

MÉXICO
2010

Bicentenario
Independencia

Centenario
Revolución



GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

Volumen 8 • No. 1

Enero- Abril 2010

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

Presentación

**Rechazantes de Anticoncepción
Posparto de Alta Continuidad
en Cárdenas, Tabasco**

**Cuidados a la Salud en el Hogar
y Salud Comunitaria.
Análisis con Perspectiva de Género**

**Experiencias de Cuidadoras/es y
Pacientes con Esclerosis Múltiple
y Enfermedad de Parkinson.
Acercamientos a la Enfermedad
desde un Enfoque Social**

**Análisis de la Depresión en los
Servicios de Atención
Psiquiátrica Hospitalarios**

**Para Compartir:
Programa de Acción Específica de
Prevención y Atención de la
Violencia Familiar y de Género
en el Sistema Único de
Vigilancia Epidemiológica**

Para Descifrar



Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva



Vivir Mejor

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 INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Maki Esther Domínguez Ortiz

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Luis Botello Lonngi

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Imilse Arrue Hernández

SECRETARÍA TÉCNICA

Imilse Arrue Hernández

Cecilia Robledo Vera

Diseño gráfico y editorial:

arte i diseño, Don Juan 73-7, Col. Nativitas, C.P. 03500, México, D.F.

Impresión offset:

Digital Color Proof, S.A. de C.V., Francisco Olaguibel 47, Col. Obrera, C.P. 06800, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir el 20 de Agosto de 2010.

El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 – 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS

Litud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia:

imilsea@gmail.com

cecilia.robledo@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo

C.P. 11570, México, D.F.

Tel: 01 (55) 2000 3500, ext. 59 132 y 59 186

Consulta en línea:

<http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx>

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 Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal-. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es.

Género y Salud en Cifras, en esta edición 8:1, correspondiente al cuatrimestre Enero – Abril del 2010, desea recordar los compromisos adquiridos por el Estado Mexicano en la Cumbre del Milenio y reflexionar en torno al contexto actual para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que nos fijamos para el año 2015.

Los ODM establecieron parámetros cuantitativos para reducir todas las formas de extrema pobreza a la mitad, el hambre, el analfabetismo y las enfermedades vinculadas a estos problemas. Como parte fundamental de la concepción moderna del desarrollo, se establecieron metas para lograr la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, la sostenibilidad medioambiental y una nueva alianza mundial para el desarrollo; desafortunadamente el mundo se encuentra sumido en una crisis económica que amenaza el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Como secuelas de la situación financiera mundial, la Organización Internacional del Trabajo estimó que el desempleo mundial en el 2009 alcanzaría entre 6.1 y 7.0% para los hombres y entre 6.5 y 7.4% para las mujeres, muchas de las cuales aún siguen confinadas en empleos inseguros y a menudo mal remunerados.

Otra secuela de la situación financiera internacional apunta a la reducción significativa de los fondos (por mujer) entregados a organizaciones e instituciones de salud para la planificación familiar, a pesar de la innegable contribución de estos programas a la salud materno infantil.

En contraste, cada año 536 000 mujeres fallecen como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. Casi todas estas muertes (99%) ocurren en países en desarrollo. La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separa a ricos y pobres: tanto entre países como dentro de ellos. En las regiones del mundo con mayores niveles de desarrollo se registran nueve muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos al año, en comparación con 450 en las regiones menos desarrolladas. En

estas últimas, 14 países presentan tasas de mortalidad materna de al menos 1 000 por cada 100 000 nacidos vivos. La mitad de esas muertes (265 000) ocurren en el África subsahariana y una tercera parte (187 000) en el Asia meridional. En estas dos regiones se concentra el 85% del total de muertes maternas. En México, las cifras afortunadamente no alcanzan esta magnitud; sin embargo, la mortalidad materna se mantiene en niveles que no concuerdan con el desarrollo económico y social de nuestro país y sigue siendo un problema de la más alta prioridad.

El uso de anticonceptivos se ha incrementado en todos los países en desarrollo, este incremento, casi siempre se ha visto acompañado de reducciones en la fecundidad. En el 2005, en casi todo el mundo, más de la mitad de las mujeres unidas utilizaba algún tipo de anticonceptivo. La principal excepción es el África Subsahariana, donde el uso de anticonceptivos, aunque prácticamente se duplicó entre 1990 y 2005, seguía siendo sólo del 22% en el 2005.

Promover el uso adecuado de métodos modernos de planificación familiar contribuye de manera muy importante a propiciar avances en tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

- **Objetivo 3:** Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- **Objetivo 4:** Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- **Objetivo 5:** Mejorar la salud materna.

Con el propósito de estimular el uso de los métodos anticonceptivos posparto y la salud materna, el boletín Género y Salud en Cifras, presenta el artículo de Zavala-González MA y colaboradores/as, titulado: “Rechazantes de anticoncepción posparto de alta continuidad en Cárdenas, Tabasco”.

En este primer artículo, las autoras/es, nos informan que en el año 2005, el Estado de Tabasco ocupó el 13º lugar entre las 32 entidades federativas en lo relativo a indicadores de salud reproductiva. En ese mismo año, las autoras/es identificaron que 55% de las pacientes que recibieron atención del parto en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS, de la Delegación Tabasco, rechazaron el uso de métodos de planificación familiar posparto de alta continuidad (DIU y OTB) ofrecidos en dicha unidad, alegando el uso preferente de otros métodos de poca continuidad, como el método del ritmo menstrual y el preservativo masculino.

Por lo anterior, decidieron llevar a cabo una investigación para definir el perfil epidemiológico de las púerperas que rechazan los métodos de planificación familiar de alta continuidad durante el posparto, con el propósito de diseñar estrategias de intervención que respondan al perfil epidemiológico y a las necesidades de aprendizaje de la población estudiada.

En el estudio, realizado entre agosto de 2006 y marzo de 2007 seleccionaron una muestra por conveniencia de mujeres en el puerperio inmediato, de las que analizaron variables sociodemográficas (edad, estado civil, zona de residencia, escolaridad, ocupación y conducta sexual) y ginecobstétricas (número de embarazo, vía de atención del parto, aceptación/rechazo de dispositivo intrauterino u oclusión tubárica bilateral).

Algunos de los resultados develados por las y los autores en relación con el perfil epidemiológico confirman la relación entre los factores protectores/riesgo y las vulnerabilidades; el 80.8% de las mujeres rechazantes eran casadas, con una edad media de 26 años y escolaridad de secundaria. Sin embargo, la diferencia cuantitativamente más importante entre las rechazantes y las aceptantes fue la ocupación, mientras que entre las primeras el 72% eran amas de casa, entre las segundas esta proporción es de 58%.

La lectura de este artículo nos motiva a preguntarnos:

- ¿Se ofrecen todos los métodos de planificación familiar posibles según la normatividad establecida en la NOM-005-SSA2-1993? ¿Los métodos anticonceptivos que se ofrecen en la institución influyen en el rechazo de los mismos?
- ¿Se informa a las mujeres de las ventajas y desventajas de los diversos métodos?
- ¿Existen espacios donde puedan consultar sus dudas y se les asesore y oriente técnicamente para que tomen una decisión informada?

Dejamos estas preguntas abiertas a los y las lectoras, para introducir el segundo artículo de esta edición titulado: Experiencias de cuidadoras/es y pacientes con Esclerosis Múltiple y Enfermedad de Parkinson. Acercamientos a la enfermedad desde un enfoque social, que nos presentan Sánchez-Guzmán y Paz-Rodríguez.

A decir del y la autora, la intención del artículo es reflexionar y apuntar algunas de las experiencias resultantes de la implementación de entrevistas grupales e individuales a cuidadoras/es y pacientes de Esclerosis Múltiple (EM) y Enfermedad de Parkinson (EP) que acuden a los grupos de apoyo que ofrece el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN).

Los testimonios que presentan dan cuenta de las diversas condiciones que se entrelazan en el proceso de salud-enfermedad-atención. El género como construcción social y simbólica condiciona la experiencia de padecer EP y EM, categoría de análisis que por tanto, está presente en las prácticas y significados que las y los entrevistados atribuyen a su condición. Además, les interesa saber de qué manera las condiciones o características de un trastorno neurológico crónico y degenerativo pueden impactar la diada cuidador/a-paciente.

El análisis de los testimonios fue realizado a partir de un enfoque hermenéutico, que permitió examinar las experiencias de pacientes y de cuidadoras/es de manera amplia e incluyente, justo aquí, observamos el principal logro de este artículo que se distingue por realizar un análisis de género de la problemática que aborda “trastorno neurológico crónico y degenerativo vs diada cuidador/a-paciente”; que les permite mostrar cómo se dan las diferencias por género y las implicaciones que tienen; entender las diferentes experiencias de hombres y mujeres en cada uno de los papeles (cuidador/a-paciente), identificar factores que las expliquen y evaluar el impacto de las mismas.

A continuación la edición 8.1 de Género y Salud en Cifras presenta el artículo: “Análisis de la Depresión en los Servicios de Atención Psiquiátrica”, de Sotelo Monroy, Vallejos Parás y colaboradores/as. En el mismo, sus autores/as fundamentan que la depresión es la principal causa de discapacidad, medida por años perdidos por discapacidad (YLDs); se espera que para el año 2020, la depresión alcance el 2do lugar en los años ajustados de vida vividos con discapacidad (AVAD).

Afirman que en la actualidad la depresión a nivel mundial ya ocupa la 2a causa de AVAD en la categoría de edad 15-44 años, mientras en México en 2001 la prevalencia de la depresión a nivel nacional en adultos fue de: 4.5% - 5.8% entre las mujeres y 2.5% en hombres.

A partir de esta realidad se realiza este trabajo cuyo objetivo es “Conocer la incidencia de la depresión y describir los registros de Motivo de Demandas por este mismo diagnóstico en los Hospitales de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), Secretaría de Salud, durante el año 2007”.

Entre los principales resultados obtenidos en la investigación, Sotelo Monroy, Vallejos Parás y colaboradores/as, identifican 1 474 casos nuevos (16% depresión leve, 56.8% depresión moderada y 27% depresión severa); así como una significativa brecha de género para la depresión al precisar que el 35% de los casos fueron hombres y el 65% mujeres, para una razón mujer/hombre de 1.8. Por grupo de edad, las frecuencias más altas se encontraron en los grupos de 10 a 14 años con 348 casos (23.6%), en el grupo de 30 a 49 años, 294 casos (19.9%) y en el grupo de 15 a 19 años, 269 casos (18.2%).

Este trabajo nos sitúa en el desafío de seguir elaborando estrategias que permitan disminuir las brechas de género en la salud. En especial visibilizar más aún la problemática de la depresión y el riesgo de suicidio en los y las adolescentes y jóvenes.

Posteriormente, en la sección Para Compartir, Santaella y Fernández presentan una síntesis del Programa de Acción Específico de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica. Dos notas informativas del Grupo Interagencial de Género de las Naciones Unidas que versan sobre las temáticas de género y pobreza también forman parte de esta sección.

Para Descifrar, nos expone datos y cifras desagregados por sexo de Servicios de Planificación Familiar hospitalarios y comunitarios, Anticoncepción posparto, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple y Depresión. En todos los casos para estimularle a analizar las cifras en un contexto integral, incluyente y diferencial.

Aurora del Río Zolezzi

Rechazantes de Anticoncepción Posparto de Alta Continuidad en Cárdenas, Tabasco

Zavala-González Marco Antonioⁱ
Correa-De la Cruz Rosarioⁱⁱ
Posada-Arévalo Sergio Eduardo^{i,ii}
Domínguez-Llergo Adelaⁱⁱ



i Hospital General de Zona No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

ii División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

INTRODUCCIÓN

La tasa de fecundidad global en México descendió entre 1970 y el año 2009, de seis a dos hijos por mujer.¹ No obstante, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó durante el mismo período. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los mismos en madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia del crecimiento poblacional.² Este hecho, se evidencia en los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.³

Para el año 2005, el estado de Tabasco ocupó el 13º lugar en indicadores de salud reproductiva a nivel nacional dentro de 32 posibles posiciones, mostrando una reducción de 3 puntos porcentuales en el indicador global durante 2001-2005.³

La planificación de la familia y la reducción del número de hijos/as en la misma, es una de las prioridades del Sistema Nacional de Salud, al igual que la salud materno-infantil, pues es necesario mantener y mejorar la calidad de vida de la población, estrechamente ligada al tamaño de la familia.

La elección del método anticonceptivo o de planificación familiar, surge del diálogo entre el médico/a y la paciente, de acuerdo a la seguridad, eficacia, potenciales efectos colaterales, y la integración del método en el estilo de vida de la mujer.⁴

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tan sólo hasta el año 2004; 42.5% de los partos eran atendidos por cesárea, ocupando el 2º lugar a nivel nacional, después del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 59.9% nacimientos por vía abdominal; ambos indicadores, muy por encima del 15% propuesto como indicador por la Organización Mundial de la Salud.⁵ Por tal motivo, para estas instituciones es especialmente relevante el control del período intergenésico. Dentro del IMSS, la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil tiene como uno de sus principales objetivos, la utilización de métodos anticonceptivos de calidad en sus programas de planificación familiar. Los métodos anticonceptivos de mayor

calidad y con mayor continuidad son: el dispositivo intrauterino (DIU), la oclusión tubárica bilateral (OTB) y la vasectomía. Mientras que los de mayor cobertura después de un evento obstétrico, son los hormonales orales. Sin embargo, la continuidad a un año de seguimiento de los citados métodos temporales es muy diferente: 30% hormonales orales, 80% DIU.⁶

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Cobertura de los Programas Integrados de Salud 2003, la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar (MPF) entre las adolescentes unidas fue de 56%, y de 76.5% entre las mujeres de 20 a 49 años, con predominio del uso de métodos definitivos y de alta continuidad: 50.1% para OTB y 19.9% para DIU.⁷

Se ha descrito que existen diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, cuestiones de género y discriminación, y acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo; todos estos factores, se presentan en mayor o menor medida dependiendo del nivel de desarrollo de la población.⁸

Pese a que la salud reproductiva es un tema relevante, según lo expuesto, los estudios al respecto son escasos. Por una parte, algunos autores reportan que el principal motivo de rechazo de MPF, es la falta de autonomía de la mujer en su toma de decisiones y la desinformación acerca de los MPF.⁹ Mientras que por otro lado, las y los adolescentes que carecen de apropiación de derechos sexuales y reproductivos, suelen mostrar cambios significativos positivos, ante intervenciones educativas y la disminución de las distintas formas de abuso o violencia sexual.¹⁰ Las citadas investigaciones, centran su atención en el aspecto cualitativo del problema, no obstante, es necesario identificar “la o el paciente tipo”, para que los estudios se realicen de forma focalizada, y las estrategias desarrolladas se dirijan a grupos específicos.

Durante el año 2005 se observó que las pacientes que recibieron atención del parto en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS Delegación Tabasco, rechazaron con frecuencia el uso de MPF posparto de alta continuidad ofrecidos por dicha unidad (DIU y OTB), aproximadamente 55%¹¹; alegando el uso preferente de otros métodos de poca continuidad, como el ritmo menstrual y el preservativo, o que están en general contraindicados durante el puerperio, como los hormonales inyectables y orales.

Estos hechos, repercuten sobre las tasas de natalidad e incrementan los riesgos obstétricos que el periodo intergenésico corto conlleva, además de afectar negativamente la calidad de vida de la mujer y de las familias. Por ello, se decidió llevar a cabo una investigación para definir el perfil epidemiológico de las puérperas que rechazan MPF posparto de alta continuidad. Con el propósito de identificar los sujetos a quienes deben dirigirse las estrategias educativas pertinentes que mejoren la aceptación de estos métodos, lo que en última instancia, redundaría en el control de las tasas de natalidad, la reducción de riesgos obstétricos, así como en la mejora de los respectivos indicadores institucionales y la calidad de vida de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; en el que se estudió a la población de derechohabientes usuarias del IMSS Delegación Tabasco, cuyo parto fue atendido en el Hospital General de Zona No. 2 (ubicado en el municipio de Cárdenas, Tabasco, México –segundo en importancia en la entidad–) que se encontraban hospitalizadas en la unidad médica cursando puerperio inmediato. Dado que el universo de estudio, si bien finito, es indeterminado y variable, se tomó una muestra no probabilística, en la que el muestreo fue ajustado por conveniencia. Se incluyeron pacientes de cualquier edad, con parto atendido por cualquier vía, con producto nacido vivo o muerto, hospitalizadas durante el período comprendido de Agosto del 2006 a Marzo del 2007; excluyéndose a las pacientes que cursaban puerperio postaborto.

Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, estado civil, zona de residencia, escolaridad, ocupación y conducta sexual) y ginecobstétricas (número de embarazo, vía de atención del parto, aceptación/rechazo de dispositivo intrauterino u oclusión tubárica bilateral).

Previo consentimiento informado (de los padres en el caso de las puérperas menores de 18 años), se entrevistó a las pacientes hospitalizadas cuando se realizaba la visita diaria en el turno matutino de lunes a viernes, durante el período especificado.

La información recopilada fue analizada mediante estadísticas descriptivas, estimadas con 95% de confianza; empleándose para tal fin, el software Epi-Info[®] versión 3.3.2 (freeware distribuido por el Center of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A.).



RESULTADOS

Descripción de la población. Se incluyeron 183 puérperas con residencia en la zona urbana de Cárdenas, Tabasco, México; 105 aceptaron MPF (57.4%) y 78 los rechazaron (42.6%).

En el cuadro 1, se muestra la frecuencia con que los diversos MPF ofrecidos en el posparto por la unidad médica fueron aceptados por las pacientes, en el que destaca que el DIU y la OTB son aceptados en proporciones similares.

CUADRO 1
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACEPTADOS POR LAS PACIENTES ESTUDIADAS

MÉTODO DE ELECCIÓN	FRECUENCIA	PROPORCIÓN (%)
Dispositivo intrauterino	51	48.6
Oclusión tubárica bilateral	45	42.9
Hormonales orales (indicados por la coordinación a cargo)	9	8.6
Total	105	100.0

Nota: El cuadro se refiere a los métodos de PF aceptados por las pacientes estudiadas, sin embargo, en el servicio se ofrecen los métodos según la normativa de la NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (modificada).



Perfil epidemiológico de las rechazantes: Edad media 26 ± 2.3 años, rango 29 años. Estado civil: 80.8% casadas, 12.8% unión libre, 5.1% solteras, 1.3% viudas.

Escolaridad: media 9 ± 3 años; predominaron: 9 años (secundaria) 39.7%, 6 años (primaria) 25.6%, escolaridades ≥ 10 años (preparatoria o mayor) 34.7%. Ocupación: amas de casa 71.8%, trabajadoras asalariadas 15.4%, estudiantes 12.8%. Número de embarazos: Media 2 ± 1 , rango 4; 44.9% secundigestas, 33.3% primigestas, 15.4% trigestas, 6.4% grandes multigestas. Conducta sexual: 67.9% monógamas, 32.1% polígamas. Vía del parto: 59% abdominales, 41% vaginales. En el cuadro 2, se exponen las características epidemiológicas de las rechazantes de MPF en comparación con las aceptantes, en el que resalta el hecho de que las pacientes que rechazan los anticonceptivos son significativamente más jóvenes, poseen un rango de escolaridad más amplio (llegando incluso a estudios de posgrado), son en mayor proporción amas de casa, y muestran un rango de embarazos menos disperso aunque con un mayor número de hijos/as en términos de moda.

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:
RECHAZANTES VS ACEPTANTES DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CARACTERÍSTICA	PARÁMETRO		RECHAZANTES (N=78)	ACEPTANTES (N=105)
<i>Edad</i>	<i>Media</i>		25.8 años	28.1 años
	<i>Mediana</i>		25 años	28 años
	<i>Desviación estándar</i>		2.3 años	6.9 años
<i>Estado civil</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Casadas</i>	80.8%	73.3%
		<i>En unión libre</i>	12.8%	11.4%
		<i>Solteras</i>	5.1%	14.2%
		<i>Viudas</i>	1.3%	1.0%
<i>Escolaridad</i>	<i>Media</i>		9.1 años	9.2 años
	<i>Mediana</i>		9 años	9 años
	<i>Moda</i>		9 años	9 años
	<i>Desviación estándar</i>		4.2 años	4.4 años
<i>Ocupación</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Amas de casa</i>	71.8%	58.1%
		<i>Trabajadoras salariables</i>	15.4%	31.4%
		<i>Estudiantes</i>	12.8%	10.5%
<i>Número de embarazos</i>	<i>Media</i>		2	3
	<i>Mediana</i>		2	2
	<i>Moda</i>		2	1
	<i>Desviación estándar</i>		1	1
<i>Conducta sexual</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Una sola pareja</i>	67.9%	72.4%
		<i>Más de una pareja</i>	32.1%	27.6%
<i>Vía del parto</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Abdominal</i>	59%	49.5%
		<i>Vaginal</i>	41%	50.5%

DISCUSIÓN

En primer término, es necesario hacer hincapié en las limitaciones de este estudio. Dado que es un estudio descriptivo, cuenta con los sesgos propios de los trabajos con este diseño, donde si bien los resultados obtenidos constituyen una primera aproximación al problema, no esclarecen las variables asociadas con éste; el tamaño de la muestra es limitado y desde el punto de vista estadístico, no constituye una muestra representativa de la población total. Además, la población estudiada, cuenta con un perfil sociodemográfico específico, que caracteriza a la población derechohabiente del IMSS, constituida por personas de estrato socioeconómico medio (clase trabajadora), que si bien, corresponde a la mayor proporción de la población de la entidad, excluye a las personas de clase baja, que no cuentan con este sistema de seguridad social. Por ello, los resultados de este estudio, si bien constituyen una primera aproximación al problema, sólo pueden ser directamente utilizados dentro de la población objeto de estudio o como pauta para futuras investigaciones de corte similar en otras localidades e instituciones.



En cuanto al perfil de las rechazantes de MPF de alta continuidad: mujer de mediana edad, casada, con escolaridad secundaria, ama de casa, con 2 o más hijos/as, con una sola pareja, cuyos partos son atendidos por vía abdominal, parece no haber sido referido previamente por algún otro autor/a. Resulta relevante que la mayor proporción de pacientes corresponda al grupo de multigestas, por lo que el rechazo de los métodos anticonceptivos de alta continuidad adquiere mayor relevancia en esta serie por las repercusiones socioeconómicas que implica, en términos de costos de atención del evento obstétrico y calidad de vida de la población. A este respecto, los resultados obtenidos que aluden el hecho de que el grupo de mujeres unidas (casadas y en unión libre), es el que rechaza con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos, guardan correspondencia con estudios cualitativos (realizados en distintas regiones geográficas y diversos grupos socioeconómicos) en los que se menciona que la aceptación de un método de planificación familiar por la mujer, depende del poder que se ejerce sobre el cuerpo de ésta por sus parejas y familiares, poniendo de relieve la importancia del enfoque de género en las políticas y programas de salud reproductiva.^{8,9,12}

Es decir, estas mujeres rechazantes de los métodos de planificación familiar de alta continuidad expresan vulnerabilidades sistematizadas en diversos estudios de género, 71.8% son amas de casa, por ende no tienen independencia económica lo que potencialmente está en la base de la toma de decisiones; desconocen la diversidad de métodos de PF respecto a ellos, refieren temores, prejuicios y falsas creencias. La mayoría de estas mujeres han priorizado a la familia como proyecto de vida, excluyendo otros proyectos. Por otra parte, el valor de referencia nacional empleado como indicador en cuanto a cobertura anticonceptiva posparto, corresponde a >74.9%,¹³ en este estudio la cobertura fue de 57.4%, la cual está por debajo del indicador nacional. Este hecho, brinda una explicación indirecta de la conducta tomada por la coordinación responsable de la cobertura anticonceptiva posparto en la unidad médica.

Los resultados de este estudio, definen a quiénes deben dirigirse las estrategias educativas dentro de la unidad médica, y probablemente dentro de la propia institución. No obstante, dado que actualmente existen políticas y programas para tal fin, mismos que parecen no obtener los resultados deseados, se sugiere realizar estudios cualitativos dentro de la "población diana", con la finalidad de identificar el imaginario del colectivo en torno a los MPF y la significación social

de los mismos, con énfasis en las parejas y familiares de las embarazadas, para con base en ello, rediseñar y/o redirigir las estrategias educativas actuales.

Se requieren estudios más amplios, con muestras más grandes e inclusión de otras variables, para presentar mejores conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población 1950-2050. México DF: Ediciones CONAPO; 2000.
2. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México DF: Ediciones CONAPO; 1997:16.
3. Secretaría de Salud. Salud. México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México DF: Secretaría de Salud; 2006:116-7.
4. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the Clinical Setting to Prevent Unintended Pregnancy: an Evidence-Based Research. *Contraception* 2003; 67(2):115-32.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2006; 44(5):481-8.
6. Díaz-Mendoza A, Vila-Contreras S, Libreros-Bango V. Impacto de una estrategia educativa para la aceptación de métodos de planificación anticonceptivos de alta continuidad durante el posparto. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.*; 2004.
7. Velasco-Murillo V, Padilla I, De la Cruz L, Acosta-Cázares B. Encuesta Nacional de Cobertura de los Programas Integrados de Salud. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2006; 44(Supl1):S87-95.
8. Creel J, Sass J, Yinger N. La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención. Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención [monografía en internet]. Washington D.C.: Population Council; 2002. [consultado 2007 abril]. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html>.
9. Zavala-González MA, Correa-De la Cruz R, Posada-Arévalo SE, Domínguez-Llargo A, Barojas-Sánchez J. Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México. *MED UIS* 2009; 22(1):12-8.
10. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González D, Mejía ME, Villaquirán ME. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. *Colombia Médica* 2005; 36(3):14-24.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Información Médica Ordinaria. Cobertura de métodos de planificación familiar posparto. Cárdenas, Tabasco: IMSS; 2005.
12. Hernández-Tezoquipa I, Ortega-Altamirano D, Arens-Monreal L. La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud. En: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F: SS-CNEGySR; 2007:91-9.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Salud Reproductiva. Indicadores de desempeño. México DF: IMSS; 2005.

Experiencias de Cuidadoras/es y Pacientes con Esclerosis Múltiple y Enfermedad de Parkinson. Acercamientos a la Enfermedad desde un Enfoque Social

María Alejandra Sánchez-Guzmánⁱ

Maestra en Estudios de Género

Francisco Paz-Rodríguezⁱⁱ

Doctor en Psicología



i Laboratorio de Violencia y Género. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

ii Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

INTRODUCCIÓN

El padecer o cuidar una enfermedad neurodegenerativa es una experiencia que modifica sustancialmente las prácticas y significados de pacientes y cuidadoras/es.

La intención de este espacio de reflexión es apuntar algunas de las experiencias resultantes de la implementación de entrevistas grupales e individuales de cuidadoras/es y pacientes de Esclerosis Múltiple (EM) y Enfermedad de Parkinson (EP) que acuden a los grupos de apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Los testimonios que aquí presentamos dan cuenta de las diversas condiciones que se entrelazan en el proceso de salud, enfermedad y atención.

Nos referimos al género como construcción social y simbólica que condiciona la experiencia de padecerⁱⁱⁱ EP y EM, categoría de análisis que por tanto, estará presente en las prácticas y significados que los entrevistados y las entrevistadas atribuyen a su condición. Además, nos interesa saber de qué manera las condiciones o características de un trastorno neurológico crónico y degenerativo pueden impactar en la diada^{iv} cuidador/a-paciente.

Así, el objetivo del artículo es acercarnos al proceso salud-enfermedad-atención en un grupo de personas que han sido poco estudiadas (al menos en nuestro país), cuidadoras/es^v (informales) y pacientes de enfermedades neurodegenerativas. Sugerimos estudiar esta relación porque constituye un contexto intermedio que permite hacer un acercamiento de carácter relacional al fenómeno de estudio. Tanto el rol del enfermo/a,^{vi} como el del cuidador/a,^{vii} son roles socialmente establecidos.

Elegimos dos enfermedades como objeto de estudio: EM y EP. Ambos desórdenes neurológicos diferenciados en sus síntomas, curso y en la edad en que aparecen. La primera se presenta, en la mayoría de los casos, entre los 20 a 40 años⁴ en tanto que la EP se puede presentar en las etapas finales de la vida, 60 ó 70 años⁵. Características que no sólo distinguen a pacientes sino a quienes les cuidan o acompañan.

De acuerdo con el National Institute of Neurological Disorders and Stroke⁶ no se sabe exactamente cuantas personas padecen Esclerosis Múltiple, sin embargo, se calcula que en la actualidad en EUA hay aproximadamente 350,000 personas con EM diagnosticada médicamente y se estima que hay una incidencia de 200 casos semanales. A pesar de no contar con la precisión de la prevalencia se sabe, que de acuerdo con la encuesta aplicada a 250 especialistas en Neurología durante la reunión Anual de la Academia de Neurología (1998), la EM ocupa uno de los primeros lugares de consulta.⁷

La EP es por su prevalencia, la segunda enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso. De acuerdo con el National Institute of Neurological Disorders and Stroke⁶ cada año se diagnostican cerca de 50,000 norteamericanas/os con la enfermedad. En nuestro país representa una de las causas más comunes de consulta neurológica, aproximadamente el séptimo lugar. Aunque en Latinoamérica los estudios sobre la prevalencia de la enfermedad no son vastos, se calcula que en México es cercana a 44 por 100 mil habitantes.⁸

iii Al hablar de padecer (illness), recurrimos a la definición de Kleinman¹ según la cual éste se puede definir como la forma en que una persona enferma y los miembros de su familia o su entorno social, perciben, viven y responden ante los síntomas y la discapacidad que puede ocasionar una enfermedad.

iv Utilizamos el concepto de diada cuidador/a-paciente para referirnos a una relación interactiva, bidimensional entre cuidadoras/es y pacientes, en la que ambos participan en la construcción de la experiencia de enfermedad y atención.

v Para el presente artículo el término cuidador/a hace referencia a las personas (generalmente familiares del paciente) que se hacen cargo del cuidado, no tienen instrucción profesional para el cargo y no reciben remuneración por el mismo.

vi El concepto del rol del enfermo o sick role aparece a mediados del siglo pasado en la obra de T. Parsons "The social System"², de acuerdo al autor es un tipo de rol definido por una serie de derechos y obligaciones que las sociedades occidentales asignan a las y los enfermos. Aunque esta noción ya fue superada, es el parte aguas para entender la construcción de la subjetividad de las personas que padecen una enfermedad.

vii El cuidado en el hogar es una acción social dirigida a asegurar la reproducción biológica y social de una o un enfermo crónico³. De la misma forma que el rol del enfermo, el del cuidado es una tarea regulada socialmente que se atribuye, generalmente, a las mujeres, específicamente madre/esposa/hija, dependiendo de la edad de la persona enferma y de las redes sociales con las que se cuenta. Es un rol reproductivo poco valorado.

Ambos padecimientos producen afectaciones de tipo motor (entre otras) y pueden acompañarse por alteraciones cognitivas o trastornos afectivos. La EP es un síndrome clínico que abarca cuatro aspectos: bradicinesia (lentitud y escasez de movimiento), rigidez muscular, temblor en reposo (que suele abatirse durante los movimientos voluntarios) y trastorno del equilibrio postural que genera trastornos de la marcha y caídas al suelo.⁹ La EM es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, que habitualmente se caracteriza por ataques recurrentes de disfunción neurológica focal y multifocal. Tiene dos fases: la inflamatoria y la degenerativa. La principal sintomatología se relaciona con la fatiga, debilidad, espasticidad, temblor, desequilibrio además de síntomas sensoriales entre los que se encuentran: dolor, alteraciones visuales, cognitivas, intestinales y vesicales.¹⁰

La EM puede seguir diferentes cursos clínicos remitente-recurrente (brote-remisión) o progresivo.¹¹ Sin tratamiento, el EP progresa en un plazo de cinco a diez años hasta un estado acinético rígido en el cual las y los pacientes son incapaces de valerse por sí mismos.

El tratamiento a pacientes depende de cada caso, en el caso EP muchas personas presentan efectos secundarios al uso de cierto tipo de medicamento, en particular son las fluctuaciones encendido-apagado (on-off), que se parece a lo que sucede cuando apagamos o encendemos la luz. Las y los pacientes que lo padecen, pueden cambiar su estado de gran inmovilidad a estar completamente móviles en cuestión de minutos.¹² Destacamos este efecto secundario porque, como veremos, esta situación confunde mucho a cuidadoras/es y pacientes y marca su comprensión de la enfermedad, de igual forma pasa con los cursos brote-remisión en los casos de EM.

Algunos otros datos reportados por la literatura respecto a las repercusiones de la EM señalan que su presencia puede ser un factor importante para el mantenimiento de la pareja, al parecer los efectos de la enfermedad a largo plazo pue-

den causar el rompimiento o divorcio.¹³ Respecto a la EP se ha relacionado la severidad de la misma, específicamente a la dificultad del andar, las fluctuaciones motoras y la incontinencia urinaria con estresores importantes en las relaciones maritales.¹⁴

Como apuntábamos, el tener una enfermedad neurodegenerativa abre la posibilidad a que la o el paciente se vea obligado a contar con ayuda para sus necesidades básicas (dependiendo del deterioro). Esta situación dificulta el problema pues implica que alguien debe asumir esa responsabilidad. En un sistema de salud como el nuestro, no se cuenta con instituciones intermedias que puedan colaborar en esta tarea, lo que hace más probable que recaiga en una persona cercana a las/os pacientes.^{viii} Las personas encargadas del cuidado, no sólo modifican sus hábitos laborales y sociales para atender a las personas a su cargo, sino además están en riesgo de sufrir distintas enfermedades producto del desgaste y tensión que implica el cuidado de los y las pacientes.^{ix}

De acuerdo con la literatura, las y los cuidadores de enfermas/os neurodegenerativos y otro tipo de enfermedades discapacitantes son propensos a desarrollar el síndrome de Burnout o de fatiga crónica, el cual se manifiesta por cambios de humor, síntomas depresivos, agresiones verbales, expresiones de crueldad, consumo de alcohol y droga, etc.; situación que afecta o puede interferir en la forma y calidad de la atención brindada a los y las pacientes.

Tenemos el panorama completo: una enfermedad que incapacita, es crónica y degenerativa, una o un paciente que verá cómo avanza esta enfermedad y lo consume y una tercera persona que deberá participar en el cuidado, sin ser enferma, deberá afrontar la enfermedad y vivir con ella. Considerando las enfermedades no sólo como un proceso biológico, sino como una realidad construida y al enfermo/a y su cuidador/a como personajes sociales,^x daremos cuenta de cómo se constituye socialmente la experiencia subjetiva de la enfermedad y la atención en el contexto descrito.

viii En diversas regiones del mundo los servicios de salud se han enfocado en la implementación de políticas públicas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población, tanto de los y las pacientes como de sus familiares, esta situación no pasa en nuestro país.¹⁵

ix Se reporta que el síndrome descrito afecta a las y los cuidadores debido al cambio en su vida cotidiana, restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, etcétera.

x La noción de "conducta frente a la enfermedad (illness behavior)", propuesta por Mechanic, es una de las líneas de investigación que abre paso a la innegable realidad de que los individuos son capaces de dar significado e interpretar sus circunstancias, en este caso, aquellas circunstancias relacionadas con la salud y la enfermedad y comportarse de acuerdo a ello (pp. 39).¹⁶

MATERIAL Y MÉTODOS

Debido a que el objetivo de la investigación es la exploración de los significados y prácticas que influyen en las experiencias de las relaciones entre cuidador/a y paciente, la aproximación epistemológica y metodológica más consecuente para este trabajo es la tradición cualitativa interpretativa.¹⁷

El proceso de análisis se orientó hacia el Interaccionismo Simbólico.¹⁸ De acuerdo con este enfoque la vida es un proceso interpretativo que determina la acción humana.^{xi} Tanto cuidadoras/es como pacientes luchan todos los días por darle sentido a su existencia con las alteraciones que generan los procesos mórbidos crónicos.

Es un estudio transversal. El trabajo de campo fue realizado en el período de junio-agosto del 2008. El protocolo de investigación fue aprobado por la comisión de evaluación del INNN. Las y los participantes (pacientes y cuidadoras/es que acuden a los grupos de apoyo del INNN) fueron informados del objeto y alcance del proyecto, se solicitó consentimiento verbal informado, asegurando la confidencialidad y el anonimato de la información brindada de acuerdo con la Declaración de Helsinki.



Se realizaron entrevistas grupales e individuales. En EM participaron 6 pacientes y 8 cuidadoras, con un promedio edad de 32.8 años y 50 años, respectivamente, todas son mujeres. En referencia a la EP se entrevistó a 2 pacientes y 2 cuidadoras, 2 hombres y 2 mujeres, con un promedio de edad de 61 años y 48.5 años, respectivamente.

Los datos recabados en el trabajo de campo fueron sistematizados a través de un proceso que consistió en transcribir las entrevistas de forma literal, organizando el documento en forma de columna, dejando en blanco la mitad derecha de la página para facilitar la codificación posterior, ordenarlas cronológicamente y enumerarlas.

Enseguida se inició la codificación por medio de dos fases. La primera consistió en la identificación, previa lectura, de los rieles o grandes temas en los que se encontraban divididas las entrevistas, los cuales fueron:

- a) Datos generales;
- b) Diagnóstico de la enfermedad;
- c) Familia y redes de apoyo;
- d) Labores de cuidado y estado de la o el paciente;
- e) Significados del tipo de enfermedad por sus características y temporalidad;
- f) Ciclos vitales;
- g) Relaciones de género;
- h) Prácticas a partir y por el padecimiento y el cuidado; y
- i) Formas de afrontamiento.

La segunda fase, llamada codificación en fino, no se basó en ningún tipo de guía, es el resultado de una lectura deductiva en la que se fueron identificando pequeños códigos que enriquecieron el análisis.

xi Las premisas fundamentales de este abordaje teórico son: 1) Las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. Es el significado lo que determina la acción 2) Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción 3) Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos/as a través de un proceso de interpretación.

RESULTADOS

Dentro del proceso salud –enfermedad– atención la relación entre la experiencia^{xii} subjetiva y el orden social ha sido estudiada a través de distintas perspectivas. Los enfoques normativos,^{xiii} interpretativos^{xiv} y hermenéuticos.^{xv}

El enfoque hermenéutico se ajusta a nuestros objetivos pues permite examinar el fenómeno de una manera amplia e incluyente, ya que reconoce los órdenes de realidad subjetivo y estructural como interdependientes y simultáneamente autónomos.¹⁶

EXPERIENCIAS DE PACIENTES

Diversos autores/as han hablado de la manera en que padecer una enfermedad crónica puede implicar un cambio radical en la persona, no sólo en sus acciones, sino en sus forma de entender y relacionarse con el mundo. Los paradigmas que había construido en el periodo premórbido se vienen abajo y debe reconstruir una realidad diversa en la que el padecimiento no sólo interviene sino condiciona sus decisiones y la forma en que es tratada por los demás.

Uno de los primeros temas que es abordado por las y los pacientes al ser cuestionados sobre su experiencia de enfermedad es el “reconocimiento”, entendido en dos dimensiones, el reconocimiento de ellas/os mismos de su enfermedad y el reconocimiento de las y los demás de que padecen un trastorno que les cambia la vida y les hace sufrir.

Lloras, te revelas, reniegas hasta por lo que no [...] tan mala he sido yo para que me toque una enfermedad: incurable y degenerativa [...] A ratos estoy bien, a ratos mal. (EM-P-M).^{xvi}

Condensamos en los siguientes párrafos los testimonios, para tal efecto dividimos el texto en dos grandes apartados: experiencias de pacientes y experiencias de cuidadoras/es. El género se utilizará como una categoría de análisis que ayudará a comprender ciertos elementos de las experiencias detalladas.

También me desespero [...] me peleo con el Parkinson [...] es que el pie derecho se me hace para adentro y no me puedo poner toda de pie [...]. (EM-P-M).

En la EP la posibilidad de que se presente el efecto del medicamento de on-off se convierte en una característica fundamental del reconocimiento de las otras personas sobre el proceso de enfermedad.

De pronto como que no lo creen [...] no sabían lo que tenía, pero creían como que yo me hacía tonta o algo por el estilo [...] Decían: “que rara enfermedad tienes”, porque por ejemplo: yo estaba sentada aquí y no me podía mover, con mucho trabajo caminaba al ventanal aquél, pero a medio camino yo ya podía caminar porque ya me hacía efecto el medicamento [...] Y era como una especie de duda. (EP-P-H).

xii En particular la experiencia es un concepto analizado a través de la antropología de la experiencia como estructura procesual compleja que combina interdependientemente facetas cognitivas, afectivas y volitivas; no sólo son datos sensoriales, sino también sentimientos y expectativas.¹⁹

xiii Se enfocan en la manera en que el orden social determina la subjetividad.

xiv Apuntan a la comprensión interpretativa ubicando la experiencia de los sujetos sobre las estructuras sociales.

xv Han pretendido equilibrar los enfoques, normativo e interpretativo, haciendo caso a la capacidad de actuar de los individuos y a la innegable influencia del entorno social en la construcción de sus experiencias a partir y por la enfermedad.

xvi Con el fin de guardar la confidencialidad de los participantes omitimos sus nombres. Los fragmentos de las entrevistas presentadas en este artículo son citas literales, referidas a cada entrevista y su codificación responde a la enfermedad, tipo de participante (cuidador o paciente) y su sexo; por ejemplo EM-C-M significaría: Esclerosis Múltiple, cuidadora, mujer.

En el caso de EM también suele haber falta de reconocimiento de la enfermedad del o la paciente, esta situación tiene que ver en parte con algunas de las características de los síntomas de la enfermedad (brote-remisión) y con la apariencia de algunas de las personas que la padecen, pues hay casos en que a simple vista no es notorio el detrimento en la salud. Situación en la que también influye la edad de las y los pacientes, como ya apuntamos es un padecimiento que generalmente se presenta durante la juventud:

El último brote que me dio fue el del 2006, anteriormente ya había tenido varios, pero no sabían qué era lo que yo tenía y me sentía mal y por consiguiente mi familia no me creía que me sentía mal, pensaban que yo estaba inventando para llamar la atención. (EM-P-M).

Porque no es algo que se ve, no es algo físico que él pueda decir "Sí, sí es cierto estás enferma", por eso es que no me cree, no me cree cuando me siento mal, cuando tengo dolor. (EM-C-M).

[...] Estar enferma es desgastante, es difícil, el que lo tenga que aceptar, es más difícil y más que nada como dicen: "te ves jovencita", pero no me siento jovencita. (EM-P-M).

El testimonio de algunas pacientes nos hace pensar en algunas diferencias que se dan en el proceso de reconocimiento de la enfermedad por parte de sus familiares en razón de las relaciones de género, y es que parece que este "reconocimiento", es distinto en hombres y mujeres. Como veremos, el reconocimiento es tan importante porque determina el tipo de atención que se recibe.

[...] A mí me sorprende la novia de mi hermano porque precisamente se acababan de juntar cuando él se puso mal, ella se ha movido, ella lo sacó, a ella no le importó lo que fuera; ella hace todo por él [...] es una situación muy diferente a la mía. [...] A mi hermano porque es hombre todo le dan todo más a la mesa; yo como mujer tengo que dar. (EM-P-M).

Estos padecimientos aunque tienen una prevalencia importante en nuestra población, no se han difundido lo suficiente en la población general. Esta situación, aunada a las características discapacitantes, puede generar un estigma en contra de las personas enfermas; ante ello, algunas de éstas, como una medida de defensa, especulan sobre el origen de su padecimiento, atribuyéndolo a condiciones externas. Las personas cuidadoras también buscan atribuir la existencia del padecimiento a factores externos.

[...] De los once hermanos cuatro estamos mal de nuestros movimientos. Creo que una prima se casó con el abuelo Chepito que va por ahí la enfermedad. (EP-P-H).

[...] Pues mi papá ha leído cosas en Internet y ahí dice que la enfermedad da por haber tenido relaciones sexuales, así lo dice un tipo. Entonces mi papá dice: ¿qué estupidez hiciste? Es que no sabe ni a quien echarle la culpa. (EM-P-M).

Y es que algunos de las y los pacientes detallan que prefieren ocultar su enfermedad para evitar el rechazo social que en otras ocasiones han sufrido por el desconocimiento de la enfermedad y por la asociación con otros padecimientos como el VIH/SIDA.

[...] de hecho trato de ocultar, cuando alguien me pregunta que tienes en la pierna (la paciente tiene problemas para caminar), digo: "ah me caí de la moto" [...] porque tuve una experiencia muy fea con un novio que le dije que tenía Esclerosis Múltiple, cuando le dije que era una enfermedad auto inmune el ya ni me quería tocar, pensó que era SIDA o algo parecido. (EM-P-M).

Algunas/os pacientes prefieren no salir o convivir con amistades o familiares porque no les gusta que los vean en las condiciones en que se encuentran, así van aislándose y perdiendo contacto.

[...] mis amistades me siguen viendo, yo ya no quiero porque es difícil que vean a esa persona que conocieron; dejé a mis amigas cuando me invitaban a sus fiestas, les decía la verdad: "es que no quiero que me veas todo postrado con la enfermedad". (EP-P-H).

Otra situación que se presenta es que, en parte por la falta de reconocimiento de la enfermedad por las y los familiares de la o el paciente, se le exige que siga actuando como si no tuviera ninguna discapacidad, así, debe cumplir de la misma forma con las tareas que realizaba antes de su padecimiento.

[...] Yo tengo tres hijos [...] todavía tengo que andar detrás de ellos, los tengo que seguir sacando adelante como si estuviera normal. (EM-P-M).

Sin embargo, en algunos casos es ambivalente la actitud de familiares hacia pacientes, por un lado les exigen que actúen como si no tuvieran la enfermedad y por otro que no hagan las actividades como lo hacían antes de su enfermedad.

[...] no asimila que tenga Parkinson (la esposa del paciente), cree que puedo todo como antes [...] A diario ella me bloquea, para mí me pone trabas: "no puedes", "que lo haga otra persona", "déjasele a alguien más". Me decía: "no debes ser tan activo, con lo que tienes, eres muy tremendo". (EP-P-H).

Finalmente, uno de los elementos que surgieron en las entrevistas es el relacionado con ciertas agresiones que las y los pacientes perciben de quien les cuida, de parejas o familiares cercanos.

La de mi esposa es una violencia familiar [...] si, es verbal, psicológica o emotiva, me hace sentir mal, me ausento mucho tiempo por lo mismo, con el Parkinson se pierden habilidades de memoria [...] una vez se me perdieron mis dientes y aparecieron en la basura, ella (su esposa) dijo: "por sucio aparecieron en la basura". (EP-P-H).

Mi esposo dice que no me puede sacar porque dice que no aguanto estar en las calles: sí me reprime mucho. (EM-P-M).

EXPERIENCIAS DE CUIDADORAS/ES

Como apuntamos, el cuidado es realizado en su mayoría por mujeres. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002,²⁰ un total de 1 738 756 personas dedicaron 12 millones de horas a cuidar enfermas/os en sus hogares. 75% son mujeres y 25% varones que realizan tal labor, por no contar con una ayuda femenina para tal efecto.²¹

En los testimonios que escuchamos, tanto de cuidadoras de pacientes con EM, como con EP, pudimos observar de qué manera el padecimiento se convierte en un elemento central para quienes asumen el cuidado. No sólo por lo que implica para sus pacientes, sino porque de alguna manera ellas viven la enfermedad como propia, pues al igual que para las y los enfermos, trastoca tanto su forma de experimentar la vida cotidiana, como de entenderla.

El que sea un padecimiento que avanzará en el tiempo (crónico y degenerativo), se convierte en un elemento importante en la experiencia de las y los participantes, por un lado por los sentimientos que les provoca y por otro porque para muchas cuidadoras es claramente una ruptura biográfica en la vida de sus pacientes.

A mí los sentimientos que me provocó la enfermedad de mi hija fueron de angustia, desesperación, impotencia, no poder hacer nada, aunque te informes, que vengas, te prepares, no es algo que se pueda curar. (EM-C-M).

Nos cuesta mucho trabajo aceptar una pérdida de ese tamaño, que aunque no es una pérdida visible, porque no estamos viendo que se pierda: yo te voy a decir: mi hija empezó a los 17 años, terminó una carrera, habla tres idiomas y ocupó puestos altísimos de dirección, pero ahora a los 33 está pensionada por invalidez. (EM-C-M).

Un elemento importante es la tradición del cuidado a cargo de las mujeres, como ya lo han reportado diversas investigaciones,²² son las mujeres las que realizan esta función y en muchas ocasiones es resultado de la división sexual de trabajo que vienen realizando desde que eran niñas.

Yo he cuidado creo desde que tengo uso de razón: a mis abuelos y familiares mayores. (EM-C-M).

Pudimos notar una diferencia en las mujeres que asumen el cuidado en EM y EP, esta distinción era en la relación con la o el paciente, mientras en EM son las madres en EP son las hijas las que generalmente lo realizan. Es probable que esta diferencia sea por el momento en que se presentan los padecimientos, en EP es principalmente a finales de la vida, de 60 años en adelante; en EM es, en la mayoría de los casos entre los 20 a 30 años. Las nociones de por qué lo realizan varía también, como veremos en las cuidadoras de EM, el peso del rol materno es mucho, no sólo en la aceptación del rol, sino del significado que le otorgan.

Yo creo que aquí pesa mucho este prototipo de la madre mexicana de sufrimiento y abnegación que te impide decir fácilmente: "Carajo tengo a mi hija enferma, tiene Esclerosis Múltiple, pero ya me cansé, o sea, sus actitudes ya me cansaron, ya no puedo con ella, ya no sé qué hacer con ella". La mamá es la que soluciona todo, y no es cierto la mamá es humana. (EM-C-M).

En el caso del EP parece que el cuidado es asumido también por una mujer, pero por la disponibilidad social que representa ser mujer y soltera para asumir el cuidado.

En parte de mis hermanos, porque dicen: "¡Ah!, tu puedes estar toda la noche y eso, como no tienes otras obligaciones, ni una pareja o hijos" [...] Pues yo siento que es porque ellos (los miembros de su familia) creen que estoy ahí, que es mi obligación. (EP-C-M).

Es importante resaltar que cuando las mujeres se enferman y ellas eran quienes realizaban las labores domésticas (labor invisibilizada), la cuidadora que asuma su cuidado debe además encargarse del cuidado de la casa. Lo que implica hasta una triple o cuádruple jornada de trabajo: el cuidado, el trabajo fuera de casa, el trabajo de la casa del o la enferma y en algunos casos, si se vive fuera de este espacio, el trabajo doméstico de su casa.

En un principio cambió toda mi vida y no era nada más eso (el cuidado), no: yo tengo que hacerme cargo de toda lo que hacia mi mamá, porque mi mamá ya no puede hacer nada [...] (EP-C-M).

Es diferente que se enferme un hombre o una mujer en muchos sentidos, uno de ellos es el trabajo que realizaba antes de su enfermedad. En parte por la falta de reconocimiento que tiene el trabajo doméstico en general.

Aunque sólo pudimos entrevistar a un varón que realiza el cuidado^{xvii} en el grupo donde hicimos la entrevista las mujeres cuidadoras nos comentaron algunas ideas que consideran explican la ausencia de los hombres en este espacio.

Con mi hijo, yo sola soy la que lo llevo, pero él (su esposo) no se quería involucrar, precisamente por el dolor, ya no sentía la fortaleza de abrazar a su chiquito, sentía y siente que va a ser débil para su hijo [...] mi marido lloraba dormido, realmente no es falta de cariño, es falta de aprender estas cosas tan horribles. (EM-C-M).

Al parecer, las cuidadoras atribuyen la ausencia masculina en el cuidado por una imposibilidad de enfrentar la situación que se genera, esta incapacidad de relacionarse se atribuye a la construcción cultural de "ser hombre".^{xviii} Para ellas la incapacidad es natural y no cultural.

xvii Hay varones que realizan el cuidado de personas enfermas, sin embargo, no asistieron a los grupos de apoyo donde realizamos las entrevistas, por eso no fueron incluidos. Sin embargo, el número de hombres que desarrollan esta labor es mucho menor al de las mujeres.

xviii De acuerdo con Hardy y Jiménez²³, la identidad masculina se construye bajo el presupuesto del control de sentimientos, emociones y necesidades, para evitar la pérdida de dominio y el control sobre los otros, y también por el temor de que le atribuyan características femeninas.



[...] Un hombre no está acostumbrado a expresar sus sentimientos, se oculta, si nosotros nos cuesta trabajo externarlo al hombre más, mi esposo me ha dado mucho apoyo, pero nunca va a reconocer lo que sufre por la enfermedad de su hija, el papá no es que no te quiera, es tanta su impotencia y tanto su dolor que no te lo puede demostrar.

Uno de los síntomas que presentan pacientes y que más afectan a los y las cuidadoras, son los de tipo psiquiátrico, sobre todo la depresión y es que no se sienten con las herramientas o no saben qué estrategias seguir para afrontar esta situación. En algunos casos porque la propia cuidadora presenta esta condición.

Otra cosa que también para mí, a veces es desesperante: es la depresión en que ella (la paciente) cayó. Porque, por decir, ella dice: "Yo quiero hacer esto y acá" y de repente es pararse, y entonces ya dice uno y ahora qué. Porque de repente le dice una: "hija ¿vas a hacer eso?" "no, no quiero" y eso siento, que eso también una dice: ¿qué pasa?, cómo le hago yo para salir adelante, para que ella también pueda salir adelante. (EM-C-M).

Pues al principio, te digo, yo también caí en depresión [...] o sea, la misma psiquiatra me dijo que yo tenía que apartarme un poco (del cuidado que realiza). (EP-C-M).

Una de las cuestiones más estudiadas en el caso de cuidadoras/es informales es la manera en que el cuidado se convierte en un obstáculo para el desarrollo de su vida personal y profesional. Nuestras entrevistadas reportaron cómo el cuidado que deben proporcionar ha limitado su desarrollo profesional y planes a futuro.

Pues, la verdad es que yo antes (de que tuviera que realizar el cuidado) era diferente. A raíz de eso (el cuidado) yo tuve que quedarme en la casa y cuidar de ellos, pero antes yo no trabajaba en la casa, yo tenía un trabajo afuera, es más todo el tiempo me la pasaba afuera y no en la casa. (EP-C-M).

Para mí fue como un shock, nosotros ya teníamos muchos planes, yo ya casi acabo la carrera; pues si teníamos planes de hacer cosas juntos, obviamente se han modificado. Ahora ya tenemos que estar aquí, para mí fue como romper con sueños. (EM-C-M).

Para concluir el apartado, no queremos dejar de lado los comentarios de las cuidadoras respecto a las agresiones que sufren de parte de las y los pacientes que atienden y las que ellas reconocen suelen cometer en contra de sus pacientes.

[...] con mi papá, tiene muy arraigado que es mi obligación (el cuidado), cuando yo le digo: "ve tú" o "puedes ir", él me dice "no, no, yo no puedo, es tu obligación". [...] al principio mi mamá se enojaba mucho de que yo le dijera que tenía que tomar su medicina, comer a esta hora y en eso sí se molestaba, o sea, de decirme: "no quiero comer" y hasta aventarme la comida u otra cosa. (EP-C-M).

Cuando me decía (el paciente) que sentía las piernas mal, en mi casa le decían que eran los nervios [...] cuando lo vi caminar mal, como que me enojé y le dije: "cómo que haces eso", "tienes que controlarte", siento que sí lo violenté, yo si pensé que él debía controlarlo [...] no es algo que yo pudiera dominar, siento que hasta la fecha me desespera demasiado. (EM-C-M).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Comprender la enfermedad implica no sólo identificar las fallas orgánicas que se presentan, sino lo que pasa socialmente con el individuo cuando es atravesado por el sufrimiento que causa la misma. Para este fin, el estudio de la experiencia como herramienta conceptual que acude a las vivencias como veta de conocimiento, es una vía idónea.

El carácter impredecible y progresivo de los padecimientos que estudiamos crea situaciones estresantes en la vida cotidiana para las familias y para las personas que sufren estas enfermedades. La EM y EP son la suma de una variedad de eventos particulares que ocurren en la carrera de enfermedad y que contribuyen al desarrollo de un estilo de vida, así la enfermedad se vuelve inseparable de la historia de vida.

Los significados atribuidos a la enfermedad por las personas que cuidan y por las personas enfermas pueden amplificar o disminuir los síntomas, exacerbar o limitar la discapacidad e impedir o facilitar el tratamiento. Así lo observamos en los testimonios de las y los participantes respecto a la manera en que reconocen y son reconocidos por la enfermedad. Este hallazgo es de gran relevancia debido a que existe evidencia que indica que al examinar estos significados es posible romper con el ciclo que amplifica la aflicción y además contribuye a proveer un cuidado más afectivo.¹

El proceso de enfermedad y atención descrito por cuidadoras/es y pacientes está atravesado por el género. No es sólo respecto al depósito del cuidado en las mujeres, es además: cómo son cuidadas las mujeres, cómo es interpretada la ausencia en el cuidado de los varones, cómo son comprendidos y reconocidos los procesos mórbidos y las consecuencias sociales de estar enferma/o y cuidar a alguien enfermo.

En particular, la feminización de la labor del cuidado responde a patrones sociales que se explican por la división sexual de trabajo, en donde la labor de reproducción es designada a las mujeres e invisibilizada. Como dice Robles, el cuidado, al estar social y culturalmente construido, como una tarea femenina, está perneando igualmente por los símbolos y normas que operan para las mujeres.²⁴

Así, la construcción social de género de las identidades de los individuos determina no sólo la manera de ser tratado/a, sino de sentir y expresar. La incapacidad de cuidar que les es atribuida a los padres, no sólo los limita, sino permite la persistencia de patrones de cuidado y atención generizado. La continua naturalización de los roles de género, tanto de las cuidadoras como de los pacientes, hace evidente la problemática que hay respecto a la identificación de ciertas actividades y formas de expresión en razón de ser hombres o mujeres.

Lo relevante de estudiar el contexto del cuidado y la enfermedad, es que además de estudiar la complejidad de los procesos mórbidos, abre la reflexión a otros temas que adquieren nuevas dimensiones. Específicamente, el maltrato en la díada cuidador/a-paciente, es algo que debe considerarse con mucho más atención. Ya en algunos trabajos²⁵ se ha demostrado cómo existe gran posibilidad de que la violencia se presente en este espacio, igualmente es muy probable que, como en otros contextos, se normalice, aún más cuando la enfermedad se vuelve el centro de atención.

El estudio que presentamos tiene algunas limitaciones: sólo se entrevistó a un cuidador varón y la población se circunscribe a las personas que acuden a los grupos de apoyo. No obstante, la reflexión que presentamos deja suficientes puntos de partida para profundizar con posterioridad en: las relaciones de género en la salud y enfermedad, las condiciones sociales que se presentan o agudizan en los contextos de las enfermedades crónicas, la necesidad de construir una interfaz entre instituciones, comunidad y familia para redistribuir el cuidado, la construcción cultural del padecer, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kleinman Arthur. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. United States of America: Perseus Book Group; 1988.
2. Di Silvestre C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, 1998; 4. [consultado 2009; 28 de junio]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm>
3. Robles L. El cuidado en el hogar de los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20 (2): 618-625.
4. Robinson MA, Guzmeli V, Martínez M, Infante E, Galvizo RJ, Ochoa M. Contribución de la detección de bandas oligoclonales (BOC) en LCR para la confirmación del diagnóstico en Esclerosis Múltiple (EM). *Rev Mex Neuroci*, 2005; 6(1):8-15.
5. González R. *El extraño caso del Dr. Parkinson (visión nueva de una enfermedad antigua)*. 4ª edición: España, Granada; 1997.
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, *Esclerosis Múltiple: Esperanza en la investigación*. 2007 [consultado 2007; 18 de octubre]. Disponible en: http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/esclerosis_multiple.htm
7. De la Maza M, García J, Bernal J y Fuentes M. Revisión de la epidemiología de la esclerosis múltiple en México. *Rev Neurol* 2000;31 (05):494-495
8. Corona-Vázquez Teresa. Las enfermedades neurológicas. Su dimensión y repercusión social. *Gaceta Médica de México*, 2002; vol. 138, no.6: 533-536.
9. Standaert D, Young A. Tratamiento de los trastornos degenerativos del sistema nervioso central. En Goodman & Gilman's (Coord.) *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. México: Editorial McGraw Hill Interamericana; 1996.
10. Hernández Cruz, Jordain Israel. Esclerosis Múltiple en México: la clínica de su historia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2006; 49 (2): 73-78.
11. Sánchez N, Barroso O, Hernández. Alteraciones cognitivas en etapas iniciales de la Esclerosis Múltiple y su relación con el estado de ánimo, variables demográficas y clínicas. *Psicothema*, 2008; 20 (4): 583-588.
12. Balbuena, Berecoechea, Brest, Ramírez, Candia y Alcaraz. Comparación entre la Levodopa y los agonistas dopaminérgicos para el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 2005; 143:13-17.
13. Pflieger C, Koch-Henriksen N, Bronnum-Hansen. Divorce and separation in Multiple Sclerosis. *Mult Scler*, 2008; 14:S29.
14. Tanji H, Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Fishman PS, Reich SG, Weiner WJ y Shulman LM. Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2008 Oct 15; 23(13):1843-9.
15. Nigenda G. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el Sistema de Salud Mexicano. *Salud Pública de México*, 2007; julio-agosto; 49 (4): 286-294.
16. Castro, R. La vida en la adversidad: Significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2002.
17. Rivas M. La entrevista a profundidad un abordaje en el campo de la sexualidad. En: Szazs I, y Lerner S. *Para comprender la subjetividad, investigación cualitativa en Salud Reproductiva*. México: El Colegio de México; 2002.
18. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos*. España: Tercera Edición; Paidós; 2000.
19. Ruano L. De la construcción de los otros por nosotros a la construcción de nosotros. *Revista de educación*, 2000; enero-marzo, número 12. [Consultado 2007; 3 de noviembre. Disponible en: <http://educar.jalisco.gob.mx/12/12Letic.html>
20. INEGI. *Encuesta Nacional de Uso de Tiempo*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; 2002.
21. Paz Rodríguez F. Características y necesidades del cuidador primario en enfermedades neurodegenerativas. *Diseño y evaluación de un programa de intervención*. Tesis doctoral, México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
22. Valderrama Ponce MJ. El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia*, 2006; 35: 373-385.
23. Ardy E. y Jiménez A. Masculinidad y Género. *Rev. Cubana Salud Pública*, 2001; 27(2):77-88.
24. Robles Silva L, *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. México: Editorial Universitaria; 2007.
25. Paveza J, Cohen D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Ashford W. Severe Family Violence and Alzheimer's disease: Prevalence and Risk Factors. *The Gerontologist*, 1992; 4: 493-497.

Análisis de la Depresión en los Servicios de Atención Psiquiátrica Hospitalarios

Dr. Gabriel Sotelo Monroyⁱ

Dr. Alfonso Vallejos Parásⁱⁱ

Dra. Armida Granados Rojasⁱⁱⁱ

Dra. Tizbé Sauer Vera^{iv}

Dr. Victor Hugo Gutiérrez Muñoz^v

Psic. Xiasu García Ávila^{vi}



i Maestro en Investigación de los Servicios de Salud. Director de Gestión de Servicios. Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud.

ii Médico Epidemiólogo. Coordinación de Epidemiología y Estadística. Servicios de Atención Psiquiátrica.

iii Médico Psiquiatra. Coordinación de Investigación y Enseñanza. Servicios de Atención Psiquiátrica.

iv Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud.

v Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud.

vi Lic. en Psicología. Coordinación de Epidemiología y Estadística. Servicios de Atención Psiquiátrica

INTRODUCCIÓN

La depresión es un importante problema de salud pública ya que es relativamente común y su carácter recurrente perturba profundamente la vida de las y los pacientes. Los costos de la depresión para la economía de Estados Unidos de América se estiman en más de 43 mil millones de dólares anuales en atención médica y pérdida de productividad. Los estudios realizados en población en general revelan un riesgo de padecer depresión durante la vida de 7 a 12% para los hombres y de 20 a 25% para las mujeres.¹

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, pérdida del placer, sentimientos de culpa, baja autovaloración, perturbaciones del sueño y/o del apetito, pérdida de la energía y mala concentración. Las y los pacientes con depresión muestran deterioro en las principales áreas de funcionamiento, por ejemplo, el cuidado personal, las responsabilidades familiares, sociales y profesionales. Estos problemas pueden llegar a ser crónicos o recurrentes. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio, una complicación fatal asociada a la pérdida de 850 mil vidas cada año a nivel mundial.

Esta enfermedad es la principal causa de discapacidad, medida por años perdidos por discapacidad (YLDs) y se espera que para el año 2020, la depresión alcance el segundo lugar en los años ajustados de vida vividos con discapacidad (AVAD). En la actualidad a nivel mundial la depresión ya ocupa la 2a causa de AVAD en la categoría de edad 15 a 44 años.²

Con base en datos de la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo, en el Informe Mundial sobre la Salud de 2001 se estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es de 1.9% en la población masculina y de 3.2% en la femenina, y se calcula que 5.8% de los hombres y 9.5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses. Estas cifras de prevalencia varían entre poblaciones y pueden ser más elevadas en algunas de ellas.

En México, a nivel nacional, la prevalencia de depresión en adultos en el año 2001, fue de 4.5% a 5.8% en las mujeres y de 2.5% en hombres.³

Objetivo: Conocer la incidencia de la depresión y describir los motivos de demanda hospitalarios por este mismo diagnóstico en los Hospitales de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud, durante el año 2007.

Metodología: Se describen los registros de “Motivos de Demanda” de los SAP, así como el “Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario (SAEH)”⁴ de los Hospitales Psiquiátricos dependientes de los SAP (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno), ubicados en el Distrito Federal, durante el 2007, obteniendo medidas de frecuencia como la incidencia y número egresos hospitalarios, se analizaron por sexo, edad y grado de depresión.

Para obtener la incidencia, se tomaron en cuenta los registros de “Motivos de Demanda” de las y los pacientes que recibieron atención psiquiátrica por primera vez en los servicios de urgencias y consulta externa. Con base en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), se categorizaron los diagnósticos en depresión leve (incluyendo los diagnósticos F32.0, F32.9 y F33.0), depresión moderada (F32.1 y F33.1), y en depresión severa (F32.2, F32.3, F32.8, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8). Los datos fueron analizados en Microsoft Excel 97.

Para describir los egresos hospitalarios por depresión se realizó la misma categorización en depresión leve, moderada y severa.

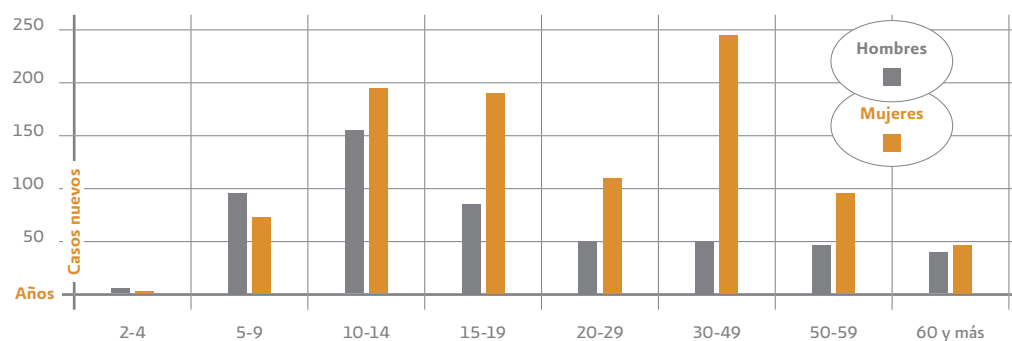
Resultados: La incidencia de depresión encontrada durante el 2007 en los Hospitales de SAP fue de 1,474 casos nuevos, (16% depresión leve, 56.8% depresión moderada y 27% depresión severa).

CUADRO 1
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR HOSPITAL Y GRADO, SAP-2007

CAUSAS	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
<i>Psic. Fray Bernardino Álvarez, D.F.</i>	107	163	80	350
<i>Psic. Dr. Juan N. Navarro, D.F.</i>	87	371	237	695
<i>Psic. Samuel Ramírez Moreno, D.F.</i>	44	304	81	429
Total	238 (16.2%)	838 (56.8%)	398 (27.0%)	1,474 (100%)

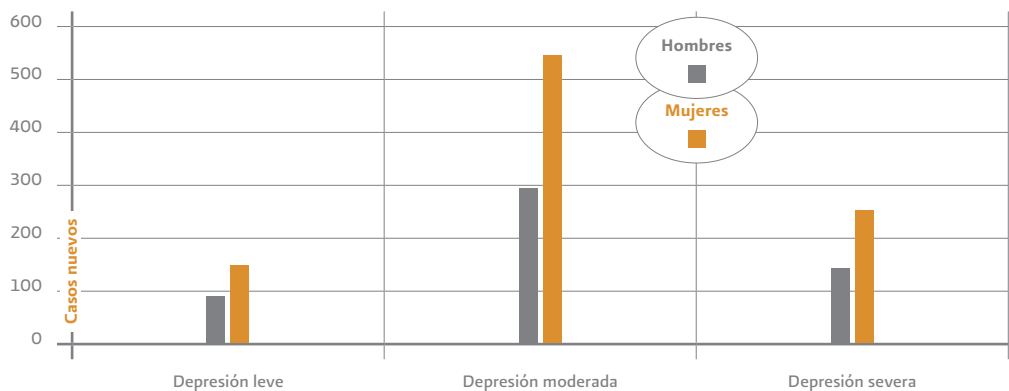
El 35% de los casos incidentes fueron en hombres y 65% en mujeres, con una razón mujer/hombre de 1.8. Por grupo de edad, las mayores incidencias se encontraron en los grupos de 10 a 14 años con 348 casos (23.6%), el grupo de 30 a 49 años 294 casos (19.9%) y en el grupo de 15 a 19 años 269 casos (18.2%) (Gráfica 1).

GRÁFICA 1
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN, SEGÚN EDAD Y SEXO, SAP-2007



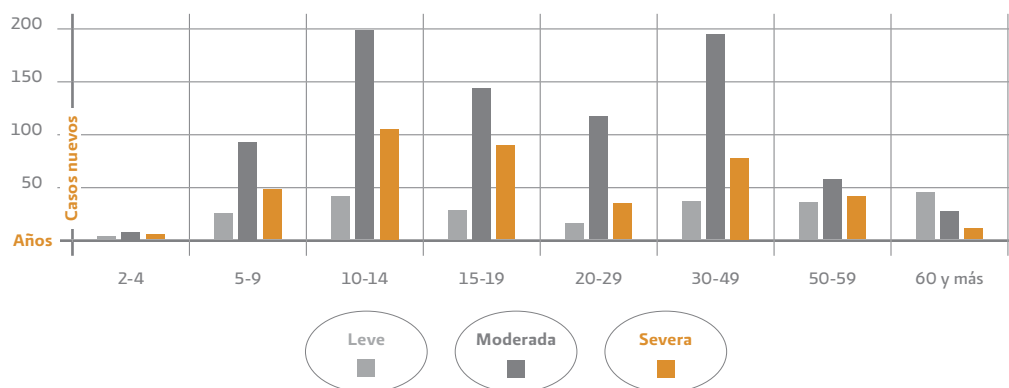
Con respecto al grado de depresión, el 56.8% corresponde a depresión moderada y 27.0% a severa, encontrando una diferencia marcada entre hombres y mujeres que se muestra en la Gráfica 2.

GRÁFICA 2
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR GRADO SEGÚN SEXO, SAP-2007



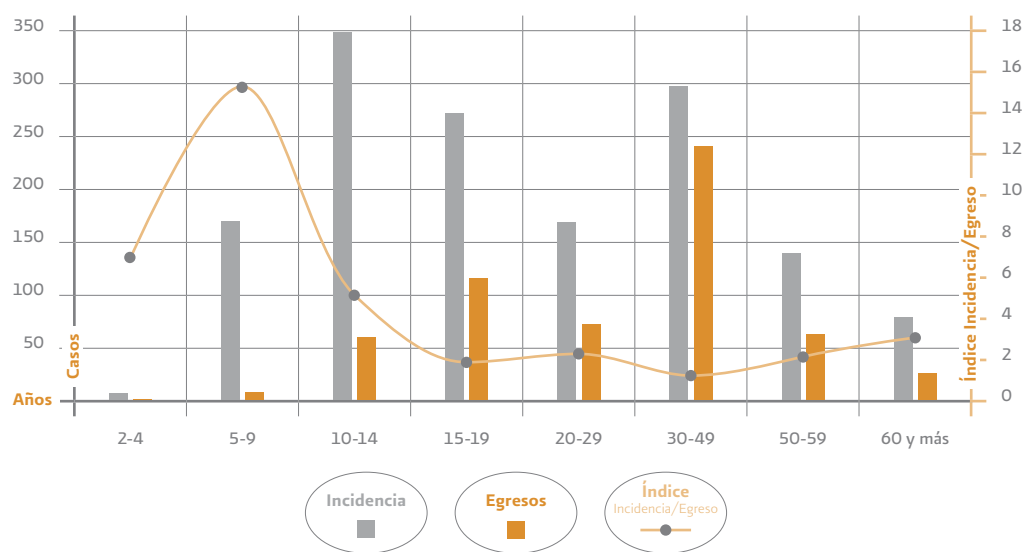
La incidencia de depresión leve se distribuye de manera estable dentro de los grupos de edad, en cambio la incidencia de depresión moderada se concentra principalmente en los grupos de 10 a 14 años y de 30 a 49 años. La incidencia de depresión severa muestra su valor máximo en los grupos de 10 a 19 años (Gráfica 3).

GRÁFICA 3
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO Y GRUPO DE EDAD, SAP-2007



Se calculó el indicador incidencia/egreso y se encontró una relación global de 2.5. Sin embargo, en pacientes de 30 a 49 años se muestra un indicador cercano a uno, lo que sugiere que en este grupo de edad se encuentran los casos graves, ya que por cada paciente que se diagnostica otro es hospitalizado (Gráfica 4).

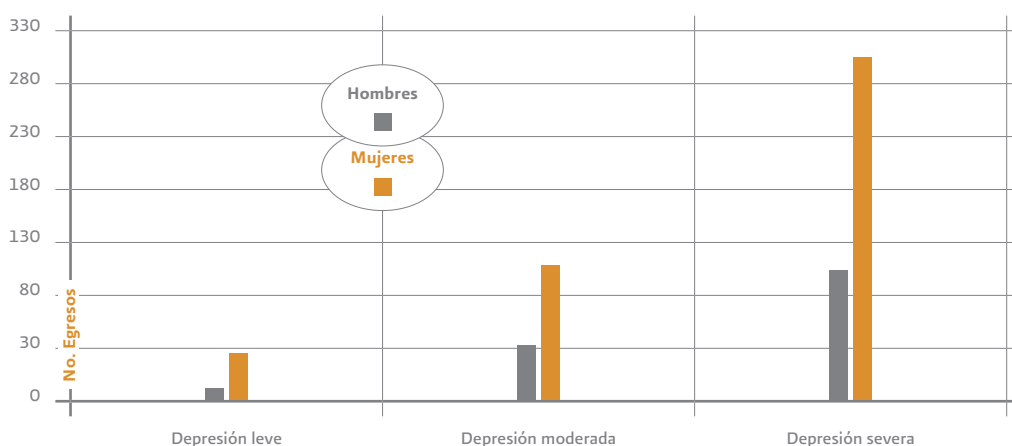
GRÁFICA 4
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN, SEGÚN EDAD Y SEXO, SAP-2007



Durante el 2007 se registraron 588 egresos hospitalarios por depresión, que representó 9.4% del total de egresos de SAP, 6% por depresión leve, 24% por depresión moderada y 70% por depresión Severa.

Del total de egresos por depresión, 24% fueron del sexo masculino y 76% del sexo femenino, encontrando una razón mujer/hombre de 2.9 (Gráfica 5).

GRÁFICA 5
EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPRESIÓN SEGÚN GRADO Y SEXO, SAP-2007



Se realizó análisis bivariado en busca de asociación entre los egresos hospitalarios y el sexo del paciente, los resultados se muestran en el Cuadro 2.

CUADRO 2
EGRESOS POR SEXO, MEDIDAS DE ASOCIACIÓN E IMPACTO POTENCIAL

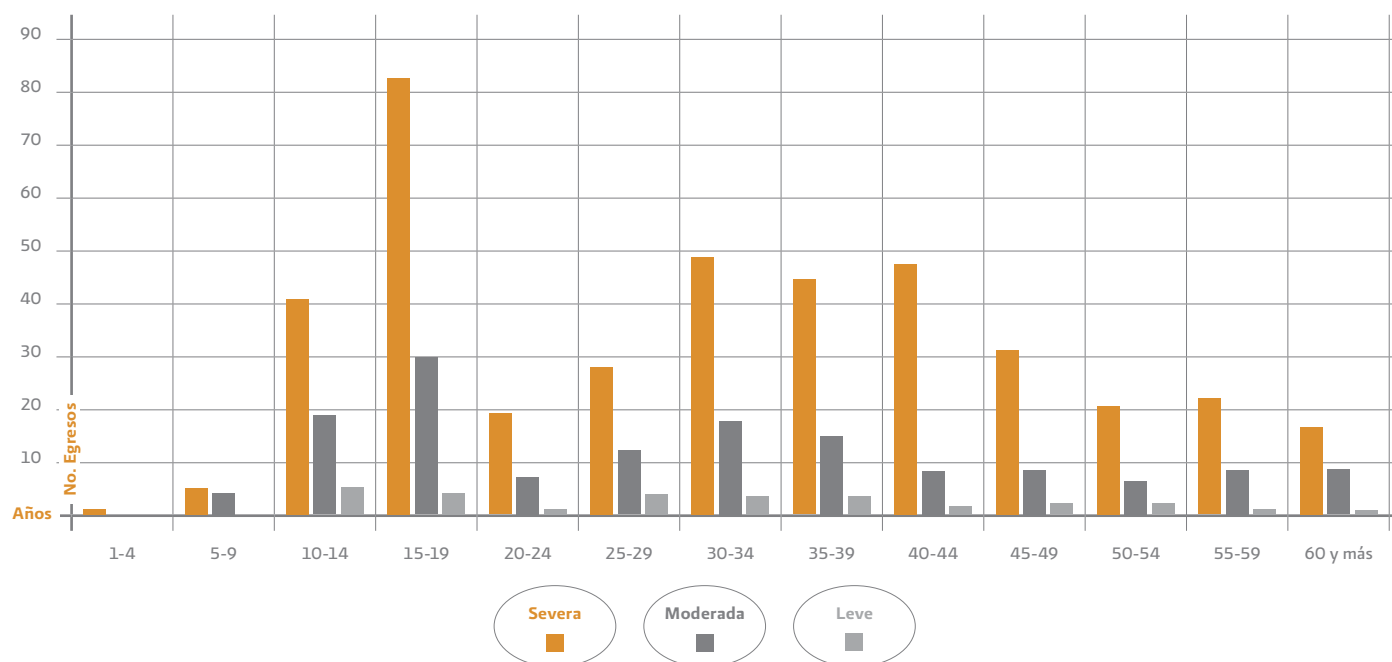
MEDIDA	VALOR
<i>RM = Razón de Momios</i>	3.5
<i>Xmh = Xi de Mantel y Haenszel</i>	13.3
<i>Valor p</i>	Menor a 0.05
<i>IC 95% = Intervalo de confianza al 95%</i>	3.1 - 3.8
<i>FEP = Fracción etiológica poblacional</i>	53.0
<i>FEE = Fracción etiológica en expuestos</i>	71.1



Por grupo de edad, se registró el 19.9% de los egresos en pacientes de 15 a 19 años, 12.1%, en el grupo de 30 a 34 años y 10.9% en el de 35 a 49 años (Gráfica 6).

El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 21.1 días (20.1 para depresión leve y 21.2 para depresión moderada y severa). Con una diferencia de medias entre hombres y mujeres de 3.7 días (diferencia no estadísticamente significativa $p=0.21$).

GRÁFICA 6
EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y GRADO, SAP-2007



Los motivos de egreso fueron 87% mejoría, 8% voluntario y el 5% por otros motivos. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres (Cuadro 3).

CUADRO 3
EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPRESIÓN, SAP-2007

CAUSAS	FRECUENCIA TOTAL	MUJERES	HOMBRES
<i>Total de egresos por TD</i>	588	438	150
<i>Egresos</i>	100%	76%	24%
<i>Promedio de días de estancia</i>	21.1	22.07	18.36
<i>Egreso por mejoría</i>	509	86.8%	86%
<i>Egresos depresión leve</i>	33	5.3%	6.7%
<i>Egresos depresión moderada</i>	145	25.1%	23.3%
<i>Egresos depresión severa</i>	410	69.6%	70%

El 61% de las y los pacientes egresados por depresión residen en el Distrito Federal, 31% del Estado de México y el resto radican en 10 diferentes entidades federativas.

El 83.8% de las y los pacientes atendidos no cuentan con seguridad social, mientras que 12.4% pertenecen al ISSSTE y 3.4% al IMSS.

CONCLUSIONES

La incidencia encontrada en los hospitales psiquiátricos de los SAP durante 2007 fue de 1 474 casos, más de la mitad se clasificó en depresión moderada. El 65% de los casos nuevos fueron mujeres. El 54% de los casos se registran en pacientes jóvenes menores de 20 años. La depresión es un padecimiento que se puede presentar en todos los grupos de edad, incluso en la etapa de lactancia, infancia y niñez. Es relevante señalar que en estas dos etapas, en los grupos de 2 a 4 años y de 5 a 9 años, es más prevalente en los varones; en el grupo de 10 a 14 la prevalencia empieza a ser mayor en mujeres. Esto podría explicarse por varios factores, entre ellos, los sugeridos por un gran número de investigadores respecto a los cambios hormonales más significativos que sufre la mujer en determinados periodos de su vida (premenstrual, posparto y menopausia); o bien, los relacionados con aspectos sociales, como el estatus matrimonial, laboral y el número de hijas e hijos pequeños en casa, que colocan a la mujer en mayor vulnerabilidad hacia la depresión. En el aspecto de la personalidad se ha observado que la mujer tiende a focalizarse en las emociones negativas, tiene menos asertividad y es menos agresiva, contribuciones de riesgo hacia la depresión.

La depresión constituye cerca de 10% de los egresos hospitalarios de los SAP. Llama la atención que 6% de los egresos por depresión se debe a depresión leve, ya que teóricamente este grupo de padecimientos podrían tratarse ambulatoriamente, además que el promedio de días hospitalarios no demostró ser menor en la depresión leve con respecto a la depresión moderada o severa.

Se ha reportado en la literatura que la depresión severa afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, ésta no se explica por el trasfondo racial y étnico, ni el nivel económico.

Se sospecha que una variedad de factores únicos en las vidas de las mujeres juegan determinados papeles en el desarrollo de la depresión. Las investigaciones se concentran en el entendimiento de estos factores, incluyendo los factores reproductivos, hormonales, genéticos u otros factores biológicos; el abuso y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de la personalidad. Aún así, las causas específicas de la depresión en las mujeres todavía no están claras; muchas de las mujeres que están expuestas a estos

factores no desarrollan la depresión. Lo que sí es claro es que sin importar los factores contribuyentes, la depresión es una enfermedad con posibilidad de tratamiento efectivo. Garantizar el acceso temprano a la atención médica y tratamiento es fundamental para reducir el impacto de esta entidad nosológica, el rol de la sociedad también es importante al evitar la estigmatización de las y los pacientes psiquiátricos y ayudar con el diagnóstico temprano.

Es importante resaltar que en pacientes adolescentes se ha descrito la diferencia entre hombres y mujeres; entre los 11 y los 13 años se observa aumento en la tasa de depresión entre las adolescentes mujeres. A la edad de 15 las mujeres tienen dos veces más que los varones la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor, lo cual es similar a los resultados encontrados en este estudio. Lo que nos plantea el desafío de seguir investigando en torno al suicidio, otra problemática de gran actualidad, en especial en la etapa de la adolescencia.

La relación que existe entre casos incidentes y egresos hospitalarios por depresión en las unidades operativas de los SAP es de 2.5 de manera global, es decir, por cada 5 casos nuevos de depresión, egresan 2 personas por el mismo diagnóstico (7.2 depresión leve, 5.8 depresión moderada y 1.0 para depresión severa).

Sugerimos la realización de más investigaciones sobre depresión en mujeres, ya que al existir una mayor incidencia en ellas, son considerables los costos en su calidad de vida, productividad y gastos económicos, tanto para las mujeres, como para su familia y la sociedad en la que vive. Conocer las diferencias de género de la depresión, contribuirá a poder ofrecer servicios adecuados para mujeres y hombres, respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khandelwal S. Conquering Depression. World Health Organization; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: 2001; 29-30.
3. Belló M. I. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx. 2005; Vol. 47:4-11.
4. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario; 2007.
5. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. Psychol Bull 1994; May 115:3 424-43
6. Nolen-Hoeksema S. Epidemiology and Theories of Gender Differences in Unipolar Depression en Gender and Psychopathology. American Psychiatric Press. Washington. 1995; 63-87
7. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. Current Directions in Psychological Science. 2001; 10(5): 173-176.
8. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. Journal of the American Medical Association, 1996; 276:293-9.
9. Hogan MF. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, consultado en: <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/SpanSPEAK Women. pdf>
10. Cyranoski, JM, Frank E, Young E, Shear KM. Adolescent Onset of The Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression. Archives of General Psychiatry. 2000; 57:21-27.

Programa de Acción Específica de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Adalberto Santaellaⁱ
Raymundo Fernándezⁱ



ⁱ Dirección de Violencia Intrafamiliar, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Cuando se presenta una usuaria en la consulta es muy difícil que exprese y reconozca, que su pérdida de salud se debe “a estar inmersa en una situación de violencia”.

La violencia contra la mujer, ya sea en un ámbito público o privado como lo es la familia, es un factor de suma importancia que determina su estado de salud y calidad de vida. Las consecuencias directas y/o colaterales que traen

consigo los hechos de violencia, son daños a la salud que van desde agudos, crónicos, irreversibles, severos y hasta causantes de decesos. Esta problemática ha sido abordada a nivel mundial, en diferentes foros, en los cuales se han suscrito acuerdos de acción por los países participantes, en donde México se ha comprometido a realizar acciones para solucionar la problemática de la violencia contra las mujeres.

Convenios Internacionales que ha suscrito el Gobierno Mexicano en materia de Violencia contra las Mujeres

- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979, CEDAW por sus siglas en inglés);
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993);
- Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” (OEA, 1994).

Desde 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció que la violencia es un grave problema de salud pública (Resolución WHA49.25), a partir de lo cual se estimula a los gobiernos a asumir esta problemática, debido a su magnitud y prevalencia, como una situación de salud pública.

Algunas de las acciones implementadas por el gobierno mexicano han sido la promulgación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1 de febrero del año 2007 en el Diario Oficial de la Federación, y en el Sector Salud ha sido la publicación de la NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar y su correspondiente modificación como NOM-046-SSA2-2005.

Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada el 16 de abril del 2009 en el mismo Diario, la cual enfatiza el establecimiento de criterios para la atención de la violencia de género y la violencia sexual.

En la NOM-046-SSA2-2005 se define la violencia familiar como: el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, civil mediante matrimonio, concubinato, afinidad u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.

La violencia familiar comprende: Abandono, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato sexual, maltrato económico.

La violencia sexual está definida como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Por último, la violencia contra las mujeres se define como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

Con la finalidad de identificar la magnitud de esta problemática en nuestro país la Secretaría de Salud junto con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizaron la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) en los años 2003 y 2006, en las cuales, se identifica la extensión del problema entre las usuarias que acuden a servicios de salud. Como resultado, se documentó que la prevalencia de la violencia en las mujeres de 15 años y más con la pareja actual (en el último año), fue de 21.5 a 33.3, respectivamente.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE LA PAREJA ACTUAL,
SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	%	ORDEN	ENTIDAD	%	ORDEN
<i>Aguascalientes</i>	22.8	31	<i>Morelos</i>	28.2	23
<i>Baja California</i>	27.6	26	<i>Nayarit</i>	39.6	2
<i>Baja California Sur</i>	33.2	16	<i>Nuevo León</i>	24.9	28
<i>Campeche</i>	30.9	21	<i>Puebla</i>	23.7	29
<i>Coahuila</i>	30.0	22	<i>Querétaro</i>	33.1	17
<i>Colima</i>	34.4	9	<i>Quintana Roo</i>	39.1	3
<i>Chiapas</i>	32.7	18	<i>San Luis Potosí</i>	26.1	27
<i>Chihuahua</i>	31.5	19	<i>Sinaloa</i>	34.9	8
<i>Distrito Federal</i>	33.9	11	<i>Sonora</i>	34.2	10
<i>Durango</i>	37.6	4	<i>Tabasco</i>	33.8	13
<i>Guanajuato</i>	33.9	12	<i>Tamaulipas</i>	23.0	30
<i>Guerrero</i>	27.8	25	<i>Tlaxcala</i>	28.0	24
<i>Hidalgo</i>	31.2	20	<i>Veracruz</i>	33.7	14
<i>Jalisco</i>	35.4	6	<i>Yucatán</i>	36.2	5
<i>México</i>	45.6	1	<i>Zacatecas</i>	33.4	15
<i>Michoacán</i>	35.2	7	NACIONAL	33.3	

PREVALENCIAS NACIONALES DE LA VIOLENCIA DE LA PAREJA ACTUAL México, ENVIM 2006



Notas:

1. En la ENVIM 2006 este primer diagnóstico fue de gran utilidad para el desarrollo del programa de prevención y atención a la violencia familiar y de género.
2. Sólo aparecen 31 estados de la República, ya que por los conflictos que tuvieron lugar en el estado de Oaxaca durante el 2006, esta entidad federativa fue excluida de la ENVIM.

Los servicios de salud resultan ser uno de los contactos más frecuentes donde las mujeres acuden a solicitar ayuda para mitigar los daños sufridos. La identificación oportuna de la magnitud de la violencia, su tipo, grado y cronicidad, son elementos importantes para determinar acciones a seguir dentro del ámbito de competencia de los servicios de salud.

En consecuencia, la Secretaría de Salud implementa el Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, el cual desde el año 2002 se desarrolla a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA's).

El objetivo general de este Programa es "Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquéllas que se encuentran en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad".

Como una estrategia para su implementación ordenada se elaboró el Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual como un instrumento que orienta y homogeneiza el desarrollo de actividades dentro de los SESA's.

Entre las principales estrategias del modelo para abordar este problema de salud se encuentran la detección activa de casos en unidades de salud, así como el otorgamiento de atención esencial y especializada a las usuarias que se encuentran en alguna situación de violencia familiar y/o de género.

Modelo de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual Principales Estrategias

Detección: Es el procedimiento que permite identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia con el fin de brindarles atención, asesoría y canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas para su atención. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.

Atención Esencial: Paquete mínimo de servicios que debe ofrecerse a las usuarias en situación de violencia en todas las unidades de salud. Las acciones de este tipo de atención contemplan componentes de detección, servicios médicos, consejería, referencia, contrarreferencia, registro, así como evaluación del riesgo y plan de seguridad para los casos de violencia extrema. Todo lo anterior incluye la detección activa, contención y manejo de crisis, atención médica a lesiones leves, atención básica a violencia sexual (anticoncepción de emergencia), orientación, consejería, referencia y seguimiento. Estos servicios deben estar disponibles en cualquier unidad de salud.

Atención Especializada: Comprende servicios médico-quirúrgicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia, mediante la combinación de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación seleccionadas con base en el tipo y magnitud de la violencia sufrida y la valoración clínica integral de cada caso en particular. Incluye atención médica-quirúrgica para lesiones leves y graves, especialidades médicas incluyendo psiquiatría en caso necesario, tratamiento para violencia sexual, tratamiento psicológico especializado, orientación y consejería especializada. Estos servicios deberán estar disponibles en las unidades del segundo nivel de atención.

En coordinación con los 32 programas estatales, se realizó, el Informe General de Avances (IGA), con la finalidad de darle seguimiento al Programa de Acción, obtener información de cómo se está operando en las entidades federativas; así como, integrar, sistematizar y reportar de manera sistemática, periódica y cuantitativa, las principales acciones desarrolladas. Dicho informe cuenta con cinco apartados:

- 1) Detección a mujeres.
- 2) Atención a mujeres en servicios especializados.
- 3) Referencia de mujeres de servicios especializados.
- 4) Promoción y difusión del Programa.
- 5) Capacitación otorgada a personal de los servicios de salud.

Entre los principales resultados registrados se reportan los siguientes:

CUADRO 2
HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN APLICADAS

ENTIDAD	2007	2008	2009
<i>Aguascalientes</i>	702	3,697	3,256
<i>Baja California</i>	17,660	25,118	18,502
<i>Baja California Sur</i>	886	1,695	2,410
<i>Campeche</i>	3,438	5,137	5,763
<i>Coahuila</i>	5,242	5,087	4,534
<i>Colima</i>	29,594	23,279	38,205
<i>Chiapas</i>	9,322	7,332	28,109
<i>Chihuahua</i>	6,850	25,327	47,185
<i>Distrito Federal</i>	2,838	5,311	23,244
<i>Durango</i>	5,434	1,932	1,010
<i>Guanajuato</i>	11,960	26,947	37,174
<i>Guerrero</i>	23,612	29,652	27,863
<i>Hidalgo</i>	54,636	57,182	49,859
<i>Jalisco</i>	2,096	900	4,588
<i>México</i>	3,342	63,193	45,877
<i>Michoacán</i>	20,796	28,392	31,406
<i>Morelos</i>	2,206	4,176	14,864
<i>Nayarit</i>	5,094	5,369	11,343
<i>Nuevo León</i>	3,608	9,863	16,938
<i>Oaxaca</i>	2,274	9,104	13,583
<i>Puebla</i>	4,246	2,676	10,389
<i>Querétaro</i>	4,188	21,629	24,184
<i>Quintana roo</i>	7,286	22,670	29,366
<i>San Luis Potosí</i>	6,808	20,192	29,243
<i>Sinaloa</i>	4,056	5,832	4,316
<i>Sonora</i>	9,904	6,230	6,875
<i>Tabasco</i>	2,528	1,296	10,406
<i>Tamaulipas</i>	22,266	29,553	33,323
<i>Tlaxcala</i>	1,912	3,721	5,443
<i>Veracruz</i>	10,244	25,851	19,582
<i>Yucatán</i>	2,250	7,632	11,700
<i>Zacatecas</i>	3,438	10,864	9,168
NACIONAL	290,716	496,839	619,708

Fuente: SSA, CNEGySR, DGAEG, Informe General de Avances 2004-2009, Documento interno de trabajo.

CUADRO 3
HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN QUE RESULTARON POSITIVAS

ENTIDAD	2007	2008	2009
<i>Aguascalientes</i>	702	1,651	1,750
<i>Baja California</i>	2,804	3,734	3,136
<i>Baja California Sur</i>	540	491	337
<i>Campeche</i>	1,206	3,980	4,733
<i>Coahuila</i>	5,102	4,833	4,392
<i>Colima</i>	1,642	1,283	2,132
<i>Chiapas</i>	9,060	4,282	2,027
<i>Chihuahua</i>	6,826	12,078	22,187
<i>Distrito Federal</i>	2,838	5,311	10,387
<i>Durango</i>	3,530	946	351
<i>Guanajuato</i>	3,338	3,165	2,452
<i>Guerrero</i>	2,584	3,907	1,638
<i>Hidalgo</i>	5,792	2,818	2,147
<i>Jalisco</i>	2,096	900	694
<i>México</i>	2,420	60,785	25,559
<i>Michoacán</i>	2,808	3,023	10,825
<i>Morelos</i>	824	1,755	1,681
<i>Nayarit</i>	3,120	2,476	2,216
<i>Nuevo León</i>	1,896	5,082	6,833
<i>Oaxaca</i>	1,702	2,997	2,987
<i>Puebla</i>	3,598	1,154	775
<i>Querétaro</i>	3,224	6,932	4,857
<i>Quintana roo</i>	1,568	2,786	2,150
<i>San Luis Potosí</i>	1,852	3,114	2,907
<i>Sinaloa</i>	1,692	1,728	1,651
<i>Sonora</i>	2,190	1,606	2,117
<i>Tabasco</i>	706	1,293	5,213
<i>Tamaulipas</i>	3,380	3,134	3,062
<i>Tlaxcala</i>	1,874	1,759	1,431
<i>Veracruz</i>	2,296	2,432	6,825
<i>Yucatán</i>	570	1,335	1,843
<i>Zacatecas</i>	2,688	5,598	5,413
NACIONAL	86,468	158,368	146,708

Fuente: SSA, CNEGySR, DGAEG, Informe General de Avances 2004-2009, Documento interno de trabajo.

CUADRO 4
ATENCIONES EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Aguascalientes</i>			2,128	1,629	1,188	677
<i>Baja California</i>		603	1,355	3,463	4,112	2,738
<i>Baja California Sur</i>	175	188	156	319	334	259
<i>Campeche</i>		564	1,855	2,234	2,898	3,507
<i>Coahuila</i>	6,584	6,903	5,484	5,365	5,527	3,590
<i>Colima</i>			81	2,713	1,630	1,270
<i>Chiapas</i>	402	584	585	2,306	2,719	2,928
<i>Chihuahua</i>	2,655	2,393	1,557	1,969	1,891	2,441
<i>Distrito Federal</i>	2,061	737	910	1,170	2,364	10,301
<i>Durango</i>				575	677	449
<i>Guanajuato</i>			471	4,650	2,897	2,433
<i>Guerrero</i>			200	897	1,478	433
<i>Hidalgo</i>	755	889	1,310	1,700	1,255	768
<i>Jalisco</i>	337	102	79			2
<i>México</i>	450	835	758	1,176	9,950	8,816
<i>Michoacán</i>	160	206	243	1,870	2,047	4,932
<i>Morelos</i>	2,362	2,230	1,813	1,488	1,558	1,377
<i>Nayarit</i>	279	827	629	2,446	1,855	1,224
<i>Nuevo León</i>	918	2,616	2,961	4,122	2,124	2,249
<i>Oaxaca</i>		33	62	1,706	2,803	1,818
<i>Puebla</i>			111	1,137	481	385
<i>Querétaro</i>		123	822	1,637	3,959	3,435
<i>Quintana roo</i>			39	472	588	539
<i>San Luis Potosí</i>		94	196	622	952	901
<i>Sinaloa</i>			631	1,585	1,942	1,193
<i>Sonora</i>		481	407	1,646	1,409	1,679
<i>Tabasco</i>	1,265	987	406	646	1,457	1,652
<i>Tamaulipas</i>			916	827	1,084	809
<i>Tlaxcala</i>	740	1,197	857	1,020	1,137	953
<i>Veracruz</i>			2,571	3,047	1,563	1,649
<i>Yucatán</i>			422	679	1,069	1,212
<i>Zacatecas</i>	800	933	958	1,323	2,019	1,782
NACIONAL	86,468	23,525	30,973	56,439	66,967	69,401

Fuente: SSA, CNEGySR, DGAEG, Informe General de Avances 2004-2009, Documento interno de trabajo.



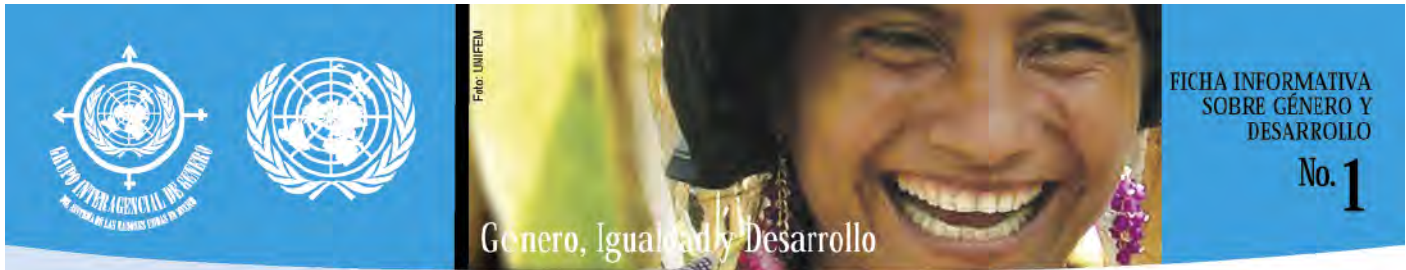
Sin embargo, para darle un mejor sustento a los registros que den cuenta, tanto de las acciones que se desarrollan para la atención de las mujeres en situación de violencia familiar y/o de género, como del desarrollo del Programa en todas las unidades de salud de los SESA's, se requiere que los sistemas de información institucional integren y avalen los registros de información más representativa y estratégica. En este sentido, tanto el Sistema de Vigilancia Epidemiológica como el Sistema de Información en Salud, ya tienen incorporados ajustes para una mejor definición de variables de seguimiento que colaborarán en su confiabilidad, validez, seguimiento e institucionalización de los programas estatales.

En este sentido y retomando las disposiciones de la NOM 046 es conveniente precisar que en su Capítulo 7. Registro de Información, en su numeral 7.1 establece que los probables casos nuevos de violencia familiar o sexual son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2007. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.

En apego a ello, el formato Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-2007, ya tiene considerada una Clave Epidemiológica (Epiclave 122). Sin embargo, para un mejor apego a las disposiciones establecidas en la NOM 046 y una mejor precisión en el registro, se tendrían que realizar modificaciones para el registro de la Violencia Familiar, así como la incorporación del concepto de Violencia Sexual, las cuales de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades quedarían de la siguiente manera:

CUADRO 5

VIOLENCIA FAMILIAR	
<i>Y06 Negligencia y abandono</i>	
Y06.0	Por esposo o pareja
Y06.1	Por padre o madre
Y06.8	Por otra persona especificada
<i>Y07 Otros síndromes de maltrato</i>	
<i>Incluye abuso:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Físico • Crueldad mental • Tortura
<i>Excluye:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión sexual con fuerza corporal (Y05) • Negligencia y abandono (Y06)
Y07.0	Por esposo o por pareja
Y07.1	Por padre o madre
Y07.8	Por otra persona especificada
VIOLENCIA SEXUAL	
<i>Y05 Agresión Sexual con fuerza corporal</i>	
<i>Incluye:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Violación (intento) • Sodomía (intento)



FUENTES Y SITIOS WEB

Naciones Unidas (2009). Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009.

Naciones Unidas (1995). Plataforma de Acción de Beijing. China.

Naciones Unidas (1981). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) (1997). Conclusiones Acordadas, E/1997/L.30



¿POR QUÉ GÉNERO?

En el 2000, 189 países (incluyendo México) se reunieron en la **Cumbre del Milenio** y acordaron ocho objetivos a cumplir antes del 2015 para mejorar las condiciones de vida de todos y todas en el mundo. El tercero de dichos Objetivos de Desarrollo del Milenio se refiere específicamente a **'promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer'**. No obstante, resulta claro que todos los demás objetivos deben de incorporar la búsqueda de dicha igualdad. Tal como menciona el Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki Moon **'La igualdad de género no es sólo un fin en sí mismo, sino que es un prerrequisito para alcanzar todos los objetivos internacionales del desarrollo, incluyendo las Metas del Milenio'** (2008).

Por lo tanto, el Grupo Interagencial de Género de Naciones Unidas en México (GIG), ha elaborado una serie de fichas informativas para iluminar los vínculos entre distintos temas de desarrollo y la igualdad de género.

Foto: Luz Aquilante/UNIFEM

La igualdad de género implica que todos los hombres y mujeres tengan las mismas condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos humanos sin importar su sexo ni identidad de género.

Sexo vs. Género

- **Sexo:** se refiere a las diferencias biológicas de las personas asociadas con sus características reproductivas y sexuales
- **Género:** "los atributos sociales y oportunidades asociadas con pertenecer al sexo masculino o femenino"

La igualdad de género implica que todos los hombres y mujeres tengan las mismas condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos humanos sin importar su sexo ni identidad de género.

y las relaciones entre mujeres, hombres, niñas y niños, tanto como las relaciones entre mujeres y entre hombres.

Tales atributos, oportunidades y relaciones son construidos socialmente y aprendidos a través de procesos de socialización. Son específicos según el contexto y tiempo, y resultan posibles de cambiar" (ECOSOC, 1997).

LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN MÉXICO Y EL MUNDO

Los atributos asociados a las distintas expresiones de género, y su vínculo con el sexo masculino o femenino, han creado situaciones de desigualdad en todo el mundo, especialmente para las mujeres. **Muchas mujeres en el mundo experimentan discriminación en muchos aspectos de sus vidas.** Por ejemplo, según el Informe 2009 de la ONU sobre los avances de los Objetivos del Milenio, las desigualdades de género en la matriculación escolar son evidentes en la enseñanza secundaria. Sin embargo, a nivel superior hay más mujeres que hombres, excepto en las regiones pobres.

Las mujeres siguen siendo las más vulnerables en el mercado laboral ya que asumen la mayor parte del empleo no remunerado. Particularmente, la crisis financiera está creando nuevos obstáculos para el empleo de la mujer. En el tema de mortalidad materna se han logrado pocos avances. Por otro lado, la representación política de la mujer aumenta a un ritmo lento, América Latina y el Caribe están a la vanguardia entre las regiones en desarrollo. En marzo de 2009 había 15 mujeres jefas de Estado o de gobierno en el mundo.



CONTACTO

GRUPO INTERAGENCIAL DE GÉNERO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN MEXICO
mail: gigmexico@cepal.org
www.cinu.org.mx/gig
Tel. (52 55) 52639571



Mujeres y Pobreza

FICHA INFORMATIVA
SOBRE GÉNERO Y
DESARROLLO

No. 2

FUENTES Y SITIOS WEB

CEPAL. Panorama Social de América Latina 2008. Santiago de Chile.

Naciones Unidas (1993). Declaración de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 14 al 25 de junio.

www.cepal.org.mx

www.cepal.cl/mujer

www.unifem.org.mx

www.undp.org.mx

www.oit.org.mx

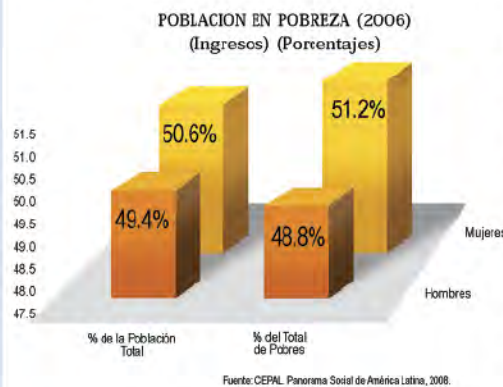
<http://ogp.colmex.mx>

http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu2/6/cescr_sp.htm

http://www.unhabitat-rolac.org/default.asp?pag=dwp_paises.asp&id_secao=217&id_idioma=2

MÁS MUJERES QUE HOMBRES VIVIENDO EN LA POBREZA

En México, actualmente hay menos personas viviendo en condiciones de pobreza que hace algunos años. Sin embargo la reducción en los niveles de pobreza no ha sido igual para hombres y mujeres. Según datos del 2006 hay 2.5 millones más mujeres que hombres viviendo en condiciones de pobreza en México.



EL DERECHO A VIVIR LIBRE DE POBREZA

En 1993, la Declaración de Viena hizo muy claro que el derecho de vivir libre de pobreza es un derecho humano: "la existencia extendida de la pobreza extrema inhibe el disfrute completo y efectivo de los derechos humanos. Su alivio inmediato y erradicación eventual se debe mantener como una alta prioridad para la comunidad internacional".

-Declaración de Viena, 1993

DESIGUALDAD Y POBREZA

La desigualdad de género representa un obstáculo para que las mujeres puedan vivir libres de pobreza en todas partes del mundo. Muchas mujeres carecen de los recursos y del poder económico necesarios para cuidar de su familia y de sí mismas, incluso para decidir sobre su propia vida. La discriminación de género, los roles y estereotipos tradicionales de género en México se conjuntan con una falta de educación que dificulta sus posibilidades de conseguir un trabajo con un buen salario. La tasa de analfabetismo de mujeres sigue siendo alta, especialmente para adultas mayores, mujeres indígenas, y para aquellas que viven en zonas rurales. El 7,6% de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, comparado con el 4,8% de los hombres.

Menos mujeres trabajan fuera de la casa que hombres y/o ganan ingresos menores, lo cual limita sus posibilidades de superar la pobreza. En zonas urbanas en México, solamente 51% de las mujeres en edad de laborar están ganando un salario en comparación con 81% de los hombres. Generalmente las mujeres ganan menos ingresos en las mismas actividades y muchas veces trabajan en ocupaciones precarias e informales. En México, hay 8 millones más mujeres que hombres que trabajan y no cuentan con seguro médico y/o derecho a una pensión, convirtiéndose en dependientes durante la enfermedad y vejez. Tal dependencia se combina con otros fenómenos relacionados con la desigualdad de género como la violencia; la falta de recursos económicos propios muchas veces obstaculiza las posibilidades de las mujeres de salir de estas situaciones.

Hay 2.5 millones más mujeres que hombres viviendo en condiciones de pobreza en México.

CONTACTO

GRUPO INTERAGENCIAL DE GÉNERO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN MÉXICO
mail: gigmexico@cepal.org
www.cinu.org.mx/gig
Tel. (52 55) 52639571



MORTALIDAD POR SUICIDIO INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 2004-2008

EGRESOS HOSPITALARIOS	2004		2005		2006	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR:						
<i>Exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos</i>	1	1			1	1
<i>Exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte</i>	2	5	2	2	2	3
<i>Exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte</i>	2	1	2		1	
<i>Exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo</i>					1	1
<i>Exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados</i>	1	2	2		3	3
<i>Exposición al alcohol</i>		1				2
<i>Exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores</i>	2	1			1	
<i>Exposición a otros gases y vapores</i>			1		1	
<i>Exposición a plaguicidas</i>	18	18	17	18	29	8
<i>Exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados</i>	5	2	7	4	7	12
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR:						
<i>Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación</i>	2	4	9	3	2	2
<i>Disparo de arma corta</i>	3		1		3	1
<i>Disparo de rifle, escopeta y arma larga</i>					1	
<i>Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas</i>	10	1	4		14	
<i>Humo, fuego y llamas</i>			2		2	
<i>Objeto cortante</i>	2		2	1	7	
<i>Objeto romo o sin filo</i>	1					
<i>Al saltar desde un lugar elevado</i>	2		2		2	
<i>Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento</i>						
<i>Otros medios especificados</i>						1
<i>Medios no especificados</i>	2	2	3	1	1	
TOTAL GENERAL	53	38	54	29	78	34

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Cubo Dinámico de Mortalidad 2004-2008.

MORTALIDAD POR SUICIDIO (CONTINUACIÓN) INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 2004-2008

EGRESOS HOSPITALARIOS	2007		2008		TOTAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR:						
<i>Exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antiinflamatorios</i>	1				3	2
<i>Exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte</i>	2	4	6	4	14	18
<i>Exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte</i>	1		1	1	7	2
<i>Exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo</i>			2	1	3	2
<i>Exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados</i>	5	6	2	5	13	16
<i>Exposición al alcohol</i>	1		1		2	3
<i>Exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores</i>	2			1	5	2
<i>Exposición a otros gases y vapores</i>					2	0
<i>Exposición a plaguicidas</i>	21	21	26	27	111	92
<i>Exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados</i>	5	4	8	7	32	29
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR:						
<i>Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación</i>	6	1	7	2	26	12
<i>Disparo de arma corta</i>	1		2		10	1
<i>Disparo de rifle, escopeta y arma larga</i>			1		2	0
<i>Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas</i>	6	1	6	2	40	4
<i>Humo, fuego y llamas</i>	1	2	2		7	2
<i>Objeto cortante</i>	5		5	1	21	2
<i>Objeto romo o sin filo</i>					1	0
<i>Al saltar desde un lugar elevado</i>		1	2	1	8	2
<i>Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento</i>	1				1	0
<i>Otros medios especificados</i>	1		1		2	1
<i>Medios no especificados</i>	5				11	3
TOTAL GENERAL	64	40	72	52	321	193

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Cubo Dinámico de Mortalidad 2004-2008.

DEPRESIÓN EGRESOS HOSPITALARIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 2004-2008

EGRESOS HOSPITALARIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Episodio depresivo leve	47	102	48	122	36	92	49	108	36	130	216	554
Episodio depresivo moderado	82	211	100	235	66	209	100	222	87	223	435	1,100
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	314	758	287	622	281	720	282	818	267	931	1,431	3,849
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	112	318	152	383	122	379	198	524	188	512	772	2,116
Otros episodios depresivos	8	34	10	33	10	39	13	44	21	58	62	208
Episodio depresivo, no especificado	455	1,341	360	1,165	412	1,332	350	1,103	313	1,052	1,890	5,993
TOTAL GENERAL	1,018	2,764	957	2,560	927	2,771	992	2,819	912	2,906	4,806	13,820

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Cubo Dinámico de Egresos Hospitalarios, 2004-2008.

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE EGRESOS HOSPITALARIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 2004-2008

EGRESOS HOSPITALARIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Enfermedad de Parkinson	354	348	388	329	465	315	447	338	533	393	2187	1723
Parkinson Secundario	28	24	27	21	36	38	30	22	30	17	151	122
Síndrome neuroleptico maligno	16	11	18	7	17	19	18	12	11	9	80	58
Otro parkinsonismo secundario inducido por drogas	2	1	3	2	5	4	3		1		14	7
Parkinsonismo secundario debido a otros agentes externos		1		1		1			2		6	3
Parkinsonismo postencefálico	1	1		1	1		1		4		6	2
Otros tipos de parkinsonismo secundario	5	4	3	2	1	3	3	3	4	1	16	13
Parkinsonismo secundario, no especificado	4	6	3	8	9	11	5	7	8	7	29	39
Parkinsonismo en enfermedades clasificadas en otra parte					3	1					3	1
Esclerosis múltiple	495	1,115	541	1,025	501	1,015	612	1,051	692	1,242	2,841	5,448

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Cubo Dinámico de Egresos Hospitalarios, 2004-2008.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EGRESOS HOSPITALARIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 2004-2008

EGRESOS HOSPITALARIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	14	107	33	96	56	97	69	182	62	181	234
Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)		893		1,147		520		532		1,090		4,182
Esterilización	2,423	22,584	2,805	22,851	2,711	21,719	2,802	22,651	3,167	22,874	13,908	112,679
Extracción menstrual		20		6		5		3,348		3,698		7,077
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas		90		34		40	1	39	1	46	2	249
Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)		974		950		1,005		928		897		4,754
Otras atenciones especificadas para la anticoncepción	107	45	124	37	171	78	161	113	208	132	771	405
Asistencia para la anticoncepción, no especificada	102	359	74	301	47	322	101	476	79	367	403	1,825
TOTAL ANTICONCEPCIÓN	2,646	25,072	3,036	25,422	2,985	23,786	3,134	28,269	3,517	29,285	15,318	131,834

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Cubo Dinámico de Egresos Hospitalarios, 2004-2008.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONSULTAS Y ATENCIONES. MÉXICO, 2004-2009

CONSULTAS Y ATENCIONES	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Oral	89,992	82,362	74,198	91,128	77,808
Inyectable Mensual	115,742	107,344	104,494	121,914	111,185	110,628
Inyectable Bimestral	49,675	47,639	49,126	75,548	78,640	85,982
Implante Subdermico	6,630	7,047	11,284	28,129	30,562	34,852
DIU	112,112	101,017	93,066	143,198	134,304	130,881
Quirúrgico	20,155	20,733	18,595	69,733	49,840	54,624
Preservativo	132,515	120,509	113,666	167,683	145,753	148,971
Otro Método	4,018	3,664	3,554	14,415	16,583	15,924
Ninguno	31,516	28,269	24,370	114,025	117,558	111,150
Intervenciones quirúrgicas-Vasectomía	4,884	5,747	6,502	16,548	16,354	28,750
Intervenciones quirúrgicas - Oclusión tubaria Bilateral	5,018	4,523	4,424	77,560	38,702	35,152

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Sistema de Información en Salud (SIS), 2004 - 2009.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACEPTANTES POST EVENTO OBSTÉTRICO. MÉXICO, 2000-2003

ENTIDAD FEDERATIVA	2000		2001		2002		2003	
	ACEPTANTES	PARTOS	ACEPTANTES	PARTOS	ACEPTANTES	PARTOS	ACEPTANTES	PARTOS
<i>Nacional</i>	276,174	614,995	280,629	632,635	250,361	666,068	260,447	694,421
<i>Aguascalientes</i>	2,751	10,295	2,489	9,892	3,359	10,809	3,942	10,998
<i>Baja California</i>	6,667	12,895	6,485	14,027	5,522	14,974	5,279	14,717
<i>Baja California Sur</i>	1,503	4,174	1,721	4,297	1,243	4,327	2,226	4,572
<i>Campeche</i>	3,918	6,582	3,283	6,254	3,106	6,414	3,019	6,598
<i>Coahuila de Zaragoza</i>	5,732	9,926	5,393	9,991	5,289	10,977	5,350	10,962
<i>Colima</i>	4,110	5,350	4,013	5,131	3,546	5,414	3,780	6,009
<i>Chiapas</i>	15,620	23,896	14,072	23,182	10,466	25,443	10,580	27,979
<i>Chihuahua</i>	4,350	11,291	4,409	12,093	4,079	12,629	4,382	13,265
<i>Distrito Federal</i>	22,188	62,518	22,316	70,200	20,144	73,008	18,646	76,032
<i>Durango</i>	4,127	9,505	5,089	10,140	2,471	10,907	2,646	11,911
<i>Guanajuato</i>	10,422	34,801	10,145	36,080	10,774	38,509	11,388	40,928
<i>Guerrero</i>	9,510	24,842	9,443	24,157	9,457	24,058	9,268	24,550
<i>Hidalgo</i>	5,668	13,792	6,906	15,716	6,972	15,987	7,957	17,209
<i>Jalisco</i>	9,418	34,489	9,762	34,012	9,159	37,309	8,773	38,789
<i>México</i>	27,932	62,330	23,750	59,759	21,640	59,290	22,584	63,275
<i>Michoacán de Ocampo</i>	10,455	26,586	9,049	25,221	8,935	27,424	9,172	26,575
<i>Morelos</i>	4,836	10,643	4,487	11,438	4,212	11,410	4,816	11,987
<i>Nayarit</i>	2,934	7,544	2,959	7,426	2,819	7,819	2,775	8,152
<i>Nuevo León</i>	12,403	16,905	14,475	17,781	12,673	19,635	11,855	18,952
<i>Oaxaca</i>	7,423	17,580	7,571	18,799	6,519	20,459	5,471	20,640
<i>Puebla</i>	8,549	21,324	8,604	23,919	9,144	26,007	10,049	28,286
<i>Querétaro de Arteaga</i>	3,488	13,352	3,477	13,524	4,715	14,517	5,004	14,344
<i>Quintana Roo</i>	3,053	7,240	2,563	7,783	2,875	8,012	2,954	8,196
<i>San Luis Potosí</i>	6,288	13,059	7,498	16,157	4,599	16,543	5,097	17,410
<i>Sinaloa</i>	3,796	11,656	5,421	10,859	4,403	11,278	5,459	15,320
<i>Sonora</i>	5,109	19,136	6,735	18,600	5,359	19,020	4,266	19,178
<i>Tabasco</i>	9,176	20,838	8,700	21,205	8,762	22,643	9,714	23,141
<i>Tamaulipas</i>	21,327	24,375	24,990	25,321	14,627	26,039	14,162	26,416
<i>Tlaxcala</i>	4,885	10,421	4,896	11,556	4,746	12,247	5,252	12,612
<i>Veracruz de Ignacio de la Llave</i>	27,323	42,168	28,381	42,135	27,137	45,259	32,194	46,634
<i>Yucatán</i>	3,939	9,849	4,197	9,674	3,421	10,328	4,867	11,063
<i>Zacatecas</i>	4,093	10,681	4,138	10,929	4,842	11,548	5,013	11,926
<i>Institutos Nacionales de Salud</i>	3,181	4,952	3,212	5,377	3,346	5,825	2,507	5,795

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Sistema de Información en Salud (SIS), 2000-2006.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACEPTANTES POST EVENTO OBSTÉTRICO. MÉXICO, 2004-2006

ENTIDAD FEDERATIVA	2004		2005		2006	
	ACEPTANTES	PARTOS	ACEPTANTES	PARTOS	ACEPTANTES	PARTOS
<i>Nacional</i>	282,430	733,925	320,953	772,734	369,798	804,485
<i>Aguascalientes</i>	2,792	11,918	3,591	12,559	4,507	12,742
<i>Baja California</i>	8,049	15,463	12,697	16,916	15,090	18,994
<i>Baja California Sur</i>	2,235	4,615	2,538	4,741	3,271	4,986
<i>Campeche</i>	2,543	6,950	2,623	7,247	3,265	7,734
<i>Coahuila de Zaragoza</i>	5,227	10,918	5,684	11,260	6,160	12,344
<i>Colima</i>	4,980	6,319	4,432	6,563	5,205	6,896
<i>Chiapas</i>	12,962	31,804	12,658	33,396	14,786	34,817
<i>Chihuahua</i>	4,864	8,308	7,395	15,570	10,002	17,080
<i>Distrito Federal</i>	20,400	77,097	19,205	79,287	16,661	71,526
<i>Durango</i>	2,448	12,342	5,814	12,483	8,664	12,513
<i>Guanajuato</i>	11,687	43,117	17,037	46,054	20,830	48,076
<i>Guerrero</i>	9,258	24,783	8,404	24,150	10,240	26,306
<i>Hidalgo</i>	8,873	17,331	8,912	17,921	10,913	18,993
<i>Jalisco</i>	10,619	57,245	11,121	56,883	12,955	55,434
<i>México</i>	21,161	62,086	22,664	67,080	29,060	76,477
<i>Michoacán de Ocampo</i>	12,153	27,284	15,785	27,800	16,837	27,528
<i>Morelos</i>	6,581	12,629	7,449	13,018	8,370	13,157
<i>Nayarit</i>	3,014	8,816	2,605	9,346	2,751	9,605
<i>Nuevo León</i>	14,915	20,649	17,549	21,957	17,288	22,114
<i>Oaxaca</i>	5,858	21,162	6,187	21,941	6,084	22,067
<i>Puebla</i>	11,945	31,982	13,127	36,823	16,937	40,174
<i>Querétaro de Arteaga</i>	4,637	15,226	4,978	15,851	5,869	16,081
<i>Quintana Roo</i>	2,841	8,909	2,813	9,218	3,709	9,764
<i>San Luis Potosí</i>	6,153	18,391	7,412	20,084	9,525	21,163
<i>Sinaloa</i>	6,284	16,583	7,251	18,171	8,901	21,303
<i>Sonora</i>	7,384	20,546	11,100	21,542	10,162	22,376
<i>Tabasco</i>	10,908	24,683	10,054	25,089	14,007	29,255
<i>Tamaulipas</i>	12,408	27,525	13,300	26,415	14,017	27,085
<i>Tlaxcala</i>	5,404	12,264	5,410	11,643	6,631	11,535
<i>Veracruz de Ignacio de la Llave</i>	32,894	46,810	36,560	50,183	42,434	53,504
<i>Yucatán</i>	3,131	11,879	6,020	13,000	5,203	13,795
<i>Zacatecas</i>	4,946	12,526	5,170	12,834	6,045	13,653
<i>Institutos Nacionales de Salud</i>	2,876	5,765	3,408	5,709	3,419	5,408

Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, Sistema de Información en Salud (SIS), 2000-2006.

El objetivo del boletín *Género y Salud en Cifras* es promover y difundir resultados de investigación científica, estudios, ensayos, reseñas, noticias, e información estadística sobre temas de género y salud en México. Esta publicación está dirigida a tomadores/as de decisión, a personal que labora en el campo de la salud y a interesados/as en la temática. Las normas para los trabajos a publicar en el boletín son:

1. El texto tendrá extensión mínima de 1 000 palabras y máxima de 5 000.
2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en párrafos a doble espacio, con fuente tipo Arial de 12 puntos para el texto principal, y para las notas y aclaraciones con Arial de 10 puntos. Las páginas deberán numerarse.
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 se hará con números romanos o letra superíndice (o "volada").
4. Las referencias bibliográficas se marcarán con números arábigos superíndice en el texto, y su especificación se hará al final del documento con fuente Arial 10 puntos. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el número que se le asignó la primera vez que se presentó en el documento y especificar las páginas correspondientes.
5. El texto deberá redactarse con lenguaje incluyente, no sexista.

Las referencias se estructurarán de acuerdo con los lineamientos de Vancouver 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.

Ejemplo:

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

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Casa Editora; año.

Ejemplos:

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.

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, se debe citar a continuación del año, precedido de punto y coma, y seguido de dos puntos, se indica la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión.

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

Figuroa JG. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: García B, coord. Mujer, Género y Población en México. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999: 61-101.

6. 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

7. 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).
8. 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.



GÉNERO Y SALUD
EN CIFRAS

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx

www.bicentenario.gob.mx