparación con los varones (39%). Por grupos de edad el porcentaje de la presencia de un embarazo en su vida se repartió de la siguiente manera: 8.3 entre quienes tenían de 15 a 19 años, 38.7 entre el grupo de 20 a 24 años y 53 entre el de 25 a 29 años.

Por otro lado, el embarazo se presentó mayoritariamente entre jóvenes que pertenecían a un nivel muy alto o alto de marginalidad (28% y 29.8%, respectivamente), y disminuyó su presencia entre jóvenes de marginalidad media y baja (25.7% y 16.5%, respectivamente).

El 31.8% reportó tener hijos y, nuevamente, las diferencias entre hombres y mujeres son importantes, ya que los primeros representan 38.3% y las segundas

61.7%. Por grupo de edad, la presencia de descendencia se presenta de la siguiente manera: 7.8% entre jóvenes de 15 a 19 años, 37.3% entre el grupo de 20 a 24 años y 54.9% entre el de 25 a 29 años.

La presencia de hijos se muestra de manera diferenciada de acuerdo con el nivel de marginalidad; 28% de jóvenes pertenecientes al grupo de muy alta marginalidad tenía hijos; 30.2% entre el grupo de alta, 24.7% en el de media y 17.1% en el de baja marginalidad. El 54.4% tenía uno, 33.5% dos, 9.3% tres, 2.5% cuatro y 0.3% seis. Las mujeres tenían un mayor número de hijos que los hombres.

Respecto a la edad reportada al primer embarazo, 3.5% tenía entre 10 y 14 años, 49% entre 15 y 19, 38.7% entre 20 y 24 años y 8.8% entre 25 y 29 años. La mayoría de jóvenes había embarazado o se había embarazado a una edad temprana. Por grupos de edad en el caso de los hombres, 2.4% embarazó a su pareja entre los 10 y 14 años, 42% entre los 15 y 19 años, 44.4% entre los 20 y 24 años y 11.2% entre los 25 y 29 años. Entre las mujeres, por grupos de edades, 4.2% tuvo su primer embarazo entre los 10 y 14 años, 53.6 entre los 15 y 19 años, 35.1% entre los 20 y 24 años y 7.2% entre los 25 y 29 años. Fueron las mujeres las que mayoritariamente se reprodujeron a temprana edad.

Por otro lado, es de notar que conforme aumenta el nivel de escolaridad el primer embarazo se presentó a edades más tardías (figura 5).

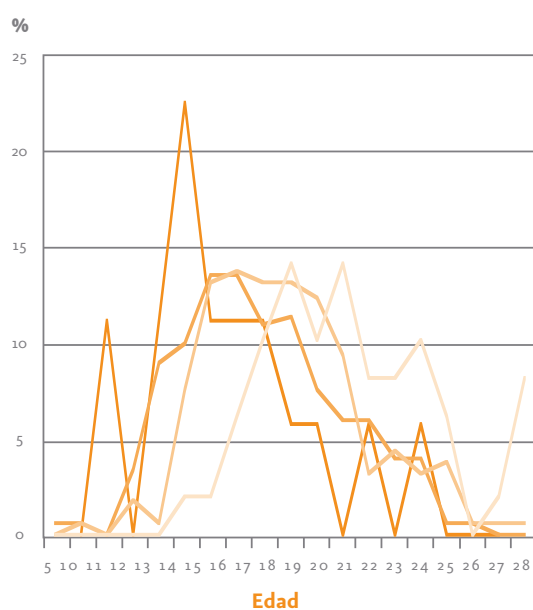
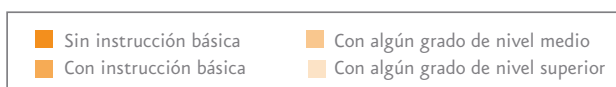


Figura 5. Edad al primer embarazo en jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal, por nivel de escolaridad. México, 2005



Sobre las consecuencias que perciben respecto a su primera experiencia de embarazo encontramos que 81% consideró que el embarazo las y los hizo ser una persona más responsable, 51% que les dio más seguridad en la vida, 37% que les ayudó a sentirse menos solos o solas, 28% que los y las alejó del grupo de amigos y 22% que les impidió continuar con sus estudios (figura 6).

El 87% opinó que la delegación debe brindar apoyo a las jóvenes que se embarazan.

Sobre el tema del aborto encontramos que, en algún grado, 44% estuvo de acuerdo con que se practique.

Relación de pareja

El 72% de los entrevistados tenía algún tipo de relación de pareja y 28% no. En general, reportaron tener una buena relación de pareja, y aunque esto es interesante, si hacemos el análisis por grupos de edad, encontramos que los del grupo de 15 a 19 años fueron quienes reportaron menor calidad en la relación de pareja.

La modalidad de pareja descrita se distribuyó de la siguiente manera: 53% la consideró una relación de noviazgo, 28% una marital, 15% de unión libre y 3% la relación con un o una amante. El 89% se sentía apoyado en esta relación, 90% consideraba que se respetaban sus decisiones, 94% se sentía feliz con su pareja, 71% pensaba su futuro al lado de su compañera o compañero.

El 51% consideró que su pareja era celosa. Cuando se exploró sobre la percepción de violencia en la pareja, 17% dijo que en algún grado se comportaba violentamente ésta con él o ella y 11% mencionó que estaba tratando de separarse.

En una escala que evalúa la calidad de la relación de pareja, en un rango que va de una puntuación mínima de 8 a una máxima de 28, tanto en hombres como en mujeres se observó una tendencia a evaluar su relación positivamente, obteniéndose una puntuación media de 23.6% para la escala.

Violencia sexual

El 13% reconoció hostigamiento sexual. Se reportaron 25 casos de abuso sexual, 7 en varones y 18 en mujeres, y 14 de violación, 2 en varones y 12 en mujeres.

Discusión

Los resultados de este estudio sobre la salud de la población joven entrevistada nos indican que los padecimientos reportados son consecuencia de enfermedades muy comunes como es el caso de las respiratorias. En cuanto a

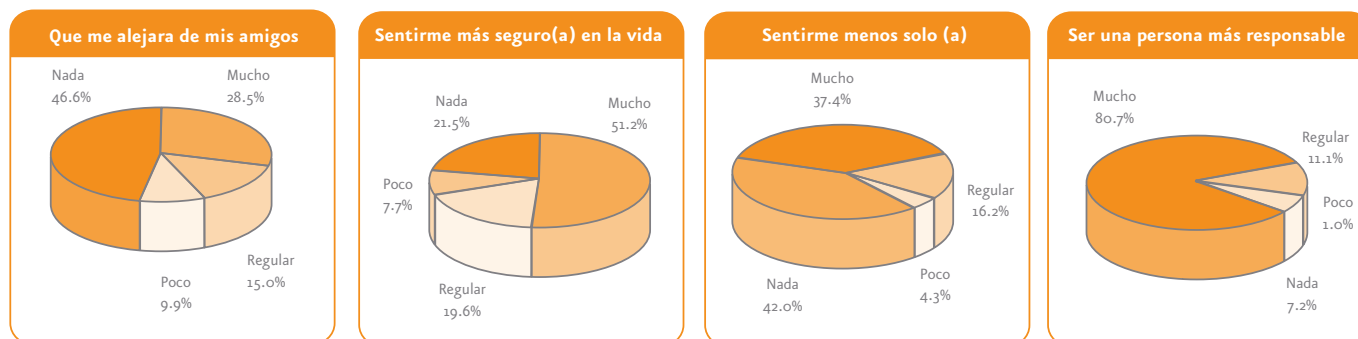


Figura 6. Consecuencias que el primer embarazo trajo a sus vidas en jóvenes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal. México, 2005

las intestinales la reflexión que surge se vincula al hecho que éstas están asociadas a las condiciones de higiene y servicios públicos, como agua y drenaje. Hagel y colaboradores⁴ han reportado una clara asociación entre pobreza, condiciones higiénicas limitantes y las enfermedades intestinales. De la misma forma, Abadía⁵ ha documentado que las diferencias acerca de padecimientos bucales están relacionadas con la desigualdad social, y señala que personas con más recursos tienen menos riesgos de tener enfermedades dentales, y también es menos probable que sus enfermedades se agraven, en comparación con las de las personas que viven en la pobreza.

En cuanto a la atención médica, los servicios públicos de salud son los que menos confianza generan en usuarios y usuarias jóvenes. Estos datos son consistentes con los de Ramírez y colaboradores,⁶ quienes en una investigación sobre calidad de la atención de los servicios de salud en México encontraron que las personas que utilizaron servicios públicos percibieron 2.6 veces con más frecuencia mala calidad de la atención, en comparación con quienes utilizaron los privados. Llama la atención que bajo las condiciones de vulnerabilidad y sobrevivencia en las que se ubica una gran mayoría de jóvenes a quienes se encuestó en Iztapalpa sea el servicio médico particular el que valoraron de forma más positiva, aunque, de acuerdo con la observación que se pudo hacer durante el trabajo de campo, se debe señalar que se trata de un servicio particular accesible, con cuotas que van de los 20 a los 30 pesos, y que es preferido por la confianza y la atención que reciben del personal y por la flexibilidad de horarios que manejan estos servicios, así como por la disponibilidad de asistir a ellos dado que se ubican en la misma comunidad.

Además de que los servicios públicos generan desconfianza, entre los encuestados se percibe una mayor dificultad para acceder a ellos por el horario y las trabas burocráticas. Los mismos autores,⁶ reportan que las variables que permiten a un usuario evaluar negativamente los servicios son los largos tiempos de espera, la corta duración de la consulta

y el nulo efecto de los medicamentos prescritos. Tal vez lo anterior explique por qué la mitad de nuestra muestra asistía a un servicio particular dentro de su comunidad cuando se enfermaba.

En cuanto a los indicadores de la vida sexual de estos jóvenes, más de dos terceras partes se habían iniciado sexualmente. Idealmente estos y estas jóvenes tendrían que haber incorporado prácticas de autocuidado y de responsabilidad reproductiva pero, como señalan Menkes y Suárez,⁷ el uso de métodos anticonceptivos entre jóvenes y adolescentes de nuestro país todavía se ve obstaculizado por diferentes factores sociales y culturales.

Por las implicaciones epidemiológicas con las que se asocian las prácticas sexuales desprotegidas, como las infecciones de transmisión sexual, en particular la del virus del papiloma humano, y del Sida, y por las consecuencias en la dinámica demográfica de embarazos no planeados, no deseados y en condiciones de vulnerabilidad social este tema es primordial para la política y los programas de salud pública.

Diversos estudios han descrito una relación entre embarazo temprano y pobreza; de hecho, algunos autores la identifican como un mecanismo de transmisión de la pobreza entre generaciones.⁸ Menkes y Suárez⁷ reportaron que la baja escolaridad, como expresión de nivel socioeconómico, es una variable asociada a la presencia de un embarazo y más aún cuando ésta se vincula con la condición de las mujeres de ser casadas o unidas. Los hallazgos de la encuesta que aquí se reporta son congruentes con lo informado en la literatura por otros autores, ya que la frecuencia más alta de embarazo temprano se encontró entre jóvenes que pertenecían a la categoría de marginación alta y media.

En el tema del autocuidado y prácticas preventivas la población femenina presentó una particular desventaja, especialmente entre las más jóvenes (15 a 19 años de edad), ya que la prueba de Papanicolaou, una vez que se ha tenido el debut sexual, es el medio indispensable para detectar infecciones de transmisión sexual, en particular el cáncer cérvico uterino.⁹ Sin embargo, entre las más jóvenes iniciadas sexualmente un alarmante 82% nunca se había realizado la prueba de Papanicolaou. Si bien no hay estudios específicos que apoyen esta relación, se sabe que las mujeres enfrentan fuertes barreras psicológicas que explican su negación a someterse a la prueba: miedo al dolor y al diagnóstico, el pudor, así como la información errónea que tienen sobre este examen.¹⁰

Otro dato relevante en esta población es que en su mayoría ya había tenido experiencia reproductiva, lo que hace pensar que pueden tener necesidades muy específicas en esta área. Una vez más, el embarazo fue más frecuente entre jóvenes de nivel alto o muy alto de marginalidad, y una tendencia similar se observó en el número de hijos que reportaron; esto es consistente con el hallazgo documentado por estudios sociodemográficos que relacionan una alta fecundidad entre la población más pobre.¹¹

La edad promedio en la cual se iniciaron sexualmente los encuestados de la generación más joven de Iztapalapa, 15.4, los ubica por debajo de la media nacional, 16 años,¹² por lo que cualquier política encaminada a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, planificación familiar y prácticas de autocuidado tendrían que iniciarse tempranamente, antes de los 16 años de edad. Así lo confirma el dato sobre la edad en la que la población entrevistada tuvo su primer hijo. Del total de quienes tienen hijos, más de la mitad tuvo el primero antes de cumplir los 20 años de edad, por ende, una política de intervención debería considerar el patrón reproductivo de la población y el momento en la trayectoria de vida de las personas en los que tienen lugar dichos eventos.¹³

Un elemento peculiar nos hace reflexionar sobre la relatividad de las problemáticas analizadas: es el hecho de que para una proporción importante de quienes han tenido hijos, el primer embarazo los hizo transitar al lugar de la responsabilidad y la madurez; el embarazo fue valorado positivamente por considerar que los y las convirtió en personas responsables, les otorgó una mayor seguridad en la vida y los y las hizo sentirse menos solos o solas. Una quinta parte de quienes ya eran padres o madres consideran que

el embarazo fue el obstáculo que les impidió continuar con sus estudios. Es probable que en un contexto de desesperanza e incertidumbre en la que viven los y las jóvenes, un hijo sea la mejor motivación para sobreponerse a las limitaciones que impone a las personas la crisis de la modernidad.¹⁴

Referencias

1. Ziccardi A. Gobernabilidad y participación ciudadana en la ciudad capital. México, DF: Ed. Porrúa e Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM; 1998: 169-70.
2. Pérez-Fragoso LC, Rangel-Granados R. Un diagnóstico básico de la situación de las mujeres en ocho delegaciones del Distrito Federal. Un enfoque de género. En: Entrelazándonos. Rev Ciudad Esperanza 2005, abril; Primera época(7-8):26-7.
3. Álvarez-García I. La educación básica en México. Volumen I. Proyectos nacionales, diagnóstico y prospectiva. México, DF: Editorial Limusa/Grupo Noriega Editores; 2000: 131-139.
4. Hagel I, Salgado A, Rodríguez O, Hurtado M et al. Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales en Venezuela. Gac Med Caracas 2001 marzo;109(1):82-90.
5. Abadía C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioeth 2006 enero;12(1):9-22.
6. Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex 1998; 40(1):3-12.
7. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles Poblacion 2003;(5):233-63.
8. Buvinic M. La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: un estudio de caso sobre la transmisión de pobreza en Santiago de Chile. En: Schmukler B, coord. Familias y relaciones de género. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. México, DF: The Population Council/Edamex; 1998: 451-92.
9. Lazcano PE, Hernández AM, López CL, Alonso de Ruiz P, Torres LA, González LG et al. Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Rev Invest Clin 1995;47:377-85.
10. Valenzuela MT. ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chilena Salud Publica 2001;5(2-3):75-80.
11. Boltvinik J. Pobreza y comportamiento demográfico: la importancia de la política social. Demos 1996;9.
12. Pérez C, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. Rev Interam Psicol 2006 septiembre-diciembre;40(3):333-40.
13. Maddaleno M, Morillo P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex 2003;45 suplemento 1:132-9.
14. Lyotard J. La condición postmoderna. Madrid, España: Cátedra; 1984.

Factores de riesgo para adicciones y trastornos psicosociales

Aplicaciones para una prevención con enfoque de género

María Elena Castro, M en Psic,¹ Jorge Llanes, Dr en Psic,¹ Adriana Carreño, Lic en Psic,¹ Marta Fuentes, Lic en Psic,² Antonio Cadena, Lic en Psic.²

¹Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC. Malinalco, Estado de México.

²Dirección General del Bachillerato, Secretaría de Educación Pública. Subsistema de Educación Media Superior a Distancia. México.

Las diferencias en la vulnerabilidad de las personas a la experimentación y el desarrollo de dependencias a las sustancias tóxicas es algo que está comprobado en diversos estudios de investigación.^{1,2} Se ha encontrado que existen factores presentes en los ambientes clave en los que se desarrollan las personas -así como los de su historia personal- tanto de naturaleza biológica como psicológica, que incrementan la probabilidad de desarrollar adicciones o trastornos psicosociales como la delincuencia (factores de riesgo) y los que incrementan la probabilidad de no desarrollarlos (factores de protección). Esta aproximación riesgo-protección ha sido aplicada en estudios con muestras representativas de grandes sectores de población, principalmente jóvenes educandos. Estos estudios informan sobre qué tipo de factores específicos son capaces de tener algún grado de interrelación y de predicción en lo que se refiere al uso y abuso de sustancias tóxicas. Se ha visto que la experimentación con sustancias no es un comportamiento que se presente aislado; por el contrario, está siempre asociado a otras conductas de riesgo en las áreas de los estilos de vida, el manejo de los eventos negativos de la vida y en otros comportamientos antisociales. Es decir, la experimentación con sustancias adictivas forma parte de un modelo de riesgo que caracteriza a las poblaciones estudiantiles y que hemos denominado “vulnerabilidad psicosocial”.

Estadísticamente esta interrelación entre el uso y abuso de sustancias tóxicas y la presencia de otras conductas de riesgo se ha expresado en un “coeficiente de riesgo” –coeficiente de predicción entre ambos fenómenos-, el cual en la medida en que se incrementa indica que la asociación entre consumo de sustancias y otros riesgos es mayor.

Este enfoque ha sido de gran utilidad para el diseño de exitosas intervenciones preventivas, ya que existen evidencias de que las personas que no han desarrollado adicción y que sí presentan consumos, son un porcentaje ya muy significativo de jóvenes, que no están interesados en disminuir sus consumos por lo

que las intervenciones centradas en la droga tienen poca probabilidad de éxito. Por el contrario, las intervenciones basadas en los factores de riesgo-protección -que refuerzan el factor de resiliencia y que neutralizan los riesgos- por lo general son bien aceptadas como medida de prevención selectiva en las poblaciones que ya están experimentando con sustancias, puesto que se centran más en habilidades para la vida que en la disminución de los consumos.

La prevención de riesgos psicosociales ha evolucionado de simples exhortos y cápsulas informativas sobre aquéllos y sus consecuencias negativas en la vida de las personas y sus comunidades, a verdaderas intervenciones educativas con aprendizajes significativos sobre habilidades de protección, en las que se adquieren las competencias para una práctica cotidiana de técnicas de reflexión, relajación, meditación, negociación y aprendizajes significativos y colectivos.

El enfoque en competencias, la visualización del riesgo acumulado como un fenómeno de estrés psicosocial, y el valor de los sentidos de pertenencia como factores que fortalecen a los individuos en los momentos de adversidad, le han dado a la prevención un sentido totalmente nuevo y

Correspondencia

Maestra María Elena Castro Sariñana. Manzana Sur No 61 Barrio de San Martín, 52440 Malinalco, Estado de México.

Correo electrónico: ineparac@prodigy.net.mx

diferente, que incluso ha llevado a prescindir del concepto clásico de prevención, planteado de forma negativa: “evitar que algo pase”, “disminuir la probabilidad de desarrollar trastornos”, a un concepto positivo relacionado con la adquisición de saberes para vivir mejor. Se trata más de mantener la salud, que de evitar la enfermedad, en donde el enfoque de riesgo/protección es un continuo dinámico y cambiante de acuerdo con el contexto y con los eventos que se experimentan, y no dos categorías dicotómicas, fijas, que se excluyen mutuamente.

El modelo de riesgo del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC (Inepar) que se estudia con el Inventario de Riesgo-Protección para Adolescentes (IRPA) ha sido aplicado a poblaciones de enseñanza básica, media superior y superior, y considera las siguientes variables:

Salud: factores relacionados con enfermedades del aparato reproductor y digestivo, con traumatismos y con accidentes.

Consumo de sustancias adictivas por parte de familiares y amigos: problemas asociados con la forma de beber y el consumo.

Sexualidad: tener relaciones sin protección, no haber tenido información sexual, no usar anticonceptivos.

Empleo: si los estudiantes trabajan y disponen de dinero para su uso personal.

Factores escolares: años perdidos o repeticiones del ciclo escolar.

Actos antisociales: haber vendido drogas, tomar parte en riñas, forzar cerraduras.

Eventos negativos: pérdida de un familiar, cambios de domicilio.

Estilos de vida: compulsión por los juegos en computadora y más de dos noches de recreación a la semana.

Este modelo de riesgo-protección indica que la experimentación con sustancias tóxicas como variable dependiente está rodeada de una serie de variables independientes o predictivas que explican el consumo (con diferentes pesos predictivos). La hipótesis de trabajo y de intervención con este modelo parte del hecho de considerar a las conductas de riesgo como un todo, lo que conforma la llamada vulnerabilidad psicosocial, susceptible de ser neutralizada o disminuida con factores de protección.^{1,2}

El riesgo acumulado y la vulnerabilidad psicosocial han sido conceptualizados por algunos autores como “adversidad acumulada” y considerada un fenómeno de estrés psicosocial por los múltiples estresores que esta adversidad genera, y se considera como la clave para entender patrones de conducta negativa que están experimentando muchos sectores de población, entre los cuales la adolescente no es la excepción. Experimentar varios factores de riesgo al mismo tiempo (abuso de sustancias tóxicas, conducta antisocial, eventos negativos en la vida familiar, personal, estudiantil y laboral) es un índice acumulado de exposición al estrés.³ Dentro de este marco de referencia teórico, llamado Estrés/Riesgo/Resiliencia (ERR), se está actualmente investigando e interviniendo en poblaciones de niños y niñas, adolescentes, jóvenes y adultos promoviendo redes comunitarias y el aprendizaje de habilidades para la vida, tanto en los planteles escolares y estudiantiles, como en los barrios, los grupos de vecinos, los hogares y los centros de trabajo.

Sin embargo, a esta visión integral de la prevención, compleja como la realidad misma en la que se interviene y que supera con mucho la visión simplista de la prevención como un recetario de buenos consejos y advertencias, le hace falta un eje transversal especialmente entre adolescentes y jóvenes: el concepto de género, que debe ser considerado siempre. El enfoque de género en el ambiente de la educación preventiva es algo que apenas inicia, pues el propio concepto de prevención como nuevos aprendizajes para vivir mejor y no como evitar que algo suceda es una discusión nueva.^{4,5}

En un pequeño estudio llevado a cabo en el Distrito Federal (DF) con población de estudiantes de enseñanza media superior, las mujeres reportaron un nivel predictivo de vulnerabilidad psicosocial que tiene que ver más con el manejo de su sexualidad y los hombres con el manejo de su agresión: los hombres perciben una mayor presencia de focos rojos en eventos relacionados con pleitos y riñas.⁶ Este hecho empírico pasa por una construcción social que resta oportunidades de desarrollo personal tanto a hombres como a mujeres, en una edad en que a ellos les impide desarrollar su parte no violenta, y a ellas manejar su sexualidad como una dimensión placentera de la vida por desarrollar y cultivar, limitadas porque están involucradas en intercambios de sometimiento hacia el varón.

Analizar los riesgos psicosociales de hombres y mujeres en un censo de adolescentes de 32 891 estudiantes de educación media superior a distancia (EMSAD), que desarrollan su quehacer cotidiano en los municipios y pequeños poblados de 30 estados del país,* nos permite concluir sobre las diferencias de magnitud y presencia de riesgos psicosociales entre nuestros adolescentes hombres y mujeres. Poner en cifras esas diferencias en una población medida en 2005 es una oportunidad importante para

*No incluye al Distrito Federal.

sugerir caminos futuros y nuevos paradigmas para intervenciones e investigaciones en el campo de la prevención, que refuercen las identidades masculinas y femeninas de la población adolescente mexicana como factores de resiliencia frente al efecto adverso de los riesgos psicosociales presentes en sus ámbitos escolares, familiares y vecinales.

Material y métodos

En este estudio se plantean tres interrogantes básicas:

1. ¿Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres al analizar las medias de riesgo tanto en las 82 preguntas de riesgo (IRPA global), como en cada una de sus áreas (consumo de sustancias tóxicas, vulnerabilidad psicosocial y eventos predictores) y en los 14 factores de riesgo investigados?
2. ¿Cuál es el coeficiente de riesgo en hombres y mujeres?
3. ¿Cuáles son las cifras de prevalencia de las sustancias tóxicas investigadas: alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal y drogas de uso médico?

El instrumento

El Inventario de Riesgo-Protección para Adolescentes ha sido desarrollado por Inepar y forma parte de las Estrategias Chimalli para la prevención del uso de drogas y otros riesgos psicosociales.⁷ Actualmente consta de 82 preguntas sobre conductas de riesgo y de 26 acerca de la resiliencia (agregadas a su versión 2005), y de una escala de conductas alimentarias con 10 reactivos, que se añadió en 2007. En este trabajo sólo se presenta lo relativo a las preguntas sobre riesgo (versión 2004), las cuales indagan sobre la ausencia o presencia de comportamientos de riesgo, asignando un puntaje cuando se aclara que la conducta está presente.

El tratamiento estadístico de este puntaje en el total de las preguntas

y en cada una de sus áreas se hace mediante dos programas computarizados: el IRPA-Inepar y el Statistical Package for Social Sciences (SPSS).⁸

- El Programa IRPA-Inepar procesa los datos para obtener categorías de bajo, mediano y alto riesgo. Para interpretar estas tres categorías de riesgo-protección se utiliza la metáfora de semáforo, en la cual se considera:

Bajo riesgo o protección (verde): alumnos protegidos que no reportan la conducta de riesgo en casi ninguna o ninguna de las variables de cada factor.

Mediano riesgo (amarillo): alumnos que obtienen un puntaje que implica conducta de riesgo en algunas de las variables de cada factor.

Alto riesgo (rojo): los que obtienen un puntaje que implica la conducta de riesgo en la mayoría de las variables.

El programa transforma los puntajes brutos de cada área y de cada factor a calificaciones z , tomando como parámetro de estandarización las medias obtenidas en una encuesta nacional llevada a cabo en 2004 en la población de jóvenes que asistía a la Preparatoria Abierta.[#]

Los puntos de corte para establecer las categorías de bajo, mediano y alto riesgo resultan de aplicar la fórmula de la calificación z ,⁹ que considera el valor de las medias y desviaciones estándar de la muestra de referencia; en el cuadro I se observan las que sirvieron para el cálculo de la calificación z , y el puntaje bruto de la muestra de estudio, en donde el alto riesgo es igual a puntajes z mayores de 1, el mediano, de ± 0.99 y el bajo, de menores de 1. Esto significa que el número de estudiantes que se categoriza como 'focos rojos' reportan para el IRPA global, es decir para la totalidad de las preguntas del cuestionario, un puntaje de riesgo superior a la media de 29 a 48, que equivale a una calificación z de +1 y más; para los "focos amarillos" un puntaje de riesgo alrededor de la media entre 19 y 28, y una calificación z de ± 0.99 ; y para "los focos rojos" un puntaje de riesgo por debajo de la media entre 0 y 18, y una calificación z de -1 en adelante (cuadro II).

- El programa SPSS utiliza una rutina de análisis diseñada para procesar las bases de datos de acuerdo con el concepto operacionalizado por Inepar de vulnerabilidad psicosocial y de coeficiente de riesgo psicosocial. La sintaxis transforma variables simples en variables complejas a través de remodificación, tablas de cruce, análisis estadísticos de tipo intercalar. Para este estudio se procesaron las rutinas de cruces de variables y remodificaciones para construir las categorías de alto, bajo y mediano consumo y alta, media y baja

Cuadro I. Medias y desviaciones estándar base para el cálculo de puntaje z . Estudio nacional. Dirección General del Bachillerato, México, 2004

Áreas/ categorías de riesgo	Medias	Desviaciones estándar
IRPA global	18.4	9.7
Vulnerabilidad psicosocial	7.2	3.6
Consumo de sustancias tóxicas	5.2	5.2
Eventos predictores	3.8	1.4

[#]Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC. Estudio nacional en jóvenes usuarios de Preparatoria Abierta. Base de datos; 2004.

Cuadro II. Intervalo de puntaje obtenido para cada categoría de riesgo. Estudio nacional realizado en usuarios del sistema abierto. Dirección General del Bachillerato, México, 2004

Áreas/ categorías de riesgo	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo
IRPA global	29-48	19-28	0-18
Vulnerabilidad psicosocial	11-22	8-10	0-7
Consumo de sustancias tóxicas	11-27	6-10	0-5
Eventos predictores	6-7	4-5	0-3

Fuente: La investigación en adicciones en México 2000-2006. Comisión de Investigación, Capacitación y Evaluación Operativa. Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud

vulnerabilidad, y la prueba T para valorar las diferencias entre hombres y mujeres. Con análisis de regresión múltiple de tipo lineal (R^2) se calculó el coeficiente de riesgo.

Está dirigido a poblaciones estudiantiles. La sección de drogas y conducta antisocial fue elaborada con base en cuestionarios trabajados en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canadá. Desde 1980 se utiliza en estudios epidemiológicos nacionales de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Nacional de Psiquiatría, por lo que al aplicarse en poblaciones específicas ofrece diagnósticos locales para intervenir, y que pueden ser comparados con cifras nacionales y estatales. Los indicadores fueron elaborados en el contexto de un programa de investigación y preparación de informes de la OMS sobre epidemiología de la farmacodependencia y fueron los primeros de su tipo en los que se examinaron la confiabilidad y validez de preguntas relativas al uso de drogas en un país en desarrollo: México. El IRPA II es autoaplicable, anónimo, y con preguntas cerradas y precodificadas.^{8,10,11}

En su sección de conductas de riesgo el Inventario se divide en tres áreas y 14 factores:

1) Vulnerabilidad psicosocial

- Manejo inadecuado de la sexualidad: haber tenido dos o más relaciones sexuales, sin protección, no haber recibido información sexual, reportar algún motivo para no usar anticonceptivos.
- Actos antisociales: vender o haber vendido marihuana, robos mayores, participar en riñas, forzar cerraduras, vender otra droga que no sea marihuana.
- Eventos negativos: problemas con la policía o la autoridad, experiencia desagradable por el uso de drogas, de alcohol,

reprobación escolar, fuertes dificultades con los padres, rompimiento de noviazgo.

- Empleo: ocupación remunerada, dinero disponible para uso personal.
- Estilo de vida: juegos computarizados o electrónicos, aprovecharse de alguien en ocasiones, tomar un auto sin permiso del dueño, dos o más noches de recreación a la semana.
- Salud: aparato digestivo, aparato reproductor, traumatismos (accidentes).
- Consumo en familiares: parientes con problemas de alcoholismo, o consumo de alguna droga, amigos que consumen drogas.
- Factores escolares: reprobación, promedio bajo.

2) Consumo de drogas

- Drogas legales: alcohol y tabaco.
- Drogas de uso ilegal: marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, opiáceos, alucinógenos, otras drogas no especificadas.
- Drogas de uso médico: anfetaminas, sedantes, tranquilizantes (sin prescripción médica).
- Uso experimental de marihuana y cocaína.

3) Eventos predictores del consumo y vulnerabilidad en hombres y mujeres

- Mujeres: tener 16 años de edad, reportar interrupción del embarazo, promedio escolar de 6 o 7, vida sexual activa entre los 13 y 18 años de edad, haber golpeado o herido a una persona, no vivir con ambos padres, trabajar dos o más horas.

⁸ Castro ME, Carreño A. IRPA II. Manual del Inventario Riesgo-Protección para Preadolescentes, Adolescentes y Jóvenes Adultos. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC. Documento interno; 2006.

- Hombres: entre 16 y 20 años de edad, golpear o herir a una persona, experiencia sexual angustiante, robos mayores, muerte de una persona cercana.

El censo

El inventario de riesgo psicosocial, en su versión 2004, fue aplicado simultáneamente en la República a todos los alumnos del semestre en 2005, en cada una de las unidades de Educación Media Superior a Distancia. Se elaboraron instructivos para el coordinador y el aplicador, de acuerdo con el manual de aplicación IRPA. La captura de datos fue hecha con lector óptico en la Dirección General del Bachillerato. Se recabaron 32 945 inventarios. Para el análisis el censo se dividió en dos bases de datos: la de hombres, con 17 601 y la de mujeres, con 15 290, las cuales informaron sobre la variable sexo.⁵

Resultados

Hombres y mujeres tuvieron una distribución demográfica similar, con excepción de la proporción de aquellas que reportó acreditar más de nueve materias en el sistema, que es mayor, en comparación con la de los hombres, y la proporción que declaró trabajar además de estudiar, que es menor que la de los hombres (cuadro III).

En el cuadro IV se presentan la distribución de porcentajes en cada categoría de riesgo para hombres y mujeres, y sus medias de puntajes. En todas se observan diferencias significativas. En donde mayor número de hombres se localiza es en la categoría de alto riesgo, y obtienen un puntaje de riesgo significativamente mayor que las mujeres, con excepción de las drogas de uso médico y los eventos predictores que se dan por igual.

En los cuadros V y VI se presentan las prevalencias del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, y del

Cuadro III. Características sociodemográficas de participantes. Censo nacional de estudiantes de educación media superior a distancia. México, 2005

	MUJERES		HOMBRES	
	N= 17 601		N = 15 290	
Edad (años)	N	%	N	%
Menos de 18	2 222	12.6	1 658	10.8
18 a 19	9 385	53.3	7 956	52
20 a 25	4 343	24.7	4 264	27.9
Más de 25	1 575	8.9	1 342	8.8
Sin información	76	0.4	70	0.5
Tiempo en EMSAD (años)				
Menos de 1	8 409	47.8	7 393	48.4
1	5 194	29.5	4 324	28.3
1 a 2	3 809	21.6	3 424	22.4
Más de 2	88	0.5	50	0.3
Sin información	101	0.6	99	0.6
Materias acreditadas				
De 1 a 3	5 391	30.6	5 663	37
De 3 a 6	1 623	9.2	2 040	13.3
De 6 a 9	439	2.5	609	4
Más de 9	9 921	56.4	6 804	44.5
Sin información	227	1.3	174	1.1
Trabaja				
Sí	2 019	11.4	2 755	18
No	15 148	86.1	12 262	80.2
Sin información	434	2.5	273	1.8
Vive con				
Padres	13 611	77.3	12 193	79.7
Sólo madre	2 200	12.5	1 682	11
Sólo padre	291	1.7	319	2.1
Otros	1 364	7.7	991	6.5
Sin información	135	0.8	105	0.7

consumo de tabaco y alcohol, con un patrón de más de 11 cigarrillos diarios y más de cuatro copas por ocasión de consumo. La tendencia a que mayor número de hombres se localice en la categoría de alto riesgo se mantiene al analizar cada droga.

La evidencia indica que ellos están más involucrados en las conductas de riesgo que ellas. Estos datos fueron corroborados también por el coeficiente de ries-

⁵La diferencia entre el total del censo y las bases de datos de hombres y mujeres se debe a que algunos estudiantes dejaron en blanco la pregunta sobre el sexo al que pertenecen.

Cuadro IV. Porcentajes en cada categoría de riesgo y medias de puntaje en riesgo global en áreas y factores del IRPA, por sexo. Censo nacional de estudiantes de educación media superior a distancia. México, 2005

Factor	Mujeres N =15 290				Hombres N = 17 601				p
	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo	Medias	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo	Medias	
Riesgo global	92.4	6.1	1.5	9.21	74.1	18.8	7.1	14.76	*
Vulnerabilidad psicosocial	86.1	10.6	3.2	4.53	60.2	23.5	16.3	7.13	*
Consumo de ATD [#]	91.4	6.8	1.7	2.00	76.3	17.8	6.0	3.75	*
Eventos predictores	87.8	11.1	1.1	2.07	52.3	44.4	3.3	2.58	*
1. Sexualidad	93.4	5.2	1.4	0.28	56.7	23.0	20.2	1.72	*
2. Actos antisociales	84.6	13.8	1.6	0.18	69.1	23.7	7.2	0.41	*
3. Eventos negativos	68.8	20.5	10.7	1.12	64.0	20.3	15.7	1.29	*
4. Empleo	53.7	37.4	8.9	0.55	35.7	50.0	14.3	0.79	*
5. Estilo de vida	62.7	27.4	9.9	0.50	42.9	35.6	21.5	0.85	*
6. Salud	50.3	36.4	13.3	0.65	46.1	39.4	14.5	0.70	*
7. Consumo en familiares	66.8	25.3	7.9	0.43	62.2	28.4	9.4	0.49	*
8. Factores escolares	31.3	53.9	14.8	0.84	29.3	52.3	18.5	0.89	*
9. Drogas legales	86.5	10.8	2.7	1.47	67.2	22.1	10.8	2.72	*
10. Drogas ilegales	93.4	4.7	1.9	0.32	85.1	9.0	6.0	0.80	*
11. Drogas médicas	89.1	5.6	5.3	0.21	89.5	5.1	5.4	0.23	ns
12. Uso experimental de marihuana /cocaína	96.2	2.3	1.5	0.06	86.5	7.5	6.0	0.22	*
13. Eventos predictores por género	88.2	9.4	2.4	1.22	65.8	24.1	10.0	1.27	ns

* p ≤ 0.05 #ATD: alcohol, tabaco, drogas ns: estadísticamente no significativo

go psicosocial para este estudio que fue de 0.25 para las mujeres y de 0.31 para los hombres, lo que indica un grado de predicción significativo entre vulnerabilidad psicosocial y consumo de sustancias para ambos sexos, pero con mayor gradiente para los hombres.

En el cuadro VII se presentan las prevalencias de los riesgos globales en cada uno de los estados. El porcentaje de hombres que declara riesgos es significativamente mayor que el de las mujeres.

Discusión

Estamos conscientes de que la simple estratificación en hombres y mujeres no lo hace por sí mismo un estudio con enfoque de género. Este trabajo no incluyó desde su

inicio un marco de referencia y operacionalización de variables ni conceptual con dicho enfoque. Más bien se plantea como resultado la necesidad de aquél. Dada la importancia de los temas de riesgo psicosocial y el número de estudiantes participantes en el censo, nos pareció importante presentar estas diferencias entre hombres y mujeres justamente para llamar la atención de los lectores y de los colegas e instituciones involucrados en la prevención de adicciones y otros riesgos sobre la marcada tendencia en la que mayor número de hombres presentan riesgos psicosociales, en comparación con las mujeres, y a pesar de que se ha documentado que cada vez mayor número de mujeres se involucra en riesgos, siguen siendo los hombres los más afectados. El concepto de masculinidad que están percibiendo nuestros adolescentes mexicanos se

Cuadro V. Prevalencias de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, por sexo. Censo nacional de estudiantes de educación media superior a distancia. México, 2005

Drogas de uso ilegal	Mujeres N = 17 601	Hombres N = 15 290
Marihuana	2.9	11.4
Metanfetaminas	1.2	2.7
Inhalables	4.8	8.7
Cocaína	1.8	6.4
Heroína	0.8	2.0
Opiáceos	1.0	1.8
Alucinógenos	1.3	3.0
Otras	1.8	5.2

ve reflejado en las cifras: ser hombre es consumir sustancias adictivas, principalmente alcohol y tabaco, pero también otras drogas; es tener sexo sin protección; arriesgarse es de hombres, cuidarse es de mujeres. Esta manera de enfocar los riesgos psicosociales a través de las percepciones sociales sobre la masculinidad requiere de nuevas intervenciones en las que el enfoque de género sea el eje transversal. Cambiar esta percepción entre los estudiantes ayudaría a reducir significativamente las cifras de experimentación con drogas y de los problemas asociados con los estilos de vida y el manejo de la sexualidad.

El número de adolescentes varones que en nuestro país está viviendo situaciones de riesgo acumulado es significativamente mayor que el de mujeres y se está convirtiendo en “ejemplo” para las jóvenes, quienes incrementan cada año sus porcentajes de riesgo. Desde el marco teórico de estrés/riesgo/resiliencia se puede afirmar que el nivel de estrés al que están sometidos los hombres es mayor y que esto desequilibra los intercambios afectivos y de estructuras de

Cuadro VI. Número de cigarros diarios y de copas por ocasión de consumo. Censo nacional de estudiantes de educación media superior a distancia. México, 2005

Sexo	Número de cigarros al día		Número de copas por ocasión de consumo	
	0 – 10	11 o más	0 – 3	4 o más
Porcentaje				
Mujeres (N = 17 601)	96.9	3.1	91.6	8.4
Hombres (N = 15 290)	95.8	4.2	77.9	22.1

dominio-sumisión en las relaciones entre los sexos, y presenta un desafío importante para la identidad masculina. En nuestra cultura: ¿ser hombre significa exponerse más a riesgos psicosociales? ¿Cómo perciben su exposición a riesgos los hombres y las mujeres? La teoría de resiliencia⁴ trata de explicar por qué algunas personas responden mejor que otras al estrés y a la adversidad, y nos dice que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social, la ansiedad o el abuso. Las investigaciones en prevención tendrán que esclarecer, en estudios de casos a profundidad, cuáles son los factores internos capaces de proteger a adolescentes varones del estrés social que están padeciendo y qué tipo de habilidades tendrán que desarrollar para protegerse del que les impone esta cultura. ¿Cómo facilitar un cambio en la identidad masculina en el que el ser hombre no implique necesariamente exponerse a riesgos?

La ausencia del varón, su invisibilidad, tiene que ver con la forma como se estructuran la identidad de género masculina y sus contenidos, en lo individual y colectivo, y desde los propios servicios de salud. En ellos está presente la noción de invulnerabilidad: “a los varones nunca les pasa nada”; la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzada por los medios de comunicación masiva, especialmente en los jóvenes; la creencia de que “la sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto descontrolada” y, por ello, de poco serviría, a través de los servicios de salud, tratar de normarla, encausarla o de socializar a los varones en conductas preventivas. Es necesario redoblar los esfuerzos que se están haciendo en el terreno de la prevención por utilizar los espacios típicamente masculinos como lugares de nuevos aprendizajes y habilidades para la vida, que cambien la percepción de que mientras más riesgos se enfrentan, más hombre se es.

La Organización Panamericana de la Salud está realizando programas de intervención con enfoque de género dirigidos a varones,⁵ niños preadolescentes y adolescentes que aprenden habilidades para la vida con su entrenador de fútbol. Estos programas son un ejemplo de cómo se están abriendo espacios de reflexión preventivos sobre estos temas.

⁵ Organización Panamericana de la Salud / Secretaría de Salud Jalisco / Secretaría de Salud Hidalgo. Programa educativo de fútbol: Jugados por la salud. Base programática; 2005.

Cuadro VII. Distribución de porcentajes en cada categoría de riesgo, por sexo. Censo nacional de estudiantes de educación media superior a distancia. México, 2005 *

Riesgo global	N(M)	N(H)	Mujeres			Hombres		
			Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo
Aguascalientes	267	168	93.6	4.1	2.2	69.0	20.8	10.1
Baja California	632	509	83.7	13.3	3.0	56.6	27.1	16.3
Baja California Sur	629	563	80.6	15.4	4.0	52.9	31.1	16.0
Campeche	673	674	94.1	4.5	1.5	76.3	17.8	5.9
Chiapas	1395	2141	96.3	3.1	0.6	83.2	13.3	3.5
Chihuahua	559	468	88.7	9.1	2.1	68.4	22.4	9.2
Coahuila	410	312	91.7	6.3	2.0	73.1	21.8	5.1
Colima	93	43	92.3	2.6	5.1	67.4	25.6	7.0
Durango	418	357	92.1	6.2	1.7	61.3	26.6	12.0
Edo Méx	571	430	94.4	4.4	1.2	79.3	15.1	5.6
Guerrero	116	54	87.9	11.2	0.9	57.4	35.2	7.4
Guanajuato	46	21	80.4	17.4	2.2	52.4	33.3	14.3
Hidalgo	1692	1594	94.6	4.2	1.2	80.9	14.2	4.9
Jalisco	1238	735	89.1	9.0	1.9	66.3	25.0	8.7
Michoacán	950	565	90.9	7.9	1.2	74.5	20.0	5.5
Morelos	175	94	94.9	4.0	1.1	74.5	19.1	6.4
Nayarit	463	372	88.6	10.2	1.3	64.8	25.5	9.7
Nuevo León	56	61	85.7	12.5	1.8	65.6	24.6	9.8
Oaxaca	1772	1588	95.2	3.9	0.9	81.2	14.2	4.5
Puebla	109	85	94.5	5.5		72.9	20.0	7.1
Querétaro	1025	631	92.6	6.2	1.2	68.5	23.5	8.1
Quintana Roo	750	689	95.1	4.3	0.7	75.3	19.2	5.5
Sinaloa	251	209	94.4	4.8	0.8	62.2	23.0	14.8
Sonora	219	229	81.7	12.3	5.9	54.6	27.5	17.9
San Luis Potosí	381	347	96.6	2.1	1.3	76.1	15.3	8.6
Tabasco	1003	970	95.0	3.4	1.6	76.5	15.7	7.8
Tamaulipas	349	272	92.0	7.4	0.6	69.1	23.5	7.4
Tlaxcala	178	135	89.3	7.9	2.8	64.4	28.9	6.7
Veracruz	34	37	94.1	2.9	2.9	75.7	13.5	10.8
Yucatán	259	304	99.2	0.8		88.5	8.6	3.0
Zacatecas	916	607	94.4	4.4	1.2	74.8	19.9	5.3

*No incluye al Distrito Federal

Referencias

- Consejo Nacional contra las Adicciones. La investigación en adicciones en México 2000-2006. México, DF: Comisión de Investigación, Capacitación y Evaluación Operativa, CONADIC, Secretaría de Salud.
- Burak SD. Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolesc Latinoam* 1999;1(4): 222-30.
- Castro ME, Llanes J. El coeficiente de riesgo psicosocial como medida compleja para el monitoreo y seguimiento de la vulnerabilidad psicosocial en poblaciones estudiantiles. *Cuadernos de prevención. Liberaddictus* 2006;(91):89-112.
- Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M. *Stress. Risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanism, and interventions.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1996.
- López-Méndez I, Alcalde-González-Torres AR. Guía práctica para la igualdad entre mujeres y hombres. Capítulo Género y desarrollo. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Ibero América. Madrid, España: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid (IUDC); 2003.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer / Secretaría de Salud. Género y adicciones. En: *Género y políticas en salud.* México, DF: UNIFEM / SSA; 2003.
- Castro ME, Margain M, Llanes J. Una propuesta de prevención de riesgos psicosociales con enfoque de género. *LiberAddictus* 2006;(90):1-8.
- Statistical Package for Social Sciences. Versión. Base 10.0 Manual del usuario SPSS. Irlanda: SPSS; 1999.
- Castro ME, Llanes J, Margain C, Carreño A. México. Estrategias Chimalli para la prevención de adicciones y otros riesgos psicosociales. Descripción del modelo y evaluación de sus aplicaciones. Capítulo siete. Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables. Planteamientos teóricos y experiencias internacionales. Avances en drogodependencias. Instituto Deusto de drogodependencias. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2006: 165-200.
- Villatoro J. Cuestionarios epidemiológicos para poblaciones estudiantiles. Documento metodológico del Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Drogas. México, DF: SSA / Conadic; 2003.
- Medina-Mora ME, Castro ME, Campillo Serrano C, Gómez Mont FA. Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. *Bull Narcotics* 1981;33(4):67-76.

www.yquesexo.com:

una fuente de información adecuada en sexualidad y salud reproductiva pensando en las y los adolescentes

Rossana González Osorno,¹ MC, Juan Pérez Sánchez,

Lic en Psicología,¹

Alejandro Rosas Solís, MC.¹

¹ Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

Actualmente la población adolescente de nuestro país está cada vez más involucrada en el uso de tecnologías de vanguardia para satisfacer sus necesidades de información y esparcimiento. Uno de estos recursos es el empleo de la internet para allegarse de información en sexualidad y salud reproductiva. Algunos estudios señalan que las y los jóvenes le están adjudicando a este medio una relevancia particular, puesto que lo consideran más indispensable que el teléfono celular, la televisión, la radio y los medios impresos.

Bajo esta perspectiva y con el propósito de dar cabal respuesta al derecho a la información y la vinculación de las y los jóvenes con los servicios de salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) diseñó y estructuró el portal interactivo para adolescentes www.yquesexo.com, el cual constituye una estrategia informativa de actualidad, y goza de una gran preferencia y prestigio en la población joven.

Tiene la característica de ser interactiva, pues además de encontrar en ella una diversidad de temas sobre sexualidad y salud reproductiva, las o los visitantes pueden plantear sus dudas al especialista, recibir las respuestas, sugerir temas nuevos u opinar sobre los existentes y, en caso necesario, ser enlazados a uno de los 731 Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, que opera la Secretaría de Salud en sus unidades en todo el territorio nacional. Esta iniciativa, junto con

otras estrategias que impulsa el Programa de Acción correspondiente, pretende contribuir en el acceso a la información y orientación en sexualidad y salud reproductiva para la población adolescente y joven de México, que favorezca la toma de decisiones responsables y libres.

Algunos de los aspectos que la distinguen es que busca guardar el anonimato, permitiendo el ingreso por un "alias", consecuentemente, la confidencialidad de los temas tratados no los "balconean", puesto que se maneja el apodo y no el nombre real del usuario; la información vertida está científicamente avalada, lo que da alta confiabilidad a los textos tratados; se ofrece a los usuarios un lenguaje claro; se propicia un ambiente de confianza y calidez entre el usuario y el especialista mediante el ingreso a la sección correspondiente. Por último, si el caso lo amerita, se da seguimiento a las demandas o necesidades del o la consultante.

Asimismo, las y los visitantes tienen ciertas ventajas al ingresar a este sitio, como el de disponer de sugerencias para su atención en los servicios amigables para adolescentes, que son espacios que cuentan con personal de salud capacitado en salud sexual y reproductiva como una opción para su atención médica, psicológica o de servicio social, de acuerdo con un directorio nacional actualizado, incluyendo

Correspondencia

Dr. Alejandro Rosas Solís. Subdirector de Salud Sexual y Reproductiva. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Homero 213, 5° piso, Col. Chapultepec Morales, 11570 México, DF.

Correo electrónico: arosas@salud.gob.mx

un catálogo de atención que ofrece cada unidad, donde puede elegir el horario que más se adapte a sus necesidades, la ubicación del servicio y el tipo de atención que requiera. Obtienen las respuestas a sus dudas en menos de 24 horas.

Para su diseño y estructuración se contó con la experiencia que en más de una década ha adquirido el CNEGySR en el trabajo con adolescentes en el campo de la atención a la salud sexual y reproductiva. El personal adscrito al área de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente después de una vasta revisión bibliográfica recopiló y seleccionó la información, y elaboró los contenidos y secciones que integran dicho portal; asimismo, se diseñó el formato para proporcionar las respuestas a las preguntas planteadas.

Cabe aclarar que son pocos los espacios en la internet que ofrecen los servicios y características del presente portal, y menos aún que sean expresamente elaborados para adolescentes en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva.

Este trabajo pretende dar a conocer los resultados de las visitas al portal www.yquesexo.com, como un recurso para la difusión, prevención y promoción de la sexualidad y salud reproductiva en la población adolescente y joven de México y otros países. Por ello, en un primer momento se describirán aquellos datos que dan cuenta de su trascendencia en las y los jóvenes, se proporcionarán algunos ejemplos de las principales preguntas planteadas, se presentarán datos estadísticos sobre las características de los cibernautas que ingresan al portal y se concluirá con una revisión de sus principales indicadores.

Descripción del Portal

Para introducirse a este sitio sólo hay que ingresar algunos datos generales del usuario, como la edad, el sexo, la escolaridad, entidad del país de donde visita, país y estado civil. Se confirman los datos proporcionados oprimiendo la tecla Enter en el cuadro mandar o, en caso contrario, regresar. Una vez ingresado, se llega a la página principal, donde se tiene una visión de todas las opciones disponibles. Sobresalen la invitación a ingresar a las distintas secciones y el ofrecimiento a plantear las dudas que pudieran existir; los personajes tienen apariencia jovial, se puede apreciar movimiento donde aparecen éstos, datos de interés y pregunta al especialista.

La página está constituida por 15 temas de sexualidad y salud reproductiva, con una sección de “suge-

rencias para los más chavos” (figura 1), 13 foros en la sección pregunta al especialista, ligas con páginas afines y teléfonos de ayuda para casos de crisis, viñetas (cómic) y animaciones (figura 2), sección de preguntas frecuentes, mitos y tabúes en sexualidad, ¡sabías que!, tests, datos de interés y personajes juveniles.



Fig. 1. Sección de invitación para ingresar a las distintas secciones. Portal www.yquesexo.com

En la parte superior se ubica una imagen de los personajes protagonistas del portal; inmediatamente abajo, se localizan los iconos correspondientes a mitos y temas sobre sexualidad, pregunta al especialista. Al entrar a “servicios amigables” vemos los escudos de todas las entidades del país, y al pulsar el nombre de un estado se despliega el directorio de los servicios amigables disponibles en esa entidad. Aquí es donde se concreta la vinculación entre esta estrategia y los servicios de salud para adolescentes en todo el país.



Fig. 2. Personajes, Viñetas (Cómics), Animaciones y Test de Sexualidad. Portal www.yquesexo.com



Fig. 3. Sección Directorio Institucional y de Enlaces. www.yquesexo.com

En la parte inferior hay cinco botones que facilitan el acceso a los temas de interés en las diversas secciones (figura 3).

Finalmente, se puede llegar aquí de manera rápida desde buscadores internacionales, mediante el ingreso de los cientos de conceptos centrales de sexualidad y salud reproductiva que aborda este sitio.

Los 13 foros de pregunta al especialista

Estos foros son espacios dentro del portal que permiten la comunicación entre las y los jóvenes que tienen las mismas dudas; la comunicación se da en tiempo diferido dado que los mensajes se guardan por un periodo determinado. Es un lugar donde se ubican sus preguntas y las respuestas correspondientes proporcionadas por el especialista; así, ellas

Foros de pregunta al especialista

Sexualidad

Todo lo referente a la sexualidad; es decir, cómo eres, cómo actúas, qué piensas respecto de la sexualidad, qué cambios vas teniendo, cómo te relacionas con los demás, cómo es la relación con tus padres, nuevas sensaciones, descubrimiento del erotismo y del placer, qué es un orgasmo.

Qué son los derechos sexuales y reproductivos, para qué sirve conocerlos y cómo se ejercen.

Anticonceptivos

Todas tus dudas sobre anticonceptivos y sus características, para qué sirven, cómo funcionan, cómo se usan, ventajas y desventajas, dónde adquirirlos, si las adolescentes pueden usarlos y cuáles son los más recomendables, cómo saber cuáles son los días fértiles y desventajas del coito interrumpido.

Mi cuerpo

Todas las dudas que tengas sobre crecimiento y desarrollo de tu cuerpo, los cambios durante la pubertad y la adolescencia, percepción de tu cuerpo y diferencias anatómicas respecto al de otros. Dudas que tengas acerca de la menstruación, el proceso de la eyaculación en los hombres, qué hacer cuando se presenta la primera menstruación y las poluciones nocturnas, qué es la higiene sexual y cómo llevarla a cabo.

Mi desarrollo psicosexual

Dudas sobre las diferentes etapas de la adolescencia y características de cada una de ellas, cambios sociales y emocionales, cómo saber si estás preparado para tener una relación sexual, cómo platicarlo con la pareja, cómo hacer acuerdos.

Noviazgo

Todas las dudas sobre las relaciones de pareja, el noviazgo, cómo enfrentarse al acoso sexual y a la violencia sexual, cómo saber si hay situaciones de abuso sexual, decidir en pareja el inicio de la vida sexual, cómo se planean las relaciones sexuales y para qué, cómo detectar cuando hay violencia en el noviazgo, construyendo relaciones sanas.

Embarazo no planeado

Todas las dudas acerca de cómo prevenir un embarazo, cómo saber si se está embarazada, qué hacer, a dónde acudir, dónde y cuándo hacer la prueba de embarazo, cómo enfrentarlo con los padres, a dónde acudir, causas y consecuencias del embarazo en adolescentes.

¿Tienes un proyecto de vida?

Dudas acerca de qué es un proyecto de vida y para qué tenerlo, ventajas de seguir con el proyecto de vida, qué hacer cuando hay un embarazo no planeado y deseas seguir con tus proyectos, cómo acordar con la pareja y los padres acerca de tus proyectos.

Infecciones de transmisión sexual

En este foro puedes preguntar acerca de cuáles son las infecciones y por qué se presentan, qué contribuye a tener una infección, cómo detectarla, qué síntomas se presentan, cómo puedes saber si tu pareja tiene una infección, qué hacer y cómo tratarlas y, sobre todo, cómo prevenirlas, acerca de las prácticas sexuales de riesgo.

Sexo seguro y sexo protegido

Dudas acerca de cómo ejercer tu sexualidad, alternativas, qué es sexo seguro y sexo protegido, cómo se lleva a cabo, qué ventajas tiene practicar sexo seguro y sexo protegido, cómo protegerse y para qué, qué es el autocuidado y por qué es necesario, cómo negociar el uso del condón con la pareja y cómo se planean las relaciones sexuales. Qué es el empoderamiento en la toma de decisiones y su importancia.

Sugerencias para un tema nuevo

Esperamos tus sugerencias para desarrollar un nuevo tema y qué te gustaría se tratara en este espacio.

Sexo por internet

Dudas acerca de qué es el cibersexo, ventajas y desventajas, saber si los chats son seguros o es un espacio que propicia el abuso sexual en niños y adolescentes.

Anticoncepción de emergencia

Dudas acerca de qué es, cómo funciona, para qué sirve, cómo se toma, cuántas pastillas, dónde las venden, efectos adversos, una opción para evitar un embarazo, cuántos días después de la relación sexual sin protección funciona, una alternativa para prevenir un embarazo si el condón se rompe.

Diversidad sexual

Dudas acerca de qué es la diversidad, por qué existe, qué son las preferencias sexuales, mitos acerca de la homosexualidad, diversas formas de expresión de la sexualidad, qué significa transexual y travesti, respeto a los derechos sexuales de personas que tienen otras preferencias sexuales.



y ellos buscan las que sean semejantes a la suya, con lo que pueden resolver sus dudas o plantearlas directamente.

En este espacio, el especialista puede acceder al “expediente” del usuario registrado, puesto que puede revisar cuántas veces ha ingresado y qué preguntas ha planteado, lo cual permite una visión de su “historial” y facilita su seguimiento.

Las dudas de quienes han visitado en varias ocasiones los diversos foros quedan registradas con sus respectivas respuestas, las que sirven como un banco de datos utilizado por otros visitantes.

Datos relevantes relacionados con el portal

Desde que el sitio comenzó sus operaciones, a la fecha, se tienen contabilizados 56 037 visitantes, de los cuales 14 125 han ingresado a alguno de los 13 foros de *pregunta al especialista*, convirtiéndose en usuarios registrados; es decir, 25.2% de los ingresos totales se interesaron en visitar los espacios para consultar el banco de preguntas de los demás usuarios, y 4 050 (28.7%) de ellas o ellos plantearon de manera directa sus preguntas, lo que constituye 7.2% del total de los ingresos a este sitio.

El foro de preguntas al especialista más consultado ha sido el de *métodos anticonceptivos* (30.4% del total de usuarios registrados; figura 4). En éste se observan subdivisiones en cuanto a necesidades de información: están más interesados en conocer acerca de cuáles son los métodos anticonceptivos que pueden utilizar, le sigue el informarse sobre cuáles son los más convenientes para su edad y, con menor frecuencia, preguntan cómo se debe utilizar el método del ritmo. Por ejemplo, ¿Qué tan efectivo es combinándolo con el coito interrumpido?

En segundo orden de importancia, en el foro sobre *sexualidad* se han planteado 1 149 consultas (28.5% del total de las y los usuarios de esta sección). Los cuestionamientos

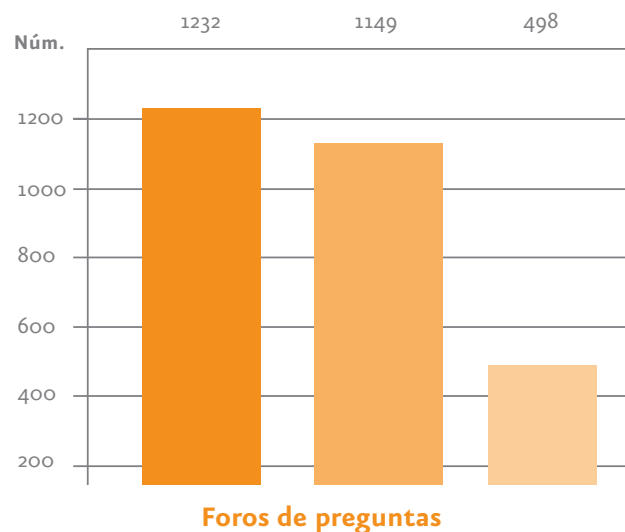


Figura 4. Los tres foros de pregunta al especialista más consultados según número de preguntas hechas. Portal interactivo www.yquesexo.com. México, 2007

más frecuentes se refieren a no saber qué hacer cuando piensan en iniciar su vida sexual activa, qué riesgo pueden tener, a qué edad pueden iniciar y qué precauciones deben tomar.

El tercer foro más visitado corresponde a *embarazo no planeado*, donde se han registrado 495 usuarias o usuarios. Sus preguntas se centran en saber cuándo hacer la prueba de embarazo; las usuarias de esta página que presentan amenorrea se cuestionan el motivo de ella, si es resultado de un embarazo, y cómo enfrentar a sus padres cuando la prueba resulta positiva.

Presentamos algunos ejemplos de las preguntas más frecuentes planteadas en estas secciones.

¿Cuándo es conveniente hacer la prueba de embarazo? ¿Los espermatozoides atraviesan la ropa interior?

¿Qué métodos anticonceptivos puedo utilizar para no embarazarme?

¿Cuándo empiezan su efecto las inyecciones?

¿La anticoncepción de emergencia cómo se llama, cuánto cuesta y dónde la venden? ¿Cuáles serían los días de peligro para quedar embarazada? y ¿Cuáles no? ¿Si tengo sexo oral o anal me puedo embarazar?

¿Me bajó el 26 y me terminó de bajar el 31 y el 6 fue cuando tuve relaciones con mi novio y es fecha k no me baja, esto kiere decir k puedo estar embarazada?

¿Puede haber embarazo si no uso condón y él eyacula fuera?

¿Cómo sé qué días podemos tener relaciones sin riesgo de embarazo?

¡Estoy muy preocupada, no me baja la regla y no sé qué hacer!

“Bueno, sólo quiero que me digan si es posible que pueda menstruar si hay embarazo y si uno de los síntomas de un embarazo sea los senos sensibles y que crezcan; bueno esas son mis dudas, espero que me puedan responder y gracias por todo”.*

Resultados

A partir de 2007 se registraron los datos que incluyen sexo, grupos de edad, escolaridad y estado civil. Hasta el momento, 2 735 (59.9%) visitantes eran mujeres, y 1 825, hombres.

En cuanto a grupos de edad, 2 020 visitantes (44.2% del total) tenían entre 15 a 20 años; 1 260 (27.6%), entre 21 a 25 años; los mayores de 25 fueron 731 (16%) y los menores de 15 años fueron los que menos accedieron a este portal (533 visitas, 11.6%). Estos datos indican que el grupo de adolescentes es, en este portal, el más interesado en conocer sobre temas de sexualidad; lo anterior se explica en tanto que están transitando por un periodo de desarrollo y de cambios, y la mayoría requieren ser informados y orientados. En no pocas ocasiones solicitan servicios de salud accesibles y gratuitos.

En cuanto al estado civil predominaron las mujeres solteras (2 168, 61.5% del total). Los hombres solteros fueron 1 357. De las personas casadas, 335 fueron mujeres (58.7%) y 235 hombres (41.2%). Entre las personas con una unión matrimonial disuelta o

*Las preguntas se transcribieron textualmente de los foros correspondientes.

Ejemplo de un caso en forma textual

Hola amigos de “yquesexo”:

tengo una grandísima confusión, llevo un año de tener relaciones con mi novia, sin embargo dentro de ese año sólo hemos tenido ocho relaciones aprox. nuestras relaciones no son tan frecuentes y jamás he eyaculado por vía coital, a veces creo que tengo dificultad para eyacular así, digo “a veces” por que considero que el coito dura muy poco (30 minutos aproximadamente.) Creo que también es por las posiciones que utilizamos (yo arriba o ella abajo) me resultan un poco cansadas y a mi pareja no le gusta la idea de otras posiciones, siempre nos cuidamos con condón pero también nos preocupa de que tengamos un embarazo no deseado, yo le atribuyo a eso mi problema...o no sé en realidad y mi pareja manifiesta que sólo una vez llegó al orgasmo y “terminó”, me siento mal por que ambos quedamos insatisfechos y a la vez frustrados. Quiero preguntarles una serie de cosas: tengo como un poco de inseguridad de eyacular dentro de ella con condón por un embarazo no deseado. ¿Qué tan seguro es el condón? ¿Qué posiciones son las más cómodas durante el sexo? ¿Las mujeres eyaculan cuando llegan al orgasmo? ¿Cómo puedo hacer para eyacular más rápido? ¿Cuánto es lo normal de tiempo en una relación coital? ¿Podemos tener relaciones durante su periodo sin protección y no tener riesgo de embarazo? ¿Una pareja monógama puede infectarse de VIH por vía sexual? ¿Qué técnicas puedo utilizar para llevar al orgasmo a mi pareja? ¿La masturbación diaria agota el rendimiento sexual? (me masturbo casi diario) creo que esto es todo un caos porque mi pareja quiere que eyacule rápido y yo siempre le digo que debemos de darnos tiempo, pero ella insiste en que le gusta rápido, considero que no tengo un problema fisiológico, ya que durante la masturbación, eyaculo entre 5 y 15 minutos aprox.

Ayúdenme por favor...

Juan

divorciadas predominaron las mujeres (52.6%), y los reportados en unión libre fueron 236 (5.1% del total).

Por los datos observados, las mujeres, independientemente de su estado civil, fueron las visitantes más frecuentes a este portal. Posiblemente esto se relaciona con el hecho de que en nuestra sociedad el comportamiento de autocuidado, la búsqueda de orientación y la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva se ha adjudicado a la mujer; sin embargo, estamos observando que la participación de los hombres, con un porcentaje ligeramente menor, se está haciendo presente a través de este medio.

Por nivel de escolaridad, encabezan esta lista 1 650 jóvenes universitarios (38.2%), le siguen los que están cursando preparatoria (1 423, 32.9%), y 690 internautas de secundaria. Los visitantes de primaria fueron 334 (15.9%) y los que asisten a Colegios de Ciencias y Humanidades, 217 (5%). Estos datos destacan que el grupo de adolescentes y jóvenes fue el que más visitó este portal, y que 94.6% manifestó tener algún grado de escolaridad (figura 5). Al parecer, a mayor escolaridad hay más necesidad de precisar información relacionada con la salud sexual y reproductiva, y posiblemente existe más apertura de los universitarios hacia estos temas, por lo que hacen más uso de este recurso para resolver sus dudas.

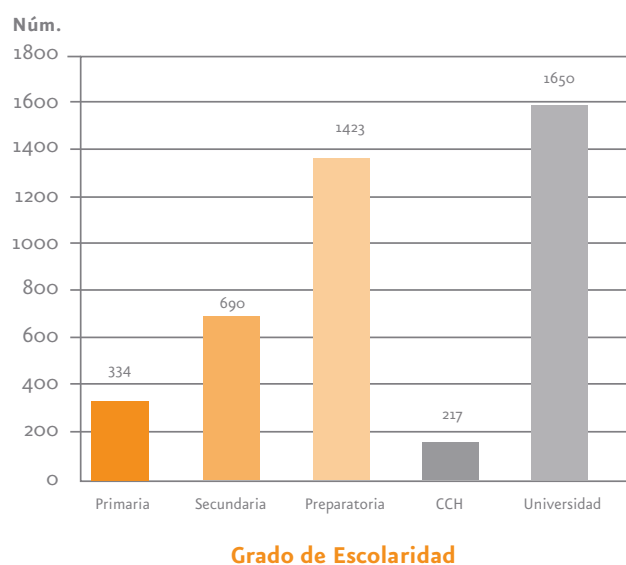


Figura 5. Número de usuarios por grado de escolaridad. Portal interactivo www.yquesexo.com. México, 2007

Conclusiones

Considerando que la principal problemática de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en nuestro país son los embarazos no planeados, así como las ITS, incluyendo el VIH/Sida, y el desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos, esta página se ha convertido en una fuente de información y espacio para la solución de las dudas de un importante número de adolescentes de nuestro país, que les permite solucionar sus problemas de manera inmediata y, en casos específicos, adquiere un carácter resolutivo.

Aproximadamente 80% de sus visitantes corresponde a cibernautas de México, y el 20% restante está integrado por consultantes de otros países de América Latina y Europa. El 59.9% de visitantes son mujeres y 40.1% hombres. Los principales temas de las preguntas al especialista se enfocan en métodos



anticonceptivos, sexualidad y embarazo no planeado, lo que nos indica cuáles son las prioridades en salud sexual de esta población.

Dado su carácter interactivo, este medio nos permite recibir retroalimentación sobre las características del servicio, la calidad de su contenido, su celeridad para proporcionar las respuestas, el lenguaje y otros aspectos de su estructura; lo anterior nos ha llevado a considerar las opiniones y sugerencias de los visitantes para su actualización. Por otra parte, en los casos que así lo requieren, este portal garantiza el seguimiento de las y los usuarios.

La información que aporta esta página es de gran relevancia para el CNEGySR, ya que es una fuente permanente de datos que facilita el diseño de nuevas acciones en salud sexual y reproductiva acordes con las necesidades que se detectan.

Con esta iniciativa, la Secretaría de Salud asume la gran responsabilidad de contribuir a garantizar el derecho a la información de las y los jóvenes, con el propósito de iniciar el proceso de autocuidado de su salud y consolidar una cultura de respeto por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de este segmento de la población. Asimismo, colabora para sensibilizarlo sobre la importancia que tiene la toma de decisiones libres, responsables e informadas en cuanto al ejercicio de su sexualidad y su reproducción, lo cual puede tener un gran impacto en el logro de sus expectativas de vida.

La contribución de este portal a la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven es la de ser un espacio abierto, permanente, gratuito, confiable; en la mayoría de las veces resolutivo, en otras, de enlace con los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes, de la Secretaría de Salud, en donde se ha observado una mayor participación de los hombres, comparada con su interés por otros temas de salud.

El alcoholismo como predisponente y facilitador de la violencia contra la mujer

De acuerdo con el modelo ecológico propuesto por Heise, retomado en la elaboración de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003),³ realizada por personal de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Salud Pública, existen factores asociados a la violencia en todas las esferas en las que se desenvuelve el individuo (como persona aislada o como integrante de una pareja sexual, de una familia, de una comunidad o de una sociedad). Todos estos factores, en interrelación y en forma dinámica, determinan y son determinados a su vez por las acciones, actitudes, creencias y comportamientos que mueven a los integrantes de cada grupo social en donde se manifiesta todo el espectro de la violencia.

De entre estos factores, el tema de las adicciones llama la atención porque su manejo ha implicado desde hace mucho tiempo una mirada de información que no pocas veces confunde, dado que este tema ha sido interpretado desde el imaginario colectivo y en el cual no toda la información es verificada de manera científica, y menos aún si lo relacionamos con la violencia en la pareja, para la cual se han unido dos variables que han sido poco estudiadas en su conjunto: el caso de la ingesta de alcohol y su relación con la violencia marital.

Según datos de la ENVIM 2003, existe una relación positiva entre violencia y consumo de alcohol; es decir, que a mayor índice de alcoholismo, mayor es la violencia; aunque este factor por sí solo no la determina, sí puede tener influencia sobre la violencia ejercida en contra de la pareja, principalmente cuando el que está consumiendo es el agresor. Para esta encuesta el alcohol se considera como un facilitador o desencadenante de la violencia y no como un factor de riesgo de la misma: el hecho de que alguien sea violento no depende del alcohol, sino que más bien éste sería considerado como un desencadenante de la conducta violenta, afirmación muy importante pues se trata de un mito muy acendrado en el imaginario colectivo: el alcohol produce la conducta violenta. Así, según las evidencias, el alcohol facilita no sólo conductas violentas sino otras más, como algunas que implican riesgos para la salud.

Los resultados de esta encuesta demostraron que los hombres consumen alcohol en mayor cantidad, comparados con las mujeres, un resultado esperado y consistente con la literatura científica al respecto; sin embargo, sorprende el alto porcentaje de mujeres que afirmaron

beber (85% y 48%, respectivamente), aunque la mayoría dijo consumir alcohol menos de una vez al mes (48.1% y 43.6%, respectivamente).

En esta encuesta se encontró que cuando el componente masculino de la pareja consume alcohol es más frecuente que se presente algún tipo de problema que cuando ellas son las consumidoras (19% y 3%, respectivamente). Es interesante también el hallazgo de que estos tipos de problemas a causa del consumo de alcohol fueron diferentes también entre sexos. En las mujeres, el problema más frecuente fue de tipo familiar (2.2%), mientras que en sus parejas el problema más frecuente fue el de dinero (15.7%), advirtiéndose aquí claramente una influencia de los roles de género asignados a cada sexo.

Asimismo, las parejas de las usuarias de los servicios de salud tuvieron mayor probabilidad de presentar más de un problema; en particular, se encontró que 12.4% tiene al menos problemas familiares y de dinero. Este riesgo es notablemente inferior en las mujeres, ya que sólo alcanzó a 1.3% de las entrevistadas.

Los problemas pueden llegar a ser indicativos de la utilización de violencia para resolverlos. En la última de las ocasiones en las que fueron víctimas de maltrato, 10.4% de las entrevistadas refirió que su novio, esposo o pareja estaba bajo la influencia del alcohol o de drogas. Aunque ésta parece ser una proporción aparentemente baja, hay que subrayar que la pregunta explora la asociación entre violencia y alcohol para la última ocasión en que la mujer fue maltratada. Al cruzar la variable de frecuencia de consumo de alcohol en la pareja actual y su relación con violencia, se obtuvo que, cuando lo hace casi todos los días, 42.1% de las mujeres reportó haber sido violentada. Esta proporción disminuye a 36% cuando el consumo de alcohol por parte del novio o pareja es de 1 a 2 veces por semana, de 29.7% cuando el consumo de alcohol es de 1 a 3 veces por mes, hasta ser de 19% cuando el novio o pareja nunca toma alcohol. Esto señala la importancia que tiene para la violencia la frecuencia del consumo de alcohol y su utilización como pretexto para resolver problemas a través de medios violentos.

Una reflexión que convendría hacer aquí parte de la subjetividad femenina al justificar el maltrato efectuado bajo la influencia de causas externas a la pareja, como es el caso del machismo “reinante en la sociedad”, así como problemas no resueltos del cónyuge (por ejemplo, “está frustrado por los problemas con la familia y se desquita conmigo”). En los relatos de las mujeres, estas causas asociadas al maltrato parecen desresponsabilizar en parte a la pareja, quien supuestamente la maltrata impulsa-

da por cuestiones que van “más allá de él”. Interesante introducción del imaginario colectivo en el cual el mandato social implica la justificación de la violencia basándose en lo que sea, y aquí el consumo de alcohol parece estar entre los justificantes ideales porque es permitido y hasta alentado suponer que alguien bajo el efecto del alcohol o las drogas puede hacer lo que quiera pues “estaba borracho”. El hecho de que sean las mismas agredidas las que utilicen éste y otros argumentos para justificar las acciones violentas de la pareja, nos habla de lo bien que se ha asimilado este concepto, y de lo ligados que van en el imaginario colectivo alcohol y violencia. Sólo que el uso del alcohol no justifica nada ni exime de ninguna responsabilidad al que lo consume, por más que deseen verlo así y la sociedad se los permita hasta el grado de que sean las propias violentadas las que se hacen eco de este mito y lo siguen promoviendo, quizá porque les resultaría más doloroso enfrentarse al hecho de que la conducta violenta de la pareja es algo que él escogió, y que está usando el alcohol para justificar aquello por lo que no se hace responsable, y para dejar que los efectos de la ingesta faciliten esa justificación.

¿Qué sucede en América Latina en cuanto a alcohol y violencia? Tristemente, la literatura revisada parece confirmar los hallazgos de nuestra encuesta mexicana. Como muestra, cito el estudio “Alcohol y Violencia Doméstica. Primeros Resultados del Estudio Multicéntrico Género, Alcohol, Cultura y Daños”,² llevado a cabo por una organización de la sociedad civil con sede en Brasil, realizado en 2007, en el cual, entre otros resultados, se cuenta que en todos los países estudiados (Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay) el alcohol estuvo presente en mayor porcentaje en las agresiones perpetradas por los hombres. En este estudio, 66% de los agresores respondieron que habían estado bebiendo previo al acto agresivo, tan sólo en Brasil. Asimismo, tanto en Uruguay como en Argentina, las mujeres maltratadas consideran el acto agresivo de mayor severidad si el hombre estuvo bebiendo antes del incidente, lo que da cuenta de la enorme severidad del problema, que tiene ya características globalizantes.

En cuanto a la edad como variable interventora, se encontró que las mayores agresiones sufridas tanto por hombres como por mujeres ocurren entre los 18 y los 20 años de edad y luego descienden. En Costa Rica se encontró también que en los hombres la mayor probabilidad de cometer actos agresivos se da entre los 30 y los 34 años de edad, datos inquietantes pues todos están relacionados con adultos jóvenes. También es de hacer notar que tanto en las agredidas como en los agresores menores de 30 años de edad el alcohol estuvo presente con mayor frecuencia en los actos de agresión.

¿Qué se desprende de este estudio? Según los datos obtenidos, parece que, al igual que en los resultados de la ENVIM 2003, existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica en los países estudiados. En Argentina, si bien fue el país en el que se reportó mayor violencia, fue, después de Uruguay, en el que el alcohol estuvo menos presente en los actos de

violencia. ¿A qué se deberá? ¿Podría tener que ver el nivel educativo, o simplemente beben menos? En cambio, en Costa Rica y Brasil, si bien se reportaron menos incidentes de violencia, la presencia de alcohol fue mayor (ello sigue siendo un hallazgo muy interesante para estudiar). Lo que sorprendentemente sigue en pie es esta relación entre alcohol y violencia, aun cuando las conductas alcohólicas y violentas difieren según el país.

De igual manera, se reportó que, en todos los países donde se realizó la investigación, los patrones de consumo de alcohol estuvieron relacionados con la agresión física recibida y realizada, un resultado fundamental de acuerdo con el tipo de violencia más asociada al consumo de alcohol. Como cabría esperar, quienes beben en exceso tienen mayores probabilidades de recibir agresiones físicas y de agredir a sus parejas que quienes beben moderadamente.

Como en la ENVIM, en este estudio se encontró que el alcohol suele utilizarse como excusa en la violencia doméstica. En Argentina, en los servicios de atención a mujeres maltratadas fue muy frecuente encontrar en el discurso de las agredidas la asociación violencia doméstica/ingesta inmoderada de alcohol como un medio de justificación de la conducta violenta.

Acorde con una de las conclusiones del mencionado estudio multicéntrico se destaca la complejidad de la temática de la violencia y su relación con el alcohol, y que las respuestas para disminuirla necesitan de aportes de diferentes tipos de intervenciones.

Luisa Güido Williamson, M en C.

Dirección General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México.
Correo electrónico: lguido@salud.gob.mx

Referencias

1. Oláiz G, Rico B, Del Río A, coord. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
2. Alcohol y violencia domestica: primeros resultados del estudio multicéntrico “Género, alcohol, cultura y daños”. Disponible en: [http://72.14.205.104/search?q=cache:aDc8DKjXiUUJ:https://cisa.org.br/UserFiles/File/ALCOHOL%2520Y%2520VIOLENCIA%2520DOMESTICA. \[2008 marzo 17\].](http://72.14.205.104/search?q=cache:aDc8DKjXiUUJ:https://cisa.org.br/UserFiles/File/ALCOHOL%2520Y%2520VIOLENCIA%2520DOMESTICA. [2008 marzo 17].)

Masculinidades, infancia y jóvenes en situación de calle.

Experiencias 2005-2008, Ciudad de México

Ricardo Ayllón, Lic. en Psicología.¹

¹ Educación con el Niño Callejero, Institución de Asistencia Privada.

Historia institucional de Educación con el Niño Callejero

Educación con el Niño Callejero (Ednica) es una institución de asistencia privada (IAP) que se fundó en 1989 con la finalidad de atender y prevenir el callejerismo infantil desde una perspectiva integral que incluye a la familia y al contexto comunitario como factores que pueden activar procesos de contención y desarraigo. Tiene una amplia experiencia institucional en el desarrollo de programas y proyectos, tanto de atención directa en calle como en centros comunitarios de día. La constante en dichos espacios ha sido el abordaje integral del fenómeno callejero en ellos, mediante el impulso de procesos educativos en aspectos como salud, higiene, sexualidad, equidad y género, autoestima, sentido de futuro, derechos humanos y de la infancia, educación cívica, apoyos emocionales y psicológicos, entre los más relevantes.

En 1993, Ednica sistematizó su “Modelo de Intervención Comunitaria”^{*1} mismo que, desde una perspectiva de desarrollo humano y comunitario, busca movilizar los recursos y capitales sociales de una comunidad a favor[#] de la infancia y juventud callejeras de la localidad. Así, el trabajo de Ednica fortalece las capacidades de autogestión y organización en función de que sea la misma comunidad quien genere sus propias iniciativas en favor de la infancia y juventud en riesgos asociados al proceso de callejerización, ofreciendo de esta forma alternativas de mediano y largo plazo a la resolución del fenómeno del callejerismo. Hasta el momento hemos completado dos ciclos de intervención comunitaria que han dado como resultado el desarrollo de experiencias

Autor para la correspondencia: Lic. en Psicología Ricardo

Ayllón Totonacas 23, Lote. 15, Col. Ajusco, Delegación Coyoacán, 04300 México, DF.
Correo electrónico: genero@ednica.org.mx

^{*}Esta sistematización posteriormente se tradujo en la publicación del libro *Con la calle en las venas*, editado por Ednica en 1997, bajo la autoría de Margarita Griesbach y Gerardo Sauri.

[#]Si bien el concepto comunidad tiene una construcción polisémica, que se nutre de distintas escuelas del pensamiento sociológico, político, cultural y antropológico, en el caso de Ednica lo significamos como: el espacio social dentro del cual se encuentran actores y entidades que, teniendo distintos vínculos intencionados entre sí, también establecen relaciones directas de intercambio con la infancia en situación de calle que participa en los programas institucionales; este intercambio se rige, en primer lugar, por las necesidades de sobrevivencia de los grupos de infancia y en segundo plano, por las necesidades culturales y psicosociales de cada uno de los actores. Esta acepción del concepto comunidad retoma al territorio como una variable de relevancia, entre otras más, en la estructuración de las comunidades urbanas en las que intervenimos, sin embargo, no limita el concepto comunidad al espacio geográfico.

institucionales que, habiéndose constituido legalmente, fueron fundamentadas por un proceso de transferencia y fortalecimiento metodológicos. Así, en la Ciudad de México, en la zona de Observatorio, en 1998 se contribuyó a la constitución de la Fundación San Felipe de Jesús, IAP; mientras que en las inmediaciones del metro y paradero de Indios Verdes, se logró, en el año 2000, el surgimiento formal de la asociación civil Niños y Jóvenes de Indios Verdes (Nijive). Desde mayo de 2001 se inició nuestra tercera intervención comunitaria en la colonia Morelos, en la delegación Venustiano Carranza; ésta ha madurado de manera gradual a partir de la integración de los distintos grupos beneficiarios y de la participación de diversos actores comunitarios en su operación. Desde 2005 se ha iniciado el proceso de transferencia de la intervención comunitaria en la colonia Morelos, mismo que concluyó una etapa de reformulación a finales de 2007, para dar paso al inicio de nuestra cuarta intervención comunitaria, en la delegación Xochimilco.

Asimismo, en 2003 iniciamos la operación del Centro Educativo por la Infancia (CEI), en la colonia Ajusco y puntos aledaños, bajo el enfoque de “intervención comunitaria permanente”, con el fin de atender preventivamente a la infancia trabajadora y en riesgo de la zona, así como a sus familias. Con el CEI buscamos también la construcción de metodologías innovadoras de atención a los grupos ya mencionados, que posteriormente puedan ponerse en práctica en las intervenciones comunitarias de otros contextos; por ejemplo, como producto del trabajo que se ha desarrollado con la operación del CEI, Ednica ha incorporado en su modelo de atención la perspectiva de género, masculinidades no violentas, ha fortalecido la propuesta metodológica y de atención desde la óptica de los derechos de la infancia, la participación y la ciudadanía infantiles. Desde un punto de vista operativo, ha generado acciones integrales para un sector de la población –infancia trabajadora y en riesgo que no recibe atención en esta zona de la ciudad por parte de autoridades gubernamentales ni de la sociedad civil.

Durante sus 19 años de experiencia, Ednica ha logrado sistematizar diversas publicaciones que dan cuenta de los aprendizajes teórico-metodológicos y de las posturas institucionales acerca del callejerismo juvenil e infantil; ha diseñado y difundido diversas campañas de comunicación social. Asimismo, ha incidido en el posicionamiento

to del tema de “infancia callejera” en el ámbito de las políticas públicas y de las representaciones sociales del fenómeno mediante propuestas de políticas públicas, como la de la Norma Oficial Mexicana para la Atención de Infancia en Situación de Calle, misma que no fue aprobada; también se ha participado en el diseño de diversas campañas de comunicación social.

El problema central que orienta nuestro quehacer institucional es la existencia de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de calle. Con esta perspectiva, Ednica interviene en la atención de problemas y de actores relacionados con los grupos de infancia y con el fenómeno del callejerismo. Hablamos de situaciones concretas, tales como prevención y reducción del daño por adicciones, violencia familiar, deserción escolar, salud preventiva, entre otras. En cuanto a otras personas e instancias atendidas están: madres, padres y familiares de la infancia beneficiaria; maestros y escuelas públicas; autoridades locales; organizaciones sociales ubicadas en las zonas de intervención y otros actores comunitarios.

La labor institucional de Ednica es una estrategia de atención integral que se aplica en contextos urbanos marcados por la presencia del callejerismo y trabajo infantil, en la que todos los programas incluyen como valores los siguientes referentes:

Educación popular: sistema educativo con objetivos programáticos dirigidos a fomentar la diversidad de la sociedad, es decir, a crear y fortalecer movimientos sociales, culturales y de opinión, que a su vez dinamizan la sociedad civil, aumentando su capacidad de concertación y conflicto regulado y permitiendo la expresión y el desarrollo de la creatividad social.

Desarrollo comunitario: proceso paulatino de modificación de los entornos, significados, dinámicas, representaciones sociales que los individuos impulsan a partir de un ejercicio conciente y crítico de su realidad social para transformarla.

Derechos de la infancia: derechos contenidos en la Convención de los Derechos de la Infancia aprobada por México en 1990.²

Participación infantil: la participación de la niñez es la participación informada y voluntaria de los niños y las niñas –incluyendo a quienes tienen capacidades diferentes y a quienes están en situación de riesgo– en cualquier asunto que les concierna directa o indirectamente.³

Corresponsabilidad: el compromiso mutuo para la búsqueda de soluciones e iniciativas que incidan sobre las problemáticas sociales que nos ocupan, sus beneficiarios y otras instancias.

Perspectiva de género: el fomento de la igualdad entre mujeres y hombres y la promoción de programas adaptados

a las problemáticas que se revelan propias de cada género (por ejemplo, programas dedicados a las mujeres y a las niñas).⁴

Resiliencia: es la capacidad del ser humano para sobreponerse a condiciones y situaciones de extrema adversidad, fortaleciéndose incluso a sí mismo.

De forma más específica, nuestros CEI, ubicados en las colonias Ajusco, Morelos y Xochimilco cuentan con los siguientes servicios y programas:

Programa de Niño Trabajador y en Riesgo

Ludoteca y videoteca, acompañamiento escolar, actividades recreativas y culturales, talleres, promoción de los derechos de la infancia, espacio de lectura, gestión de becas, contención y escucha, centro de cómputo, canalización para atención de problemáticas específicas (salud, representación jurídica).

Programa de Familias

Contención y escucha, talleres con temáticas diversas, grupos de reflexión sobre género y masculinidad; prevención, detección y canalización de la violencia familiar.

Programa de Red Social y Comunitaria

Información y sensibilización para construir capacidades de atención a poblaciones callejeras y en riesgo; acceso a las instalaciones, campañas de sensibilización.

En nuestro Centro Morelos, localizado a un costado del Centro Histórico de la Ciudad de México, los programas y servicios asistenciales son los siguientes:

Programa de Niño Callejero

Aseo personal (servicio de regaderas y lavaderos), promoción de la revinculación familiar o de vida alternativa a la calle, educación no formal (talleres de capacitación y promoción de sus derechos), desarrollo de habilidades, disminución del daño por consumo de droga, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia y demás riesgos asociados a la vida en calle, cultura y recreación, cómputo y canalización o gestión de servicios especializados ofrecidos por otras instituciones que complementen los procesos de atención provistos desde Ednica.

Programa de Niño Trabajador y en Riesgo

Ludoteca, videoteca, apoyo a tareas, actividades recreativas y culturales, talleres sobre diversas temáticas, promoción perma-

nente de los derechos de la infancia, espacio de lectura, gestión de becas, centro de cómputo, contención y escucha.

Programa de Familias

Contención y escucha, talleres con temáticas diversas, grupos de reflexión sobre género y masculinidad, detección y canalización de casos de violencia familiar.

Programa de Salud Comunitaria

Taller de formación de promotoras comunitarias de salud, el taller de medicinas alternativas, salud preventiva para poblaciones callejeras, canalización a servicios médicos.

Programa de Red Social y Comunitaria

Información y sensibilización para construir capacidades de atención a poblaciones callejeras y en riesgo; acceso a las instalaciones, campañas de sensibilización.

Programa de Equidad de Género

Este programa inicia sus actividades en Ednica desde 2005, desarrollando estrategias de reflexión y promoción de la equidad de género, así como impulsando acciones de prevención y atención en violencia de género; ambos esfuerzos dirigidos a las poblaciones que atendemos en nuestros centros de intervención.

Los tres ejes de trabajo del Programa de Equidad de Género son:

Prevención

Informar y sensibilizar a niños, niñas y adolescentes en otras formas de ser hombre y mujer, que promuevan relaciones equitativas y no violentas, por medio de talleres y actividades lúdico – educativas.

Informar y sensibilizar a madres y padres de familia en la promoción de valores equitativos y de buen trato en sus familias, por medio de talleres de reflexión.

Reflexión

Formar, coordinar y facilitar grupos de reflexión para padres de niñas y niños trabajadores y en riesgo asociado con la calle, para crear un espacio de escucha, contención y reflexión en torno a las formas de ser hombres, descubriendo otras alternativas de ser, sentir y actuar desde las masculinidades en el buen trato.

Formar, coordinar y facilitar grupos de reflexión con madres de niñas y niños trabajadores y en riesgo asociado con la calle, creando un espacio de escucha, contención y reflexión en torno a las formas de ser mujeres, descubriendo otras alternativas de ser, sentir y actuar desde el empoderamiento y fortalecimiento tanto individual, como grupal.

Atención

Capacitar al personal docente de escuelas y agentes promotores de las comunidades en las temáticas de equidad de género, masculinidades y violencia para que puedan realizar acciones de réplica en sus poblaciones y continúen promoviendo relaciones equitativas y de buen trato en hombres y mujeres.

Brindar sesiones terapéuticas individuales para mujeres u hombres, orientadas a trabajar desde sus identidades femeninas y masculinas.

Acciones realizadas

La Fundación Pfizer ha sido un apoyo importante en el desarrollo de las actividades del Programa de Equidad de Género, en específico en lo referente al trabajo en masculinidades.

En el año 2005 se iniciaron las actividades de intervención en la comunidad, específicamente con los niños de algunas escuelas consideradas como vulnerables, debido a que son niños que viven en las siguientes condiciones familiares: violencia intrafamiliar, problemas de alcoholismo, drogadicción o ambos en algún miembro de la familia, existe desempleo y viven en condiciones de hacinamiento.

Los papeles de género se encuentran muy marcados en los roles tradicionales, es decir, el de hombre es ser el proveedor, el violento, el alcohólico, el faltante o el mujeriego.

Con base en estas condiciones y estas miradas del ser hombre es como los niños de estas comunidades se desarrollan y se vinculan con otros niños y niñas, fortaleciendo los papeles tradicionales de ser hombres y mujeres y las consecuencias que esto les ocasiona.

La iniciativa desarrollada fue el trabajar en la sensibilización e información de otra forma de ser hombre, desde la equidad y la no violencia hacia los niños de estas zonas y escuelas. El proyecto tuvo por nombre ¡Los niños también lloran!: relaciones equitativas, justas y no-violentas para infancia y adolescencia trabajadora y en riesgos asociados a la vida en calle, y buscaba promover relaciones equitativas y no violentas desde una perspectiva de género en infancia y adolescencia trabajadora y en riesgo asociado a la vida en calle, a través del desarrollo de habilidades psicosociales que generan cambios en la construcción de la masculinidad. Asimismo, trabajar desde la perspectiva de género como un referente básico para la promoción de la equidad, impulsando el desarrollo de las

habilidades psicosociales y creando relaciones de cooperación desde la propuesta de la educación para la paz y los derechos humanos.

La metodología que se utilizó es una propuesta socioafectiva, participativa y problematizadora. En la primera se facilita la construcción grupal de un ambiente en el que se privilegien y desarrollen las habilidades para comunicarse, cooperar y aprender a resolver conflictos. Es participativa porque facilita la discusión, la reflexión y la construcción de ideas, valores y principios a partir de un trabajo individual y colectivo, haciendo que los participantes, en este caso los niños y los adolescentes, se involucren dentro de su misma comunidad realizando acciones orientadas a visibilizar las situaciones de inequidad, así como proponer alternativas para buscar relaciones de buen trato en las familias y en la comunidad. Además, es problematizadora porque provoca procesos de confrontación que facilitan y apoyan la toma de decisiones frente a situaciones cotidianas donde se polarizan dos o más derechos.

Estas temáticas se abordaron desde una perspectiva vivencial, con lo que se pretende que esta experiencia implique una dinámica de intercambios, no sólo de hechos concretos de la vida de cada participante, sino también de argumentos para el análisis crítico de sus actitudes y de sus valores y comportamientos como varones. La dimensión vivencial que proponemos para el desarrollo de esta propuesta significa tocar sentimientos y emociones que les permitan expresar lo que son y lo que viven cotidianamente, en un espacio de intimidad, mediante el uso de dinámicas pedagógicas diseñadas para abordar el análisis de los temas sugeridos desde puntos de vista distintos a los tradicionales.

Las sesiones se realizaban con cada grupo (de 10 a 15 niños) una vez a la semana, durante 50 minutos.

El trabajo resultó muy positivo para ellos, recibieron muy bien otra propuesta de ser hombre, se mostraron participativos, creativos y poco a poco la violencia que mostraban en las sesiones fue disminuyendo. La promoción con ellos de un ambiente de apoyo, de escucha, de tolerancia, de diálogo y de no violencia, les permitió hablar, escucharse y colaborar entre ellos.

Como parte de los resultados obtenidos se diseñó una guía didáctica que promueve la equidad de género en niños y niñas en riesgo de vivir en calle, que permitirá dar algunas ideas y formas de trabajo con estas poblaciones, replicando la experiencia y promoviendo la equidad y la no violencia, desde otra forma de ser hombres.

Desde el trabajo que el equipo de Ednica realizó, se pudieron detectar los siguientes aciertos y limitaciones en este proyecto.

Aciertos

- Vínculos con escuelas interesadas en la realización del trabajo.

- Facilitación grupal con enfoque humanista, que permitió acercamiento, interés y cambio en las poblaciones atendidas.

- Obtener un diagnóstico de las necesidades y realidades de estas poblaciones.

- Elaboración de una guía didáctica.

- Diseño de la segunda fase del proyecto.

Limitaciones

- Aunque las metas fueron rebasadas, hubo población a la que no se pudo atender por falta de personal.

- El tiempo que las escuelas nos brindaban para realizar los talleres era limitado.

- La falta de espacios físicos para trabajar con los grupos.

Con base en los resultados obtenidos, se decidió dar continuidad a este trabajo, abarcando ahora a las familias de estos niños antes atendidos.

Fue así como en 2006 se elaboró el proyecto titulado ¡Sí – se puede! hacia el desarrollo de masculinidades equitativas y de buen trato en las familias, con el cual se busca promover el ejercicio de actitudes masculinas equitativas y no violentas en las familias de niñas y niños trabajadores vinculados a nuestros centros comunitarios, a través del desarrollo de habilidades psicosociales orientadas al buen trato.

Las metas que se esperaba obtener eran las siguientes:

Un grupo de reflexión en masculinidades equitativas para 20 madres de familia.

Un grupo de reflexión en masculinidades y buen trato para 20 padres de familia.

Cincuenta niños y niñas sensibilizados en equidad de género, masculinidades equitativas y en capacidades y competencias orientadas al buen trato.

La primera fase de este nuevo proyecto era lograr el involucramiento de padres y madres de familia. Mediante una convocatoria a las madres de familia que llevan a sus hijos a nuestros centros se captó a las primeras mujeres en el grupo, éstas a su vez fueron convocando a otras, que buscaban un espacio de escucha, de contención y de ayuda.

El grupo de mujeres fue creciendo en número y los temas tratados con ellas eran puntos relacionados con su ser mujer y las diversas actividades que desempeñan, orientándose al

crecimiento y desarrollo humano, impactando en los tradicionales de ser mujeres y promoviendo en ese crecimiento su empoderamiento personal.

El equipo de Ednica contó con el apoyo del Instituto de las Mujeres, del DF, para la realización de algunas sesiones de trabajo.

Sin embargo, el reto mayor era contar con un grupo de reflexión para hombres, que permitiera un trabajo integral con las familias de nuestras zonas de intervención.

El grupo de hombres inició gracias a la convocatoria que se realizó por medio de folletos que explicaban la importancia de ser padres y el reflexionar acerca de nuestro papel como hombres en la familia.

Algunas de las mujeres del grupo de madres invitaron a sus compañeros al grupo de hombres, otros llegaron de las escuelas a donde asistíamos a impartir talleres, otros por medio de los folletos que se repartían en locales y mercados de la zona.

El grupo fue iniciando trabajo poco a poco, consolidándose al paso del tiempo, y enfocando su objetivo al trabajo en la violencia masculina, en su disminución y erradicación. Esta acción se ha logrado siguiendo un modelo de trabajo para hombres que ejercen violencia, que ha sido probado en San Francisco, California, en el Centro para Prevenir y Erradicar la Violencia Masculina (CECEVIM).

Los objetivos fueron alcanzados, se crearon los dos grupos de trabajo, uno para mujeres y otro para hombres, y se mantenían los talleres en escuelas y en nuestros centros de trabajo con los niños.

Se obtuvieron también en esta experiencia aciertos importantes, mismos que nos han permitido aprender de estas intervenciones comunitarias con perspectiva de género.

Aciertos

-Una vez más, los vínculos que tuvimos con las escuelas públicas nos facilitaron el trabajo con los niños y las niñas en nuestros centros, ya que nos canalizaron personas que consideraron se encontraban en riesgo de vivir en calle o que eran trabajadoras, que se fueron integrando al grupo de trabajo.

-El grupo de trabajo con mujeres tuvo buena aceptación entre las madres que asistieron, hubo participación, compromiso e inquietudes por parte de ellas, las que fueron cubiertas satisfactoriamente.

-El grupo de trabajo con los padres de familia se fue conformando y consolidando poco a poco; empezó con un número reducido de participantes y fueron llegando de manera paulatina otros hombres interesados en el tema y en el trabajo que se estaba realizando. Se logró una participación de entre 12 a 20 hombres comprometidos.

Ahora la continuidad se enfocaría en el mantenimiento de los grupos antes mencionados, más el trabajo en comunidad.

Es por esto que en el año 2007 se realizó el proyecto, ¡¡¡1, 2, 3, por todos mis compañeros!!!, promoción de masculinidades equitativas en la comunidad. Este proyecto es la tercera fase de trabajo en masculinidades equitativas y no-violentas dentro de nuestras poblaciones y zonas de intervención. En esta etapa se buscó incidir en las comu-

nidades, incluyendo actividades con la red comunitaria, es decir, escuelas, centros comunitarios, centros deportivos, mercados. De esta forma el proyecto se justifica en tanto que da una respuesta innovadora a las necesidades de la población beneficiaria y fortalece el modelo de atención en los temas de género y masculinidad.

El principal objetivo era visibilizar y promover actitudes de una masculinidad equitativa, por medio de acciones comunitarias que impacten a las poblaciones infantiles que atendemos, a sus familias y demás integrantes de las actuales zonas de intervención en las que incide Ednica.

Las actividades que sustentan el proyecto tienen como referente teórico siete conceptos fundamentales en el Programa de Equidad de Género y en la institución:

1. Género: el significado de ser hombre o mujer, y cómo esto define las oportunidades, los roles sociales, la participación dentro de la división del trabajo, las responsabilidades y las relaciones de una persona.

2. Masculinidad: desde una óptica que busca transformar los fundamentos de la identidad masculina, que identifican al hombre con el ejercicio de la violencia y determinado comportamiento sexual, entre otros.

3. Comunidad: conjunto de personas o actores sociales que comparten elementos en común, como costumbres, valores, tareas, visión de mundo, edad, ubicación geográfica (el barrio, por ejemplo), estatus social, roles, entre otros. Para Ednica, el término es también el entorno urbano que tiene presencia significativa para la infancia en situación de calle.

4. Infancia y juventud en situación de calle: grupos de infancia y juventud que viven, trabajan y están en riesgo de calle. De acuerdo con los contenidos de la Convención de Derechos de la Infancia,² se

entiende por ésta a todas las personas menores de 18 años de edad; y a la juventud, con base en convenciones internacionales, a personas que tienen entre 18 y 29 años de edad. Para Ednica, el trabajo con jóvenes incluye a personas en situación de calle que tienen hasta 21 años de edad, aunque dependiendo de las características comunitarias y de los grupos de calle, en ocasiones trabajamos con personas que tienen más de esta edad.

5. Derechos del niño: con base en los contenidos de la Convención de Derechos del Niño consideramos a éstos como personas y sujetos de derecho, que pueden y deben expresar sus opiniones en los temas que los afecten.

6. Participación infantil: las opiniones de los niños deben ser escuchadas y tomadas en cuenta para la agenda política, económica o educativa de un país. De esta manera se crea una relación entre niños, niñas y adolescentes, y quienes toman las decisiones por parte del Estado y de la sociedad civil.

7. Interés superior del niño: cuando las instituciones públicas o privadas, autoridades, tribunales o cualquier otra entidad deban tomar decisiones respecto de los niños y niñas, deben considerar aquellas que les ofrezcan el máximo bienestar.

Operativamente, el proyecto se desarrolló en tres etapas:

1. Planeación de las actividades a desarrollar en las comunidades.
2. Intervención comunitaria, realizando talleres, conferencias, ferias informativas, actividades culturales, promoviendo otras formas de ser hombres desde la equidad y la no violencia.
 - Una campaña comunitaria de promoción de masculinidades equitativas, la campaña comunitaria de sensibilización por una masculinidad equitativa y no violenta se apoya en carteles y folletos que brindan información, promocionando relaciones de buen trato (figura 1).
 - Ocho ferias informativas en escuelas y centros cercanos a nuestras zonas de intervención.
 - Ocho talleres de sensibilización en equidad de género y violencia de género.
 - Ocho talleres de sensibilización en masculinidad, infancia y juventud.
 - Cuatro conferencias sobre masculinidad y violencia.
 - Cuatro actividades culturales promoviendo una masculinidad equitativa en la comunidad.
3. Evaluación de las acciones de promoción

Las actividades dentro de la comunidad han continuado: los talleres, la campaña, las conferencias, así como los grupos de atención y de intervención, acciones que son parte fundamental del programa de género, se mantendrán y se continuará en evaluación constante.

Por lo tanto se prevé que en este año 2008 se inicie una etapa de sistematización, recopilando experiencias, logros y retos de nuestro trabajo y con nuestras poblaciones en lo referente a las acciones del Programa de Equidad de Género y a la promoción de las masculinidades.



Figura 1. Cartel de la campaña comunitaria de promoción de masculinidades equitativas, resultado de la participación colectiva

Referencias

1. Griesbach M, Sauri G. Con la calle en las venas. México, DF: Ednica; 1997
2. Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
3. Alfageme E, Cantos R, Martínez M. De la participación al protagonismo infantil – Propuestas para la acción-. México, D. F.
4. Careaga G. Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva, México, DF: UNAM-PUEG / UNICEF; 1996.
5. Cyrulnik B. Los patitos feos – La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona, España: Gedisa; 2001.

Reconocimiento al trabajo de Educación con el Niño Callejero, y recomendaciones acerca de su sistematización y transferencia tecnológica

Ednica, en el contexto de su quehacer institucional, está actualmente en un momento en el que incorpora la perspectiva de género a los procesos educativos, en sus experiencias de los últimos tres años en el terreno del abordaje integral del fenómeno callejero.

Distingo en el trabajo de Ednica dos propósitos fundamentales:

1. El proceso de incorporar los enfoques de género en las tareas educativas de las intervenciones sociales, que los lleva a contemplar “las masculinidades” en la infancia y en los jóvenes en situación de calle como una demanda de la realidad misma, que solicita estos enfoques, particularmente en los fenómenos de riesgo que se enfrentan ahora con el desarrollo de habilidades socioafectivas, y que desean dotar de competencias a las poblaciones intervenidas, y no sólo de dádivas o de advertencias admonitorias.
2. La necesidad de sistematizar la experiencia acumulada y perfeccionar su método de intervención.

Ednica se distingue en el campo de la atención e investigación de fenómenos que requieren intervención social por dedicarse con esmero y profesionalismo a situaciones concretas de sufrimiento de la población. Este contacto con la realidad ha hecho que la institución acumule saberes y experiencias que al sistematizarse y reflexionarse se pueden convertir en tecnología social susceptible de ser usada, no sólo por otras instituciones con misiones y visiones similares, sino incluso por la misma población que vive y sufre la problemática.

Felicito a Ednica por el esfuerzo de incorporar el enfoque de género a su atención del callejerismo y del trabajo infantil y, al mismo tiempo, por su deseo de sistematizar la experiencia acumulada.

Uno de los problemas que se presentan en las instituciones que atienden sectores desprotegidos es demostrar que dan una atención eficaz, que establece una diferencia entre el asistencialismo a poblaciones vulnerables y una verdadera educación que garantiza derechos plenos.

Transitar por este cambio de paradigma requiere algo más que buenos deseos o declaratorias, requiere un trabajo de intervención comunitaria y científica que permita saber lo que sí funciona, para

aprender del trabajo exitoso y, al mismo tiempo, involucrar a la población intervenida, como lo hace Ednica.

Contar con transferencia de tecnología en este campo es lo único que puede ayudar a que este nuevo paradigma sea una realidad y no sólo buenas intenciones.

Recomendaciones

1. Evaluación de resultados. Construcción de indicadores para “medir” comportamientos, habilidades y actitudes antes y después de la intervención, con base en el marco de la resiliencia y el enfoque de género, por parte de los operadores comunitarios, y también incluyendo los testimonios de la población atendida, que permitan hacer visibles nuevas formas de identidad masculina.
2. Evaluación de proceso. Indicadores puntuales de seguimiento semanal de las intervenciones para sistematizar los complejos procesos que se dan en los fenómenos de la calle.
3. Evaluación de impacto. Demostrar con indicadores de nuevos aprendizajes comunitarios, adquiridos a través de la intervención y que producen el impacto deseado: que los niños intervenidos de un pequeño colectivo definido por esta cuadra, este grupo de menores trabajadores, se transformen de niños de la calle, a nuestros niños, los niños de mi barrio -que formen parte de la comunidad y no de la calle-, con plenos derechos a contar con escuela, hogar, y con un ambiente comunitario protector, que garantice su desarrollo personal y social.

Este trabajo de sistematización y de transferencia tecnológica de Ednica seguramente será aprovechado por las grandes instituciones nacionales que día a día se enfrentan en las ciudades y en nuestros municipios a estos fenómenos y que, definitivamente, no tienen la posibilidad de sistematizar ni de reflexionar sobre estas experiencias.

Maestra María Elena Castro Sariñana
Directora del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC
Calle La Manzana # 61, Barrio San Martín
52440 Malinalco, Estado de México
Correo electrónico: ineparac@prodigy.net.mx

La salud sexual y reproductiva de preadolescentes, adolescentes y jóvenes de México

- En México 21% de la población es adolescente -22 millones- (CONAPO 2000)
- Sólo 1.8% hizo uso de los servicios de salud reproductiva (ENSA 2000)
- De 8% a 10% de adolescentes reportó algún problema de salud en las dos semanas previas y sólo 54% acudió a los servicios de salud (ENSA 2000)
- El 20% de los partos atendidos en el sector salud en 2006 correspondieron a mujeres adolescentes y 27% lo fueron en la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud/DGIS 2006)
- Tasa de embarazo en adolescentes de entre 12 a 19 años de edad

ENSANUT 2005	79 por cada 1 000
CONAPO 2006	44 por cada 1 000

- El 16% de los egresos hospitalarios de las unidades públicas del sector salud en mujeres de entre 10 a 14 años de edad y 83% en mujeres de entre 15 a 19 años son por causas obstétricas (partos, abortos, complicaciones de embarazo) (Secretaría de Salud/DGIS 2006)
- Las tres principales causas de egreso hospitalario en mujeres de entre 10 a 19 años de edad en el sector salud fueron: parto único espontáneo (33.0%), otras causas maternas (24.0%) y aborto (6.2%) (Secretaría de Salud/DGIS 2006)
- Las tres principales causas de egreso hospitalario en hombres de entre 10 a 19 años de edad en el sector salud fueron: apendicitis (12.2%), fractura de hombro, brazo o antebrazo (7.1%) y nefritis y nefrosis (5.5%) (Secretaría de Salud/DGIS 2006)
- Antes de cumplir 20 años de edad 6% de las mujeres ha presentado un aborto (CONAPO 2003)

- Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual entre adolescentes

19.4%	ENSA 2000
36%	ENJUVE 2000
34.5%	ENSAR 2003

- En la ENSANUT 2006, 29% de los adolescentes y 56.6% de las adolescentes declararon NO haber utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En contraste, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas fue de 70.1 (CONAPO 2006)
- La edad de la primera unión ha sido retrasada en las nuevas generaciones: en el área rural se da entre los 16 a los 23 años, y en la urbana, entre 18 a 25 años, pero la edad de inicio de relaciones sexuales no, por lo cual se ha prolongado el intervalo entre estos dos eventos, dando como resultado una mayor exposición a embarazos no planeados o deseados (ENSAR 2003)
- En México, 3.5% de las mujeres de 15 años de edad y más ha sido violada (ENVIM 2006)
- Del total de preadolescentes y de adolescentes de entre 10 a 19 años de edad que sufrieron daños a la salud por un accidente en los últimos 12 meses, específicamente choque de o entre vehículos de transporte, más de la mitad (alrededor de 60%) fueron hombres. El 6% de los adolescentes refirieron haber estado bajo los efectos del alcohol cuando sufrieron el accidente, en las mujeres disminuye a menos de 3% (ENSANUT 2006)

Dirección General de Información en Salud

Secretaría de Salud, México

ABRIL

Primer Congreso de Estudios de Género en el Norte de México

Lugar y fecha: Saltillo, Coahuila, México, del 28 al 30 de abril de 2008.

Organizan: Universidad Autónoma de Coahuila, Colegio de la Frontera Norte, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Congreso del Estado, Instituto Coahuilense de las Mujeres, Instituto Federal Electoral, Frontera con Justicia, AC, El Voluntariado de Coahuila.

Contacto: Mtra. Alma Rosa Garza del Toro.

Teléfono: 4 17 86 82

Fax: 4 10 26 79

Correo electrónico: almagarzatoro@maiol.uadec.mx

JULIO

Mundos de Mujeres. Women's Worlds 2008

10o Congreso Internacional Interdisciplinar sobre las Mujeres

Lugar y fecha: Madrid, España, del 3 al 9 de Julio de 2008.

Organiza: Universidad Complutense de Madrid.

Teléfono: +34 913941027

Fax: +34913941171

Correo electrónico: secretariacongreso@mmww08.org

Web: www.mmww08.org

Contacto: Dra. Teresa Langle de Paz. Coordinadora General MMWWo8.

Correo electrónico: tlangledepaz@rect.ucm.es

XXIX International Congress of Psychology

Lugar y fecha: Berlín, Alemania, del 20 al 25 de julio de 2008.

Organiza: German Federation of Psychological Associations, under the auspices of the International Union of Psychological Science.

Dirección: CPO HANSER SERVICE GmbH.

Paulsborner Strasse 44.

14193 Berlin, Germany.

Teléfono: +49-30-300 66 90.

Fax: +49-30-305 73 91.

Correo electrónico: cpo@icp2008.org

Web: <http://www.icp2008.de/>

Congreso Iberoamericano de Género - Rosario 2008

IX Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género

Lugar y fecha: Rosario, Argentina, del 30 al 31 de julio y 1 de agosto de 2008.

Organizan: el Equipo de Género y Políticas

Públicas de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), el Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca (España) y el Área Mujer de la Secretaría de Promoción Social del Municipio de Rosario (Argentina).

Web: <http://www.congresodegenero.org/es/>

OCTUBRE

V Congreso Internacional "Mujer, Trabajo y Salud"

Lugar y fecha: Zacatecas, Zacatecas, del 27 al 31 de octubre de 2008.

Organizan: Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), la asociación civil Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (INCIDE Social, AC), El Colegio de Sonora (COLSON), el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD) y Zanzana, Conocimiento y Expresión, AC con el auspicio de la Organización Internacional del Trabajo y la Friedrich Ebert Stiftung.

Web: <http://www.zanzana-ac.org/vcongresowwh.php>

DICIEMBRE

III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades

Lugar y fecha: Medellín, Colombia, del 3 al 5 de diciembre de 2008.

Organiza: EME – Masculinidades y Equidad de Género

Correo electrónico: iiicoloquiomasculinidades2008@yahoo.com.mx