

GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

Vol. 6 No. 2

Mayo-Agosto 2008



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Presentación

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas

Oliva López Sánchez

Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva

María Elena Collado, Raquel Alva, Laura Villa, Eugenia López, Deyanira González de León, Raffaella Schiavon

El género como eje transversal en la trayectoria estudiantil de estudiantes-profesionales de la salud

Teresa D. Pedroso

Comentarios sobre “El género como eje transversal en la trayectoria estudiantil de estudiantes-profesionales de la salud”

Luz María Moreno Tetlacuilo

Para Descifrar

Notigénero



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 INNOVACIÓN Y CALIDAD
Maki Esther Ortiz Domínguez

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS
Laura Martínez Ampudia

CONSEJO DIRECTIVO
Patricia Uribe Zúñiga
Gabriela Villarreal Levy
Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL
Héctor Ávila Rosas
Luis Botello Lonngi
María Beatriz Duarte Gómez
Javier Hidrovo Velandia
María de la Paz López Barajas
Cecilia Robledo Vera
Yuriria A. Rodríguez Martínez
Raffaella Schiavon Ermani
Ivonne Szasz Pianta

SECRETARIA TÉCNICA
Teresa Pedroso Zulueta

CORRECTOR DE ESTILO
Alonso Restrepo

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

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

SEP-INDAUTOR
ISSN 1870 – 51 46
DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS
Licitud de Título: En trámite, con el folio
04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia:
crobledov@salud.gob.mx
Homero 213, 3er piso
Colonia Chapultepec Morales
11570, México, DF
Tel: 01 (55) 52 63 91 00, extensión 3078

Presentación

El boletín *Género y Salud en Cifras* transita por su sexto año en el escenario de las publicaciones científicas que tratan el tema de la salud de la población y su relación con el género en México. Desde sus orígenes hasta la fecha, los 6 volúmenes del boletín han mostrado el interés prioritario de divulgar estudios cuyos ejes ordenadores muestren aspectos asociados con problemáticas contemporáneas de la salud y el género. Esta publicación es un soporte para la divulgación de trabajos cuyos fundamentos teóricos y metodológicos resulten trascendentes para operacionalizar categorías y conceptos en torno al género y la salud en sentido amplio. En sus páginas, el boletín también ha contribuido a difundir resultados y propuestas de programas y líneas de acción en los ámbitos nacional, estatal y local, centrados en algunos de los componentes de la salud y el género de la población mexicana.

En esta ocasión, en el número 2 del volumen 6 del boletín *Género y Salud en Cifras* se publica un ensayo y dos artículos, uno de ellos comentado.

El primer ensayo “Cuando las altas son más bajas: la depresión en personas adultas” de Oliva López Sánchez invita a reflexionar sobre los trastornos emocionales, poniendo atención particular en el trastorno depresivo que se presenta en la edad adulta y en las consecuencias personales y sociales que conllevan a lo largo de la vida; la autora toma como punto de partida la idea de que los trastornos emocionales presentan características diferentes según “el género, la edad, la clase social y la adscripción étnico-racial”, el marco teórico que considera conveniente supone que la enfermedad es histórica y cultural, sin negar el aspecto orgánico de la depresión.

Un elemento que distingue las aportaciones de este ensayo es el interés de la autora por discutir sobre la etiología de la depresión expresada por los profesionales de la salud, partiendo del supuesto de que ese trastorno ha rebasado cualquier clasificación existente, amén del escaso alcance de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos.

López Sánchez coincide con otros autores en afirmar que los problemas emocionales son mayormente resentidos por las mujeres. Retoma los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada en México en el año 2000 en la que se evidenció la existencia de alrededor de 11 millones de mexicanas con cuadros depresivos, afectivos o de ansiedad, mientras que en el caso de los varones las cifras alcanzan los siete millones deteriorando con ello su calidad de vida. De igual manera, la autora retoma estadísticas recientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que muestran que, para 2007, cerca de 25 millones de mexicanos presentan desórdenes mentales tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, estrés o fobias. En esa insti-

tución se calcula que para el año 2020 la depresión será el trastorno mental que causará mayor número de incapacidades laborales, físicas y sociales.

A partir de un análisis que detalla síntomas, causas e influencias de diversos factores de la depresión la autora aborda la problemática desde la perspectiva de género y su relación con la edad. La autora reconoce la importancia de los aspectos orgánicos en la explicación de todo padecimiento pero argumenta que las vivencias emocionales, familiares, laborales y de recreación que afectan el funcionamiento orgánico están definidas por una cultura de género que establece formas diferentes de sentir y expresar las vivencias entre hombres y mujeres.

En cuanto a la depresión en los hombres, la autora profundiza en aspectos clave para entender la complejidad del padecimiento y la dificultad del diagnóstico; señala que, aun y cuando las estadísticas indican que los hombres se deprimen menos que las mujeres, es necesario cuidar los procedimientos con los que se evalúa este trastorno en ellos, ya que en nuestro país las disposiciones culturales de género en cuanto a la masculinidad demanda en los hombres la anulación o no expresión de algunas de sus emociones, como la tristeza, el amor, el sentimiento de vulnerabilidad e indefensión, y les exige y refuerza un comportamiento agresivo, violento y explosivo para demostrar masculinidad. Todo esto dificulta que un hombre reconozca o acepte que se siente deprimido, o por lo menos, triste, cansado, desanimado.

Este ensayo resulta una valiosa aportación de reflexiones críticas en torno al diagnóstico y los tratamientos de la depresión que generalmente no consideran las diferencias en los síntomas relacionados con “la cultura de género” que promueve una educación y vivencia diferente para hombres y mujeres, ni otros elementos de índole socio-antropológica que explican los factores culturales de la depresión.

El segundo artículo de este número, titulado “El embarazo no deseado y el aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva” de las autoras María Elena Collado, Raquel Alva, Laura Villa, Eugenia López, Deyanira González de León y Raffaella Schiavon, trae a colación una problemática de salud de la mujer que, vista desde la perspectiva de género, históricamente ha estado al centro del debate ético y de los derechos humanos de las

mujeres en particular. Las autoras abundan en la evidencia e implicaciones de la práctica del aborto en adolescentes y, con base en cifras internacionales y nacionales, argumentan que aun en escenarios de censura ante esos procedimientos las adolescentes recurren al aborto ante diversas situaciones. Según las autoras, a escala global, en todas las edades y condiciones sociales, el motivo más común del aborto es precisamente el embarazo no deseado; para el caso de las adolescentes resumen una serie de causales que se suman a la situación de considerar un embarazo no deseado y desembocar en la interrupción del mismo, como por ejemplo, temor a las reacciones paternas, abandonar la escuela, o problemas económicos y falta de apoyo social, todo lo cual complejiza la comprensión de lo que para ellas implica el aborto.

Las autoras destacan aspectos específicos relacionados con el aborto en mujeres adolescentes como son la vulnerabilidad emocional de las adolescentes que tienen su primer contacto con servicios de atención obstétrica debido a un aborto, que en muchas ocasiones se acompaña de una falta de apoyo en consejería, propensión a tardar en tomar decisiones, su exposición a proveedores de servicios de interrupción del embarazo no capacitados o a usar métodos peligrosos para autoinducir el aborto.

Las autoras también refieren situaciones de morbilidad más severas, estancias hospitalarias más prolongadas, requerimientos de autorizaciones de los padres, y toma de decisiones forzadas con respecto al aborto, que pueden dar como resultado la reducción de la autonomía y la responsabilidad de las mujeres adolescentes sobre su vida reproductiva.

Este artículo es sugerente y expone una serie de propuestas, entre las que se mencionan la prevención de embarazos no deseados y no planeados mediante la distribución a las y los jóvenes de anticonceptivos, incluyendo los métodos de emergencia, además de su educación para el uso eficaz de ellos; la difusión de información veraz y completa sobre el aborto; el acceso a servicios legales y seguros para la interrupción de un embarazo y el uso de modelos de atención adaptados a las necesidades particulares de las adolescentes.

El siguiente artículo del boletín, escrito por Teresa Pedroso Zulueta, presenta un ejercicio sobre reconfiguración de bases de datos para obtener información estadística

útil para el cálculo de indicadores de género. Este texto titulado “El género como eje transversal en la trayectoria estudiantil de estudiantes-profesionales de la salud. Estadísticas de las y los estudiantes-profesionales de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México” de manera sucinta pretende mostrar el tránsito por las etapas de un proyecto que inició con la interrelación de varias bases de datos primarios existentes en la Dirección General de Planeación de la Universidad Nacional Autónoma de México, para el diseño de una base de datos “única” de fácil manejo y explotación para la producción de estadísticas confiables sobre población escolar.

El estudio, además de presentar indicadores y el análisis por sexos de la población escolar de las carreras de profesionales de la salud de la UNAM, en el periodo 1990-2005, trasciende a la aplicación de modelos estadísticos sencillos para corroborar hipótesis sobre indicadores que muestran diferenciales de género en el desempeño escolar de estudiantes-profesionales de la salud de seis carreras del Área de Conocimiento de las Ciencias Biológicas y de la Salud, según la clasificación vigente en la UNAM: Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Licenciatura en Enfermería, Psicología y Optometrista, y la carrera corta Técnico en Enfermería.

En cuanto al desempeño académico de egresados/as y titulados/as del período 1990-2005 el estudio confirma la hipótesis de que ellas, en las mismas carreras, suelen tener indicadores de aprovechamiento académico más elevados que los hombres. La comparación estadística de las medias, para el caso de los promedios de calificaciones, muestra diferencias favorables a las mujeres, aun en presencia de poblaciones cuantitativamente diferentes. La población femenina casi triplica a la masculina, y la distribución alrededor de la media presenta mayor variabilidad para las mujeres. Ellas alcanzan un promedio más elevado, y en cuanto a rango de calificaciones tienen mayor probabilidad de ubicarse en el nivel alto.

El aporte de este trabajo resulta valioso dado que muestra una de las múltiples maneras de aprovechar la información estadística proveniente de la base de datos única sobre población escolar que se construyó a partir de la articulación de varias bases de datos independientes, que la UNAM tiene disponible y que puede ser utilizada por las y los especialistas y estudiosos de las problemáticas de género en la educación para analizar y documentar

las trayectorias y transiciones del curso de vida estudiantil de mujeres y hombres universitarios en los diferentes dominios vitales.

Finalmente, en este número se incorporan los comentarios de Luz María Moreno Tetlacuilo al artículo de Teresa Pedroso. La comentarista resalta las aportaciones de Pedroso y plantea numerosas líneas de investigación sobre la población escolar y el género que pueden ser muy útiles para explorar diferenciales y desigualdades de género que, en ausencia de información confiable para el cálculo de indicadores de género, hubieran sido difíciles de abordar. Las sugerencias de Moreno Tetlacuilo resultan de incalculable valor para incursionar en estudios que desde los fundamentos del método científico articulen adecuadamente los principios básicos de la investigación, la teoría, el método y la técnica, esa sería una misión encomendada a los usuarios de la referida base de datos sobre población escolar disponible en la UNAM.

Como parte de los contenidos permanentes del boletín *Género y Salud en Cifras*, en este número se presentan las Secciones “Para descifrar” y “Notigénero”. La primera expone cifras oficiales e indicadores resúmenes actualizados sobre morbilidad y mortalidad por sexo realizados por la Dirección General de Información en Salud con el objetivo de mostrar diferencias en la salud de hombres y mujeres que son importantes a considerar para el planteamiento y desarrollo de alternativas de promoción de la salud, prevención y atención a enfermedades con perspectiva de género. Así también, compartimos en esta sección algunas cifras relevantes sobre la carga de enfermedad en años de vida saludable (AVISA) perdidos por mujeres a causa de la depresión unipolar mayor que representan un reto para el trabajo con perspectiva de género en este padecimiento mental.

Por otra parte, la sección “Notigénero” comparte con ustedes eventos próximos a realizarse en los que las y los interesados en los temas de género en salud podrán actualizarse e intercambiar sus experiencias.

Una vez más, el boletín *Género y Salud en Cifras* busca contribuir con la labor de difusión de los productos de investigación con rigor científico, y con un amplio sentido autocrítico de los quehaceres y retos pendientes para lograr la igualdad de género en salud, brindando a las y los lectores datos, información, conocimientos, reflexio-

nes y aportaciones para los debates y la producción de conocimientos y líneas de acción que posibiliten nuevas opciones para la igualdad de oportunidades para la salud de las mujeres y los hombres.

El Consejo Directivo y el Comité Editorial del Boletín *Género y Salud en Cifras* reiteran su agradecimiento a las autoras y autores de las colaboraciones que conforman este número, y a todas las personas que contribuyeron para su realización. Así también, invita a las y los lectores, a participar en los próximos números, difundiendo sus estudios, investigaciones, ensayos y experiencias de intervención para compartir con la comunidad de especialistas y personal de salud interesado en las temáticas de salud y la perspectiva de género.

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez
Directora de Género y Salud
Dirección General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

Cuando las bajas son más altas:

la depresión en personas adultas

Oliva López Sánchezⁱ

El tratamiento no trata necesariamente los factores que en primer lugar provocaron los síntomas... la sanación ahonda más que la curación y siempre debe venir de adentro.

Christiane Northrup



Cuando un estado de ánimo afecta el funcionamiento orgánico, influye en la manera de percibir el mundo inmediato y, en consecuencia, la forma de actuar.

Estas perturbaciones pueden ir acompañadas de trastornos en la alimentación o el sueño; se pueden experimentar estados de irritabilidad, cansancio o de angustia.

Cuando se presenta este cuadro, sin lugar a dudas estamos en presencia de un estado depresivo. La depresión afecta la autovaloración y se pierde interés por las relaciones familiares, de amistad y por el trabajo. Lamentablemente, no se trata de un estado pasajero de tristeza, ni de un mal momento. En la mayoría de las ocasiones se vuelve inmanejable. Con frecuencia, los estados depresivos se convierten en parte de la cotidianidad de las personas y la mayoría no son diagnosticadas y mucho menos atendidas.

El propósito de este ensayo es, precisamente, reflexionar sobre los trastornos emocionales, poniendo atención particular en el trastorno depresivo que se presenta en la edad adulta y en las consecuencias personales y sociales que conllevan a lo largo de la vida. Asumimos que la manifestación de los trastornos emocionales presenta características diferentes según el género, la edad, la clase social y la adscripción étnico-racial. Partimos de un marco teórico en el que supone-

Todos hemos experimentado altibajos en nuestro estado de ánimo, sin embargo, en muchas personas los momentos “bajos” superan por mucho a los “altos” y el decaimiento se adueña de sus vidas. Son muchas las situaciones que pueden hacer aflorar sentimientos de tristeza, pero desaparecen en un tiempo razonable. Podríamos decir que sentir tristeza es una reacción sana y normal ante ciertas circunstancias, así como también lo es experimentar alegría, y enojo. No obstante, cuando una emoción domina por encima de otras, estamos en presencia de un trastorno emocional que está afectando nuestra salud psico-corporal o psicósomática.ⁱⁱ

ⁱ Profesora Titular FES Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México.

ⁱⁱ Entendemos por salud psico-corporal la relación existente entre los estados emocionales y las afecciones orgánicas que los primeros generan en las personas y viceversa.



mos que la enfermedad es histórica y cultural. No negamos el aspecto orgánico de la depresión. Lo que proponemos es que lo orgánico se ve afectado por la cultura y es entendido, explicado y hasta vivido según la época y el lugar en el que se encuentran las personas.¹

También es de nuestro interés discutir sobre la etiología de la depresión expresada por los profesionales de la salud, pues partimos del supuesto de que este trastorno ha rebasado cualquier clasificación existente, amén del escaso alcance de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos.

I. Los aspectos sociales de la depresión

La depresión en personas adultas: principal trastorno emocional motivo de incapacidad laboral, social y física en el siglo XXI

Ante el incremento de las enfermedades mentales, particularmente la depresión y la ansiedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que éstas se convertirán en la epidemia del siglo XXI. En el año 2000 la OMS impulsó la Iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mentalⁱⁱⁱ para realizar una encuesta de salud mental en cada país y conocer con ello la evolución de esta enfermedad en el ámbito internacional. Así, como

ⁱⁱⁱ En México, los datos fueron recabados con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, proyecto No. 4282; del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto No. G30544-H, de la Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México.

parte de esa Iniciativa, en ese año se realizó en México la Primera Encuesta Nacional de Psiquiatría (ENEP). La encuesta fue organizada y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRF), el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la compañía farmacéutica alemana Laboratorios Pfizer.

La OMS reconoció que en el ámbito mundial 450 millones de personas padecen depresión y la ENEP encontró que en México entre 15 y 20% de los habitantes está en riesgo de padecerla.²

Hay mayor prevalencia en las grandes ciudades. Casi 18 millones de mexicanos han sufrido algún padecimiento depresivo, afectivo o de ansiedad que ha alterado su desempeño en el trabajo, en sus estudios, en sus relaciones personales y se han trastornado su sueño y su alimentación, deteriorando con ello su calidad de vida.

Los problemas emocionales son mayormente resentidos por las mujeres quienes, de acuerdo con la ENEP, en 2000 en México sumaron alrededor de 11 millones con cuadros depresivos. En el caso de los varones, las cifras alcanzan los siete millones, es decir, las mujeres los presentan 1.6 veces más que los hombres.

Además, la encuesta mostró que las grandes ciudades como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey presentan la prevalencia más elevada de trastornos mentales como la depresión grave, la depresión leve y el trastorno bipolar, registrándose 10% respecto de los otros estados del país. Le siguen los estados del norte de México como Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con 9%, mientras que los del sudeste, Chiapas, Quintana Roo y Yucatán reportan 6%.

Las últimas estimaciones de la OMS³, reportan que aumenta la presencia de trastor-

nos mentales en edades tempranas. Los altos índices de trastornos emocionales en la infancia, la juventud y la cronicidad de los mismos sugieren que muchas personas los padecen la mayor parte de su vida.

Entre las enfermedades que provocan el nivel más alto de discapacidad se encuentran los trastornos de la salud mental como la depresión, el abuso de alcohol, el trastorno bipolar o maníaco depresivo, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo. En la actualidad es la cuarta causa de ausencia laboral a escala mundial y acompaña a otras enfermedades como cáncer, diabetes, males cardiovasculares, alcoholismo y drogadicción. Incluso es el principal factor de riesgo para otros padecimientos como la hipertensión arterial. Proyecciones de la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 indican que la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo.⁴ Algunos estudios ponen en evidencia que la depresión ocupa la quinta causa de discapacidad en el mundo y será la segunda en los próximos 20 años, después de las enfermedades del corazón. En México se pierden anualmente hasta 30 días laborales por causa de la depresión y 14 en caso de lesiones físicas.⁵

Según las últimas estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dadas a conocer en 2007, cerca de 25 millones de mexicanos presentan desórdenes mentales tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, estrés o fobias. Ese mismo año dicha institución atendió en consulta a más de un millón de pacientes con trastornos mentales; 600 mil derechohabientes que sufren de ansiedad y 250 mil de depresión.⁶

De acuerdo con las cifras anteriores, el IMSS calcula que para el año 2020 la depresión será el trastorno mental que causará mayor número de incapacidades laborales, físicas y sociales.

Ciertamente es difícil diagnosticar la depresión pues es muy frecuente que la propia persona que padece un cuadro depresivo y los familiares lo confundan con flojera o estilos de aislamiento de las personas adultas. Lo que significa que la sintomatología se minimiza y, en consecuencia, hay un grueso de la población que no ha sido debidamente atendida.⁴

A pesar de la dificultad de su diagnóstico los datos oficiales apuntan a que entre 12 y 20% de la población que tiene de 18 a 65 años de edad está deprimida o lo estará por lo menos una vez en su vida. Las cifras son alarmantes y por ello debe considerársele como un problema de salud pública que amenaza con el bienestar emocional⁴, lo cual, por supuesto, lleva a una serie de problemas en la esfera pública, incluyendo los económicos.^{iv}

II Los problemas epistemológicos y metodológicos en la investigación sobre depresión

Los rasgos de la depresión, su clasificación y las causas

El DSM IV⁷ (siglas en inglés. Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales) en su sección de trastornos del estado de ánimo define al episodio depresivo como aquel que presenta como mínimo cinco de los síntomas siguientes, que se hayan presentado durante un mismo periodo de dos semanas, que representen un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de estos dos síntomas: a) estado de ánimo deprimido, y b) pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido (puede ser irritante en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día.
2. Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales casi cada día.
3. Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (más de 5% del peso corporal en un mes). Se incluye la disminución o incremento del apetito casi cada día. En los niños se debe tomar en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse e indecisión.
9. Ideas de muerte o de suicidio recurrentes, con o sin un plan específico para suicidarse.

iv Declaración de Gonzalo Vázquez Palacios, investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa (UAM-I).

Así pues, y debido a los síntomas, la depresión se puede clasificar en:

1. Leve: ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral y social.
2. Moderado: Síntomas de deterioro funcional entre "leve" y "grave".
3. Grave sin síntomas psicóticos: varios síntomas, además de los requeridos para realizar el diagnóstico, y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral y en las actividades sociales habituales.

Clasificaciones actuales⁸ la dividen en depresión severa, distimia y bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. En la depresión severa los síntomas interfieren de manera directa en la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas como estudiar, trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades placenteras. Un adulto puede presentar un episodio depresivo incapacitante una sola vez en su vida, pero por lo general ocurre en varias ocasiones^v. La distimia es considerada un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos que pueden estar presentes a lo largo de la vida y la intensidad de los mismos puede variar. No obstante la cronicidad de los síntomas, la persona no presenta incapacidad para realizar sus actividades ordinarias.^v

Otro tipo de depresión es el denominado trastorno bipolar, anteriormente llamado trastorno maniaco-depresivo. Se dice que es un trastorno menos común y se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo; de estados de euforia y manía se pasa a estados depresivos y a la inversa. El cambio de estados de ánimo es abrupto e

impredecible. Estos síntomas eufórico-depresivos afectan el comportamiento de las personas, quienes no pueden llevar a cabo una vida más estable pues regularmente cambian en sus decisiones de la misma manera que cambian de ánimo y deterioran sus relaciones interpersonales.^v

Otras clasificaciones y rasgos de la depresión incluyen los siguientes síntomas: tristeza, vacío emocional; irritación o enojo; sensación de culpabilidad o inutilidad; pesimismo y desesperación; cansancio o letargo; inquietud o perturbación. Trastornos orgánicos como dolores de cabeza y estómago persistentes; problemas de concentración y memoria; problemas sexuales; de alimentación y sueño.⁹

El tiempo de duración de los síntomas es un aspecto señalado por los especialistas de la salud mental para distinguir un estado de ánimo pasajero de una verdadera depresión. No obstante la insistente advertencia de los especialistas, otros expresan abiertamente su preocupación por los sesgos metodológicos que se encuentran en la identificación y diagnóstico de la depresión, la cual está sometida a variaciones en función de factores ligados a



v Consultar: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spDep3561.cfm>

la población de cada zona geográfica, descartando la discusión sobre el origen sociocultural o genético de los factores.¹⁰

Al parecer estamos presenciando una problemática de salud pública que afecta a una buena cantidad de la población adulta y no tenemos los elementos teórico-epistemológicos que nos ayuden a proceder de manera más certera en la parte aplicada dirigida al combate y la prevención de esta pandemia.

En cuanto a las causas de la depresión, los especialistas han señalado aspectos endógenos y exógenos. En los primeros se encuentran los desajustes bioquímicos, la llamada predisposición biológica, los aspectos genéticos y la herencia. Dichas causas se asocian en mayor medida al trastorno bipolar. Aunque las investigaciones científicas del sistema nervioso, genéticas y clínicas aseguran haber demostrado de manera contundente que los trastornos depresivos son trastornos cerebrales, las causas exactas siguen siendo desconocidas⁹.

Un estudio realizado en familias con miembros que padecen trastorno bipolar en cada generación encontró que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio y el género que se constituye en un aspecto fundamental en el desarrollo de la depresión.¹¹

La literatura médico-psiquiátrica anglosajona insiste en afirmar que "las imágenes cerebrales revelan que en la depresión, los circuitos neurales responsables de la regulación del estado de ánimo, los pensamientos, el sueño, el apetito y el comportamiento dejan de funcionar correctamente y que los neurotransmisores críticos -sustancias químicas que sirven a la célula en la comunicación- están desbalanceados".¹² De igual manera aseguran que la investigación genética ha revelado que la presencia de depresión se relaciona con la asociación de genes que actúan en combinación con el medio ambiente y factores no genéticos.¹²

En suma, los estudios de bioquímica del cerebro siguen confirmando las hipótesis de una buena parte de los investigadores médicos sobre las causas endógenas de la depresión. Estos datos que se comparten con la medicina aplicada permean el pensamiento del personal médico y se tornan en una verdad indiscutible. Sin embargo, tales hallazgos no resuelven el problema médico y social de la depresión.

Otras posturas más incluyentes reconocen la influencia de factores personales y ambientales que tienen que ver con la historia de la persona y sostienen que la depresión es resultado de la combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales. En esta lógica la predisposición biológica se ve provocada por un acontecimiento traumático en la vida de las personas como la pérdida de un ser querido, un problema laboral o familiar, un cambio estresante en el patrón de vida.^{13, 14}

A pesar de la supuesta flexibilidad en la inclusión de otro tipo de causas que expliquen el trastorno de la depresión, sigue imperando la lógica de que la enfermedad, heredada o no, está asociada a cambios en las estructuras cerebrales.¹⁵

Dentro de las causas llamadas exógenas encontramos aspectos sociales y culturales que en conjunto con los aspectos orgánicos se combinan y probabilizan la depresión. Así, los especialistas señalan que las personas adultas que durante la niñez vivieron algún tipo de violencia física, verbal y sexual en la adultez aumentan la probabilidad de presentar cuadros depresivos. A estas causas se suman las pérdidas de seres queridos, las materiales y las de salud. El cáncer, la diabetes y el mal de Parkinson, los ataques al corazón y los trastornos hormonales pueden causar depresión. Algunos señalan que no solamente es la pérdida de salud lo que lleva a la depresión, ya que existen causas de orden orgánico que probabilizan los síntomas depresivos.^{vii}

Personas introvertidas y con baja autoestima pueden presentar depresión. También las que experimentan largos periodos de estrés. No se sabe si estas causas son

vii Consultar: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spDep3561.cfm>



una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.^{16, 17}

Podemos señalar que las explicaciones sobre las causas de la depresión no han variado a lo largo de los últimos 30 o 40 años; si acaso, encontramos algunos cambios en los que se incluyen aspectos psicológicos en combinación con aspectos orgánicos y, recientemente, el enfoque de género ha sido incluido por algunos trabajadores de la salud mental para explicar por qué son las mujeres quienes mayormente se deprimen, pero muchas de esas explicaciones siguen focalizando su atención en los aspectos biológicos que terminan por naturalizar condiciones patológicas en ciertos grupos de personas.^{18, 19, 10}

III Género, edad y depresión

La depresión en la mujer

Pese a que existen problemas metodológicos en los hallazgos epidemiológicos que han sido reconocidos por los investigadores, todos coinciden en que las cifras de depresión en las mujeres duplican a las de los hombres. Algunos investigadores señalan que la explicación puede encontrarse en los diferentes estilos de vida que practican los varones y las mujeres, entre los que se incluyen la inestabilidad en la pareja, los acontecimientos estresantes, el nacimiento de los hijos, el abuso de drogas, la presencia de una enfermedad crónica. El reconocimiento de los factores sociales como detonantes de los cuadros

depresivos debe retomar de manera especial el tema del género en el sentido relacional, es decir, como interactúan mujeres y hombres en diferentes circunstancias, para que podamos dar cuenta de los aspectos simbólicos que nuestra cultura va inscribiendo en los comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres que se producen y reproducen en la vida cotidiana.

La diferenciación del capital simbólico femenino vs masculino al que ha llevado la división sexual del trabajo, repercute definitivamente en la construcción emocional y corporal de las personas. De esta manera, suponemos que cierto tipo de expresiones emocionales, formas de relacionarse y comportamientos que dan cuenta de la subjetividad y la identidad de género es fundamental para entender que los hombres y las mujeres manifestarán padecimientos distintos en tanto que la enfermedad también es una construcción social al igual que el género.

Pese a los estudios que han incluido la categoría de género para explicar la salud mental de las mujeres, en los que se pone en primer plano la manera cómo el ser mujer afecta la salud emocional de las mujeres, se sigue insistiendo en la relevancia del componente genético como factor predisponente de la depresión.¹⁰

Los médicos también señalan que los factores hormonales constituyen una de las causas por las que la depresión se da en la mujer con una frecuencia casi del doble que en los varones. Específicamente se señalan los trastornos en el ciclo menstrual, el embarazo, el parto y el puerperio o periodo posparto, el climaterio y la menopausia.^{20, 21} Lo que habría que tener en cuenta es que las mujeres suelen experimentar altos niveles de estrés cuando combinan el mantenimiento de un empleo y las responsabilidades domésticas; cuando tienen a su cuidado niños pequeños, enfermos y ancianos. Estas cargas se incrementan cuando se trata de mujeres solas.²²

Así pues, explicaciones unidireccionales como las de tipo biológico y genético resultan ser demasiado obtusas para hablar del fenómeno de la depresión en mujeres. De la misma manera que desconocer las condiciones en las que los hombres manifiestan sus depresiones ha llevado probablemente a afirmar que ellos se deprimen menos que las mujeres.

Algunos estudios han demostrado que, sin importar la geografía y la cultura, la población mayormente afectada por la depresión es la femenina, datos que apoyan la teoría hormonal como origen principal de la depresión. Dentro de estas evidencias están los estudios dirigidos al Síndrome Premenstrual,²³ la depresión posparto y durante el climaterio.²⁴

Sin pretender negar la causa orgánica de la depresión, sí nos parece oportuno reflexionar sobre la tendencia actual de remitir a lo hormonal como la explicación contundente en torno a las enfermedades mayormente padecidas por las mujeres. Definitivamente en estas posturas se sigue promocionando la supuesta naturaleza femenina que siempre ha sido concebida como desventajosa, en comparación con la masculina.

Sí, es verdad que lo orgánico tiene un papel fundamental en la explicación de todo padecimiento, pero debemos tener presente que las vivencias emocionales, familiares, laborales y de recreación que afectan nuestro funcionamiento orgánico, al grado de trastornar severamente su funcionamiento, están definidos por una cultura de género que establece formas diferentes de sentir y expresar las vivencias entre hombres y mujeres.²⁵ Los atributos de género son una construcción social y definen la feminidad y la masculinidad en el tiempo y en el espacio.²⁶ Así, la enfermedad como parte de la vivencia corporal y emocional debe ser entendida en el marco de las disposiciones que cada sociedad impone a las relaciones entre e intra géneros. Las sociedades actuales, incluida la nuestra, asigna a las mujeres una carga laboral y emocional muy pesada; las mujeres tienen que sortear múltiples y diversas actividades dirigidas a resolver los aspectos domésticos y económicos dentro y fuera de sus hogares.

Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en *Mujeres y hombres en México 2005*,²⁷ las jefaturas familiares femeninas van en aumento sobre todo en las zonas urbanas. En 2000 se cuantificaron 17.1 millones de hogares en el país y 18.1% de ellos fueron hogares con jefaturas femeninas en el medio urbano. Es decir, existe un hogar con jefa por 3.6 hogares con jefe. Otro dato importante en nuestro análisis es la división sexual del trabajo aunque un conjunto amplio de la población combina diferentes roles; 47.8% de los hombres y 36.4% de las mujeres participan en actividades económicas destinadas al mercado

y llevan a cabo otras actividades. El 92% de la población femenina insertada en el trabajo asalariado se hace cargo además del trabajo doméstico. Según el INEGI, a mayor educación mayor es la participación de los varones en las actividades domésticas en el hogar que habitan, y la situación se invierte con menores niveles educativos. Todo lo anterior nos lleva a tener una idea de la carga laboral y doméstica que tienen que enfrentar millones de mujeres. Situación que hace a las condiciones socioculturales más propicias para que sean ellas las que más enfermedades desarrollen.

Las diversas responsabilidades que recaen en las mujeres implican que descuiden sus hábitos de alimentación, de tiempos de descanso y horas de sueño, pues viven en constante estrés. Los estilos de vida también afectan las formas de alimentación caracterizadas por dietas ricas en grasas, en alimentos procesados y contaminados que se tornan en otra fuente externa que afectará, sin duda, el funcionamiento orgánico. De la misma manera, periodos prolongados de estrés propician alteraciones en los sistemas inmunológico y hormonal.²⁸

En otras palabras, las cargas de trabajo que actualmente asumen las mujeres, en las que casi siempre tienen dos o más jornadas de trabajo, las llevan a experimentar tensiones emocionales, desgaste físico, mala alimentación que repercute casi siempre en sobrepeso y obesidad o en otros tipos de trastornos alimentarios. Si al panorama le agregamos la violencia doméstica, el maltrato físico y psicológico del cual son víctimas, y la opresión familiar y educativa, que forma parte de una cultura de género, el conjunto definitivamente tendrá efectos en lo orgánico y conducirá a una predisposición mayor a presentar trastornos emocionales como la depresión.²⁹

En el caso de la depresión posparto deberíamos reflexionar si solamente se trata de una alteración hormonal o de la alteración en el estilo de vida de una mujer. Asumir la

responsabilidad de atender a un nuevo ser que depende completa y absolutamente de ella, definitivamente no es sencillo. Si a ello le agregamos la carga de trabajo que significa atender a un recién nacido, el miedo que genera la inexperiencia en su atención y los cuidados que requiere, tal vez sea más la carga de estos aspectos la que genera la depresión que tan solo el cambio hormonal después del parto.

La depresión en varones

Las estadísticas indican que los hombres se deprimen menos que las mujeres, no obstante debemos cuidar la manera como se evalúa el trastorno. De nuevo entramos a un problema teórico-metodológico, incluso epistemológico. Las escalas de evaluación de la depresión, como hemos visto, están basadas en la parte emocional de las personas y justamente nuestra cultura ha enviado a los hombres el mensaje de bloquear sus emociones, por lo menos algunas como la tristeza, el amor, la vulnerabilidad y la indefensión; a cambio, se les refuerza un comportamiento agresivo, violento y explosivo en el que basan su masculinidad, por lo que difícilmente un varón aceptará que se siente triste, cansado o desanimado. Algunos investigadores cuestionan si la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico basadas en ésta, representan adecuadamente la enfermedad tal como se presenta en los hombres.^{30, 31}



Por otro lado, reconocer que los hombres tienen menos probabilidad de presentar depresión definitivamente tiene que estar asociado con que son más reacios para admitir que la tienen. Por lo tanto, el diagnóstico se hace más difícil, amén de que las pruebas están dirigidas a obtener datos que, como ya se dijo, por un aspecto cultural, muchas veces son ajenas a la vivencia de los varones. Un dato que apoya este argumento es la estadística de suicidio, cuatro veces más en los varones que en las mujeres, aunque las mujeres lo intentan más frecuentemente.

Según el INEGI, en 2003²⁷ los intentos de suicidio registrados reportan que de cada 100 de éstos, 45 eran cometidos por personas solteras y 37 por casadas. De 100 mujeres 51 eran casadas y 34 solteras. En el caso de los varones la proporción fue 40 de cada 100 casados y 38 de cada 100 solteros. Las causas fueron por disgustos familiares, razones amorosas y enfermedades graves. En el caso de las mujeres la causa principal es por razones amorosas y en el de los varones por problemas familiares.

No hay diferencia entre hombres y mujeres en las formas en las que se cometen los intentos; 67.7% por intoxicación con medicamentos, 12.1% con arma blanca y 23.3% por estrangulamiento. De quienes sí consumaron el suicidio, en el caso de las mujeres, 58.3% fue por estrangulamiento y 13.3% usaron veneno. En el caso de los hombres, 71.1% fue por estrangulamiento y 17.8% se dispararon con arma de fuego.²⁷

Por supuesto que estos datos se asocian nuevamente con la cultura de género que promueve en los hombres comportamientos violentos y más directos como el de quitarse la vida. La masculinidad está sustentada en conductas más asertivas, racionales y agresivas, rasgos que van conformando una identidad de género masculino que se caracteriza por la negación del cuerpo y sus vivencias, con excepción del

deseo sexual, cuyo reconocimiento y satisfacción forma parte de la identidad masculina.³²

La negación del cuerpo y sus correlatos emocionales y subjetivos conlleva a que los varones desarrollen una dificultad para reconocer sus dolencias y sufrimientos físicos y emocionales pues, con frecuencia, estas quejas se asocian a una falta de virilidad y fortaleza. Es recientemente cuando se reconoce con mayor contundencia que la violencia representa un riesgo para la salud de los varones.³³

En el caso de la depresión en los varones, la afección orgánica casi siempre se explica de manera inversa de como se explica en las mujeres, es decir, se concibe una consecuencia, más no necesariamente como el origen. Se asume que la depresión puede afectar la salud física del hombre y se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón). Poco se informa sobre los efectos emocionales de las infecciones virales, los trastornos en la glándula tiroidea y la baja de testosterona que también pueden provocar depresión.³⁴

Se afirma que la depresión se manifiesta de manera diferente en el varón que en la mujer; éstos se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o en pasatiempos favoritos y presentan problemas de sueño. Ellos no reportan sentimientos de tristeza, falta de autoestima o culpabilidad, manifestaciones que definitivamente están cruzadas por la cultura de género.³⁴

El consumo de alcohol y drogas enmascara la depresión en el hombre más que en la mujer. El hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso puede enmascarar la depresión. En el hombre la depresión se puede manifestar con irritabilidad, ira y desaliento en vez de sentimientos de desesperanza. Los síntomas hacen difícil su diagnóstico pues justamente estas conductas son comúnmente asociadas al género masculino, sobre todo de ciertos grupos y edades. O bien, se circunscriben en otra clasificación como puede ser la de la violencia. Se ha demostrado que los hombres violentos que maltratan a la familia pueden estar pasando por una depresión.³⁴

Cuando los hombres se llegan a dar cuenta de que están deprimidos, no buscan ayuda porque les avergüenza y se sienten amenazados en su masculinidad. Conforme van envejeciendo y dejan de estar activos y se enferman, la pérdida de su posición como proveedores y jefes de familia los lleva a deprimirse. En otras ocasiones, los tratamientos de enfermedades como la diabetes, el cáncer, derrames cerebrales, el mal de Parkinson pueden generar trastornos depresivos reactivos.³⁴

Ciertamente se hace difícil definir, clasificar y tratar la depresión pues dependiendo de la edad, el género y el estado de salud de las personas tendrá manifestaciones diferentes, incluso podrá ser considerada como una consecuencia de otras afecciones, casi siempre crónicas y degenerativas.

En cuanto a la edad, por desgracia la incidencia de la depresión va en aumento en jóvenes e infantes, aun cuando las estadísticas varían de acuerdo con las zonas y los países. Las personas que experimentaron estrés post-traumático casi siempre presentarán síntomas depresivos y algunas seguirán deprimidas toda su vida. Las personas que sufrieron ataques sexuales difícilmente se reponen y la distimia será, en adelante, un rasgo de su personalidad.³⁵

IV El diagnóstico, los tratamientos: una reflexión crítica

Se considera que una buena evaluación diagnóstica de la depresión incluye un historial completo de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto duraron, cuál fue la severidad, si el paciente los tuvo anteriormente y, en ese caso, si los síntomas fueron tratados y cuál fue el tratamiento administrado. El médico debe preguntar al paciente acerca del uso de alcohol y drogas, y si tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, el historial debe incluir información de otros miembros de la familia que hayan sufrido trastornos depresivos, si fueron atendidos, qué tratamientos recibieron y si éstos fueron eficaces. Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si el habla, los patrones de pensamiento o la memoria han sido afectados, como algunas veces sucede en personas que sufren de trastornos depresivos.³⁶

Sin embargo, las evaluaciones diagnósticas, además de no incluir las diferencias en los síntomas relacionados con lo que hemos estado llamando cultura de género y que pro-

mueve una educación y vivencia diferente para hombres y mujeres, carece de otros elementos de índole socio-antropológica que explican los factores culturales de la depresión. Y, por supuesto, están basados en una lógica biomédica fragmentaria en la que aun cuando se reconoce el aspecto bio-psico-social de toda enfermedad, se sigue apostando la mejoría al tratamiento farmacológico.

Los datos anteriores nos invitan al análisis del fenómeno de la depresión al menos en dos niveles, a saber: en el nivel teórico, en el que incluimos las definiciones y la etiología de la depresión que diversas aproximaciones médicas y psicológicas han ofrecido al respecto; en el nivel social, que comprende las vivencias y experiencias de las personas adultas que padecen depresión y las implicaciones de los imaginarios femeninos y masculinos comprometidos en el diagnóstico, o mejor dicho, ignorados no sólo en el diagnóstico sino también en el tratamiento.

En cuanto a los tratamientos, encontramos que dependiendo del diagnóstico se ofrece una alternativa. Las personas con depresión leve y moderada reciben solamente psicoterapia. Mientras que a las que presentan depresión severa a menudo se les administran antidepresivos. La mayoría, una vez que ha sido diagnosticada, recibe un tratamiento combinado. Los antidepresivos más comunes son los tricíclicos (ADTs) entre los que se incluyen imipramina, domipramina, amitriptilina y doxepina. Los efectos secundarios que pueden desencadenar los antidepresivos tricíclicos son sequedad en la boca, estreñimiento, hipotensión ortostática,^{viii} somnolencia y disfunción sexual. También están los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina^{ix} (ISRSs) los cuales han demostrado la importancia del sistema serotoninérgico en la etiología de la depresión, la angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. En tanto que las benzodiazepinas son las más utilizadas para atender cuadros de ansiedad.³⁷

A pesar de las investigaciones que llevan a cabo organismos internacionales de salud en conjunto con algunos laboratorios farmacéuticos, con el fin de ofrecer fármacos con mejores resultados, siguen siendo altas las cifras de personas depresivas que son atendidas con estos fármacos y no mejoran su condición emocional. Por otro lado, los tratamientos psicoterapéuticos tampoco han respondido adecuadamente a la demanda de lo que se ha constituido en un problema

epidemiológico. Esa situación en definitiva nos ha llevado a repensar lo que los trabajadores de la salud mental estamos haciendo para enfrentar las apabullantes cifras de pacientes depresivos que cada día llegan a consulta.

Sin duda alguna un diagnóstico oportuno de la depresión puede hacer la diferencia en la calidad de vida de las personas, pero si en el momento del diagnóstico no se incorporan a los avances biomédicos los aspectos socioculturales como la categoría de género, en el sentido relacional, seguiremos corriendo el riesgo de enmascarar y, por lo tanto, invisibilizar gran parte de los trastornos afectivos. El dar por hecho que las mujeres son emocionalmente más expresivas y que los hombres no se deprimen son preceptos que, con toda seguridad, llevarán a reforzar la dificultad de un diagnóstico oportuno.

V Algunos puntos de llegada para reflexionar:

Basándonos en las cifras proporcionadas por la OMS, la OPS, el INPRF y el IMSS aseguramos que la definición y los tratamientos de la depresión se han visto rebasados por la manifestación del fenómeno en la actualidad. Trátese de un problema categorial o dimensional, la depresión es un problema de salud pública que requiere de una reflexión crítica que incorpore los aspectos culturales, emocionales, materiales, subjetivos y orgánicos de la población que padece de depresión. En otras palabras, se requiere de estudios desde las ciencias sociales que nos permitan el conocimiento de la construcción sociocultural de la depresión, la cual debe ser entendida, además de en su dimensión orgánica, en el sentido social. Pero sobre todo, la necesidad de incorporar estos aspectos sociales a las formas de evaluación actual, como la categoría de género, ya que como parte del diagnóstico es, con toda seguridad, una necesidad y un reto para los trabajadores de la salud mental que debe enfrentarse en un futuro próximo.

viii Disminución de la presión arterial cuando se adopta la posición vertical, después del decúbito, asociada o no con vértigos y lipotimias.

ix Serotonina: sustancia que se produce en el organismo en el curso del metabolismo del triptófano por oxidación y descarboxilación. Se forma en las células argentafines y enterocromafines del tubo intestinal y transportada, dentro de las plaquetas, circula por la sangre. Vasoconstrictora y favorecedora del peristaltismo intestinal.

Los enfoques socioculturales en torno al fenómeno de la depresión nos han aportado reflexiones muy valiosas que han ayudado a contextualizar y discutir la supuesta “vulnerabilidad femenina” que hace a las mujeres más débiles y enfermizas frente a los hombres, que aparecen como invulnerables. En efecto, las mujeres son la población que más altos índices de depresión presenta; por fortuna se han rebasado las explicaciones biológicas que naturalizan en el cuerpo femenino una serie de padecimientos. Se reconoce que la cultura ha sido más exigente con las mujeres al imponerles discursos y metas que aparentemente las liberan, pero que en la realidad las someten con mayores cargas de trabajo y asumiendo diferentes responsabilidades que terminan minando su calidad de vida y su salud física y mental. En tanto, se visibiliza que el no reconocimiento de la vida afectiva de los hombres y la escasa o nula atención a su salud representan un riesgo para ellos.

Por otra parte, algunos trabajadores de la salud están reconociendo que esta sociedad condiciona el fenómeno de la depresión a la falta de sentido en la vida de las personas y a los estilos de vida actual. Cada vez hombres y mujeres enfrentan mayores presiones económicas y sociales; las actividades gregarias de recreación se reducen por la inseguridad y la violencia a la que estamos expuestos; los tipos y estilos de juego (video juegos) en los niños y niñas fomentan la soledad y la ansiedad; las enfermedades ocasionadas por los trastornos en la alimentación y las enfermedades crónicas, como la diabetes, que van en aumento, alteran los estados emocionales de la población que las sufre. Probablemente la depresión no sólo debe considerarse una enfermedad que afecta la calidad de vida de quien la padece, sino que puede ser entendida como una forma que adopta el cuerpo para sobrevivir a los embates de la vida contemporánea.

Por las cifras, tal vez estemos asistiendo a la conformación de las nuevas “tribus” que se están integrando por los diabéticos, los obesos, los hipertensos, los pacientes con síndrome metabólico y ahora, los depresivos. Alarmantemente, como se señaló al principio de este trabajo, las proyecciones a unos veinte años son que la población mundial estará enferma y deprimida, panorama que a los trabajadores de la salud nos obliga a tomar medidas diversas y en distintos niveles.

En primer lugar debemos pensar en continuar haciendo estudios de corte cualitativo que nos permitan conocer a mayor detalle el desarrollo del trastorno depresivo con la intención de incorporar los hallazgos en nuevas propuestas de tratamiento y medidas preventivas entre la población. Por otro lado, se hace necesario impulsar una capacitación que permita a los médicos de primer nivel de atención identificar los síntomas que pueden estar enmascarando el fenómeno de la depresión, pero que sobre todo se logre identificar la mani-

festación de los mismos y su relación con el género, la edad y la clase social. También se podrían impulsar programas dirigidos a toda la población para que logren identificar sus estados emocionales y puedan buscar ayuda médico-psicológica en etapas tempranas del trastorno depresivo.

La vida emocional se ve tan comprometida en un mundo que insiste en negar su importancia y el efecto que tiene en todas las esferas de nuestra existencia que se convierte en un reto darle cause a su estudio y atención.

Referencias

1. Illouz E. Intimidaciones congeladas. Las emociones en el capitalismo. Barcelona: Ed. Katz; 2007.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003 agosto; 26(No.4):1-16.
3. Martínez E, Calderón K. Depresión persigue chilangos. OMS pronostica que se elevará número de casos de Alzheimer y esquizofrenia. *El Universal*, Miércoles, 2 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx>
4. Ojanguren S. Las redes de la depresión. *El Universal*, Viernes 28 de septiembre de 2007. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx>
5. Ríos L. Depresión, otra epidemia. *Vértigo* 2003; Año III, No. 140:12-16
6. Jiménez-Jacinto R. Padecen trastornos mentales 25 millones de mexicanos. *El Universal*, Lunes 21 de abril de 2008. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx>
7. American Psychiatric Association. *DSM IV TR Criterios diagnósticos*. España: Ed. Masson; 2005.
8. Ontiveros-Urbe M. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Salud Mental* 1996; 19(Supl2):11-18.
9. National Institute of Mental Health. Real Men. Real Depression. NIMH 2005 Oct ; No. SP 06-5297. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/men-and-depression/index.shtml>
10. Baca-Baldomero E. Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión. Epidemiología de los trastornos afectivos y factores de riesgo de cronificación y recurrencia. Servicio de Psiquiatría. Madrid: Clínica Puerta de Hierro. Universidad de Madrid; 2005. Disponible en: <http://www.redmedica.com.mx/medicinainterna.html>
11. López-Suero VF, Nicolini H. Genética del trastorno bipolar. Una revisión. *Salud Mental* 1999; 22(4):49-55.
12. Lewinsohn PM, Hoberman HH, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal Abnorm Psychology* 1988; 97(3):251-64.
13. Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1990.
14. Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders—review of structural neuroimaging studies. *Biological Psychiatry* 1997; 41:86-106.
15. Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research* 1997; 31(4):393-432.
16. Arraz-Lara L, Blum-Grymberg B, Ito-Sugiyama E. Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental* 2001; 24(5):30-36.
17. González-Forteza C, Villatoro J, Pick S, Collado ME. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental* 1998; 21(2):37-45.
18. López-Sánchez O. ¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina? En: López-Ramos S (coord.). *Lo corporal y lo psicosomático Tomo I*. México, DF: Plaza y Valdés; 2002.
19. Lara A. ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México, DF: Pax México; 1997.
20. Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health* 1997; 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression* 1995; 3:3-12.
21. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9):839-50.
22. Lara MA. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental* 1999; vol. 22(Esp.):121-127.
23. Schmidt PJ, Neiman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *J Am Med Assoc* 1998; 338:209-16.
24. Del Campo-Laurentis A, Herrera-Ferrá K. Climaterio y depresión. *Salud Mental* 1996; 19(3):49-57.
25. Muñiz E. *Cuerpo, representación y poder. México en los albores de reconstrucción nacional, 1920-1934*. México, DF: UAM-Azcapotzalco y Porrúa; 2002.

26. Mc Dowell L. Género, identidad y lugar. Madrid: Cátedra; 1999.
27. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en cifras, México, DF: INEGI; 2005; 278: 437-440. Versión digital.
28. Reid DI. Medicina China. Barcelona: Urano; 2003.
29. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: un análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998; 21(6):1-10.
30. Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and depression: Clinical and empirical perspectives. San Diego: Academic Press; 2000.
31. Lara MA. Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental* 1991; 14(1):12-18.
32. Rivas-Sánchez HE. Entre temeridad y la responsabilidad. Masculinidad, riesgo y mortalidad por violencia en la Sierra de Sonora. *Desacatos. Masculinidades diversas* 2004; (15-16):69-89.
33. Nuñez-Noriega G. Los "hombres" y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de "los hombres" como sujetos genéricos. *Desacatos. Masculinidades diversas* 2004; (15-16):13-32
34. National Institute of Mental Health. Estos hombres son reales. La depresión también. Department of Health and Human Services. NIMH. Pub. of NIH. SP 06-5297. Octubre de 2005. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/men-and-depression/index.shtml>
35. Ramos-Lira L, Jiménez RE, Saltijeral MT, Caballero MA. Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental* 1997; 20(Supl 2):47-54.
36. National Institute of Mental Health. Los hombres y la depresión. Disponible en: www/nimh.nih.gov/health/publications/spanish/loshombresyladepresion-folleto
37. Larios-Lira M. La depresión como un proceso construido en el individuo: desde una visión psicósomática. Tesis de licenciatura en Psicología. Tlanepantla, Estado de México: FES Iztacala UNAM; 2006.

Embarazo no deseado y aborto en adolescentes:

un reto y una responsabilidad colectiva

María Elena Collado,ⁱ Raquel Alva,ⁱ Laura Villa,ⁱ Eugenia López,ⁱ
Deyanira González de León,ⁱⁱ Raffaella Schiavon,ⁱ

Introducción

El embarazo adolescente es un fenómeno de gran magnitud en muchos países del mundo y el aborto practicado en condiciones insegurasⁱⁱⁱ es una causa frecuente de enfermedad y muerte entre las mujeres más jóvenes y vulnerables. Este artículo se sustenta en una revisión de bibliografía reciente, producida en los ámbitos nacional e internacional, y su propósito principal es ofrecer elementos para reflexionar sobre los problemas que plantea la interrupción del embarazo en la adolescencia.^{iv}

En México el embarazo no deseado ocurre entre adolescentes de todos los sectores sociales, pero las opciones con que cuentan para enfrentarlo difieren de acuerdo con las condiciones del entorno en el que viven. Las políti-



i Ipas México.

ii Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

iii La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (ver referencia 17).

iv De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la adolescencia comprende al grupo de edad entre los 10 y los 19 años (ver referencia 5). Sin embargo, la mayor parte de la información sobre aspectos de salud sexual y reproductiva en adolescentes referida en la literatura internacional y nacional alude al grupo de 15 a 19 años.

cas para evitar los embarazos entre adolescentes han tenido un impacto limitado entre aquellas que viven en condiciones de pobreza, para quienes la maternidad temprana implica mayores riesgos y en quienes las complicaciones del aborto suelen ser más frecuentes y más serias.

Actualmente se reconoce que la interrupción del embarazo en condiciones legales y durante las primeras semanas de gestación repre-

senta el procedimiento obstétrico más seguro que una mujer puede enfrentar.¹ Hoy se acepta también que el aborto adquiere características particulares en las adolescentes y que los modelos para prevenir y atender los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas son insuficientes para responder a las necesidades de quienes se encuentran en etapas más tempranas de la vida.²⁻⁴

El embarazo y el aborto en adolescentes han merecido una creciente atención por parte de distintos organismos y agencias internacionales. Desde la década de 1990, los gobiernos de todas las regiones del mundo han sido convocados a proteger los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y a eliminar las barreras que limitan su acceso a la educación sexual, a la anticoncepción moderna y al aborto legal y seguro.^{5,6} Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha señalado lo siguiente:

*“El Comité está preocupado por la alta y creciente tasa de embarazos adolescentes y la consecuente alta tasa de abortos entre niñas menores de 18 años (...) observa que diversos factores, incluyendo el acceso limitado a los anticonceptivos, la pobre educación en salud reproductiva y el requisito del consentimiento de los padres, han resultado en un número creciente de abortos inseguros entre las niñas”.*⁷

“Las adolescentes (...) deberían tener acceso a servicios de salud sensibles a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Miembros deberían adoptar medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad materna en las adolescentes, en particular la causada por el embarazo precoz y las prácticas abortivas inseguras (...) El Comité insta a los Estados Miembros a (...) desarrollar e instrumentar programas que proporcionen acceso

*a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, anticoncepción y servicios seguros de aborto donde el aborto no está en contra de la ley, atención obstétrica adecuada e integral, y consejería (...)”.*⁸

Embarazo adolescente: los números en los ámbitos mundial y regional

De acuerdo con un informe reciente del Fondo de Población de las Naciones Unidas, anualmente 14 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz y muchas lo hacen también a una edad más temprana; en promedio, se estima que un tercio de las adolescentes en los países en desarrollo tiene hijos o hijas antes de cumplir los 20 años. En estos países la incidencia del embarazo temprano es mayor entre adolescentes de las zonas rurales y urbanas pobres, para quienes el acceso a la educación y a los servicios de salud reproductiva es más limitado. Sólo 12% de las adolescentes casadas utiliza métodos anticonceptivos modernos y en muchos países alrededor de 70% de las solteras sexualmente activas no lo hacen; la necesidad insatisfecha de anticoncepción entre adolescentes solteras es al menos diez veces más elevada que en las mujeres de mayor edad y se estima que de 10 a 40% de sus embarazos son no deseados.⁹

Las tasas específicas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años –número de nacimientos por cada mil mujeres de ese grupo de edad– son al menos cinco veces más elevadas en los países menos desarrollados que en los países desarrollados; entre estos últimos destaca el caso de los Estados Unidos de América (EUA) cuyas tasas de embarazo y nacimientos en adolescentes son mayores a las del resto de los países desarrollados.^{9, 10, v}

En América Latina y El Caribe se calcula que entre un tercio y la mitad de los embarazos tempranos no se planean, que 38% de las mujeres se embaraza antes de cumplir los 20 años, y que hasta 25% del total de los nacimientos ocurre en adolescentes.¹¹ Con variaciones entre países, en la región la tasa de fecundidad en adolescentes sigue siendo alta y una proporción importante de los embarazos tempranos son no deseados, con cifras que oscilan de 30 a 40% en Brasil, Colombia, República Dominicana, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú.^{9, 10}

El riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto es mayor para las adolescentes que viven en condiciones de pobre-

v Cabe señalar que las tasas de aborto entre adolescentes en los EUA son también mayores respecto a las del resto de los países desarrollados: en Alemania la tasa es de 4 abortos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, en Inglaterra y Gales de 19, y en EUA de 29 (ver referencia 4).

za y en particular para las más jóvenes.^{2, 5, 9-13} Las carencias en el acceso a la atención prenatal y obstétrica propician que casi 70 mil adolescentes mueran anualmente por causas maternas; entre las del grupo 15 a 19 años el riesgo de morir es del doble, en comparación con las mujeres mayores de 20 años, mientras en las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor.⁹

Las adolescentes se embarazan por desconocer los métodos anticonceptivos; por tener relaciones sexuales no previstas y no protegidas; por no conocer o no tener acceso a la anticoncepción de emergencia; por recurrir a métodos poco efectivos; o por usar métodos eficaces, pero en forma inadecuada y no consistente. Por otro lado, la elevada incidencia de embarazos en adolescentes está vinculada con las normas de género y con la desigualdad de oportunidades educativas y laborales para las mujeres.

El matrimonio temprano forma parte de las normas culturales en muchas sociedades y a menudo es la presencia del embarazo lo que obliga a las adolescentes a adelantar la unión para que sus bebés nazcan en condiciones socialmente aceptadas. Es también frecuente que aun estando casadas las adolescentes no tengan acceso a la anticoncepción y sean presionadas por la pareja y la familia a probar su fertilidad.^{2-6, 11-13} Finalmente, las adolescentes son especialmente vulnerables al abuso sexual –perpetrado por desconocidos, por la misma pareja o por familiares– y se ha observado que cuanto más corta la edad de la niña o adolescente tanto más probable es que el embarazo sea resultado de un incesto o una violación.^{2-6, 9}

Las particularidades del aborto en adolescentes

El motivo más común del aborto en las mujeres de todas las edades, condiciones sociales y regiones del mundo es el embarazo no deseado,¹⁴ definido como el que ocurre en un momento inoportuno y poco favorable, o en mujeres que no quieren embarazarse o tener más hijos.¹⁵ Durante la adolescencia, sin embargo, los motivos para considerar que un embarazo no es deseado y optar por interrumpirlo obedecen a situaciones particulares de esta etapa de la vida^{2-4, 13} y que se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Razones más frecuentemente expuestas por adolescentes para interrumpir sus embarazos

Razones	Detalles
Educativas	Muchas adolescentes optan por el aborto por temor a ser expulsadas de la escuela o porque no quieren interrumpir o posponer sus estudios
Económicas	Las adolescentes tienen, en general, menos recursos y otro tipo de apoyo que las mujeres adultas para hacerse cargo de un bebé, por lo que con frecuencia los motivos económicos influyen en su decisión de interrumpir el embarazo
Temor al rechazo social y familiar	En sociedades donde el embarazo fuera del matrimonio es considerado inmoral muchas adolescentes optan por el aborto para no decepcionar a sus padres y avergonzar a sus familias
Relación no estable o abandono por parte de la pareja	Las relaciones de pareja estables son menos frecuentes entre las adolescentes que en las mujeres adultas. El abandono por parte del novio o el amigo con quien se embarazó la adolescente es también una razón frecuente para interrumpir el embarazo
Por no usar anticonceptivos o por falla de éstos	La prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes es menor que entre las mujeres adultas. Además, entre las adolescentes es común que usen métodos poco efectivos o que no tengan la información necesaria para usarlos de manera consistente y adecuada
Violación o incesto	La información de centros que atienden a víctimas de violación y abuso sexual indica que una proporción elevada de estos incidentes son perpetrados contra niñas y adolescentes
Haber tenido hijos o hijas antes	Hay adolescentes que optan por el aborto cuando ya han tenido un hijo y éste es aún pequeño. En muchos casos se trata de madres solteras, pobres y sin apoyo familiar
No tiene afinidad con el hombre que la embarazó	Existen sociedades en las que es todavía común que las adolescentes sean forzadas a casarse con hombres elegidos por sus padres. En estos casos el embarazo puede cancelar toda posibilidad de elegir libremente una pareja para casarse y formar una familia
Coerción	Existen casos en los que la decisión de interrumpir un embarazo excluye a la adolescente y es tomada por los padres o por la pareja

Fuente: Olukoya AA. Safe abortion in adolescents. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:137-147 (con modificaciones).

Actualmente existe una gran cantidad de evidencias contundentes sobre los efectos de las restricciones legales y la falta de acceso a servicios de aborto seguro. Tales efectos incluyen una elevada mortalidad materna, morbilidad severa, secuelas a corto y largo plazos, y costos excesivos para los sistemas de salud. Asimismo, la penalización del aborto tiene costos elevados para las mujeres, generados por situaciones de profunda desigualdad social y por las inequidades de género.¹⁶

Datos recientes de la OMS indican que anualmente se practican 42 millones de abortos; casi la mitad de este total de abortos son inseguros y 98% se practica en países en desarrollo, donde en general las leyes son restrictivas y el acceso a servicios que ofrecen procedimientos seguros es limitado; sólo uno de cada tres abortos en estos países se realiza bajo condiciones legales y más de cinco millones de mujeres son hospitalizadas cada año por sufrir complicaciones severas. Las complicaciones del aborto inseguro –sepsis, hemorragias, perforaciones y laceraciones de los órganos pélvicos- causan más de 66 000

mueres por año, representando 13% del total de la mortalidad materna. Se estima también que cada año cinco millones de mujeres sufren secuelas temporales o permanentes a causa del aborto inseguro: más de tres millones padecen infecciones del aparato reproductivo y casi 1.7 millones infertilidad.¹⁷

Se calcula que entre 2 y 4 millones de los abortos inseguros que se practican cada año en los países en desarrollo corresponden a mujeres menores de 20 años.^{9,18} Casi la mitad de la mortalidad por abortos inseguros se concentra en mujeres menores de 25 años, con una proporción de 18% para las adolescentes.¹⁷

En América Latina y El Caribe la mayor parte de los abortos se practica en condiciones ilegales e inseguras.^{vi} En nuestra región el aborto es una causa de mortalidad materna desproporcionadamente frecuente entre las mujeres de menor edad.^{14,15,19} Anualmente se practican casi cuatro millones de abortos inseguros que causan la muerte de dos mil mujeres; entre adolescentes el número de muertes se calcula en 300 y representan 15% del total de la mortalidad materna por aborto en la región¹⁷ (cuadro 2).

Las adolescentes tienen, en general, más dificultades que las mujeres adultas para tener acceso a la atención obstétrica y enfrentan un gran número de barreras para acceder a servicios de buena calidad. Estas dificultades, sin embargo, aumentan en forma considerable cuando se trata de la atención a un evento marcadamente estigmatizado como lo es el aborto: para las adolescentes resulta muy com-

Cuadro 2. Estimación del número de muertes por abortos inseguros, por grupos de edad, en regiones del mundo en desarrollo, 2003

Regiones	Grupos de edad						
	Todas las edades	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	>39
Todas las regiones en desarrollo	65 500 (100%)	11 800 (18%)	18 500 (28%)	15 600 (23%)	11 000 (17%)	11 000 (17%)	2 900 (4%)
África	35 900	9 000	11 500	7 200	4 500	2 800	900
Asia, excluyendo Asia Oriental*	28 500	2 400	6 400	7 800	6 300	3 700	1 900
América Latina y el Caribe	2 000	300	600	500	300	200	100
Oceanía	60	5	10	20	10	10	4

* El aborto legal y seguro es ampliamente accesible en Asia Oriental, por lo que la incidencia del aborto inseguro es considerada insignificante.

Fuente: World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2007.

vi En la región latinoamericana sólo Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México tienen legislaciones liberales sobre el aborto y lo permiten a solicitud de la mujer.

plicado acceder a servicios de atención obstétrica seguros, por lo que la interrupción de un embarazo implica mayores riesgos para su salud y su vida. El aborto entre adolescentes difiere en varios sentidos respecto a lo que ocurre en las mujeres adultas:

1. Para la mayoría de las adolescentes que viven la experiencia de un aborto, sea espontáneo o inducido, ésta representa su primer contacto con los servicios de atención obstétrica, lo cual a menudo las coloca en situaciones de gran vulnerabilidad emocional debido a las actitudes distantes y en ocasiones hostiles del personal que las atiende, al desconocimiento de los procedimientos que se usan para su tratamiento y al temor a externar sus dudas y necesidades.^{2-4,13} En todo caso, es inaceptable que este primer contacto con los servicios de salud no se traduzca para estas adolescentes en una oportunidad –en la actualidad una *oportunidad perdida*– para recibir consejería y vivir una sexualidad protegida y sin riesgos.

2. El retraso de la decisión para interrumpir un embarazo suele ser más frecuente en las adolescentes que en las mujeres adultas y representa una de las variables que más influyen en el riesgo de complicaciones graves y de muerte por abortos inseguros en ellas. Las razones del retraso para optar por el aborto incluyen el retardo para sospechar, reconocer y confirmar el embarazo; el ocultamiento del embarazo por temor a la reacción de los padres; o los intentos repetidos con métodos ineficaces para inducir el aborto. Además, la carencia de redes de apoyo, el abandono por parte de la pareja y la falta de recursos económicos suelen ser también más comunes para las adolescentes.^{2-4,13,21}

3. Las adolescentes recurren con más frecuencia que las mujeres adultas a proveedores de servicios de salud no capacitados y a métodos peligrosos para inducir el aborto. Algo frecuentemente observado es que en-

tre más joven es la adolescente mayor es su desconocimiento de los procedimientos para interrumpir el embarazo y mayor también la probabilidad de que recurra a proveedores no capacitados o se induzca ella misma el aborto.^{2-4,13,20,21}

4. El retraso para buscar atención a las complicaciones de un aborto, espontáneo o inducido, es también más frecuente entre las adolescentes. En estos casos, los motivos incluyen la falta de información y la subestimación de los síntomas, el desconocimiento de los servicios a los que pueden recurrir, dificultades de transporte, la dependencia de los adultos, el carecer de acceso a servicios de seguridad social y la falta de recursos para pagar servicios privados. El retraso en la búsqueda de atención puede también deberse al temor de las adolescentes a posibles consecuencias legales o a ser sancionadas por el personal de los servicios de salud por no haber prevenido el embarazo o por haberse inducido el aborto.^{2-4,13}

5. Aun en contextos donde el aborto es legal y se permite bajo condiciones amplias las legislaciones generalmente contemplan la autorización de los padres o tutores para realizar los abortos en menores de edad, lo cual suele ser también un motivo común para que retrasen su decisión y recurran a procedimientos peligrosos.^{2-4,13,22}

6. La decisión de interrumpir el embarazo no es siempre una decisión autónoma de las adolescentes, quienes a menudo son presionadas o francamente forzadas a abortar por parte de la pareja o los padres.^{2-4,13}

Mucho se ha debatido sobre las consecuencias en la salud mental y el desarrollo futuro de las adolescentes que optaron por un aborto inducido, en comparación con aquellas que en condiciones similares llevaron a término sus embarazos, ya sea por decisión propia o por no haber podido elegir otra opción. Existen autores que han pretendido evidenciar una relación de causa y efecto entre un aborto inducido en la adolescencia y situaciones graves de depresión posterior,^{23,24} pero una revisión cuidadosa de estos hallazgos no apoya la supuesta relación entre el aborto y el riesgo de depresión, suicidio, homicidio o muerte por accidentes.^{25,26} Se ha observado que el grado de bienestar emocional de las mujeres *antes de embarazarse* es la variable más importante para su salud mental, independientemente de que el embarazo termine en un nacimiento o en un aborto; asimismo, el hecho de que el embarazo haya sido o no deseado es el factor de mayor influencia en el impacto del aborto o del embarazo en la salud mental de una mujer: un embarazo no deseado llevado a término puede tener consecuencias negativas a corto y largo plazo, no sólo para las madres, sino también, y sobre todo, para sus hijos e hijas.²⁷ Expertos en psicología han señalado que la mayoría de las mujeres se sienten aliviadas después de interrumpir un embarazo no deseado y que los sentimientos de pérdida y el estrés emocional son más comunes entre quienes interrumpieron embarazos deseados o no

contaron con el apoyo de la pareja o de los padres.²⁶ Incluso, estudios recientes sugieren que para muchas adolescentes la interrupción de un embarazo no deseado redundaría, años más tarde, en grados de escolaridad, condiciones de empleo y relaciones familiares significativamente mejores en comparación con aquellas que optaron por continuar sus embarazos.²⁸

A partir del reconocimiento de los rasgos particulares del aborto en adolescentes y de las recomendaciones de organismos y agencias internacionales se ha planteado que las medidas para enfrentar el problema deben abarcar los siguientes aspectos:

La prevención de los embarazos no deseados y no planeados: a partir de la eliminación de barreras que limitan el acceso de las adolescentes a la anticoncepción moderna y de la creación de servicios de atención primaria especializados, accesibles y amigables para la población más joven, a diferencia de los programas que promueven la abstinencia sexual entre adolescentes sin contemplar la discusión de otras opciones, las propuestas para crear servicios integrales y más eficaces incluyen no sólo la oferta de condones y otros anticonceptivos, sino también la incorporación de enfoques amplios en el campo de la educación sexual para prevenir los embarazos, los abortos y las infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, se plantea que los servicios tienen que incluir a todas las adolescentes: las solteras con y sin vida sexual activa, las que viven en uniones matrimoniales y las solteras que ya han tenido hijos. Se plantea también que los programas de educación sexual para adolescentes tienen que promover la equidad en las relaciones de pareja, así como la responsabilidad masculina en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.^{2-5, 11, 29-34}

La difusión de información veraz y completa sobre el aborto: el tema del aborto es en general evadido en los programas de educación sexual para adolescentes o tratado únicamente

en términos de los peligros ocasionados por el aborto inseguro. Las adolescentes tienen que conocer las causales bajo las cuales el aborto está legalmente permitido en el contexto donde viven, así como saber que la interrupción del embarazo es un procedimiento que carece de riesgos cuando se practica por personal capacitado, en instalaciones higiénicas y equipadas, con medicamentos o técnicas quirúrgicas adecuadas y en una etapa temprana del embarazo. Asimismo, las adolescentes tienen que recibir información clara y desprejuiciada sobre los riesgos que acarrea el recurrir a proveedores no capacitados o el utilizar medicamentos u otros recursos para autoinducir el aborto.^{2-4, 13, 21}

El acceso de las adolescentes a servicios legales y seguros para la interrupción del embarazo: las legislaciones sobre el aborto contemplan regulaciones –consentimiento de los padres, costos que pueden ser relativamente elevados, períodos de espera obligados, aprobación de comités de ética, objeción de conciencia de los médicos– que en mayor o menor medida limitan el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo. Frente a estas barreras debe asegurarse que la falta de información del personal de los servicios, o las posturas individuales de oposición al aborto, no impidan el cumplimiento institucional de leyes que permiten la interrupción voluntaria del embarazo o interfieran con la atención a las complicaciones del aborto incompleto. Se ha señalado también la necesidad de valorar las condiciones de cada caso y de acotar el requisito del consentimiento de los padres cuando la adolescente tiene la madurez para hacerse responsable de sí misma;^{vii} si bien el consentimiento y apoyo de los padres son deseables, hay situaciones –como el embarazo resultado del abuso de un familiar– en las cuales no son posibles.^{2-4, 13, 21, 22}

La adaptación de los modelos de atención al aborto a las necesidades particulares de las adolescentes: actualmente existen propuestas que buscan mejorar la calidad del manejo clínico y de la consejería para las adolescentes afectadas por complicaciones del aborto, espontáneo o inducido, y para las que deciden interrumpir un embarazo. Estas propuestas se apoyan en la adaptación de los modelos vigentes de atención post-aborto, aplicados con resultados positivos en países donde la incidencia de las complicaciones del aborto inseguro es elevada.^{viii} En el caso particular de las adolescentes, los servicios para la atención del aborto deben contar con profesionales sensibles y capacitados para ofrecerles una atención médica de alta calidad; asegurar su derecho a la confidencialidad y al consentimiento

vii A escala internacional se reconoce cada vez más la validez del concepto capacidad evolutiva de la adolescente, que se refiere a la capacidad de las menores de edad para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción (ver referencia 22).

viii Información completa y actualizada sobre los modelos de atención post-aborto puede consultarse en la página electrónica www.ipas.org.

to informado; brindarles apoyo emocional e información precisa sobre los procedimientos que se emplean en su tratamiento; proporcionarles consejería en anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual; y tener instrumental quirúrgico apropiado para su atención.^{2, 3, 13, 29}

La situación en México

A raíz de los compromisos asumidos por el gobierno mexicano en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, las y los adolescentes representan una de las *poblaciones prioritarias* en el campo de las políticas de salud reproductiva. De acuerdo con estas políticas corresponde al sector salud proporcionar a la población adolescente información para que asuma su sexualidad con autonomía, responsabilidad y sin riesgos; además, uno de los objetivos puntuales de los programas de planificación familiar es disminuir la maternidad temprana y los embarazos no planeados en adolescentes.³⁵

A la fecha, sin embargo, el impacto de estas políticas ha sido menor al esperado. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 indican que una de cada tres mujeres en el país ha tenido su primer hijo o hija durante la adolescencia³⁶ y en 2005 se estimó que 17.4% de todos los nacimientos a nivel nacional ocurrió en adolescentes.³⁷

La tasa específica de fecundidad (TEF) en adolescentes de 15 a 19 años, unidas y casadas, ha disminuido durante las últimas décadas, pero las encuestas demográficas recientes indican que el descenso ha sido menor y más lento que en otros grupos de edad.^{ix} Entre 2000 y 2006 esta tasa bajó

ix La información de las encuestas demográficas en México se refiere a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) unidas (unidas y casadas), por lo que la información sobre eventos reproductivos en adolescentes solteras de 10 a 19 años de edad es muy limitada.



de 79.6 a 62.8 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, mientras en el grupo de 20 a 24 años descendió de 158 a 121.9.³⁸ La TEF en adolescentes se correlaciona significativamente con el nivel socioeconómico, con cifras que oscilan de 0.6 por mil en los estratos altos a 158 por mil en los más bajos.³⁹

El uso de anticonceptivos es poco usual entre las mujeres más jóvenes; casi dos tercios de las del grupo de 15 a 24 años inician su vida sexual sin intención de embarazarse, pero casi 90% lo hace sin protección. La prevalencia de uso de anticonceptivos siempre ha sido baja entre las adolescentes unidas de 15 a 19 años y las encuestas recientes indican que incluso ha disminuido: en 1997 la cifra fue de 45% y en 2006 de 39.4%. Para ese último año, la prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes fue casi 20 puntos porcentuales menor que en el grupo de 20 a 24 años, en el que la prevalencia fue de 57.8%.³⁸ Por otro lado, la necesidad insatisfecha de anticoncepción entre adolescentes unidas es elevada; en 2006 fue de 35% contra una cifra promedio de 12% en el ámbito nacional.³⁹

El conocimiento sobre métodos anti-conceptivos ha aumentado entre la población adolescente, lo cual es resultado de las campañas de información promovidas por dependencias oficiales y organizaciones no gubernamentales y de la inclusión de contenidos de educación sexual en las escuelas. Sin embargo, persiste aun una gran brecha entre el conocimiento de los anticonceptivos y su uso consistente y adecuado. Además, el uso de anticonceptivos entre adolescentes se asocia, al igual que entre la población adulta, con variables como la escolaridad, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia urbana o rural.⁴⁰ Más de 90% de adolescentes y jóvenes –hombres y mujeres– conoce el condón, pero poco más de 60% desconoce la anticoncepción de emergencia,⁴¹ un método de gran eficacia para prevenir los embarazos no deseados y que debería ser accesible para todas las mujeres que por cualquier razón –violación, encuentros no previstos, accidentes y olvidos en el uso de métodos habituales– han tenido relaciones sexuales sin protección.

Pese a la existencia de acuerdos internacionales firmados por el gobierno y de la vigencia de normas que permiten ofrecer consejería en anticoncepción a las y los adolescentes que lo soliciten,⁴² existen barreras que limitan su acceso a los servicios de salud. Tales barreras están ligadas a la minoría de edad; a los costos, la ubicación y los horarios de los servicios; y a las actitudes de censura moral y no reconocimiento por parte de los profesionales sobre su derecho al ejercicio de la sexualidad antes del matrimonio y sin fines reproductivos.⁴⁰ Los médicos suelen ser renuentes a ofrecer condones u otros métodos a los y las adolescentes por considerar que no tienen la madurez necesaria para manejar su sexualidad y que el ponerlos a su alcance promueve la promiscuidad y la irresponsabilidad. Es también común que por falta de información asuman que la prescripción de anticonceptivos a menores de edad está contraindicada o restringida por razones médicas, o que no está legalmente au-

torizada y requiere el consentimiento de los padres. Buena parte de los embarazos no deseados que ocurren entre adolescentes son resultado de la falta de consejería y pocas veces se reflexiona sobre el hecho de que una adolescente soltera que solicita la prescripción de anticonceptivos está asumiendo una actitud responsable y madura.

El acceso a la anticoncepción moderna es sin duda un factor decisivo para prevenir los embarazos no planeados y no deseados en adolescentes, pero que no garantiza la solución de un problema complejo asociado a una gran cantidad de variables:

“[...] En sectores muy numerosos de la población mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana –precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente–, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femeninas ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida



*distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrían poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo”.*⁴³

El embarazo adolescente ha sido en general percibido como un *problema* cuyo aumento ha sido desmesurado, que contribuye al crecimiento poblacional y a la reproducción de la pobreza y acarrea consecuencias negativas para la salud materna e infantil. No obstante, desde un enfoque crítico se ha señalado que el impacto limitado de las políticas y programas para reducir los embarazos tempranos se debe en gran medida a una percepción errónea sobre su causalidad y sus implicaciones. Desde este enfoque se argumenta que el embarazo en adolescentes es en efecto un problema con repercusiones sociales de gran importancia para el país, pero que no representa un fenómeno nuevo ni tiene las mismas implicaciones para todas las adolescentes; la frecuencia del embarazo temprano se ha mantenido sin variaciones sobre todo entre los sectores sociales más pobres y la relevancia que ha adquirido durante las últimas décadas en el campo de la investigación y de las políticas públicas obedece al incremento de la población adolescente y a una mayor visibilidad de sus problemas y necesidades.⁴³

Se ha planteado también que la percepción del embarazo en adolescentes como un problema que necesariamente genera consecuencias adversas tiene relación con aspectos ligados a una visión bastante generalizada de los y las adolescentes como conflictivos e irresponsables, con valores morales que reprueban la sexualidad temprana y fuera del matrimonio, y con su asociación con el aborto, entre otros.⁴⁴

La mayor incidencia del embarazo adolescente en los sectores sociales pobres está vinculada con valores culturales que prescriben normas de comportamiento claramente diferenciadas para cada sexo. En general, los adolescentes hombres de estos sectores comparten las ideas y las prácticas que sustentan los patrones más tradicionales de masculinidad, están poco y mal informados sobre aspectos relativos a la reproducción y raramente usan condones u otros recursos para evitar consecuencias del ejercicio de su sexualidad.⁴⁵ En las mujeres las normas de género refuerzan su papel subordinado frente al poder masculino y limitan la posibilidad de evitar las relaciones sexuales o de usar métodos para prevenir el embarazo y el contagio de infecciones de transmisión sexual; además, si bien el uso de anticonceptivos está muy extendido entre las mujeres adultas los valores culturales en torno a la feminidad y la maternidad inducen a las más jóvenes, y que no han tenido hijos, a no usarlos.⁴⁶ En este contexto resulta muy difícil para las adolescentes solteras ejercer su sexualidad en forma placentera y sin culpas, desligarla de la procreación y usar anticonceptivos. Por ello, una de las razones frecuentemente aducidas por las adolescentes para no usar anticonceptivos es “el deseo del embarazo”.⁴⁰

Cabe mencionar que los embarazos en adolescentes suelen ser deseados por razones que van más allá del deseo de tener un hijo o una hija. Dado el contexto en el que generalmente ocurre, el embarazo es a menudo percibido por las adolescentes como una salida frente a la violencia doméstica y la falta de apoyo en sus familias o como un recurso para independizarse de los padres, satisfacer necesidades afectivas y acceder a un estatus con mayor reconocimiento social.^{21,44}

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, el 46% de las adolescentes no usa anticonceptivos porque desea embarazarse. Sin embargo, esta misma fuente indica que un número importante de los embarazos tempranos son no deseados y no planeados: uno de cada tres es no deseado y uno de cada cinco no planeado. Por otro lado, 5.6% de las adolescentes reporta al menos un aborto, cifra que varía notablemente según el nivel socioeconómico con 9.5% en los estratos más altos y 4.5% en los más bajos.³⁶

A escala nacional el aborto es uno de los principales motivos de egreso en adolescentes atendidas en hospitales de la Secretaría de Salud; en 2001 las complicaciones del aborto representaron la quinta causa de egreso hospitalario entre niñas y adolescentes de 10 a 14 años y la segunda en las del grupo de 15 a 19 años.⁴⁷

Por otro lado, un análisis sobre los egresos hospitalarios en instituciones públicas del Distrito Federal –Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y hospitales federales– muestra



que en el período 2001-2005 fueron hospitalizadas 112 683 mujeres por complicaciones del aborto; de este total de egresos se estima que 13% de las mujeres tenía de 10 a 19 años y que entre ellas 456 eran niñas de 10 a 14 años.⁴⁸

En cuanto a la mortalidad por aborto, este mismo análisis indica que entre 1990 y 2005 ocurrieron en el país 1 537 muertes por complicaciones del aborto, representando 7.2% del total de las muertes maternas; 45% de las muertes por complicaciones del aborto ocurrió en mujeres de 20 a 29 años y 13%, o una de cada ocho, en adolescentes.⁴⁸

En el Distrito Federal el aborto fue despenalizado en abril de 2007 y se permite a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas de embarazo, pero en el resto del país el acceso al aborto legal y seguro es, para la mayoría de las mujeres, muy limitado. Las leyes estatales siguen siendo marcadamente restrictivas y la mayoría de los códigos penales carece de lineamientos para normar y garantizar el acceso al aborto en casos de violación o cualquier otra circunstancia contempla-

da en las leyes.⁴⁹ Además, los servicios públicos para la interrupción legal del embarazo se concentran mayormente en el Distrito Federal y la población, incluyendo a la de adolescentes y jóvenes, tiene en general un conocimiento muy pobre de las leyes.⁵⁰⁻⁵²

El acceso al aborto seguro es particularmente difícil para las adolescentes. Aún en el Distrito Federal, donde este derecho está garantizado por las leyes, se requiere la presencia de uno de los padres, del tutor o representante legal de la menor para solicitar la interrupción de un embarazo.^x

Los obstáculos que enfrentan las adolescentes y el daño emocional al que pueden ser sometidas cuando deciden interrumpir un embarazo y se les niega esta opción dentro del marco legal han sido documentados en los años recientes. Un caso paradigmático es el de Paulina Ramírez, una adolescente de 13 años de edad, de escasos recursos, violada en Baja California en 1999, a quien las autoridades de un hospital público le negaron su derecho a abortar. La amplia difusión de este caso motivó la indignación de la opinión pública y una polémica sobre el aborto sin precedentes en el país. Frente a las dilaciones y la ambigüedad de las autoridades para fincar responsabilidades y reparar el daño ocasionado a la menor su caso fue turnado por un grupo de organizaciones no gubernamentales a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Finalmente, la historia de Paulina, que refleja la experiencia vivida por muchas niñas y adolescentes cuyos casos no salen a la luz pública, constituyó uno de los antecedentes clave en el inicio del proceso para liberalizar las leyes que regulan el aborto en el Distrito Federal.⁵³⁻⁵⁵

x Ver la *Guía para acceder al aborto legal en el Distrito Federal*, producida y difundida por diversas organizaciones no gubernamentales dedicadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: www.gire.org.mx

Estudios cualitativos realizados recientemente en México muestran que las adolescentes y jóvenes de los sectores marginales urbanos tienen muy poca información sobre el aborto y que desconocen los riesgos a que se exponen cuando recurren a proveedores no capacitados o utilizan medicamentos y otros recursos para interrumpir el embarazo.²¹ Asimismo, existen evidencias de que la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres con complicaciones del aborto tiene deficiencias importantes de calidad y que en el caso de las adolescentes hay todavía mucho por hacer para dar respuesta a sus necesidades particulares.¹³

Comentario final

En las últimas décadas distintos investigadores en México han aportado elementos que permiten una mejor comprensión sobre la causalidad y las implicaciones del embarazo adolescente, pero el interés por los problemas que supone el aborto entre las mujeres más jóvenes ha sido menor y más reciente. El aborto es un motivo frecuente de hospitalización en adolescentes y una de cada ocho de las muertes atribuidas a sus complicaciones ocurre entre ellas, un hecho a todas luces inaceptable que no debería ser ignorado por quienes toman decisiones en el ámbito de las políticas de salud reproductiva.

Por lo anterior, es necesario realizar estudios que permitan ampliar la visibilidad y la comprensión de aspectos del aborto en adolescentes que hasta ahora han sido poco explorados en el país: a) las barreras y dificultades que enfrentan las adolescentes de distintos sectores sociales cuando deciden interrumpir un embarazo; b) los elementos que influyen en sus decisiones para optar o no por la interrupción del embarazo; c) los recursos que conocen y usan para inducir el aborto; d) los canales a través de los cuales obtienen información sobre proveedores de servicios de aborto y sobre servicios a los que pueden recurrir en caso de complicaciones; y e) la calidad de la atención que reciben en los servicios cuando presentan complicaciones del aborto inducido o espontáneo, o cuando cumplen con los requisitos para obtener un aborto legal.

Los embarazos no deseados y los abortos entre adolescentes no deben ser considerados como resultado de la inmadurez o de la falta de responsabilidad individual, sino como responsabilidades institucionales y del Estado. Los países que han logrado una reducción sustancial de las tasas de eventos reproductivos no planeados y no deseados entre sus adolescentes y jóvenes han asumido, sin ambigüedad y falsas dualidades ideológicas, políticas sociales integrales para mejorar las condiciones de vida del sector más valioso de su población.

Referencias

1. Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States 1991 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(1):92-94.
2. Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:137-147.
3. De Bruyn M, Packer S. Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.
4. Center for Reproductive Rights. Adolescents need safe and legal abortion. Briefing paper. New York, NY: CCR; 2005.
Disponible en: www.reproductiverights.org
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2003. Valorizar a 1000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos. Nueva York, NY: UNFPA; 2003.
Disponible en: www.unfpa.org
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Nueva York, NY: UNFPA; 2004.
Disponible en: www.unfpa.org
7. United Nations Committee on the Rights of the Child. Concluding observations: Kyrgyzstan, 24th Session, paragraph 45. New York, NY: UN; 2000.
8. United Nations Committee on the Rights of the Child. Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. 33rd Session, paragraph 31. New York, NY: UN; 2003.
9. Rowbotton S. Giving girls today and tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy. New York, NY: UNFPA; 2007.
Disponible en: www.unfpa.org
10. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 2007; 369:1220-1231.
11. Schutt-Ainer J, Madaleno M. Sexual health and development of adolescents and youth in the Americas: Program and policy implications. Washington, DC: PAHO; 2003.
12. Miño A. Imágenes de género y conductas sexual y reproductiva. *Salud Publica Mex* 2008; 50(1):17-31.
13. Alva BR, Collado ME, Villa L, López E, Schiavon R. Abortion care for adolescents: What are their needs? International Conference Investing in Young People's Health and Development: Research that Improves Policies and Programs. Abuja, Nigeria: Gates Foundation/Johns Hopkins University; 2008.
14. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility. Women, society and abortion worldwide. New York, NY: AGI; 1999.
Disponible en www.guttmacher.org
15. Langer A. El embarazo no deseado y el aborto inseguro: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 2002; 11(3):192-204.
16. Schiavon R. Aborto y derechos de las mujeres. Foro Aborto y derechos de las mujeres: a un año de la despenalización. México, DF: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Universidad Nacional Autónoma de México; abril 2008.
17. World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2007.
Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York, NY: UNFPA; 2005.
Disponible en www.unfpa.org
19. Palma Y, Lince E, Raya R. Unsafe abortion in Latin America and the Caribbean: Priorities for research and action. En: Warriner IK, Shah IH, Iqbal H, editors. Unsafe abortion and its consequences. Priorities for research and action. New York, NY: Guttmacher Institute; 2006; 187-207.
Disponible en: www.guttmacher.org
20. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; 103:729-737.
21. Collado ME, Villa L. Los conocimientos, las prácticas y las necesidades relacionadas con el embarazo, los anticonceptivos, las ITS y el VIH/SIDA en adolescentes de zonas urbano-marginales de las Ciudades de México y Tlaxcala. Reporte de investigación. México, DF: Ipas México/INDESOL; 2008.

22. Cook R, Dickens BM. Recognizing adolescents "evolving capacities" to exercise choice in reproductive health. *Int J Gynecol Obstetric* 2000; 70(1):13-21.
23. Reardon DC, Coleman P. Pregnancy-associated with mortality after birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1506-1507.
24. Cougle J, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety associated with unintended pregnancy: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anx Disor* 2005; 19:137-142.
25. Schmiege S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: Longitudinal cohort study. *Brit Med J* 2005; 331:1303-1307.
26. Cohen S. Abortion and mental health. Myths and realities. *Guttmacher Policy Review* 2006; 9(3):8-13.
Disponible en www.guttmacher.org
27. David HP. Born unwanted, 35 years later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters* 2006; 14(27):181-190.
28. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2007; 39(1):6-12.
29. Schiavon R. Problemas de salud en la adolescencia. En: López P, Rico B, Langer A, Espinoza G. *Género y política en salud*. México, DF: UNIFEM/Secretaría de Salud; 2000; 61-77.
30. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 2007; 369:1537-1565.
31. Singh S, Bankole A, Woog V. Evaluating the need for sex education in developing countries: Sexual behavior, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy. *Sex Education* 2005; 5(4):307-331.
32. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health* 2008; 42:344-351.
33. Trenholm C, Devaney B, Fortson K, Clark M, Quay L, Wheeler J. Impacts of abstinence education on teen sexual activity, risk of pregnancy, and risk of sexually transmitted diseases. *Journal of Policy Analysis and Management* 2008; 27(2):255-276.
34. La Rosa Z, Claremon A, Finlay R. *Estrategias efectivas en programas de salud sexual y reproductiva para gente joven*. Nueva York, NY: International Planned Parenthood Federation; 2007.
Disponible en: www.ippf.org
35. Secretaría de Salud. *El derecho a la libre decisión. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva*. México, DF: SSA; 1998.
36. Secretaría de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México, DF: SSA /UNAM.
37. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990-2005*. Aguascalientes, México: INEGI; 2006.
38. Muñoz CD. *Cambio demográfico y desarrollo social de los jóvenes*. En: Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México 2006*. México, DF: CONAPO; 2006:89-106.
39. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006*. Aguascalientes, México: INEGI; 2006.
40. Schiavon R. *Adolescentes y anticoncepción de emergencia*. *Gaceta Médica de México* 2006; 142, Suplemento 2:111-116.
41. Instituto Nacional de la Juventud. *Encuesta Nacional de la Juventud 2005*. México, DF: IMJ; 2006.
42. Billings D, Rosas F, Gasman N. *En México sí se puede ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. Normatividad nacional e internacional*. México, DF: Ipas México; 2004.
43. Stern C. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. *Salud Publica Mex* 1997; 39(2):137-143.
44. Ehrenfeld N. *Jóvenes y salud reproductiva: de políticas y realidades*. *El Cotidiano* 2001; 21(109):37-41.
45. Stern C, Fuentes C, Lozano LR, Reysoo F. *Masculinidad y salud reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México*. *Salud Publica Mex* 2003; 45, S1:34-43.
46. Szasz I. *Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales*. *Género y Salud en Cifras* 2004; 2(1): 3-5.
47. Secretaría de Salud. *La salud de adolescentes en cifras*. *Salud Publica Mex* 2003; 45, S1:153-166.
48. Schiavon R, Troncoso E, Billings D, Polo G. *Abortion related morbidity in public sector hospitals in*

Mexico, 2000-2005. Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-related Morbidity and Mortality. París, Francia: International Union for the Scientific Study in Population; 2007.

49. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Leyes sobre el aborto en México. México, DF: GIRE; 2007. Disponible en: www.gire.org.mx
50. Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor L, Rivera M. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 2002; 10(19):86-94.
51. Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. *Gaceta Médica de México* 2003; 139, S1:77-90.
52. Becker D, García S, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *Inter Fam Plan Pers* 2002; 28(4):205-213.
53. Lamas M, Bissell S. Abortion and politics in Mexico: Context is all. *Reproductive Health Matters* 2000; 8(16):10-23.
54. Lamas M, Taracena R, Barraza E. Paulina: en el nombre de la ley. México, DF: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Temas para el Debate; 2000. Disponible en: www.gire.org.mx
55. Ubaldi N, Maorenzic M, Montiel CV. Paulina cinco años después. México, DF: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Temas para el Debate; 2004. Disponible en: www.gire.org.mx

El género como eje transversal en la trayectoria estudiantil de estudiantes-profesionales de la salud

Estadísticas de las y los estudiantes-profesionales de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México

Teresa D. Pedrosóⁱ



El estudio que se presenta resume los resultados de una experiencia de trabajo que consistió en el análisis, diseño y explotación de bases de datos sobre población escolar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), referidos al período 1990-2005. La base de datos original disponible para este ejercicio contiene informa-

ción continua de diversa naturaleza –demográfica, socioeconómica, educativa, entre otras– que se capta a través de la población de aspirantes de los cuales, luego de resultar asignados para estudiar en el sistema UNAM, se obtienen los datos de trayectoria educativa para la actualización periódica de la fuente de datos. Además, el sistema cuenta con otras bases de datos complementarias que

ⁱ Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población, Programa Mujer y Salud, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y Secretaría de Salud

son requeridas de manera simultánea para identificar a cada estudiante con el plantel, programa de estudio, entre otras.

Las bases de datos, están sustentadas en un diseño de operación sistémica que requiere de consultas e interrelación de varias bases de datos independientes; operaciones que resultan complejas y de difícil manipulación para el personal no especializado en cuestiones informáticas y, en especial, para los investigadores en ciencias sociales y educación (aun aquellos familiarizados con el SPSS-PC u otros sistemas adecuados a las ciencias sociales están imposibilitados para obtener información directamente de las bases de datos originales). Con ese precedente surgió en 2005 la propuesta de repensar e implementar un procedimiento que facilitara el acceso a la información estadística, a través de la reconfiguración y creación de bases de datos sencillas para su uso en la producción de estadísticas, estudios de diagnóstico e investigaciones sobre la población escolar de nivel licenciatura de la UNAM.

De manera sintética, se pretende mostrar aspectos de esa etapa de la investigación y, en específico, presentar resultados de un estudio con perspectiva de género, el cual se realizó con información estadística proveniente de la base de datos producto del ejercicio descrito, inicialmente denominada "NUEVA directorio". Es preciso resaltar el difícil y laborioso proceso de transitar por todas las etapas, desde la concepción del proyecto y la interrelación de las cuatro bases de datos configuradas con datos primarios de diferentes direcciones e instancias de la UNAM, hasta contar con una base de datos de fácil manejo y explotación para la producción de estadísticas confiables sobre población escolar.

Este estudio, además de presentar indicadores resúmenes, trasciende a la aplicación de modelos estadísticos sencillos para corroborar hipótesis sobre indicadores que muestran diferenciales de género en el desempeño escolar de estudiantes-profesionales de la salud (PS), en este caso de seis carreras del *Área de Conocimiento de las Ciencias Biológicas y de la Salud*, según la clasificación vigente en la UNAM: Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Licenciatura en Enfermería, Psicología y Optometrista, y la carrera corta Técnico en Enfermería.

Algunos comentarios sobre la metodología de trabajo

La estrategia para el desarrollo de la investigación, centrada en la reconfiguración de la base de datos nombrada "directorio", disponible en la Dirección General de Planeación (DGPL) de la UNAM, en la cual se concentran los datos demográficos, socioeconómicos y de movimientos en el historial académico de cada estudiante, entre otros, consistió en interrelacionar un conjunto de bases de datos también

de la DGPL (historias, CAT_ASIGNATURAS, y CAT_PLANES) para construir una base de datos en la cual cada persona inscrita en el sistema UNAM, con independencia del número de movimientos de su historial académico, se convirtiera en un *registro único*, con la posibilidad de incorporar enésimas variables, acorde con los requerimientos informativos.

Este proyecto se llevó a cabo en la DGPL en el período noviembre de 2005 a febrero de 2007 con un objetivo prioritario: la reconfiguración de la base de datos provenientes de registros continuos, para el diseño de una nueva base de datos que facilitara el procesamiento con el uso del SPSS-PC, entre otros sistemas que se utilizan en las ciencias sociales. De ese objetivo se derivó el diseño y explotación de la base de datos con registros "únicos" de cada estudiante para la generación de información rápida y cálculo de indicadores de utilidad, entre ellos los relacionados con el género, con el fin de realizar diagnósticos e investigaciones sobre la población escolar, a partir de numerosas variables como: atributos demográficos, socioeconómicos y de la historia educacional, para reconstruir las transiciones y trayectorias del dominio de vida educacional de la población escolar de nivel licenciatura y carreras cortas.

Estudiantes-profesionales de la salud: una definición operativa

La definición de *estudiantes-profesionales de la salud*, usada para distinguir a los alumnos de programas de estudios con perfil orientado a actividades relacionadas con el cuidado de la salud y la atención a las personas con enfermedades, parte de la visión generalizadora que proporciona el diseño curricular de sus planes de estudio, en los cuales se plantea el desarrollo de la vocación de prestación de servicios a la comunidad y a los individuos, en particular. En el escenario mexicano, autores, como Salas y Chávez coinciden en esa postura, al señalar que los profesionales de la salud, en sus siglas PS, "comprenden: médi-



cos, enfermeras, sanitaristas, psicólogos, técnicos, y a otras profesiones afines y sus respectivos estudiantes”.¹

La Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO), del Censo General de Población y Vivienda 2000, ubica a los profesionales de la salud en el Grupo principal 11, subgrupo 3 de las ocupaciones; la interpretación de esa codificación, contenida en los Catálogos de Codificación del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)², lleva a la siguiente definición: “trabajadores que su ocupación principal está relacionada con los estudios realizados en el campo de la salud”. Dicha clasificación oficial se refiere a los trabajadores que ya están integrados a la actividad laboral; sin embargo, por diversas razones es posible y hasta conveniente, para objetivos analíticos, considerar a los estudiantes en el grupo laboral de los PS.

El personal de la salud en México: rasgos que delatan diferencias y desigualdades de género.

La población ocupada en actividades de la salud en México, al igual que en el contexto internacional, a diferencia de otras actividades económicas, muestra un predominio de mujeres, en comparación con los hombres. La información de los Censos Económicos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de 2004, revelan que en 2003 el personal ocupado, dependiente de la razón social en las unidades económicas de servicios de salud y asistencia social, sumaba 326 847 trabajadores, de ellos 181 807 mujeres y 145 040 hombres, para una relación de masculinidad de 79.8 hombres por cada 100 mujeres. Sólo en las sub-ramas de atención a enfermos mentales y adictos, y de asistencia social y ayuda mutua laboran más

hombres que mujeres.³ Sin embargo, cuando se profundiza en el análisis de variables cuantitativas y cualitativas de diversa naturaleza, socioeconómicas, culturales, entre otras, es frecuente encontrar diferenciales y desigualdades de género en detrimento de las mujeres.

El informe final de una investigación realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en 2003, da cuenta de problemáticas de género en cuanto a desempleo y del ejercicio de la profesión, mayoritarias en médicas, en comparación con los médicos; en todas las carreras las mujeres perciben salarios más bajos que los hombres, alcanzan niveles de especialización inferiores, y estas desventajas son visibles aun en el caso de la enfermería, en la cual 86 % son enfermeras.

Respecto a la educación, los indicadores resúmenes de cobertura y calidad correspondientes a la también denominada “educación terciaria”, corroboran las problemáticas de género en México. La información del Censo de Población y Vivienda 2005, indica que en ese año el porcentaje de población de 24 años y más con algún grado aprobado en estudios superiores sólo alcanzaba el 13.8. Cuando se analiza la información por sexos la situación es aguda en cuanto a marcar desigualdades de género: las proporciones de mujeres de 24 años de edad y más que habían aprobado algún grado universitario fue de 11.5 %, y en el caso de los hombres 15.8 %.

La participación femenina en la matrícula universitaria, aunque importante, aún no contrarresta, en México, los efectos de la profunda brecha que existe en cuanto al acceso que han tenido mujeres y hombres a estudios superiores. Sin embargo, se pudieran esperar cambios de tendencias en el futuro mediano; las cifras divulgadas por la Secretaría de Educación Pública,⁴ mostraron un marcado balance entre los sexos en las inscripciones de nivel licenciatura en 2002-2003; en total 2 098 504 estudiantes y la diferencia entre



mujeres y hombres resultó numéricamente insignificante, ya que a inicios del curso la matrícula se integraba por 1 048 756 y 1 049 748, respectivamente. Los argumentos respecto a la supremacía en la participación del sexo masculino en la educación de nivel superior han sido refutados en las carreras con perfil orientado a la salud. Entre otros hallazgos de este estudio, se encontró que de los 111 262 estudiantes-PS matriculados en el período 1990-2005 en las cinco carreras de licenciatura con perfil vinculado a la salud 72.8 % fueron mujeres.

Estudiantes-PS de la UNAM: un análisis con indicadores de género

En México la vía más inmediata para inducir los procedimientos y prácticas de educación y promoción en salud en todos los estratos poblacionales recae en el ejercicio de los profesionales de Medicina, Psicología, Odontología, Enfermería, entre otras; sin embargo, desde años atrás la Ley General de Salud de 1984, en su Artículo 111,⁵ señala determinados rubros asociados con la salud como: Educación para la Salud, Nutrición, Control de los Efectos Nocivos del Ambiente en la Salud, Salud Ocupacional, y Fomento Sanitario.

En el caso de carreras universitarias, es evidente el déficit de programas docentes en educación y promoción de la salud; obviamente, esta situación se refleja en la disponibilidad de fuerza laboral suficientemente capacitada para incursionar en la otra vertiente de profesionales de la salud: los que promueven, desde la base de la educación en salud, el autocuidado de ésta, la prevención y control de determinadas conductas que pueden derivar en problemas de

salud, la promoción de los aspectos vitales para llevar una vida saludable, entre otras. La única evidencia de un programa docente de licenciatura orientado al perfil de la salud, según comentan Cardaci, Cavazos y Díaz⁶, es la Licenciatura en Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Los resultados de investigaciones realizadas en diferentes contextos ponen de relieve algunas particularidades de las estructuras por sexos y edades –entre otros atributos demográficos– de los estudiantes-profesionales de la salud. Una característica que resalta es el predominio numérico del sexo femenino en las carreras de Licenciatura en Enfermería y Psicología. La insuficiencia en cuanto a estudios que abunden en el análisis de indicadores de desempeño académico por sexos, obviamente asociados con problemáticas de género en las carreras de la salud en México, resulta una de las justificaciones para realizar este trabajo, pionero en la UNAM que toma a los estudiantes-PS como uno de los sectores estudiantiles marcados por diferenciales de género desde la etapa de orientación vocacional.

La UNAM cuenta con cinco carreras genéricas de nivel licenciatura para la formación de profesionales de la salud: Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Licenciatura en Enfermería, Psicología y Optometrista, y la carrera corta Técnico en Enfermería, cuyo programa de estudio requiere cumplir con 50 % de los créditos de la Licenciatura en Enfermería. Estas carreras se localizan en tres campus del sistema UNAM: Ciudad Universitaria, Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Otras facultades y escuelas de la UNAM cuentan con programas de estudios que incluyen asignaturas relacionadas con el campo de la salud; en específico, la Licenciatura en Trabajo Social dedica 32 de los 366 créditos de la carrera a temáti-

cas de la salud física y mental; éstas, aunque resultan de interés, no fueron incluidas en este estudio.

La información disponible respecto al ingreso al sistema UNAM en el período 1990-2005, da cuentas de la estabilidad numérica en la cantidad de asignados o matriculados. En 2005, el 44.6% de inscritos ya eran exalumnos de la UNAM, egresados o titulados; 7.3 % contaba con un permiso o baja temporal; 3.1 % baja definitiva por diferentes causas, y 45.3 % permanecía, inscrito en la UNAM en calidad de alumno activo. Una de las particularidades del estudiantado activo de todas las carreras de la UNAM, que está presente en el conjunto de carreras estudiadas, es la permanencia de estudiantes provenientes de generaciones que sobrepasaron el tiempo curricular estipulado en el Reglamento General de Inscripciones de la Institución. En las carreras de la salud se confirma esa tendencia: del total de alumnos activos en 2005 (50 222 personas), 30.8 % ingresó al Sistema UNAM entre 1990 y 1999, de éstos 11 % contaba entre 10 y 15 años, y 21 % entre 6 y 9 años de permanencia en calidad de alumnos activos.

En 2005 la edad promedio de los estudiantes activos es de 26.1 años, las mujeres suelen ser ligeramente más jóvenes que los hombres, con edades promedio de 26 y 26.4 años, respectivamente. En apariencia, las edades medias resultan elevadas con referencia a la edad modal de ingreso a la educación terciaria y a las duraciones de las carreras. En ese aspecto inciden dos factores: las carreras de Psicología y Técnicos en Enfermería cuentan con programas del Sistema de Universidad Abierta (SUA), y pudiera ser que los estudiantes matriculados en estos programas tuvieran edades más elevadas y con ello desplazarán la media hacia edades más altas; otra posible explicación es la permanencia de alumnos que han sobrepasado la edad escolar como activos en el sistema (cuadro I).

Cuadro I. Población matriculada en carreras de la salud. Universidad Nacional Autónoma de México, período 1990-2005

Carrera	Total	Hombres	Mujeres	Relación de Masculinidad*
Total	111 262	30 107	80 925	37.2
Cirujano Dentista	22 306	7 257	15 033	48.3
Licenciatura en Enfermería	11 529	1 685	9 825	17.1
Médico Cirujano	29 531	11 508	18 000	63.9
Optometría	1 271	541	726	74.5
Psicología	28 762	7 604	21 119	36.0
Técnico en Enfermería	17 863	1 512	16 272	9.3

* La relación de masculinidad se expresa en hombres por cada 100 mujeres.

Como se ha comentado, es amplia la diferencia numérica entre alumnas y alumnos de la salud; en especial, la relación de masculinidad de estudiantes de Técnico y Licenciatura en Enfermería y Psicología muestra que una minoría de hombres estudia esas carreras. El carácter selectivo, polarizado hacia el sexo femenino, de la carrera de Enfermería y otras es un fenómeno visible a escala internacional; en tal sentido, se plantean argumentos que tratan de explicar el fenómeno a partir de la noción de género, cuyas dicotomías representativas de las desigualdades se enuncian desde la asignación de roles diferentes identificados con las categorías: hombre/mujer, naturaleza/cultura, doméstico/público, mundo público/vida privada, entre otros.

Un estudio sobre el currículum de enfermería y género en la Universidad de Panamá, realizado por Gordón en 2000⁷ avala las

consideraciones en cuanto al género argumentadas en este trabajo; la autora expone la visión doméstica y de cuidado de la familia que desde el punto de vista social se le atribuye a "las enfermeras"; también señala aspectos relacionados con el tipo de formación en la carrera, en términos del "énfasis en las actividades procedimentales y el aprendizaje repetitivo. La enseñanza científica era superficial y las estudiantes cumplían largas horas de práctica clínica al servicio del hospital, porque tal vez se consideró que las mujeres no requerían una formación científica profunda". Ese mismo estudio encuentra y señala el

fenómeno de la sumisión a las jerarquías y la rigidez de las reglas en el ejercicio de la profesión, en las que el “cuestionamiento era casi prohibido”.

Como se comentó, en los últimos años la proporción de hombres y mujeres en la UNAM tiende al equilibrio, incluso recientemente se observa que las mujeres empiezan a superar al número de hombres. En las carreras de la salud, este comportamiento es el tradicional observado, muchas mujeres pocos hombres. En este caso, el fenómeno debe ser objeto de análisis en profundidad, por cuanto muestra comportamientos entre los sexos, en dirección opuesta a la que se identifica fácilmente desde la perspectiva de género.

En ciertas carreras, como la de Médico Cirujano, que es de las más frecuentadas por hombres, entre 1990 y 2005 se acentúa el desequilibrio entre los sexos, aparentemente producto de la combinación de dos factores: el fuerte incremento en la matrícula de mujeres, mientras la matrícula de hombres en 2005 es más baja que la de 1990. La matrícula total en Optometría en 1990-2005 sumaba 1 271 estudiantes y aunque existe desbalance entre los sexos es mayor la proporción de hombres que en las restantes (cuadro II).

Cuadro II. Tendencia de la relación de masculinidad en las carreras de la salud. Universidad Nacional Autónoma de México, años seleccionados

Carreras	Relación de masculinidad (hombres x cada 100 mujeres)			
	1990	1995	2000 ^b	2005
Total	32.9	34.8	45.0	32.7
Cirujano Dentista	46.4	48.2	52.2	44.5
Licenciatura en Enfermería	7.0	15.3	14.9	22.8
Médico Cirujano	79.9	58.6	67.9	53.0
Optometría ^a	–	93.5	63.2	84.1
Psicología	30.6	35.6	38.4	34.3
Técnico en Enfermería	4.0	6.1	22.8	8.2

a. La carrera de Optometría, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, inició en el año 1992.

b. En 2000 el ingreso a la UNAM resultó atípico. En ese año el proceso de inscripción fue extemporáneo, producto del cierre temporal de las instalaciones universitarias

Egresados y titulados de las carreras de la salud en la UNAM: el género en el análisis del desempeño académico

En este estudio se utilizan indicadores de desempeño, que están directamente relacionados con el rendimiento académico de los y de las estudiantes; el indicador básico propuesto para el estudio es el promedio de calificaciones al final de la trayectoria estudiantil. Existen argumentos que justifican la selección del subgrupo de población que ya ha cumplido con 100 % de los créditos de la carrera, o sea, los egresados, y los titulados (exalumno que aprobó el examen profesional o de grado y cubrió los requisitos del plan de estudios).⁸

- Se evita el sesgo que ocasiona el efecto de truncamiento de las cohortes de estudiantes que aún no han concluido sus estudios, ya sea por mora o porque no se ha cumplido el tiempo reglamentario
- Se elimina el sesgo por posibles cambios de calificaciones, derivados del derecho a reexaminar asignaturas que otorga el Reglamento General de Exámenes de la UNAM

El análisis del número de egresados y de egresadas, así como de egresadas y egresados ya con título muestra que las mujeres son mayoritarias y presentan una edad promedio más elevada que los hombres (31.4 años y 30.6 años, respectivamente); la diferencia entre éstos y los estudiantes activos (las mujeres tienen una edad promedio más baja que los hombres), pudiera explicarse por la muy baja relación de masculinidad en el ingreso de estudiantes en años anteriores. El hecho de que el número de mujeres sobrepasara ampliamente a los hombres en el pasado, aparentemente ha generado que exista una mayor proporción con edades más elevadas.

A semejanza con el ingreso a las diferentes carreras, la proporción de egresadas y tituladas es más elevada que la de hombres,

o sea, se mantiene el patrón de predominio femenino. Este comportamiento por sexos del grupo de profesionales que inmediatamente debe estar integrado a la fuerza laboral en ocupaciones relacionadas con el sector salud resulta un tema de investigación interesante, dado el conocido sesgo del mercado laboral, a favor del sexo masculino.

La relación de masculinidad de egresados y titulados es ligeramente más baja que la de inscritos (cuadros III y I); en general, se han graduado, o al menos egresado, 35.3 hombres por cada 100 mujeres, y en igual período se inscribieron 37.2 hombres por cada 100 mujeres; ello puede ser un antecedente de diferenciales en los tiempos en los que cursan la carrera. La excepción se encuentra en la carrera de Médico Cirujano (cuadro III).

Por sexo, el aprovechamiento académico de profesionales graduados en áreas de la salud en 1990-2005, visto a través de la media de las calificaciones, en apariencia es semejante: 8.3 puntos las mujeres y 8.1 puntos los hombres. El planteamiento anterior pudiera tener validez a nivel de hipótesis, sin embargo, con el interés de confirmar la veracidad del análisis se consideró pertinente utilizar técnicas estadísticas que dieran cuenta de la comparación. La comparación estadística de medias aporta criterios robustos que permiten determinar, con

Cuadro III. Egresados y titulados de las carreras de la salud. Universidad Nacional Autónoma de México, total del período 1990-2005

Carrera	Total	Hombres	Mujeres	Relación de Masculinidad*
Total	49 657	12 934	36 723	35.3
Cirujano Dentista	10 730	3 355	7 375	45.5
Licenciatura en Enfermería	5 997	656	5 341	12.3
Médico Cirujano	13 348	5 738	7 610	75.5
Optometría	384	150	234	64.4
Psicología	11 472	2 528	8 944	28.3
Técnico en Enfermería	7 726	507	7 219	7.0

* La relación de masculinidad se expresa en hombres por cada 100 mujeres.

mayor certidumbre, si se acepta o rechaza una hipótesis nula de igualdad de medias.

Técnicas estadísticas para probar (aceptar o rechazar) la hipótesis de igualdad de promedios de calificaciones entre alumnas y alumnos PS de la UNAM

Las aplicaciones estadísticas contenidas en este apartado, sin duda, contribuyen a enriquecer de forma rigurosa y detallada el estudio de diferenciales en el comportamiento de indicadores de género que, a través del clásico análisis descriptivo de variables, pudieran resultar invisibles para conocer y analizar posibles desigualdades ampliamente debatidas desde la perspectiva de género. En este caso, se trata de probar la hipótesis nula sobre *la igualdad de promedios académicos entre mujeres y hombres PS*, que ya concluyeron sus estudios en la UNAM. Las referencias metodológicas para el ejercicio son análogas a las empleadas en un texto de Ferrán,⁹ que resulta una guía sencilla para la aplicación de análisis estadístico. El abordaje de la categoría género desde la presentación de información cuantitativa de alguna manera posibilita ampliar

y profundizar en el estudio de indicadores que permiten corroborar y contrastar hipótesis formuladas en torno a las problemáticas de género.

Para contrastar la hipótesis nula de igualdad de medias (promedios académicos) la prueba estadística elegida y aplicada en este ejercicio fue la denominada prueba t de Student sobre la variable promedio de calificaciones para los grupos de hombres y mujeres PS egresados y titulados de la UNAM. La probabilidad asociada al estadístico de prueba utilizado (Levene) en este ejercicio arrojó el valor 0 (significación inferior a 0.05) por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad de promedios de calificaciones entre mujeres y hombres. Como se recordará, el análisis descriptivo realizado anteriormente sólo para comparar



numéricamente las calificaciones promedio por sexos reflejaba un desempeño académico aparentemente semejante (8.3 y 8.1 puntos); sin embargo, los estadígrafos de prueba indican que mujeres y hombres presentan diferencias en cuanto al valor promedio de calificaciones.

Pero, ¿en qué consiste la diferencia entre calificaciones promedio que numéricamente se parecen? Para profundizar en la magnitud y naturaleza de la dependencia entre variables –sexo y promedio de calificaciones– la prueba Ji-cuadrada de Pearson (también conocida como XI-cuadrada) aporta resultados sencillos de interpretar. El estadístico de prueba se construye a partir de las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas, bajo la hipótesis de independencia entre el sexo y el promedio de calificaciones. En el ejercicio la significancia del estadístico toma el valor 0 (más bajo que 0.05); este resultado permite concluir que la dependencia entre las variables sexo y promedio de calificaciones es estadísticamente significativa. El cuadro IV presenta la información sobre frecuencias observadas y esperadas del promedio por sexos, clasificado en bajo (de 6 a 6.99 puntos), medio bajo (de 7 a 7.99 puntos), medio alto (de 8 a 8.99 puntos), y alto (de 9 a 10 puntos).

Si el promedio de calificaciones y el sexo hubieran sido independientes, las frecuencias observadas y esperadas en cada celda –que se identifican con la combinación promedio-sexo– tendrían el mismo valor; pero al tener valores diferentes en el ejercicio se demuestra la dependencia entre las variables. Las cifras mostradas en el cuadro IV indican que la frecuencia de graduadas con promedio bajo es más elevada que la esperada, según el modelo; para el sexo

masculino sucede lo contrario. En el caso de promedio medio bajo la relación frecuencia observada-esperada es favorable para las mujeres, puesto que es menor la cantidad que se gradúa con esas calificaciones.

En las mujeres con desempeño medio alto y alto las frecuencias reales son más elevadas que las esperadas; los hombres con ese desempeño muestran lo contrario. De acuerdo con los resultados de este ejercicio las egresadas y tituladas de carreras de la salud tienen mejor desempeño académico que los hombres, medido a través del promedio de calificaciones. Para comparar la relación entre las categorías se utilizan los residuos estandarizados; este ejercicio plantea que si los valores absolutos son numéricamente elevados las categorías correspondientes de sexos y promedios académicos estarían relacionadas. Las categorías que según el modelo están relacionadas son: mujeres/desempeño medio bajo, hombres/desempeño medio bajo, mujeres/desempeño alto, y hombres/desempeño alto. Los resultados del ejercicio muestran las siguientes asociaciones entre el promedio y el sexo de los egresados y titulados:

1. En el caso de desempeño alto las mujeres tienen una probabilidad favorable significativamente mayor que la probabilidad a esperar, si las variables fueran independientes. En cambio, la probabilidad de que los hombres obtengan promedios altos es significativamente menor debido, precisamente, a la dependencia entre el sexo y el desempeño.
2. El desempeño medio bajo se relaciona con el sexo a la inversa que el desempeño alto. La probabilidad de que las mujeres tengan desempeño medio bajo es significativamente menor que si las variables fueran independientes; a la inversa, los hombres tendrían una probabilidad significativamente mayor de tener desempeño medio bajo, si sexo-desempeño fueran independientes (cuadro IV).

Cuadro IV. Egresados y titulados de carreras de salud de la UNAM, por sexo y promedio (Test Ji-cuadrada de Pearson). Período 1990-2005

Promedio de calificaciones		Sexo		Total
		Mujeres	Hombres	
Bajo	6 a 6.99 puntos			
	Frecuencias observadas	1 989	627	2 616
	Frecuencias esperadas	1 935	681	2 616
	% del promedio	76.0%	24.0%	100.0%
	% del sexo	5.4%	4.8%	5.3%
	% del Total	4.0%	1.3%	5.3%
	Residuo estandarizado	1.2	2.1	
Medio bajo	7 a 7.99 puntos			
	Frecuencias observadas	10 600	4 810	15 410
	Frecuencias esperadas	11 397	4 013	15 410
	% del promedio	68.8%	31.2%	100.0%
	% del sexo	28.9%	37.2%	31.0%
	% del Total	21.4%	9.7%	31.0%
	Residuo estandarizado	-7.5	12.6	
Medio alto	8 a 8.99 puntos			
	Frecuencias observadas	16 411	5 741	22 152
	Frecuencias esperadas	16 383	5 769	22 152
	% del promedio	74.1%	25.9%	100.0%
	% del sexo	44.7%	44.4%	44.6%
	% del Total	33.1%	11.6%	44.6%
	Residuo estandarizado	0.2	-0.4	
Alto	9 a 10 puntos			
	Frecuencias observadas	7 718	1 751	9 469
	Frecuencias esperadas	7 003	2 466	9 469
	% del promedio	81.5%	18.5%	100.0%
	% del sexo	21.0%	13.5%	19.1%
	% del Total	15.5%	3.5%	19.1%
	Residuo estandarizado	8.5	-14.4	
Total	Observado	36 718	12 929	49 647
	Esperado	36 718	12 929	49 647
	% del promedio	74.0%	26.0%	100.0%
	% del sexo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	74.0%	26.0%	100.0%
Prueba Ji-cuadrada de Pearson		Valor	G. de L.	Nivel de significancia
		500.259	3	0.0



Algunos resultados

El primer aspecto que se quiere puntualizar es dar a conocer que en la UNAM se cuenta con bases de datos con las cuales se puede obtener información estadística confiable sobre las trayectorias de vida de los y de las estudiantes en toda la etapa que concierne a su historia de vida educativa de nivel licenciatura; y con ello hacer extensiva esta oportunidad de compartir indicadores numéricos, en este caso de la matrícula y desempeño escolar por sexos que, a través de análisis estadísticos sencillos contribuyen a confirmar o refutar aspectos teóricos relativos al género.

El estudio sobre profesionales de la salud en la UNAM, en primera instancia, da cuenta del patrón de género prevaleciente en el contexto mexicano en relación con el campo de la salud. La desigual distribución por sexos de los estudiantes-PS de la UNAM fue una de las problemáticas que incidió en la formulación de un tema de investigación acerca del grupo de egresados que tendrán que asumir la responsabilidad de la salud en México. Algunas carreras, como la de Enfermería, cuentan con escasos alumnos, y en Psicología y otras son minoritarios los hombres; en cambio, carreras como Optometría aún pueden verse como “de hombres”.

La constante de la escasa matrícula de hombres en ciertas carreras remite a interrogantes acerca de las diferencias por sexos, que se convierten en desigualdades de género, cuando se trata de encontrar explicaciones a la selectividad en la inscripción, por ejemplo, a las carreras de Licenciatura y Técnico en Enfermería. Se pudiera argumentar con base en datos confiables que en el ámbito institucional, a

semejanza con el entorno familiar, el cuidado de la salud en México es una responsabilidad que, en la teoría y la práctica, deben asumir las mujeres, con un leve toque de masculinidad en esa tarea.

En estas ideas que trato de compartir, también tienen cabida interrogantes acerca de los contenidos de los programas y del proceso de orientación vocacional, en general, que se lleva a cabo con los estudiantes de nivel preparatoria. Dichas campañas de apoyo a la formación, debieran incluir de manera explícita el enfoque de género; pudiera ser que un mayor conocimiento acerca de la función social y económica de los profesionales de la salud en el desarrollo de la sociedad indujera entre los jóvenes el interés por algunas de las carreras de este campo, en la que su representación es mínima. Desde luego, este comentario se inserta en la postura de reconocer el tradicional e importante papel de la mujer al frente de estas profesiones.

En el plano que resulta objeto de estas reflexiones sobre *indicadores de género en la trayectoria estudiantil de los alumnos-PS*, no cabe duda de que hallazgos de estudios sobre el grupo ocupacional de trabajadores de la salud, que han señalado incuestionables desigualdades de género –sin extrapolar resultados o incorporar afirmaciones e inferencias que contribuyan a sesgar el análisis– pudieran aportar referencias sobre comportamientos y características de los trabajadores de la salud, para ser tomados como postulados que permitan visualizar situaciones similares en el análisis con perspectiva de género del estrato de estudiantes PS.

En cuanto al desempeño académico de egresados y titulados del período 1990-2005 se confirmó la hipótesis de que ellas, en las mismas carreras, suelen tener indicadores de aprovechamiento académico más elevados que los hombres. La comparación estadística de las medias, para el caso de los promedios de calificaciones, muestra diferencias favora-

bles a las mujeres, aun en presencia de poblaciones cuantitativamente diferentes. La población femenina casi triplica a la masculina, y la distribución alrededor de la media presenta mayor variabilidad para las mujeres. Ellas alcanzan un promedio más elevado, y en cuanto a rango de calificaciones tienen mayor probabilidad de ubicarse en el nivel alto.

Para resumir, el hecho de contar con bases de datos que proporcionan información confiable para calcular indicadores asociados con el género de los estudiantes de la UNAM, constituye la base para considerar la pertinencia de utilizar las estadísticas continuas en los estudios de género en la población escolar; en este caso, el ejercicio con los estudiantes PS sirvió para confirmar y ampliar el conocimiento sobre el agudo diferencial por sexos en esas profesiones, además de obtener resultados que deben resaltar, como la presencia creciente de mujeres inscritas en las carreras de médico cirujano y optometrista entre 1990 y 2005 y, del mismo modo pero con menor intensidad, el aumento del monto de hombres que estudian licenciatura y técnico en enfermería, y psicología, mientras la supremacía femenina se mantiene estable en la carrera de cirujano dentista.

Un comentario que se quiere remarcar es la evidente desproporción que persiste en el monto de mujeres y hombres que estudian diferentes carreras de la salud en México; con independencia de los esfuerzos y avances recientes en aras de alcanzar un mayor equilibrio por sexos, sería loable que los hombres incrementaran su participación en la elección de ciertas carreras, a la vez que también las mujeres reafirman su presencia en esas profesiones que centran sus funciones en el cuidado de la salud de la población mexicana.

Referencias

1. Salas S, Chávez R. Los profesionales de la salud y el tabaquismo. Los cuidados y la experiencia de enfermería. *Revista Enfermería Universitaria* 2006; 3(2) Año 3; Mayo-Agosto:15-18.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Catálogos de Codificación. México, DF: INEGI; sin fecha.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censos Económicos 2004. Disponible en: www.inegi.gob.mx
4. Secretaría de Educación Pública. Sistema educativo de los Estados Unidos Mexicanos, principales cifras ciclo escolar 2002-2003. México, DF:SEP; 2004.
5. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México, DF: SSA; 1984.
6. Cardaci N, Cavazos M, Díaz B. ¿En un mar de ambigüedades? Políticas, programas y estrategias de formación en promoción y educación para la salud México. En: Arroyo H, Ed. La promoción de la salud en América Latina. Modelos, estructuras y visión crítica. San Juan Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 2004.
7. Gordón L. Currículum en Enfermería y Género. En: Aportes para el debate de los estudios de género. Panamá: Universidad de Panamá, Instituto de la Mujer; 2000.
8. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Planeación. Egreso y Exámenes Profesionales 1990-2004. Documento Institucional de Trabajo. DGPL; 2006.
9. Ferrán M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. México, DF: Litográfica Ingramex; 1996.

Comentarios sobre:

“El género como eje transversal en la trayectoria estudiantil de estudiantes–profesionales de la salud. Estadísticas de las y los estudiantes–profesionales de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México”

Luz María Moreno Tetlacuilo, M. en Enseñanza Superior.ⁱ

Historicamente dentro de las carreras del área de conocimiento de las Ciencias Biológicas y de la Salud algunas de ellas por tradición se han considerado femeninas, como la de enfermería y otras, las cuales se consideran de predominio masculino y de mayor estatus, como la de medicina. Sin embargo, dentro de los cambios consecuentes con el movimiento feminista se encuentra una mayor incursión de las mujeres en carreras como medicina, y de los hombres, aunque en menor grado, en carreras como enfermería, una profesión que históricamente se ha tenido como subordinada a la profesión médica.

Estos cambios hacen necesario el desarrollo de investigaciones bien diseñadas, que aporten datos duros, confiables e incluyentes acerca de la distribución y desempeño escolar de alumnas y alumnos en las diferentes carreras del área antes citada. Tal es el objetivo del estudio presentado en el artículo de autoría de Teresa Pedroso, donde expone información proveniente de una base de datos que incluye al universo de todas las escuelas y facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) de esta área en un período de 15 años. Dicha situación posibilita observar y analizar la evolución y los cambios de las di-

ferentes cohortes de acuerdo con el sexo; además, detalla la información para cada una de estas carreras.

El texto de Teresa Pedroso también aporta una revisión de la literatura que evidencia algunas de las desigualdades de género en las profesiones de la salud. En México son escasas las investigaciones y estudios sobre el tema en el ámbito profesional y especialmente en el estudiantil. Se trata, por tanto, de un documento valioso. Sin embargo, todos los estudios son perfectibles por lo que me permito hacer algunas observaciones que espero sean de utilidad.

Desde el punto de vista conceptual es necesario definir algunos conceptos básicos que se utilizan en el texto, como género, categoría de género, perspectiva de género, transversalidad de género, así como equidad y desigualdad de género, que den sustento a los objetivos, hipótesis y análisis.

Por otro lado, sin restar ningún mérito al estudio, considero que por las limitaciones propias del contenido de la base de datos para identificar diferencias que puedan atribuirse a relaciones de poder asimétricas entre géneros, a los papeles, inequidades y desigualdades estructuradas desde los sistemas de sexo género, lo que se presenta en este trabajo son diferencias desagregadas por sexo, mas no propiamente de género. Por lo tanto, los datos pueden ser analizados desde esta perspectiva para llegar a nuevas preguntas de investigación e hipótesis. Por ejemplo, en el texto la menor presencia de los hombres en estas carreras se atribuye a desigualdades de género, sin embargo, no parece existir un impedimento institucional para que los hombres ingresen a las carreras de enfermería o psicología, como sí lo hubo para el acceso de las mujeres a la carrera de medicina; por esta razón, desde mi punto de vista, no se trata de desigualdad para los hombres, sino que más bien podría relacionarse con los estereotipos de género con los que se clasifican las profesiones; sin embargo, habría que investigarlo con mayor profundidad.

ⁱ Responsable de Estudios de Género y Salud. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Otros elementos por explorar son: la posibilidad de que menos hombres deseen estudiar estas carreras y prefieran otras etiquetadas como masculinas y de mayor prestigio. También puede ser que la mayor presencia de los hombres en enfermería se deba a que algunos de ellos elijan como primera opción medicina y como segunda opción enfermería, y que hayan sido colocados en la segunda opción por no haber obtenido el elevado promedio de calificaciones que se exige para ingresar a medicina. El estudio realizado por Buquet y colaboradores, en 2006,¹ mostró que más mujeres que hombres ingresan por pase reglamentado con base en el promedio de calificaciones.

Otra recomendación es desagregar por sexo lo referente a permisos y bajas temporales del estudiantado, así como la matrícula al Sistema Abierto, pues es lícito pensar que las mujeres serán mayoría, debido a su papel de madre-esposa y a su asignación al ámbito privado. Pero habrá que corroborarlo, pues también es posible una mayor deserción masculina por su papel de proveedores; en todo caso, las causas pueden ser diferentes si se atiende a los papeles de género.

En cuanto al egreso y titulación, sería interesante conocer las variaciones por carrera. Tal vez, la titulación masculina sea menor en las carreras que tienen como requisito elaborar una tesis, ya sea porque ellos tienen que insertarse más rápidamente al mercado de trabajo debido a su papel de proveedores o como sugiere Jordan porque, en general, los hombres son menos estudiosos debido a que este atributo es simbolizado como femenino y la masculinidad se construye de manera diferencial y como rechazo a lo femenino.² Sugiero explorar esto para una investigación posterior.

Los resultados de este estudio también muestran que las mujeres tuvieron un mejor desempeño escolar, esto coincide con otros estudios que, además, reportan que a pesar

de obtener mejor desempeño, ellas se autoevalúan por debajo de sus logros.³ Lo anterior nos obliga a pensar en la necesidad de explorar el significado que el alto desempeño escolar tiene para hombres y para mujeres, así como la capacidad de las mujeres para reconocer sus logros.

Hubiera sido interesante conocer por quinquenio los datos correspondientes a la matrícula, egreso y titulación, para identificar las variaciones por sexo, pues las condiciones de género sufren modificaciones con el tiempo.

Otra recomendación que considero central es el uso del lenguaje en femenino y masculino. Frecuentemente se piensa que esto es sólo una repetición sin sentido, sin embargo, si tomamos en cuenta que la lengua corresponde a un sistema de representaciones de una realidad sexuada y que ésta influye en gran medida en la construcción de la identidad femenina y masculina, al igual que las otras identidades y que, además, de acuerdo con Derrida, “la identidad se construye siempre sobre la base de excluir algo y de establecer una violenta jerarquía entre los dos polos resultantes”, femenino y masculino en este caso, podemos concluir que dejar de nombrar el término mujer significa su exclusión, su dominación y adquiere un carácter accidental en relación con lo masculino.⁴

Sólo resta decir que se ha presentado un trabajo muy valioso y que el conocimiento que ha aportado da pie para otras investigaciones.

Referencias

1. Buquet Corleto A, Cooper AJ, Loredó-Rodríguez H, Longi-Botello L. Presencia de mujeres y hombres en la UNAM: una radiografía. Programa de Estudios de Género. México, DF: UNAM; 2006.
2. Jordan E. Los niños peleoneros y sus fantasías lúdicas. La construcción de la masculinidad en la temprana edad escolar. En: Belausteguigoitia M, Mingo A. Edits. Géneros prófugos. Feminismo y educación. México, DF: PUEG, UNAM, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM; 1999; 225-249.
3. Bakken LL, Sheridan J, Carnes L. Gender differences among physician-scientists in self-assessed abilities to perform clinical research. Acad Med 2003; 78:1281-1286.
4. Laclau E. La Imposibilidad de la Sociedad. En: Reflexiones Sobre las Revoluciones de Nuestro Tiempo. Ed. Nueva Visión, Argentina. 1994; 48-49.



Principales causas de mortalidad en México. 2007.

Tasas de mortalidad a nivel nacional según las principales causas.

Causa	Hombres	Mujeres
Diabetes Mellitus	64.0	69.2
Enfermedades isquémicas del corazón	60.5	45.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	40.2	28.6

Tasas de mortalidad según grupos de edad y sexo.

Los niños y niñas menores de un año coincidieron en las cinco principales causas de defunción aunque con distintas tasas.

Causa	Niños	Niñas
Asfixia y trauma al nacimiento	514.2	386.6
Malformaciones congénitas del corazón	159.1	127.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	112.3	89.9
Bajo peso al nacimiento y prematurez	72.1	58.9
Enfermedades infecciosas intestinales	57.3	43.4

Las dos principales causas de defunción en niños y niñas de 1 a 4 años de edad fueron las enfermedades infecciosas, tanto intestinales (con tasas de 6.6 y 5.6 respectivamente) como respiratorias agudas bajas (5.9 y 6.0).

Tasas de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años según causas principales.*

Hombres	Mujeres
Las principales causas de decesos fueron los accidentes de vehículo de motor (tránsito) con una tasa de 18.8 por mil hombres adolescentes. En segundo lugar se ubicaron las agresiones (homicidios), cuya tasa fue de 11.3. En tercer lugar las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una tasa de 7.3.	Los accidentes de vehículo de motor (tránsito) también ocuparon el primer lugar dentro de las causas de mortalidad con una tasa de 5.6 por mil mujeres adolescentes. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), presentan una tasa de 2.7. En tercer lugar se observan las defunciones por nefritis y nefrosis con una tasa de 2.4.

Tasas de mortalidad en adultos de 65 y más, según causas principales.

Hombres	Mujeres
Los hombres murieron principalmente por enfermedades isquémicas del corazón (811.8), diabetes mellitus (716.4) y enfermedad cerebrovascular (381.8).	Las mujeres fallecieron por enfermedades isquémicas del corazón (638.0), enfermedad cerebrovascular (380.8) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (239.6).

Principales causas de egresos hospitalarios y morbilidad de las mujeres en México.

Las principales causas de egreso hospitalario de las mujeres se debieron a morbilidad asociada con el proceso reproductivo. La mayor parte de los egresos hospitalarios se debieron a parto único espontáneo (sólo morbilidad), sumaron 483 830 (28.6 % del total de egresos).
En segundo lugar le siguieron las causas obstétricas directas (excepto aborto) con 416 185 egresos.
En tercer lugar se ubicaron los abortos (sólo morbilidad) con 110 060 egresos hospitalarios (6.5 %).
En el lugar 20 de la lista (0.6 % del total de egresos) las causas obstétricas indirectas reportaron 9 504 egresos.

Principales causas de años de vida saludable (AVISA) perdidos en las mujeres en México; 2005.**

La primera causa de AVISA perdidos para las mujeres de 15 a 44 años fue la depresión unipolar mayor.
Para las mujeres mayores de esa edad, la primera causa fue la diabetes mellitus y la segunda causa la depresión unipolar mayor.

Fuente de todos los datos: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Nota: Las tasas de mortalidad están calculadas por 100 000 hombres o mujeres, con los datos definitivos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud 2007 y las nuevas proyecciones de población del CONAPO, Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Publicadas en 2006.

* Las tasas de mortalidad de hombres y mujeres adolescentes, fueron calculadas por 1 000.

** Secretaría de Salud/DGIS. El peso de la Enfermedad de las Mujeres de México. 2005.

Noviembre

Primer Encuentro Internacional de Mujeres con Discapacidad

Fecha: 18 al 21 de noviembre de 2008.

Lugar: La Habana.

Organizan: Asociación Cubana de Limitados Físico-Motores (ACLIFIM) y el Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba.

Teléfono: (537) 2093054/
2093099 Extensión 105

Fax: (537) 2048787

Correo electrónico:

aclifim@infomed.sld.cu

Web: <http://www.aclifim.sld.cu>

Contacto: Lic. Ana Ibis Rodríguez.
Coordinadora General.

Correo electrónico:

aclifim.vecepub@infomed.sld.cu

II Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva

Fecha: 24 al 28 de noviembre de 2008.

Lugar: México, DF

Organiza: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Región México.

Correos electrónicos:

alamesmx@gmail.com;

leticia.artiles@gmail.com;

eibencaty@gmail.com

Contacto: Ana Lucía Casallas.

Correo electrónico:

analucha2@yahoo.es

Diciembre

III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. "Masculinidades y Multiculturalismo. Perspectivas críticas ¿La diversidad construye la equidad?"

Del 3 al 5 de diciembre de 2008, Medellín, Colombia.

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Centro Interdisciplinario de Estudios en Género CIEG.

Informes:

iiiicologiomasculinidades2008@yahoo.com.mx

masculinidades2008@antares.udea.edu.co

Año 2009

13 Congreso de Investigación en Salud Pública (CONGISP 2009)

Tema: "Promoción y prevención: evidencia científica, política y acción"

Organiza: Instituto Nacional de Salud Pública

Fecha: 3 al 6 de marzo de 2009

Lugar: Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos, México

Fecha límite para envío de resúmenes: 15 de octubre.

Dirección electrónica: <http://www.congisp2009.org/resumenes.php>

III Coloquio Internacional "Estudios de Género: Teorías y Prácticas"

6 al 10 de abril de 2009. Santiago de Cuba, Cuba.

Este Coloquio se desarrolla como parte del III Congreso Internacional de Psicología. Biental en Santiago de Cuba y el VIII Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y del Caribe. Convocado por Sociedad Cubana de Psicología, Filial Provincial Santiago de Cuba; la carrera de Psicología de la Universidad de Oriente y el proyecto "Equidad".

Informes: claudia@csh.uo.edu.cu

kathy@csh.uo.edu.cu

(direcciones protegidas contra los robots de spam, se necesita Javascript activado para poder verlas),

susel@csh.uo.edu.cu

VII Conference – International Association for the Study of Sexuality, Culture and Society, "Contested Innocence: Sexual Agency in Public and Private Space"

Hanoi, Vietnam. Del 15 al 18 de abril de 2009.

Informes:

www.iasscs.org/2009conference

Encuentro Anual 2009 de la Population Association of America

Fecha: 30 de abril al 12 de mayo de 2009

Lugar: Marriott Renaissance Center de la ciudad de Detroit, Michigan

Información electrónica: <http://www.popassoc.org> o enviar un correo a la siguiente dirección electrónica paa2009@popassoc.org

Ier Congreso Internacional de Reproducción Asistida y Salud Sexual Femenina "Por el derecho a la fertilidad y a una función sexual normal"

Del 26 al 29 de mayo del 2009. Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba.

Informes: Prof. Bartolomé Arce Hidalgo. Presidente del Comité Organizador.

Hospital C. O. Hermanos Ameijeiras.

Tels. (537) 876 1438 y

(537) 876 1439

arce@infomed.sld.cu

jendoc@hha.sld.cu

y Mireya Mesa Tamargo. Organizadora Profesional de Congresos.

Apartado Postal 16046, La Habana, Cuba.

Tels. (537) 208 6176 y (537)

202 6011-19 ext. 1512.

Fax: (537) 202 8382

mireya@palco.cu

www.palco.com

XXVIII Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos. "Repensando las Desigualdades"

Del 11 al 14 de junio de 2009. Río de Janeiro, Brasil, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Informes: <http://lasa.international.pitt.edu/esp/index.asp>

Información para autoras y autores

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 ("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.

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

Figueroa 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.

5. Los artículos y ensayos podrán incorporar cuadros o figuras. El llamado de

éstos se hará dentro del texto y se incorporarán al final del mismo en páginas separadas como anexos; atenderán el siguiente criterio: "En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

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

Insertar cuadros I y II

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). 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.

