

GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

Vol.5 No.3

Septiembre - Diciembre 2007



● Presentación

Aurora del Río Zolezzi

● Informe Preliminar de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006

Magda Luz Atrián Salazar, Leticia Ávila Burgos, Rosario Valdez Santiago, Aurora Franco Núñez, Aurora del Río Zolezzi

● Los refugios para mujeres que viven violencia familiar extrema: alternativa de protección y atención

Luz Noemí Navarro Márquez

● Abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático y abordaje terapéutico

Luisa Güido Williamson

In Memoriam: Dra. Isabel Hernández Tezoquipa

- Aurora del Río Zolezzi, Luz María Arenas Monreal Nidia Sosa Delgado

Para Compartir

- Maternidad y paternidad responsables. Proyecto para el incremento de cobertura de aceptantes posevento obstétrico y planificación familiar en adolescentes

Ma de Lourdes Martínez Staines y José Manuel Ríos Velasco
Consultora: Gloria Alma Alvarado Zaldívar

Para Descifrar

- Distribución porcentual de adolescentes que sufrieron daños a su salud por algún accidente en el último año, por grupo de edad y sexo

Dirección General de Información en Salud, SSA

● Notigénero

● Información para autoras y autores



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Información para autoras y autores

1. La presentación del trabajo tendrá una extensión mínima de 1 000 palabras y una máxima de 5 000.

2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en páginas de una sola cara a doble espacio, con tipo Arial de 12 puntos para el texto principal; las notas, aclaraciones, etcétera, en Arial 10 puntos.

3. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas, así como la citación a las referencias, se hará en letra superíndice (o “volada”).

4. Las referencias irán al final del texto siguiendo los mismos criterios de espaciado y tipografía ya señalados. De acuerdo con los lineamientos de Vancouver, las referencias se estructurarán de la siguiente manera:

Artículos publicados en revistas

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen: página inicial-final del artículo.

Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 Oct 8;309(6959):911-8.

Libros

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

No es necesario consignar la primera edición; a partir de la segunda, se escribe en números arábigos y abreviatura: 2a ed. - 2nd Ed., a continuación del título del libro. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del año, precedido de punto y coma y seguido de dos puntos, para indicar la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión.

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.

Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3a ed. México: Limusa; 1999.

De compiladores/as o editores/as

López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. Género y política en salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003.

Capítulo de un libro

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

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

“En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo

de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

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

Insertar cuadros I y II

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

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



PN
UD

México



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Presentación

Con este número se concluye un año más de la publicación de *Género y Salud en Cifras*, publicación periódica cuyo objetivo es difundir información que permita documentar el impacto del género en la salud de las mujeres y los hombres en México y hacer llegar esta información a tomadores de decisiones y personal operativo en el campo de la salud pública, con el propósito de contribuir a la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud.

Directorio

Secretaría de Salud

Boletín *Género y Salud en Cifras*

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Maki Esther Ortiz Domínguez

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Rafael Lozano Ascencio

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Sonia Fernández Cantón

Javier Idrovo Velandía

Ma. de la Paz López Barajas

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Margarita Velázquez Gutiérrez

Cecilia Robledo Vera

EDITOR

Alonso Restrepo

SECRETARIA TÉCNICA

Magda Luz Atrián Salazar

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud.

El tiraje consta de 2000 ejemplares y fue impreso por Círculo Diseño; Av. Canoa 521, Piso 11, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir en Noviembre de 2007.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 - 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVAS DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite, con el folio 04-2006-062612483500-01

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores

Comentarios y correspondencia

Escribir a: mlatrian@salud.gob.mx

Homero 213, 3er. Piso,

Colonia Chapultepec Morales,

C.P. 11570, México, D.F.

Tel: 01(55) 52 63 91 00, ext. 3048

Este número se dedica en su totalidad a mirar distintos aspectos relacionados con la frecuencia y distribución de diversas formas de violencia en nuestro país, así como a una parte de la respuesta social organizada para la atención a este problema de salud pública, todavía poco reconocido y con una red de servicios para su atención todavía insuficiente pero en plena expansión; en este sentido nos hacemos eco del lema que para conmemorar el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas ha propuesto la Organización de las Naciones Unidas: "Actuemos para enfrentar los obstáculos y poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas". Es tiempo de una respuesta más integral y de mayor cobertura, que permita reducir la enorme carga de enfermedad que se asocia a la violencia que viven las mujeres.

Así, se presenta el Informe Preliminar de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM 2006), como una contribución para documentar el problema de la violencia de pareja en México y algunas características de su atención en las unidades de salud de tres instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Este esfuerzo continuado permitirá generar intervenciones con base en las mejores evidencias científicas disponibles, encaminadas al desarrollo de modelos integrados de atención, así como evaluar lo que hasta ahora hemos alcanzado.

El artículo "Los refugios para mujeres que viven violencia familiar extrema: alternativa de protección y atención" es un primer esfuerzo para compartir lo que en materia de refugios el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha impulsado como parte esencial de las acciones de atención a la violencia contra las mujeres, sus hijas e hijos. Los refugios proporcionan un lugar seguro, digno, donde se brinda atención integral y especializada; no son la solución al complejo problema de la violencia, pero sí un componente clave de la protección para las mujeres en situación de riesgo extremo y pueden ser la única alternativa para conservar sus vidas.

En el trabajo sobre el abuso sexual infantil, Luisa Güido Williamson aborda ese problema social y de salud, lo conceptualiza y describe su relación con sucesos precedentes y consecuentes. Así, desarrolla también el trastorno por estrés postraumático y su abordaje terapéutico.

Como reconocimiento a la labor desarrollada en el campo de la salud pública por la doctora Isabel Hernández Tezoquipa, quien recientemente falleció, *Género y Salud en Cifras* presenta dos testimonios: el de una de sus compañeras de trabajo en el Instituto Nacional de Salud Pública, donde desarrollara sus actividades docentes y de investigación en los últimos años de su vida, y el de una de sus alumnas de la maestría en salud pública, a quien dirigiera su tesis de grado. Asimismo, se reproduce el artículo "Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo",¹

Continúa en tercera de forros...

del cual es coautora. En la vigésimo quinta entrega de los premios internacionales a la excelencia en comunicación sobre población, la revista *Salud Pública de México* recibió el premio por el “Mejor informe en equipo”. En esa ocasión se comentó, de manera particular, el trabajo antes mencionado.²

La lectura del contenido de la sección Para Compartir nos remite a la experiencia que han obtenido María de Lourdes Martínez Staines y José Manuel Ríos Velasco, del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, sobre cómo aproximarse a los imperativos de aumentar la edad para el primer embarazo, incrementar el intervalo intergenésico, ampliar la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente y promover de manera decidida los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y, en particular, de adolescentes, establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.³ Su trabajo sobre maternidad y paternidad responsables recibe recomendaciones de la maestra Gloria Alma Alvarado Zaldívar, Coordinadora de Diplomados y Maestrías en Ciencias de la Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango. *Género y Salud en Cifras* es una obra editorial colectiva.

Como contribución de la Dirección General de Información en Salud se presenta la distribución porcentual de adolescentes que sufrieron daños por algún accidente, comparando las cifras obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud 2000 con las de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, por grupo de edad y sexo.

Con el objetivo de facilitar el envío de colaboraciones, se presentan las características que deben cubrir los trabajos sometidos a evaluación para su ulterior publicación. Es una emotiva invitación a que hagan suyo este foro, ya como autores, ya como lectores, en una relación siempre pertinente e intelectualmente estimulante. Por nuestra parte, reiteramos el compromiso de allegar a nuestros potenciales lectores información en salud con perspectiva de género.

Aurora del Río Zolezzi, M en C.

Directora General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

Referencias

- 1 Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004;46:56-63.
- 2 Fuentes-Ramírez M, López-Moreno S. La investigación social en salud: comunicaciones recientes en SPM. *Salud Publica Mex* 2005;47(1):5-7.
- 3 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar (modificada). México, DF: Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2004.

Informe Preliminar de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006

Magda Luz Atrián Salazar, M en C,¹ Leticia Ávila Burgos, Dra en Econ,² Rosario Valdez Santiago, M en Antropol,² Aurora Franco Núñez, TS,² Aurora del Río Zolezzi, M en C.¹

¹ Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

² Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

La violencia en general y, en particular, la violencia contra la mujer están ampliamente documentadas a escala mundial.¹ La Organización Panamericana de la Salud reconoce a la violencia como un problema de salud pública y de derechos humanos,² y a través de su Unidad de Género y Salud desarrolló su Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.³ En tal obra se plantean aspectos conceptuales y metodológicos para la construcción de respuestas sociales a la violencia familiar y acciones para su atención integral en los ámbitos individual, familiar, comunitario y social.

Igualmente, en diversas conferencias nacionales e internacionales^{4,7} se han señalado las consecuencias de la violencia familiar sobre la salud física y mental y se ha destacado la necesidad de investigar ese fenómeno, modificar la práctica de la atención y establecer programas específicos.

Diversos esfuerzos se han desplegado en nuestro país para medir la violencia familiar contra las mujeres, en encuestas sociodemográficas y de salud de representatividad nacional.^{8,9} De la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003 se desprende que éstas pueden experimentar más de un tipo de violencia de pareja, a saber: psicológica, 19.6%; física, 9.8%; sexual, 7%, económica, 5.1%.⁸ Cabe señalar que esta segunda medición documenta un incremento en el reporte de los primeros tres tipos y disminución sólo en el último.

Para transformar el ambiente sociocultural y legal que tolera la violencia contra la mujer se requiere de una amplia respuesta social organizada donde participen los prestadores de servicios de salud y los tomadores de decisiones en diversos ámbitos (sanitario, educativo, jurídico).

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se expidió el 1 de febrero del año en curso. Con ésta se sientan

las bases para combatir la violencia contra las mujeres,¹⁰ como ya lo han hecho numerosos gobiernos que se han propuesto garantizar los derechos jurídicos de aquéllas y castigar a los responsables.¹¹

Metodología

Durante los meses de agosto a octubre de 2006, se realizó una encuesta transversal a mujeres de 15 años de edad y más, usuarias de los servicios de salud, y que en el momento del levantamiento de datos demandaron atención médica en unidades del primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Según el porcentaje de afiliación por entidad, la encuesta es representativa de 31 estados de la República Mexicana, pues en el estado de Oaxaca no se colectaron datos debido a condiciones de inestabilidad social. Asi-

Correspondencia:

Magda Luz Atrián Salazar. Dirección General Adjunta de Equidad de Género, CNEGySR. Homero 213, 3er. Piso, colonia Chapultepec Morales, 11570 México, DF, México.

Correo electrónico: mlatrian@salud.gob.mx

mismo, es necesario señalar que en el área metropolitana de la ciudad de México no fue posible realizar la encuesta en las unidades del IMSS que cayeron en la muestra. El objetivo fue recabar información sobre violencia familiar, para caracterizar el fenómeno y evaluar las actividades de detección y atención brindada a las mujeres como manifestación concreta de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.¹² Se conformó una muestra de 367 unidades médicas, en las cuales se aplicaron 22 318 cuestionarios a usuarias de los servicios públicos de salud de las instituciones antes mencionadas.

En cada unidad médica se solicitó un espacio cerrado lo más alejado posible del tránsito de personas, donde se pudieran realizar las entrevistas en total privacidad, para crear un ambiente con el cual la entrevistada se sintiera cómoda, segura y en confianza para contestar.

Con base en la cobertura de demanda de servicios que proporcionó el personal directivo de la unidad médica se seleccionó aleatoriamente a las mujeres usuarias que cumplieran con los criterios de inclusión y, previa explicación del objetivo del estudio, se les invitó a participar.

Debido a los aspectos éticos y a la especificidad del tema se seleccionó personal altamente especializado. Su capacitación incluyó aspectos teóricos y prácticos del cuestionario, el manejo de la computadora portátil (laptop), y las técnicas para el manejo y contención de emociones, con el objetivo de sensibilizar a las entrevistadoras e instruir las sobre la mejor manera de interactuar con mujeres que experimentan violencia familiar. Se tomaron en cuenta criterios éticos

y de seguridad revisados y aprobados por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se entrevistó a 22 318 usuarias. Los resultados se pueden expandir a 1 112 519 mujeres debido al tipo de muestreo complejo, y son representativos de la población femenina de 15 años y más de edad, usuaria de los servicios de salud públicos de la República Mexicana.

El grupo de mujeres de menos de 40 años de edad, pero más de 15, representa 56.7% de la muestra. Es en este grupo etáreo donde se reúnen las que demandan mayor atención de servicios de salud, principalmente de planificación familiar, detección oportuna de cáncer cérvico uterino, consulta prenatal, de vacunación y de atención del niño sano. La edad promedio de las entrevistadas fue de 39.16 años (cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución porcentual según grupo de edad México, ENVIM 2006

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 19	67 352	6.1
20 a 29	266 355	23.9
30 a 39	297 101	26.7
40 a 49	216 330	19.4
50 a 59	142 438	12.8
60 a 69	80 390	7.2
70 a 79	35 636	3.2
≥ 80	6 666	0.6
No sabe	251	0.0
Total	1 112 519	100

Promedio de edad: 39.16 años

Debido a las características de la encuesta y a la asociación que puede tener con la violencia, se indagó sobre el estado marital de las entrevistadas. La mayoría de ellas está casada (56.8%) o vive en unión libre (17.2%). En cuanto a las solteras, la mayoría no ha tenido pareja (8.7%).

En relación con el número de años que ha vivido con su esposo o compañero actual, destaca que 23% declaró tener más de 26 años viviendo como pareja, seguido de 17.8% que dijo haber vivido en pareja de entre 6 a 10 años.

Respecto de la escolaridad, llama la atención que aún 1 de cada 10 mujeres informó no haber recibido instrucción formal en el sistema escolar de México. Asimismo, 68.2% de las entrevistadas ha incursionado en la educación básica, aunque sólo 26.2% reportó estudios de secundaria. Esto es consistente con los 9 años en promedio que manifestaron haber acudido a estudiar.

La mitad de las mujeres entrevistadas dijo ser derechohabiente del IMSS, seguida de aquellas que no contaban con ningún esquema de aseguramiento (20.5%) y en proporción similar por las que tenían Seguro Popular (20.1%). La derechohabiencia de la pareja actual muestra un patrón similar, excepto en la proporción de no asegurados, inferior a la de ellas en casi siete puntos porcentuales.

El trabajo doméstico no remunerado constituye la principal actividad reportada por las entrevistadas. De las que informaron que trabajan remuneradamente (33.6%), la mayoría se desempeña como empleada u obrera y 4 de cada 10 lo hacen por su cuenta o en casa.

En relación con la actividad del esposo o pareja, 8 de cada 10 mujeres dijeron que aquél trabaja, en posición de empleado u obrero (62.1%), o de jornalero o peón (21.7%), principalmente; en menor proporción, trabaja por su cuenta (9.8%), o no lo hace porque es jubilado o pensionado.

Una cuarta parte de las entrevistadas informó ganar menos de un salario mínimo; la proporción más alta fue la de 1 a 2 (31%); sólo 1.3% de ellas dijo tener ingresos de 10 o más salarios mínimos. En contraste, respecto de la pareja, 5.7% recibe menos de 1, y 23.9%, de 2 a 3. Aproximadamente la mitad de ellos recibe entre 2 a 5 salarios mínimos, como se observa en el cuadro II.

Cuadro II

Comparativo de ingreso en salarios mínimos* mensuales por trabajo o actividad de la mujer y de su esposo o compañero. México, ENVIM 2006

Mujer			Esposo o compañero		
Salario Mínimo Mensual	Frecuencia	Porcentaje	Salario Mínimo Mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos de uno	92 138	25.8	Menos de uno	42 480	5.7
1 a 1.9	111 052	31.0	1 a 1.9	172 124	23.6
2 a 2.9	83 877	23.4	2 a 2.9	178 522	23.9
3 a 4.9	42 675	11.9	3 a 4.9	169 920	22.8
5 a 9.9	23 378	6.5	5 a 9.9	54 874	7.4
10 o más	4 671	1.3	10 o más	13 515	1.8
Total	357 791	100	No especificado	110 183	14.8
			Total	745 618	100.00

* \$1 362 mensuales

Es muy probable que las usuarias de los servicios de salud públicos estén inscritas en otros programas públicos dentro de la política social gubernamental. Al respecto, se observó que 29.1% de las entrevistadas dijo ser beneficiaria del Programa Oportunidades; 4.1%, del PROCAMPO, y 3.4% recibe otros apoyos.

El 63.3% de las entrevistadas reportó de 3 a 5 personas en su vivienda, mientras que sólo 18.8% dijo que había más de 5; el promedio de integrantes de la familia fue de 4.1. La mayoría de las viviendas (84.4%) cuenta con 1 a 3 cuartos. En 64% de éstas el número de ocupantes por cuarto es menor de 3, por lo tanto, en el porcentaje restante hay hacinamiento. Las características de la vivienda se muestran en el cuadro III.

Cuadro III

Distribución porcentual según características de la vivienda. México, ENVIM 2006

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Propia	802 510	72.1
Rentada	120 855	10.9
Prestada	184 422	16.6
Otra situación	4 732	0.4
Material de pisos		
Tierra	94 823	8.5
Concreto o firme	778 702	70.0
Mosaico, loseta o madera	227 123	20.4
Otros recubrimientos	11 871	1.1
Techo		
Lámina	333 385	30.0
Firme de concreto	706 769	63.5
Teja	71 173	6.4
No sabe	1 192	0.1
Paredes		
Carton, hule, tela	6 807	0.6
Carrizo, bambu	7 912	0.7
Madera	57 184	5.1
Lámina de asbesto o metálica	10 992	1.0
Adobe	88 031	7.9
Tabique	936 687	84.2
Otros materiales	4 906	0.4
Agua		
Entubada dentro de la vivienda	651 377	58.5
Entubada de llave pública o hidrante	19 917	1.8
No dispone de agua entubada	118 919	10.7
Entubada dentro del terreno	322 306	29.0
Total	1 112 519	100.0

Prevalencia de los tipos de violencia

Se exploraron las diferentes formas como se expresa la violencia en la vida de las mujeres, con el propósito de caracterizar estas manifestaciones a lo largo del ciclo de vida, con énfasis en la relación de pareja actual.

En todos los análisis realizados con los resultados de la ENVIM 2003 el antecedente de violencia infantil resultó asociado significativamente con la violencia de pareja actual, el malestar emocional y la severidad de aquélla.

La violencia hacia las mujeres empieza en edades tempranas en su modalidad de golpes y humillaciones. Al respecto, 29% reportó haber sido humillada por algún miembro de la familia y 33.2%, golpeada; 37.6% declaró que este tipo de violencia sucedía con frecuencia. Llama la atención una diferencia a la baja de nueve puntos porcentuales en el reporte de golpes en la infancia, en comparación con la ENVIM 2003 (42.2%).

Se estimó una prevalencia de 33.3% de violencia de pareja actual. Es importante señalar el incremento, en comparación con la Encuesta anterior, que reportó una prevalencia de 21.5%. En el cuadro IV se observan las prevalencias de los diferentes tipos de violencia perpetrada en el contexto de la vida en pareja; comparativamente, sólo la económica disminuyó.

Cuadro IV

Tipo de violencia perpetrada por el novio, esposo, compañero o última pareja, en los doce meses previos a la entrevista, y comparativo con medición anterior. México, ENVIM 2006

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje	Comparativo ENVIM 2003 %
Psicológica	260 082	28.5	19.6
Física	145 055	16.5	9.8
Sexual	113 423	12.7	7.0
Económica	39 573	4.4	5.1

La violencia hacia las mujeres en el escenario estatal

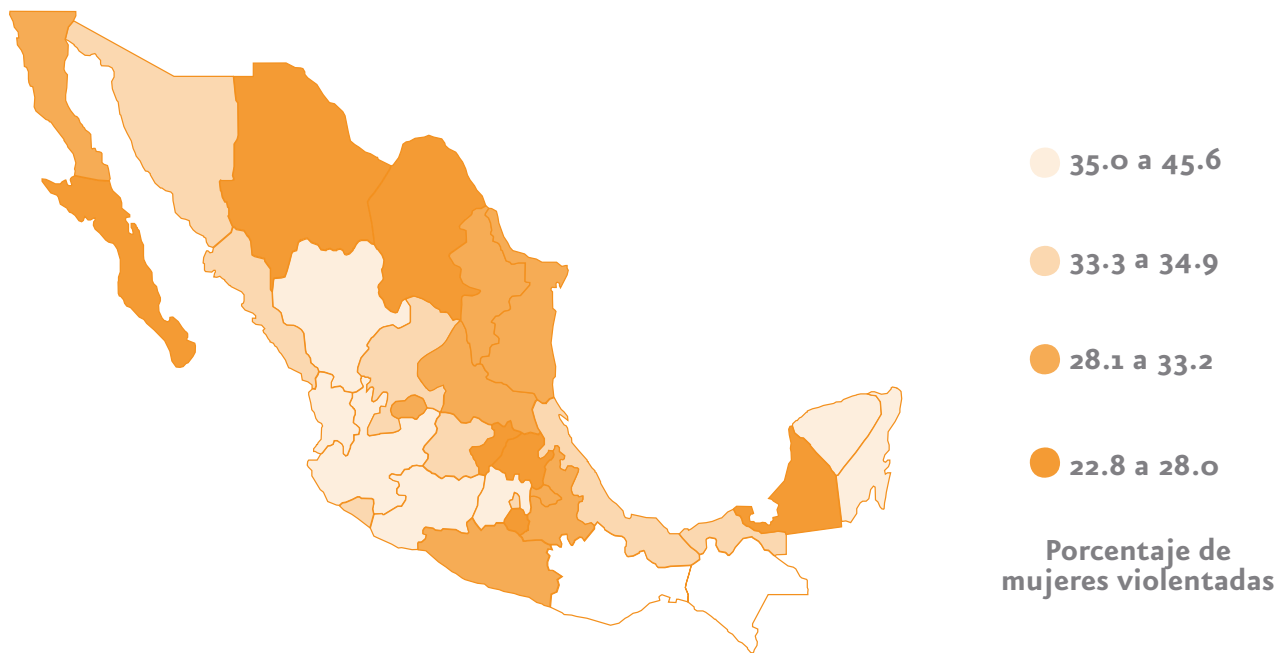
Conocer la distribución estatal en los diferentes indicadores de violencia hacia la mujer permite identificar en dónde las prevalencias son más altas, con el fin de reforzar las estrategias para el diseño de programas y políticas públicas con base en las necesidades y condiciones específicas de la población.

Las cinco entidades con mayor prevalencia de violencia en orden descendente fueron: el Estado de México (45.6%); Nayarit (39.6%); Quintana Roo (39.6%); Durango (37.6%), y Yucatán (36.2%) (cuadro V y figura 1). El estado con menor prevalencia fue, igual que en la ENVIM 2003, Aguascalientes (22.8%).

Cuadro V

Distribución porcentual de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia de pareja actual, por estado. México, ENVIM 2006

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



Distribución estatal de la violencia contra la mujer. México, ENVIM 2006

Figura 1

Percepción del estado de salud de las entrevistadas

Los servicios de salud representan un espacio de oportunidad único para la detección, atención y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, debido a que las mujeres acudirán cuando menos una vez en su vida a algún centro de salud, clínica u hospital, ya sea a consulta externa, hospitalización o al servicio de urgencias.

La minoría (2.7%) de las entrevistadas mencionó tener muy buen estado de salud; 34.6%, bueno; 49.7%, regular, y 12.8%, malo o muy malo. Esto coincide con que más de la mitad de las mujeres informó algún problema de salud al momento de la entrevista (57.5%).

Se observó que 1 de cada 2 usuarias reportó haber tomado algún medicamento en el último mes: 46.3% para mitigar el dolor, 9% para calmarse o dormir y 5.8% para no sentirse triste o deprimida. Estos hallazgos permiten resaltar dos aspectos de suma importancia: la alta proporción de mujeres que dijo consumir medicamento para calmar el dolor y el hecho de que la mayoría de las mujeres entrevistadas tomaban medicamentos desde todos o casi todos los días hasta 1 a 2 veces por semana.

Dentro de los síntomas de malestar emocional la mayor parte de las entrevistadas declaró sentirse cansada (74.4%), nerviosa, tensa o angustiada (64.4%) o triste o afligida (60.4%), entre otros.

El 52.9% de las mujeres que viven en condición de violencia por parte de su pareja reportó haber tenido al menos una lesión como consecuencia de la violencia en el último año. El promedio de lesiones por año fue de 2.19. Las manifestaciones de las lesiones que se reportan como más frecuentes se presentan en el cuadro VI.

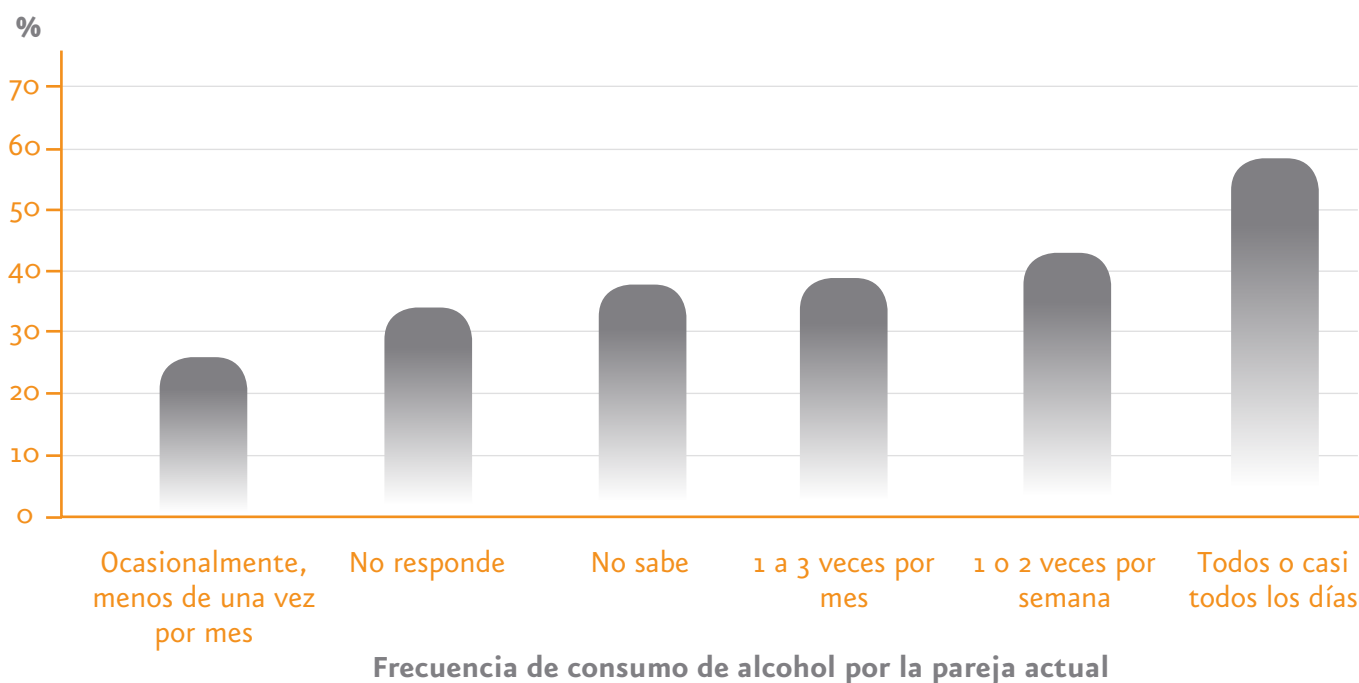
En relación con los resultados de la ENVIM 2003, podemos apreciar que, en su mayoría, la prevalencia de cada una de las lesiones mencionadas se ha visto reducida; sin embargo, el orden por tipo de lesión se mantiene. En aquel año, 21.5% de las mujeres manifestó haber sufrido al menos una lesión por parte de su pareja y señaló como las principales consecuencias de los maltratos sufridos a los moretones (8.3%), seguidos de los dolores por varios días (43.2%), el sangrado vaginal o anal (8.4%), las cortadas (5.3%) y las fracturas (5.2%).

El 31.1% de las agresiones hacia la mujer ocurrió cuando la pareja estaba bajo los efectos del alcohol; 3.5%, de drogas, y en 2.2%, de ambos. Respecto de las mujeres agredidas al menos una vez, 59.4% manifestó que sus parejas consumen alcohol casi todos los días o al menos 1 o 2 veces por semana, 20.2% de 1 a 3 veces por mes, y sólo 19.9% lo hace ocasionalmente o menos de una vez por mes (figura 2).

Cuadro VI

Distribución porcentual según consecuencias ocasionadas por el maltrato sufrido en los últimos doce meses. México, ENVIM 2006

Manifestación de las lesiones	Sí		No	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Moretones	21.9	65 475	78.0	232 275
Dolores en el cuerpo por algunos días	20.3	60 473	79.6	237 277
Algún desmayo o pérdida de la conciencia	3.1	9 468	96.8	288 282
Algún sangrado vaginal o anal	2.6	7 890	97.3	289 860
Cortadas que le tuvieron que suturar	1.6	4 794	98.3	292 956
Fractura de algún hueso	1.2	3 573	98.8	294 177
Pérdida de algún diente	1.1	3 543	98.8	294 207
Hospitalización	1.1	3 275	98.9	294 475
Pérdida del uso o función física de alguna parte del cuerpo	0.9	2 948	99.0	294 802
Quemaduras	0.3	893	99.	296 857
Hubo de ser operada	0.1	566	99.8	297 184



Violencia y consumo de alcohol por la pareja actual. México, ENVIM 2006

Figura 2

Al respecto, en la ENVIM 2003 se documentó que 10.4% de las mujeres agredidas por sus parejas manifestó que éstos estuvieron bajo los efectos del alcohol. Pese a este incremento, según el reporte de las mujeres, la frecuencia de consumo de alcohol por parte de la pareja se ha reducido en relación con 2003.

El 51.5% de las mujeres que viven en violencia por parte de la pareja reportó haber hecho uso de servicios de salud, ya sean formales o no, con la finalidad de atender las lesiones ocasionadas. Sin embargo, aun cuando las mujeres acudan a los servicios de salud buscando atención, no siempre hablan de la situación de violencia en la que viven. Así, solamente 2.85% de aquéllas comentó sus problemas con el médico u otro personal prestador de servicios de salud.

La falta de comunicación por parte de las mujeres violentadas no sólo se da respecto al personal de salud sino también ante las autoridades legales. Así, podemos mencionar que sólo 12.6% de las mujeres maltratadas deciden denunciar a sus agresores. Entre los motivos para no hacerlo se mencionan miedo (24.4%), no sabía que lo podía denunciar (13.4%), amenazas (12.3%) y la vergüenza (10.6%), entre otros.

Referencias

- 1 Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer CEDAW. 1981. Recomendación General No.19. Washington, DC: ONU; 1992.
- 2 Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993. Washington, DC: ONU; 1993.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2001.
- 4 Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer. México, DF: ONU; 19 de junio a 2 de julio de 1975.
- 5 Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: ONU; 5 a 13 de septiembre de 1994.
- 6 Organización de las Naciones Unidas. Reporte preliminar de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y Desarrollo. Beijing: ONU; 1995.
- 7 Conferencia Nacional sobre Atención de Salud y Violencia Doméstica: consecuencias para la salud a través del ciclo de vida. Boston, Massachusetts -21 a 23 de octubre 2004. Organizada por la Family Violence Prevention Fund.
- 8 Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud; 2003.
- 9 Castro R, Ríquer F, Medina ME, coord. Violencia de género entre las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres; 2004.
- 10 Poder Ejecutivo Federal. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 1 de febrero de 2007.
- 11 Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports, Serie L, Número 11. Disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl11edsum.shtml#contents>
- 12 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190 SSA1 1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.

Los refugios para mujeres

que viven violencia familiar extrema: alternativa de protección y atención

Luz Noemí Navarro Márquez, TS,¹ Miriam Martínez Méndez, TS.¹

1. Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. México.

Este trabajo tiene por objeto difundir algunos elementos sobre la existencia y funcionamiento de refugios para mujeres en situación de violencia extrema, así como algunos resultados preliminares, producto del seguimiento realizado desde el Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios para Mujeres, sus Hijos e Hijas en Situación de Violencia Familiar Extrema, que realiza el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). El Proyecto fue creado con la finalidad de promover el funcionamiento e instalación de refugios, pues siendo México uno de los Estados parte de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) existe el compromiso para dar cumplimiento a las disposiciones de esta Convención Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres y porque, además, se ha señalado específicamente en la Recomendación General 19, emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la misma CEDAW,¹ que nuestro país debe proporcionar servicios apropiados de protección y apoyo a las víctimas de la violencia, malos tratos en la familia, de violación, ataques sexuales y otro tipo de violencia contra las mujeres.

La violencia familiar es un fenómeno extremadamente complejo, multicausal y tiene una amplia incidencia en la población femenina. Por otra parte, la violencia contra la mujer como problema de salud pública aún es un tema incipiente y provoca muchas resistencias para reconocerlo como tal, pese a que es causa importante de morbilidad y mortalidad en las mujeres e implica también repercusiones severas para la salud familiar y social.

Se abordan en primer lugar algunos elementos sobre la violencia familiar y particularmente sobre la que afecta a las mujeres, y los mecanismos que se han establecido para procurar el ejercicio y protección de sus derechos. En segundo, los componentes estructurales y operativos de los refugios como espacios especializados, los cuales surgen como respuesta ante la necesidad de dar seguridad y protección a las mujeres que viven violencia familiar extrema, es decir, aquéllas con una condición de riesgo severo que las coloca en situación límite, poniendo en peligro su vida y la de sus hijas e hijos.

Correspondencia

Lic. Luz Noemí Navarro Márquez. Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Homero 213, 3er Piso, colonia Chapultepec Morales, 11570 México, DF.

Correo electrónico: nnavarro@salud.gob.mx

En tercer lugar se presentan datos estadísticos sobre el funcionamiento general de los refugios, con los cuales la Secretaría de Salud, a través del CNEGySR, ha establecido convenios de concertación de acciones y les transfiere subsidios para la prestación de servicios, con especial énfasis en su operación y fortalecimiento. Se concluye con algunas consideraciones generales sobre los alcances y límites que presentan hoy los refugios, con la intención de provocar futuras discusiones en torno a las alternativas para la atención de las mujeres que viven violencia familiar, y la tarea impostergable para establecer mejores instrumentos de protección, servicios de atención especializada de mayor calidad y una amplia cobertura.

Acercamiento a la problemática

En todas las sociedades se ha considerado a la violencia como una forma de resolver las tensiones y los conflictos. Hace apenas unas décadas se reconoció a la violencia como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, pues impide que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y de sus libertades fundamentales.²

En un estudio de la Asociación Médica Británica se calcula que sólo 25% de los casos de violencia doméstica son denunciados a la policía. En 1995 una encuesta canadiense mostró que la violencia contra las mujeres cos-

tó 1.5 billones de dólares canadienses en productividad laboral perdida y uso de servicios médicos y comunitarios. A su vez, en 2000, en Colombia, 40.4% de las mujeres de entre 25 y 29 años de edad sufrió violencia física por parte del cónyuge o de otra persona, y en Haití la misma situación representó 28.2%.³

México no es la excepción.⁴ Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM),⁵ la cual reportó que 1 de cada 5 mujeres vive en situación de violencia con su pareja actual; 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 han sufrido de violencia alguna vez en su vida. La encuesta se aplicó a mujeres mayores de 15 años de edad, usuarias de los servicios públicos de salud.

Debido a la violencia, tanto en países industrializados como en desarrollo, las mujeres de entre 15 y 44 años de edad pierden 1 de cada 5 años de vida saludable y, en el ámbito global, la carga de enfermedad que representa el maltrato a la mujer es comparable con la que representan la infección por el VIH, la tuberculosis, la sepsis neonatal, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La 49a Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA49.25 declara que la violencia es un problema de salud pública en todo el mundo. Además, la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993, en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en Contra de la Mujer, definió a la violencia como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”.⁶ Esto tiene que ver necesariamente con el carácter social y generalizado de la violencia basada en la inequidad de género, producto de las relaciones de poder, dominación y privilegio de los hombres hacia las mujeres.

Por ello, las convenciones internacionales relativas al tema han señalado la magnitud del problema y la importancia de construir soluciones, entre ellas se encuentran: la Convención Acerca de la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, 1981, la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing, en 1995 y su Plataforma de Acción, la Convención Interamericana de Belém Do Pará de 1994, en Brasil, en las cuales se reconoce que el respeto a los derechos y libertades de las mujeres son indispensables para potenciar su papel y su participación plena en todos los ámbitos.

La Plataforma de Acción de Beijing reconoce que “la distribución equitativa entre hombres y mujeres de las responsabilidades, respecto de la familia y una asociación armoniosa entre ellos, es indispensable para su bienestar y el de su familia, así como para la consolidación de la democracia”.²

La Convención de Belém Do Pará señala en su Artículo 5 que “toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por lo que los Estados parte reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de sus derechos”.⁷ Esta Convención insta a los gobiernos a adoptar políticas dirigidas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Específicamente en su Artículo 8, inciso b), recomienda a los gobiernos suministrar los servicios especiali-

zados para atender a las mujeres víctimas de violencia y considera, entre otros, a los refugios para atenderlas y protegerlas, y para que tengan acceso a programas eficaces de rehabilitación y capacitación.

En México nuestra Constitución Política especifica, en lo general, los derechos de las mujeres a la igualdad, la libertad, la propiedad, la seguridad jurídica y las garantías sociales, y de manera particular se cuenta ahora con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia;⁸ esta última es la única en el país que hace referencia a los refugios para mujeres en situación de violencia. Se establece que son espacios fundamentales para su protección y rehabilitación, y deben proporcionar servicios integrales para propiciar el empoderamiento de las mujeres bajo un enfoque de género en el marco de la promoción y pleno respeto de sus derechos humanos, con el fin de prevenir un daño mayor o consecuencias fatales.

Refugio para mujeres en situación de violencia

Antecedentes

Los refugios especializados para atender a las mujeres que viven violencia tienen su antecedente en las iniciativas que los grupos feministas empezaron a desplegar en su actividad por la defensa de las que experimentan violencia doméstica y que se atrevían a denunciar su situación.

Inicialmente procuraban atender prioritariamente la defensa legal de las mujeres, pero ésta les planteaba una serie de limitaciones a la hora de proteger a las afectadas y de prevenir nuevas y más fuertes agresiones por parte de sus parejas. Ante

el peligro que representaba la situación, se vio la necesidad de alejarlas de los agresores "...y empezaron a crearse redes de apoyo en lugares donde las mujeres maltratadas podían ocultarse por algunos días, estas redes de mujeres feministas empezaron a generar a través de sus propios recursos medidas de protección y resguardo para las mujeres en riesgo".⁹ Posteriormente, fueron desarrollando procesos más específicos para brindarles seguridad e impulsaron iniciativas como la "casa de acogida", donde además de ofrecer alojamiento y alimentación en un espacio seguro lejos de los agresores se establecía un programa estructurado que brindaba atención especializada.

La magnitud del problema hizo inaplazable la participación de las instituciones públicas en la atención de la problemática y la vinculación y colaboración con las instancias civiles.

Los primeros refugios se localizaron en Canadá e Inglaterra, en 1972; posteriormente se fundaron en Estados Unidos de América, Holanda, Alemania, Suecia, Sudáfrica y Austria, entre otros. En América Latina, particularmente en México, a finales de los años ochenta del siglo XX, se fortalecieron algunas experiencias acerca de estos espacios, bajo una fórmula ya consolidada en otros países: obtener un subsidio de la administración pública para las organizaciones civiles y éstas, a su vez, ofrecieran la prestación de servicios especializados de atención integral para las mujeres en situación de violencia familiar y sexual extrema. Como resultado de ese proceso hoy se cuenta con diversas alternativas desde las instituciones públicas o de los grupos de la sociedad civil organizada, que han logrado constituir incluso una red nacional de diversas organizaciones que tienen refugios para

mujeres, sus hijos e hijas en situación de violencia familiar y sexual, y es conocida como la Red Nacional de Refugios, AC (RENARAC).¹⁰

¿Qué es un refugio?

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia señala en el Capítulo V, artículo 56, que los refugios deberán prestar a las víctimas y, en su caso, a sus hijas e hijos los siguientes servicios especializados y gratuitos: hospedaje, alimentación, vestido y calzado, servicio médico, asesoría jurídica, apoyo psicológico, programas reeducativos integrados, capacitación y bolsa de trabajo.⁸ Si bien dicho artículo no define específicamente qué se entiende por refugio, sí menciona los servicios que debe proporcionar. Establece, además, que observarán el principio de confidencialidad, por lo que no se podrá proporcionar su ubicación y, por último, hace también referencia a la permanencia de las refugiadas en estos espacios por no más de tres meses, a menos de que persistan inestabilidad física y psicológica o que la situación de riesgo continúe.

La Secretaría de Salud y los refugios

La relación entre la Secretaría de Salud y los refugios para mujeres tiene su punto de partida en la administración pasada dentro del Programa Mujer y Salud (PROMSA), el cual tuvo como ejes rectores cinco componentes. En uno de ellos, el de Salud de las Mujeres, fue donde se formuló el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar. Su objetivo específico fue contribuir a reducir la violencia familiar y sexual contra las mujeres, niñas y niños. Como parte de las estrategias del subprograma, en 2002, se aprobó el Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres (NOM-190-SSA),¹¹ el cual estableció en su ruta crítica la necesidad de referir a un refugio a las mujeres, sus hijos e hijas menores de edad afectados por violencia extrema.

Dentro del Modelo Integrado, los refugios cumplen no sólo con brindar protección a las mujeres sino también con la parte de rehabilitación, ya que otorgan atención psicológica, atención médica, asesoría jurídica, atención psicopedagógica a los y las menores, capacitación para el empleo y gestión social para la obtención de servicios sociales públicos y privados.

La Secretaría de Salud reconoció la importancia de los refugios y desde 2003, como una meta adicionada en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, inició el Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios para Mujeres, sus Hijas e Hijos que Viven en Situación de Violencia Extrema,¹² con el objetivo de promover su funcionamiento e instalación.

¿Quiénes acuden a los refugios?

A los refugios pueden ingresar voluntariamente mujeres solas o con sus hijos e hijas menores de edad, que no cuentan con redes de apoyo social o familiar o que, contando con ellas no representen un apoyo para su seguridad y la de su prole, como es el caso de aquellas que enfrentan agresores de alta peligrosidad.

También pueden ingresar mujeres menores de 18 años de edad que hayan contraído matrimonio (menores emancipadas) o aquellas menores de edad

a solicitud de quien ejerza la patria potestad o tutela; en caso de que esto no fuera posible, es a petición del Ministerio Público, o de la Procuraduría del Menor y la Familia, dependiente del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o de la institución correspondiente en la localidad.

Para ingresar al refugio las mujeres deben contar con una referencia otorgada, previa valoración de riesgo, ya sea por servicios especializados del sector salud, o instancias de Procuración de Justicia, o del DIF, o de las Comisiones de Derechos Humanos, o a través de líneas de urgencias del Instituto Nacional de las Mujeres u otras establecidas en el ámbito local, o bien mediante los centros de atención externa con los que cuentan la mayoría de las organizaciones civiles que operan los refugios. La valoración atiende a los siguientes aspectos:¹³

1. La historia de violencia que ha vivido la usuaria: la severidad, intensidad y frecuencia de los actos violentos.
2. El antecedente de amenazas previas de muerte o tentativas de homicidio.
3. Características del agresor. En particular, se evalúa su peligrosidad, pues la experiencia indica que hay agresores que representan un mayor riesgo.
4. Vulnerabilidad de la usuaria.
5. Evaluación de la red familiar y social con que cuenta la usuaria.
6. Evaluación de situaciones especiales de alto riesgo (embarazo, estar en proceso de separación o divorcio, el perfil del agresor, entre otras).
7. Valoración psiquiátrica, si así lo considera el personal de salud que la refiere o la recibe.

En estos refugios se restringe la permanencia a mujeres que presenten problemática psiquiátrica severa (valoradas por el personal competente) o con adicciones que perjudiquen la convivencia y el trabajo con las demás usuarias (consumo o ingreso de drogas o alcohol), a indigentes o que padezcan una enfermedad grave que requiera atención hospitalaria constante. Estos casos son canalizados a las instancias correspondientes que ofrecen otros servicios.

La mayoría de las que viven violencia no demandan específicamente los servicios de refugio, aun cuando reconozcan que tienen un alto riesgo y está en juego su vida; esto puede deberse a que, la mayoría desconoce la existencia de estos servicios, es una decisión muy difícil, o porque les representa una pérdida -alejarse de sus referentes y vínculos cotidianos, de su hogar, dejar sus pertenencias materiales y simbólicas, trastocar su espacio cotidiano, desarraigar a su descendencia de su entorno e incluso interrumpir temporalmente las relaciones interpersonales con familiares y amistades como una medida de seguridad-. En otros casos la violencia que han vivido es tan arraigada y naturalizada en sus personas que los temores y miedos las invaden y paralizan; llegan a considerar a la violencia como

un destino ineludible en sus vidas, por lo cual no toman la decisión de recurrir a un refugio, aun cuando tengan toda la información precisa de los servicios que se ofrecen.

Ser usuaria de un refugio, aun cuando sea para recibir protección y apoyo especializado es una decisión trascendental para las mujeres; la mayoría de ellas son madres y tienen un promedio de 2 a 3 hijos. De hecho, en los seguimientos de casos que reportan los refugios, se señala con frecuencia que regresan con sus parejas aun cuando la violencia siga, porque no tienen medios económicos para sobrevivir de manera independiente junto a sus hijas e hijos. Las mujeres que viven violencia por parte de sus parejas quieren que la violencia termine, pero no siempre manifiestan querer finalizar la relación con su compañero. Para muchas de ellas ingresar a un refugio es un proceso lleno de ambivalencias, contradicciones y cambios.

Difícilmente las afectadas perciben a las instituciones como instrumentos de apoyo, facilitación y garantía de sus derechos. Por el contrario, su desconfianza para pedir ayuda y orientación a las instancias públicas o privadas deviene precisamente de procedimientos engorrosos, lentos, y de la inexistencia de mecanismos sensibles de atención y referencia adecuados. En ese sentido, los refugios pueden ser el espacio privilegiado para la atención oportuna y un puente para desarticular la violencia y definir nuevos proyectos de vida.

Si bien no es deseable que los refugios existan en tanto que representan la imposibilidad de parar la violencia en casa y de que sea el agresor quien deba dejar el hogar como sanción por su comportamiento abusivo, hoy por hoy los refugios son una opción para dis-

minuir el riesgo inminente de perder la vida para cientos de mujeres y sus hijas e hijos.

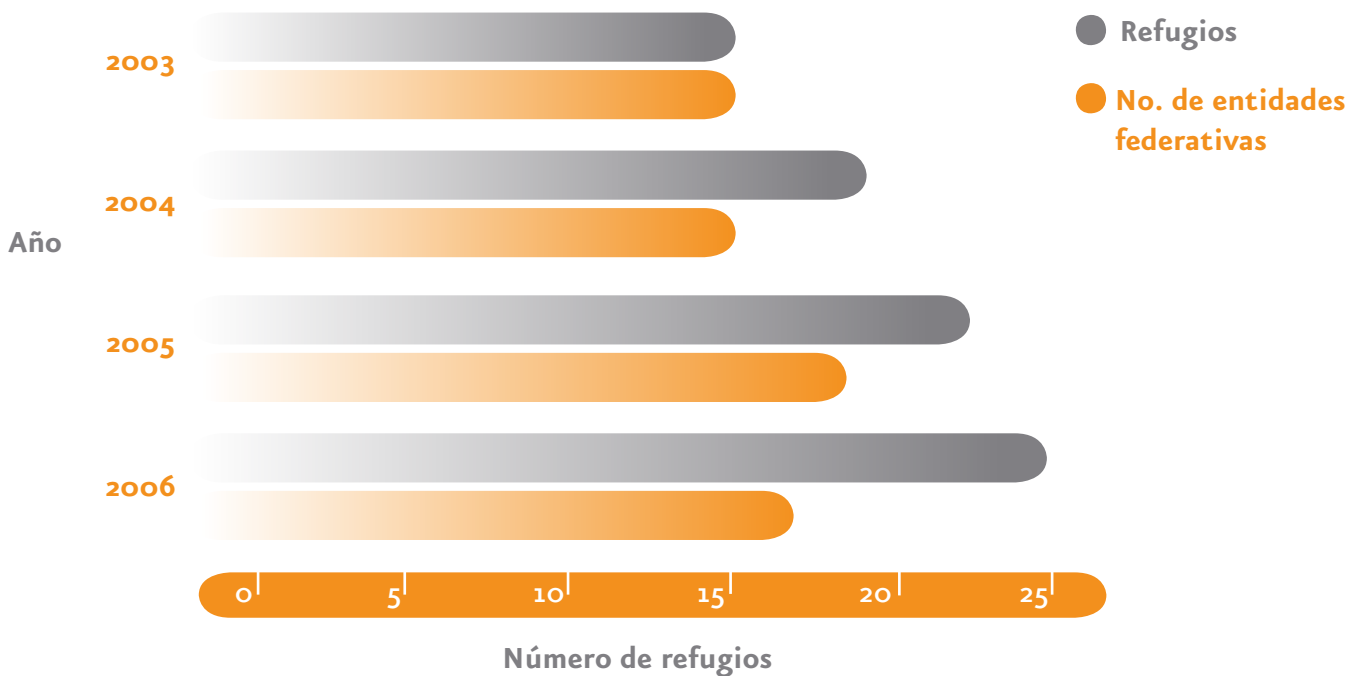
Aspectos cuantitativos generales

El Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de los Refugios tiene menos de cinco años de haberse creado. Durante ese tiempo se ha avanzado en un proceso paulatino para consolidar su acción en varias direcciones, es decir, se ha apuntalado la tarea de mantener subsidios que garanticen el funcionamiento y operación de los refugios establecidos; por otra parte, se ha considerado la profesionalización de los equipos de trabajo que desarrollan su labor de atención directa con mujeres y menores de edad en los refugios, también se han establecido lineamientos mínimos para garantizar calidad en los servicios a través de diversos mecanismos de seguimiento, como la asesoría, la supervisión y la rendición periódica de informes. A través de éstos se cuenta con algunos datos como referentes para el análisis y la reflexión sobre la operación de los refugios como instancias clave para la protección a las mujeres sus hijas e hijos. En este apartado se presentan algunos aspectos cuantitativos relacionados con los servicios que ofrecen los refugios.

La muestra abarca a 24 refugios que tienen o han tenido un convenio de concertación de acciones con el CNEGySR en varias entidades federativas, es decir, no son todos los refugios especializados en el país. Las fuentes de información consultadas proceden de los reportes anuales sobre refugios que se elaboran en la Dirección de Violencia Intrafamiliar, de los convenios de concertación con las organizaciones civiles y de informes técnicos que elaboraron los refugios en 2006.

Debido a la diversidad de procedimientos, controles y registros de cada organización, en 2006 se diseñó un formato de informe técnico con indicadores unificados para todos los refugios a partir de los Lineamientos de Operación de los Refugios contemplados en el convenio de concertación de acciones.

La figura 1 presenta el avance del Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios a partir de 2003, en el que por primera vez se otorga subsidio a los refugios que se encontraban funcionando en diversos estados de la República. El CNEGySR no determina el lugar en donde se instalan los refugios ni la entidad federativa, ello depende de factores externos que favorecen su creación, a saber, la disposición y experiencia de organismos civiles o instituciones públicas que presentan proyectos viables, o la suma de recursos humanos, materiales y financieros provenientes de distintos sectores con voluntad política y sensibilidad ante el tema.



Avance del Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios a partir de 2003. México

Figura 1

A través de procedimientos específicos se pueden referir usuarias desde diferentes entidades federativas. Incluso, cuando el nivel de riesgo es sumamente alto es recomendable su traslado a una entidad diferente en la cual habite el agresor, o bien pueden ser transferidas a otra localidad, con el fin de restablecer redes familiares o sociales que le brinden apoyo.

En el cuadro I se señala la tendencia de incremento de la capacidad física instalada de los refugios. Aunque se plantea que las mujeres tengan una estancia de 90 días, ellas pueden solicitar su egreso en cualquier momento, por lo que siempre hay posibilidad de recibir nuevos núcleos familiares.

Cuadro I

Capacidad física instalada en los refugios, por núcleos familiares. México, 2003-2006

Año	No. de refugios	No. de entidades federativas	Capacidad en núcleos familiares
2003	16	16	133
2004	19	16	182
2005	22	19	221
2006	24	18	213

En el cuadro II se registra la población que ingresó a los refugios durante el período 2003-2006; puede percibirse que la población desagregada por sexo se empezó a reportar apenas en 2006.

Los perfiles de ingreso se han ido especificando cada vez más, ya que al inicio del Proyecto no había filtros y valoraciones para determinar la pertinencia acerca de que una mujer fuera candidata para ingresar al refugio. De ahí que se observe en 2004 un número mayor de ingresos, aun cuando la capacidad instalada fue menor a la reportada en los años que precedieron.

Cuadro II

Ingreso a refugios. México, 2003-2006

Año	No. de refugios	No. de mujeres	No. de niños	No. de niñas	Total de población
2003	16	532	1 596		2 128
2004	19	1 319	2 184		3 503
2005	22	850	2 210		3 060
2006	24	934	858	885	2 677
Subtotal	-	3 635	7 733		11 368

En el Cuadro III se especifica el monto de los subsidios entregados a los refugios anualmente. El CNEGySR registra únicamente los recursos que les transfiere para su operación a través del convenio de concertación de acciones,¹³ por lo que cada uno puede realizar gestiones para obtener financiamiento complementario ante otras instituciones e instancias públicas y privadas a escala municipal, estatal y federal.

Cuadro III

Subsidios otorgados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a los refugios. México, 2003-2006

Año	No. de refugios	Total de subsidio \$
2003	16	33 807 702.20
2004	19	21 836 089.84
2005	22	29 789 000.00
2006	24	34 451 550.00
Total	-	119 884 342.04

A través de los datos obtenidos en 2006 se logra una aproximación a lo que significa ofrecer servicio de refugio y las atenciones que implica, es decir, población total, población desagregada, ingresos y egresos que permiten conocer la movilidad de usuarias y el número de atenciones otorgadas a la población refugiada, por áreas básicas de atención.

Las cifras representan un punto de partida para hacer una revisión analítica sobre la atención que se brinda en los refugios. Los datos son aún incipientes, pero pueden ser un referente para desarrollar líneas de investigación más específicas sobre éstos o para el análisis de aspectos sociodemográficos de la población usuaria de estos servicios, o bien para la construcción de indicadores cualitativos más representativos.

En el cuadro IV se encuentra reflejada la población que cada refugio acogió durante 2006.

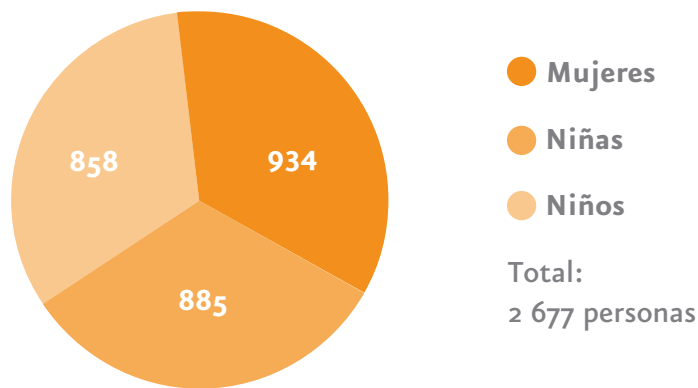
En la figura 2 sobre el total de población se identifica fácilmente que las hijas e hijos de las usuarias duplican al número de mujeres. Con ello se confirma que el promedio de hijos por mujer es mínimo de dos. Además, es un dato a considerar para establecer en los modelos de atención de los refugios programas específicos para menores de edad y abordar también integralmente su atención, pues las niñas y los niños están igualmente afectados por las experiencias traumáticas vividas en sus hogares. Es evidente que un porcentaje importante de ellos no sólo son testigos silenciosos de la violencia en casa, sino que en muchas ocasiones son sobrevivientes de la violencia física y sexual similar a la que han vivido sus madres.

Cuadro IV

Población en refugios. México, 2006

Refugio*	Mujeres	Niños	Niñas	Total
A	38	46	35	119
B	10	8	13	31
C	11	3	6	20
D	42	35	30	107
E	52	49	47	148
F	14	14	14	42
G	38	43	36	117
H	24	25	21	70
I	80	55	147	282
J	41	29	18	88
K	33	35	23	91
L	18	13	13	44
M	20	26	19	65
N	34	34	34	102
O	124	131	111	366
P	32	34	33	99
Q	13	17	8	38
R	12	7	6	25
S	154	122	126	402
T	44	44	49	137
U	45	37	51	133
V	15	9	17	41
W	27	30	17	74
X	13	12	11	36
TOTAL	934	858	885	2 677

* Por la naturaleza del Proyecto los nombres de los refugios y su ubicación se mantienen como un dato confidencial

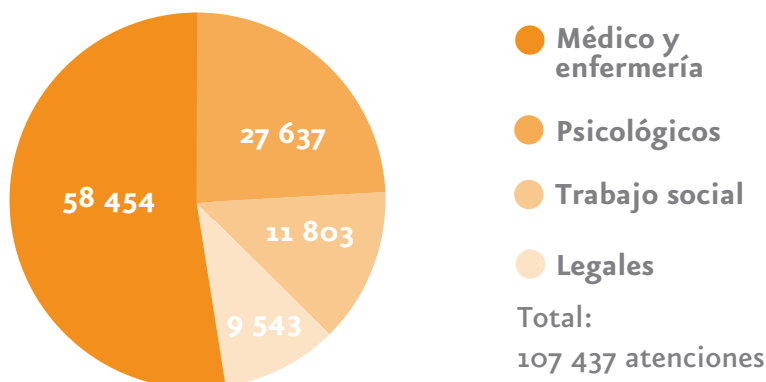


Población total en los 24 refugios. México, 2006

Figura 2

La relación entre el registro de ingresos y de egresos de personas (cuadro V) permite identificar que, por diversas razones, las mujeres no concluyen su estancia de tres meses. La cantidad de egresos implica una movilidad constante de la población, lo cual puede ser una línea de investigación para analizar esta variable y revisar su pertinencia a la luz de los modelos de atención propuestos.

La figura 3 muestra el número de atenciones por área y global; en la mayoría de los refugios se observó que las metas fueron rebasadas en más de 20%.



Número de atenciones, por área y global, otorgadas en los 24 refugios. México, 2006

Figura 3

Cuadro V

Ingresos y egresos de personas en refugios. México, 2006

Refugio	Ingresos (personas)	Egresos (personas) *
A	119	125
B	31	23
C	20	21
D	107	106
E	148	151
F	42	54
G	117	131
H	70	59
I	282	62
J	88	91
K	91	78
L	44	39
M	65	59
N	102	91
O	366	363
P	99	79
Q	38	37
R	25	24
S	402	303
T	137	132
U	133	135
V	41	45
W	74	66
X	36	34
TOTAL	2 677	2 308

* El excedente de egresos en este año se debe a que los registrados a finales de 2005 tuvieron una estancia que concluyó en los primeros meses de 2006

Atenciones psicológicas

El servicio de psicología es un área fundamental en el refugio, otorga terapia individual y grupal tanto a las mujeres adultas como a menores de edad. Es elemento clave para restablecer en las usuarias la autoestima, la confianza en sí mismas y propicia el empoderamiento, es decir, que éstas tomen decisiones, tengan autonomía, ejerzan sus derechos y se atrevan a romper el círculo de violencia.

El área informa que los tipos de violencia mayormente detectados en la población son la física, la psicoemocional, la sexual y la económica, y que la población total presenta síntomas de estrés postraumático. El número de sesiones varía para cada caso; en general, durante 2006, los 24 refugios tuvieron los siguientes promedios de sesiones terapéuticas:

Número de refugios	Promedio sesiones al mes por mujer	Número de refugios	Promedio sesiones al mes a menores
18	4 - 6	18	8
4	7 - 9	4	12
2	más de 10	2	15

Atenciones legales

El servicio de atención legal en los refugios está dirigido a dar asesoría sobre los procesos jurídicos a los cuales pueden recurrir las usuarias para solucionar su problemática o encontrar opciones que garanticen su protección o la de sus hijas e hijos. Las asesorías comprenden los ámbitos penal, civil o familiar. Por las condiciones emocionales que prevalecen en las mujeres que viven violencia (miedos, ansiedad, contradicción, indefensión, estrés) el recurso legal es el servicio que mayor resistencia tiene para ser solicitado por las usuarias, quienes perciben que éste será un proceso complicado, en el que la pareja va a reaccionar con mayor violencia y manifiesta miedo. Aun cuando es su derecho, las usuarias se desisten de ejercerlo.

Número de refugios	Promedio asesoría al mes a mujer
6	6
12	4
6	2

Además, entre otros obstáculos se encuentra la falta de documentos base de la acción: actas de nacimiento, de matrimonio, identificación oficial. Se agrega, además, la falta de celeridad en los procesos judiciales. Entre los asuntos que se inician con mayor frecuencia están los de derechos de guarda y custodia de menores de edad, la pensión alimenticia, los divorcios y las querrelas por violencia familiar.

Atenciones de trabajo social

La atención otorgada por el área de trabajo social se caracteriza por las diversas gestiones que desarrolla para brindar a las usuarias servicios, educativos, la coordinación con servicios de salud especializados, la gestión para encontrar opciones laborales y de capacitación, la búsqueda de vivienda y todos los acompañamientos a instituciones públicas o privadas que se requieran durante el proceso. La trabajadora social realiza los estudios socioeconómicos de las usuarias y se encarga de su inducción cuando éstas ingresan al refugio. Una dificultad persistente en la mayoría de los refugios es el subregistro de las atenciones; por ejemplo, en los informes y a través de las supervisiones se detectó que las trabajadoras sociales efectúan también la intervención en crisis, dan talleres, coordinan grupos de reflexión y son las encargadas del seguimiento posrefugio de las usuarias, sin que de todo esto haya un registro sistemático.

Atenciones médicas

El área médica vigila el cuidado a la salud en la población del refugio; está incluida la atención que brindan las enfermeras quienes se encargan de la administración de medicamentos, la toma de signos vitales, realizan talleres y dan pláticas informativas para la promoción

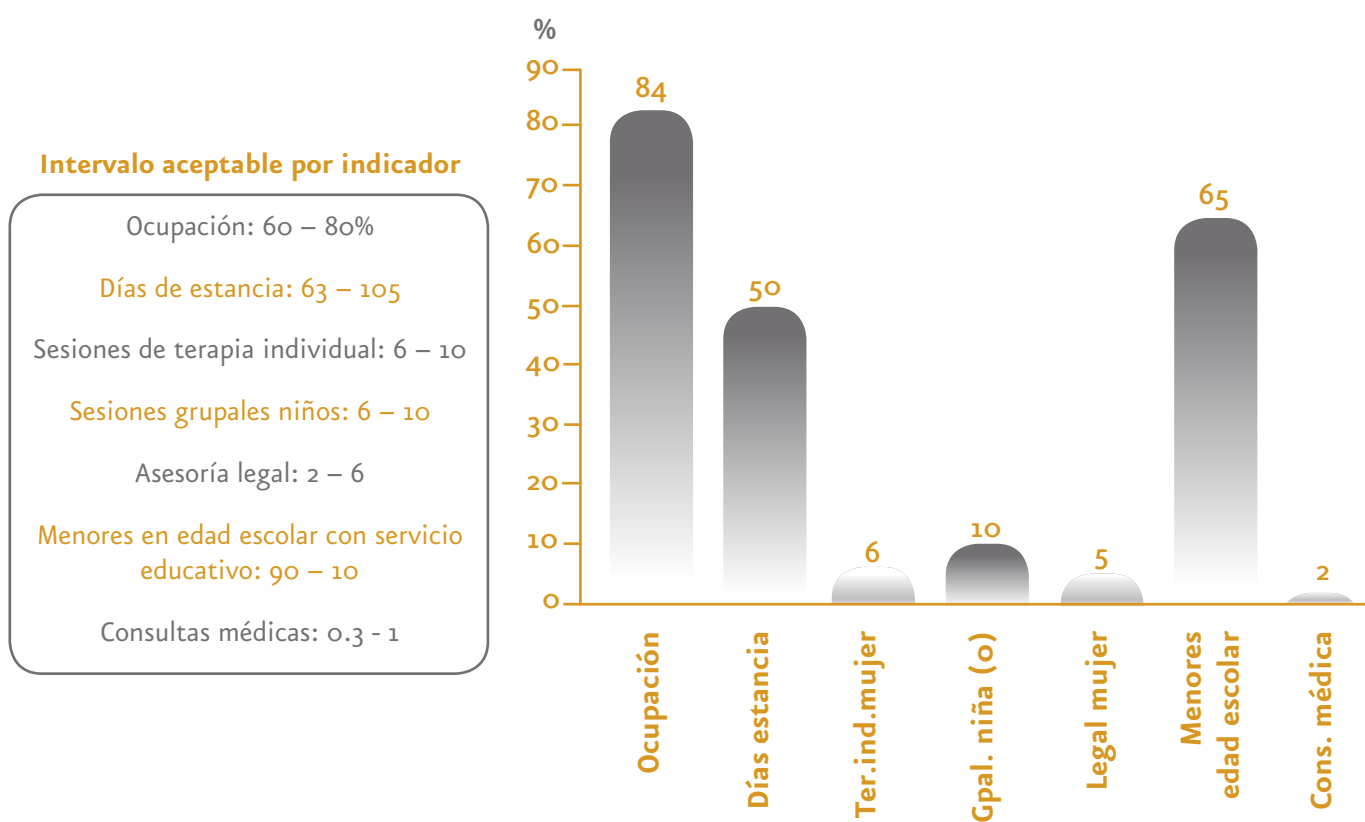


de la salud, proveen los primeros auxilios en casos de urgencias y hacen curaciones.

En la mayoría de los refugios los registros de las consultas médicas no se tenían desagregados de las atenciones de enfermería, pero por la referencia de acompañamientos externos del área se obtuvieron los promedios de consultas médicas otorgadas.

Entre las enfermedades reportadas con mayor frecuencia están las infecciones de tipo respiratorio, trastornos digestivos y del sistema nervioso, así como padecimientos ginecológicos. Los motivos de consulta más frecuentes son por trastornos ginecológicos, control prenatal, traumatismos y valoraciones psiquiátricas. Los partos son atendidos en el refugio. Se las acompaña a los servicios públicos de salud para estudios de laboratorio, esquemas de vacunación, y planificación familiar. Dentro de los obstáculos mayormente referidos por el área para brindar el servicio se ha manifestado el alto costo de los medicamentos, aun cuando se acuda a sistemas de asistencia social, y la falta de celeridad para obtener consultas pues los servicios públicos se encuentran permanentemente saturados.

Para concluir, se presenta la síntesis de algunos indicadores con los cuales se pueden relacionar las atenciones proporcionadas a las usuarias y las



Indicadores de desempeño de los refugios. México, 2006

Figura 4

condiciones en las que se ofrecen dichos servicios (figura 4).

Consideraciones finales

A pesar de los avances en la protección y atención a la violencia que viven las mujeres es necesario reconocer que aún se requiere fortalecer instancias especializadas como los refugios.

En cuanto a los datos presentados en este ejercicio se puede concluir que la mayoría de los refugios cubre, en general, los intervalos establecidos en los indicadores de desempeño; sin embargo, hay particularidades que requieren un acompañamiento y una supervisión más cercanos, pues los resultados que no alcanzan lo establecido pueden deberse a que existan registros inadecuados de los datos, o circunstancias que influyan de manera desfavorable en la calidad y frecuencia de los servicios brindados.

Es necesario impulsar líneas de investigación sobre aspectos socio-demográficos de las usuarias, así como construir un sistema de indicadores que permita evaluar a más largo plazo el impacto que tiene la atención otorgada en éstos en la vida de las mujeres que los llegan a utilizar. Es oportuno agregar que en los informes establecidos no se visualizan los logros, avances, recursos y potencialidades con las que egresan las usuarias.

Finalmente, se puede señalar que es imprescindible impulsar propuestas de vinculación y coordinación sectorial con las organizaciones civiles que trabajan el tema de la violencia y que ofrecen servicio de refugio, para reflexionar juntos acerca del papel que desempeñan estos espacios en la desarticulación de la violencia que lacera a las mujeres, y sobre la corresponsabilidad de todos los actores implicados en el desarrollo y fortalecimiento de los

refugios como alternativa de protección y atención para las mujeres y sus hijas e hijos.

En los últimos cuatro años han ingresado más de tres mil mujeres a estos refugios junto con sus hijas e hijos; en su momento estos seres humanos tuvieron un lugar donde sanar sus rostros lacerados, sus manos cortadas, sus piernas quemadas, sus cuerpos ultrajados; aprendieron a reconstruir sueños, a tener esperanzas, a vencer el miedo, a denunciar el abuso, a vivir con dignidad y a buscar un futuro con nuevas opciones de vida. Sin embargo, ¿cuántas mujeres en estos mismos años han perdido la vida a manos de sus agresores? Muy probablemente un gran número de ellas no contaron con una alternativa oportuna, ¿cuántas más no encontraron la puerta de un refugio?

Referencias

- 1 Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer CEDAW. 1981. Recomendación General No.19. Washington, DC: ONU; 1992.
- 2 Asamblea General de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing China, y Plataforma de Acción de Beijing. ONU, China, 1995.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D. C: OPS; 2003. Publicación científica y técnica No. 588.
- 4 Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.
- 5 Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud; 2003.
- 6 Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993. Washington, DC: ONU; 1993.
- 7 Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém Do Pará. Brasil: OEA; 1994.
- 8 Presidencia de la República. Diario Oficial de la Federación, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 2007.
- 9 Alberdi I, Matas N. Casas de acogida: ¿cómo surgieron? Revista Mujer contemporánea 2005; (63):20-27.
- 10 Red Nacional de Refugios. Disponible en: <http://www.refugiosparamujeres.org.mx/quees.html> [2007 octubre 5].
- 11 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190 SSA1 1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.
- 12 Secretaría de Salud. Proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios para Mujeres, sus Hijas e Hijos que Viven Violencia Familiar. Informe 2006. México, DF: Dirección de Violencia Intrafamiliar, CNEGySR, SSA; 2006.
- 13 Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos de operación de refugios. Anexo 1. Convenio de concertación de acciones 2007. México, DF: Secretaría de Salud; 2007: 2-3.

Páginas web cuya consulta se recomienda

<http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx>

http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

Abuso sexual infantil,

trastorno por estrés postraumático y abordaje terapéutico

Luisa Güido Williamson, M en C.1

1 Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México.

El abuso sexual infantil es un problema que ha existido desde épocas remotas; sin embargo, es hasta los años setenta del siglo XX cuando se comienza a hacer visible este problema social y de salud,¹ por lo que las investigaciones a este efecto son todavía escasas. Las cifras sobre abuso sexual no son exactas, se puede inferir que son más altas,² y no se tiene identificada la incidencia de factores etiológicos, pero sí se conocen las repercusiones si el abuso sexual fue perpetrado en los primeros años de vida de la víctima.³

Se conoce poco de los procesos subjetivos que ocurren en los sobrevivientes o, todavía más, en los perpetradores. El abuso sexual es un tema todavía tabú signado por una serie de prejuicios que entorpecen su detección oportuna y una adecuada intervención. Se está luchando por sobreponerse a los primeros estereotipos que significaron culpar a las víctimas del hecho. Los factores asociados a él apenas se están estudiando, y se ha recorrido un largo camino, desde la psicopatología hasta la postura de género, pasando por el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y diferentes enfoques terapéuticos.

El abuso sexual comprende haber sido víctima de una variedad de conductas sexuales que no siempre implican la penetración propiamente dicha, perpetradas las más de las veces por una persona habitualmente mayor al abusado. Ruth González Serratos define al abuso sexual infantil como “todo acto en que se involucra actividad sexual inapropiada para la edad de la o el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad o se le hace percibir que si lo relata provocará algo ‘malo’ a sí mismo, al perpetrador o a la familia. Dichos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y, en ocasiones, placer (para el abusado); sin embargo, este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la o el menor de edad. El abuso sexual incluye la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, el irrumpir su intimidad, besarla o besarlo como si fuera adulta o adulto, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal, genital, penetración digital, equiparada y por el pene, el exponer a al menor a la percepción de actos sexuales o conductas sugestivas, simulación de coito, prostitución y pornografía infantil”.⁴ De acuerdo con esta autora, el abuso sexual puede ocurrir en cualquier momento de la vida, y es en la niñez y en la adolescencia cuando se da con mayor frecuencia: 5.7 años es la edad promedio que se obtuvo con datos de la consulta del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual (PAIVSAS).

Las niñas presentan alrededor del doble de riesgo de abuso sexual en la infancia que los niños. Ramos-Lira y colaboradores mencionan que entre 17 y 38% de las mujeres y entre 1% y 30% de los varones notifican haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia.³

El estigma del abuso sexual puede dañar de por vida, y las consecuencias aparecen tanto a corto como a largo plazo; es por eso que en la literatura se propone el cambio de nombre de “víctimas” a “sobrevivientes”, ya que se considera que las conductas y efectos

Correspondencia

Maestra Luisa Güido Williamson. Homero 213, 3er. Piso, colonia Chapultepec Morales, 11570 México, DF.

Correo electrónico: lguido@salud.gob.mx



se relacionan con los esfuerzos para adaptarse al medio después del ataque.⁵

De entre las consecuencias más visibles de la experiencia traumática de la violencia sexual están el miedo al daño o a la muerte, ansiedad y depresión.⁶ A largo plazo, por lo menos 20% de sobrevivientes exhibe somatización, desajustes sexuales, baja autoestima, depresión, abuso de psicotrópicos y adicción a ellos, confusión de la identidad sexual e incluso contagio por el VIH. El abuso sexual en la infancia o adolescencia es un antecedente mórbido. Se calcula que más de 50% de las mujeres que padecen adicción etílica o consumo múltiple de psicotrópicos refiere haber sufrido abuso sexual en su infancia.⁶ Se cuestiona si el abuso sexual es un factor de riesgo para consumir drogas, o si el consumo de drogas propicia el cometer abuso sexual. Sin duda, es necesario continuar realizando estudios sobre este tema. Otros estudios señalan que entre las mujeres víctimas de incesto, y que son alcohólicas, se muestra la existencia de malas relaciones entre sus padres, dificultades sexuales, sentimientos de culpa e inicio en el consumo de alcohol a edad temprana.⁷ Por lo anterior, se estima que dicho antecedente se relaciona con la implicación de adolescentes en conductas de alto riesgo para la salud, poca capacidad para discri-

minar las señales de peligro e incluso dificultad para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso sexual, debido a la vulnerabilidad personal y relacional creada a partir de la experiencia traumática. Así, se postula que la violencia sexual induce a una predisposición a las adicciones como un mecanismo confrontador del suceso.⁶⁻⁸

En algunas mujeres se reporta trastorno por estrés postraumático, ideación e intentos suicidas, dependencia etílica y a otras sustancias nocivas, revictimización sexual y de maltrato por parte de la pareja, miedo al éxito y restricción de las habilidades sociales. Según algunos autores la víctima puede convertirse a su vez en perpetrador y continuar con patrones de abuso sexual. De acuerdo con Souza y Rochin "...una de cada cuatro mujeres... sufre en algún momento de su vida abuso sexual, lo cual incluye a menores de edad y a ancianas discapacitadas o confinadas en hospitales y casas de retiro. Asimismo, la revictimización ocurre 2.3 veces, en promedio, y el recidivismo de los ofensores, que es mayor a 50% de los casos, se incrementa cuando existe consumo de psicotrópicos y promueve o es concomitante de otros delitos, incluidos los sexuales...".⁷

Sin embargo, hay autores que difieren de este punto de vista. Ramos Lira y colaboradores³ en 1998 encontraron que cuando los hombres han sido víctimas de abuso sexual tienen mayor riesgo de convertirse en agresores, en comparación con las mujeres que han sido agredidas sexualmente, debido a su necesidad de exteriorizar la rabia interna y la hostilidad como formas de restablecer su masculinidad después de haber sido "mujerizados" (léase sometidos), lo que puede generar identificación con el agresor. Según estos autores, en un alto porcentaje de los agresores estudiados no existe este antecedente. Simplemente, se agrede porque existen la motivación, los medios y la oportunidad, en términos criminalísticos, pero también porque se está utilizando a la sexualidad como un medio para violentar y degradar a los niños y niñas.

En un trabajo acerca de intervención en abuso sexual a menores de edad se señala que éste produce alteración de la identidad y/o de niñas y niños, lo que lleva implícita la pérdida de los valores socialmente aceptados, por ejemplo, la 'honra sexual', la virginidad, en las mujeres, y en los hombres la dominación masculina que es parte fundamental del prestigio social.⁹

Ramos-Lira y colaboradores,³ haciendo una revisión de los escasos estudios realizados en México sobre abuso sexual, presentan el panorama estadístico al respecto (cuadro 1).

Cuadro I

Panorama estadístico sobre abuso sexual. México

Estudio	Población Fuente	Tipo de victimización	Relación con el agresor	Características de las víctimas	Comentarios
Ulloa, Trejo y Olamendi (1996)	Denuncias en agencias especializadas en delitos sexuales durante 1994 en el DF Violación 47% Abuso sexual 27% Tentativa de violación 6.3% Estupro 2.5%	Violación 47% Abuso sexual 27% Tentativa de violación 6.3% Estupro 2.5%	En 7 de cada 10 casos el agresor era conocido por la víctima; de éstos, casi 35% era un familiar. Uno de cada tres agresores familiares era el padre o el padrastro	Sexo: mujeres (90%) Edad: 0-6 (14%) 7-12 (14%) 13-17 (27%) 18-24 (23%)	La agresión sexual más frecuente en menores de 13 años de edad fue el abuso sexual (48% de las denuncias), seguida por la violación (53%). El 72% fueron niñas. Dos de tres agresiones a varones ocurrieron en estas edades
Vidrio (1991)	Delitos sexuales denunciados entre 1983 y 1985 en Guadalajara, Jalisco	Violaciones 569 Incestos 146 Atentados al pudor 343	En la violación 58%* de los agresores eran conocidos (vecinos 34%) o familiares (padrastro 23% y tío, 23%)	Sexo: mujeres (81%) Edad: 0 a 15 años (41%)	
Duarte y González (1994)	Casos de abuso sexual detectados en personas que acudieron a pedir apoyo a ONG (COVAC) en 1993	66 casos	El 97% de los agresores eran hombres. La relación era de consanguinidad en 62% de los casos, principalmente hermano (26%), padre-padrastro (23%) y tío (23%)	Sexo: mujeres (92%) Edad: 1-3 años (10%) 4-5 años (5%) 6-7 años (16%) 8-10 años (30%) 11-12 años (23%) 13-14 años (16%)	Son frecuentes las agresiones prolongadas; en 61.5% de los casos se extendió de meses a uno o más años
De la Garza et al (1995)	Casos de violación detectados en personas que acudieron a pedir apoyo a ONG (AVISE) entre octubre de 1990 y diciembre de 1991	122 casos	Todos los agresores fueron del sexo masculino; en 57.4% de los casos eran conocidos de la víctima. En casi 1 de cada 2 violaciones el agresor conocido fue un familiar	Sexo: mujeres (86%) Edad: 5-14 años (24%) 15-24 años (44%)	La agresión sexual más frecuente en menores de 13 años de edad fue el abuso sexual (48% de las denuncias), seguida por la violación (53%). El 72% fueron niñas. Dos de tres agresiones a varones ocurrieron en estas edades

COVAC: Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres; AVISE: Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual

* Porcentaje calculado en 268 casos analizados



De lo anterior se desprende que en un gran porcentaje de los casos estudiados el agresor era un conocido de la sobreviviente, ésta en su mayoría mujer de hasta 15 años de edad.

En las cifras obtenidas por el PAIVSAS, de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el género del agresor es mayoritariamente masculino (94%). En cuanto al género del sobreviviente se encontró una frecuencia mayor para el femenino (80%), y en menor proporción para los niños (20%). En cuanto a la relación de la víctima con el agresor se presenta con más frecuencia por parte del tío (18%), el primo (16%), el hermano mayor (13%), el padre (10%) y el padrastro (3%). Sólo en 6% el abuso sexual fue cometido por un desconocido, pero es importante resaltar que siempre hubo en esas historias sexuales un incidente de incesto, ya sea previo o posterior al ataque por el desconocido.⁴

El trastorno por estrés postraumático y su abordaje terapéutico

El elemento crítico que torna traumático a un suceso es la evaluación subjetiva de la víctima acerca de cuán desamparada o amenazada se ha sentido; es decir, al significado que el individuo le asigna al suceso y a sus consecuencias, lo cual es tan relevante como el evento traumático en sí mismo. Una vez que éste ha cesado, las interpretaciones acerca del significado que se le atribuyen son imprescindibles para la comprensión de la enfermedad.

La incapacidad de integrar la realidad con lo sufrido, conjuntamente con la reaparición fragmentaria del evento traumático a través de imágenes, comportamientos, sentimientos, estados psicológicos y alteraciones en el desenvolvimiento de las relaciones interpersonales, constituyen el eje central del trastorno por estrés postraumático (TEPT).¹⁰

Al respecto, Ramos-Lira y Saltijera¹¹ señalan a la violencia delictiva como un fenómeno que representa tanto una problemática social como un sufri-

miento individual, por lo que puede seguir diferentes trayectorias.

Se requiere de un trauma identificado que se pueda relacionar temporalmente con el inicio de los síntomas. Entender el trauma como la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica,¹⁰ es una tarea que implica una metodología compatible con la "objetividad" del mismo. Así, cualquier hecho grave de carácter amenazante exige un esfuerzo importante de afrontamiento, el cual se manifiesta en la víctima de distintas maneras, como pesadillas o reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otros. Esto puede dar lugar al TEPT, el cual se asocia al abuso sexual, y éste al consumo de drogas.

Para el diagnóstico del TEPT se consideran diversos criterios. El primero es la clasificación que se hace de los tipos de eventos traumáticos por los que una persona puede pasar.

En relación con el diagnóstico de TEPT el autor se basa en la descrip-

Cuadro II

Tipos de eventos traumáticos

Traumas del TIPO I (eventos traumáticos cortos e inesperados)

1. Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores
2. Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuentes
3. De duración limitada
4. Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y completos que los del Tipo II
5. Por lo general, conducen a síntomas típicos del TEPT, como son las ideas intrusivas, la evitación y la sobreexcitación
6. Tienen a ser reexperimentados
7. Generalmente se da una pronta recuperación, aunque en ocasiones pueden cronificarse
8. Ejemplos: ser víctima de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos graves, asaltos a mano armada o francotiradores

Traumas del TIPO II (factores estresantes ininterrumpidos y repetidos)

1. Traumas variables, múltiples, crónicos y de larga duración, repetidos y anticipados
2. Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre
3. Inicialmente, se presentan como factores estresantes del Tipo I, pero tienden a reaparecer
4. La víctima suele sentirse indefensa, atrapada e incapaz de defenderse
5. Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos y aislados -y disgregados- debido a la disociación; a medida que pasa el tiempo, la disociación se puede volver una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora
6. Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo; y además pueden estar acompañados por sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización
7. Generalmente conducen a problemas de carácter y trastornos de identidad de larga duración, y a problemas en las relaciones interpersonales, lo cual se manifiesta en un alejamiento de los demás, con una disminución en la capacidad afectiva y en la reactividad emocional
8. Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el aislamiento, el abandono de uno mismo y el consumo de drogas
9. Ejemplos de esta clase de incidentes serían el abuso sexual y físico continuo, malos tratos reiterados, guerras, tortura o secuestros con reclusiones prolongadas

ción de características según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Trastornos Relacionados con la Salud (CIE-10):¹²

- Surge como respuesta tardía a un evento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en un número mayoritario de personas.
- Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo: compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neu-

rótica pueden predisponer el padecimiento de la enfermedad, un descenso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.

- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de “entumecimiento” emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta, anhedonia y evitación de todo lo que evoca al trauma.

- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original.
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad o de depresión, y no son raras las ideaciones suicidas.
- El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante del cuadro.
- Comienza con un periodo de latencia luego del trauma, cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses.
- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.
- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- Se diagnostica si aparece dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de ese término es posible cuando sus manifestaciones clínicas son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes (vigilia) o de ensueños reiterados. Suelen estar el desapego emocional, el embotamiento afectivo y la evitación de estímulos relacionados con el trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico.

Otras características, divididas en síntomas, se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro III

Síntomas del trastorno por estrés postraumático

Síntomas de reexperimentación	Síntomas de evitación	Síntomas de hiperactivación autonómica
<ul style="list-style-type: none"> • Ideación intrusiva • Pesadillas traumáticas • Flashbacks • Distrés y reacciones psicológicas • Distrés psicológico provocado por estímulos asociados al trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de pensamientos, lugares, situaciones y personas que recuerden el trauma • Amnesia psicogénica relacionada con algunos recuerdos traumáticos • Disminución del interés • Sensación de aislamiento o disociación y de futuro desolador • Disminución del rango de afectos • Anestesia emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Irritabilidad • Dificultad para concentrarse • Hipervigilancia • Respuestas exageradas de sobresalto

La clasificación por sintomatología del TEPT se completa con la definición dinámica del proceso de información en un caso, encontrándose que se da de seis maneras distintas, a saber:

1. Los pacientes experimentan intrusiones persistentes o recuerdos relacionados con el trauma, los cuales interfieren en la concentración de las actividades cotidianas.

2. A veces se exponen, de manera compulsiva, a situaciones recordatorias del trauma.

3. Activamente intentan evitar los desencadenantes específicos de emociones relacionadas con el trauma o responden a los mismos con anestesia afectiva.

4. Pierden la habilidad para modular sus respuestas psicológicas respecto del estrés en general, lo que

lleva a una disminución de la capacidad para utilizar las señales del cuerpo como pautas para la acción.

5. Surgen problemas referidos a las posibilidades de mantener la atención, se distraen fácilmente y tienen dificultades para la discriminación de estímulos.

6. Presentan alteraciones en la identidad personal y en los mecanismos de defensa psicológicos. Esto cambia la consideración respecto a cuál información seleccionada resulta relevante o no.

Las consecuencias del padecimiento del TEPT pueden resumirse en los siguientes rasgos. Obsérvese que uno de ellos puede ser las adicciones.

1. Autorrecriminación.
2. Supuestos o creencias frustradas.
3. Alteraciones del humor.
4. Adicciones.
5. Comportamientos impulsivos.
6. Quejas somáticas.
7. Sobrecompensaciones.
8. Ansiedad de morir.
9. Compulsión a la repetición.
10. Automutilación.
11. Otras adicciones y conductas autodestructivas.
12. Alexitimia.
13. Cambios en la personalidad.

El tratar un abuso sexual asociado con el consumo de drogas requiere de una respuesta rápida, específica y eficaz. Al respecto, se proponen las terapias cognitivo conductuales, un enfoque también relativamente nuevo que puede coadyuvar a aliviar los síntomas causados por el TEPT en sobrevivientes de abuso sexual.

Las terapias cognitivo conductuales

Las terapias cognitivo conductuales (TCC) son un grupo de estrategias terapéuticas basadas en los supuestos teórico prácticos de las terapias conductuales y cognitivas. Se basan en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos, es decir, por la forma como la persona interpreta la situación traumática; por lo tanto, su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.³³

Las técnicas cognitivo conductuales enfocan las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no

toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

Beck¹⁴ supone que los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales, como la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos.³⁵ La triada cognitiva consiste en patrones cognitivos que controlan la ideación, una visión negativa de uno mismo, del futuro y del mundo. Los esquemas cognitivos llevan a los individuos a un filtrado sistemático por distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Su brevedad.
- Centrado en el presente, en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- La importancia de las tareas de autoayuda a realizarse entre sesiones.

Supuestos

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.

- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas) es central en el proceso de cambio.³³

Aunque las aproximaciones cognitivas y conductuales al tratamiento difieren en relación con el aspecto causal de la misma, es importante reconocer que existen similitudes. Los síntomas son considerados como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes. Consecuentemente, los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas o de enseñar otras que permitan un mejor ajuste de la persona en su relación con el medio ambiente. También, una característica común es que todos los tratamientos cognitivos y conductuales son estructurados y limitados en tiempo. Los principales tratamientos son:

1. Decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras.¹⁶ La meta de esta aproximación es enseñar a las personas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y para mantener esos cambios después de la terminación de la terapia. Se utiliza una gama amplia de estrategias conductuales y cognitivas como son la asertividad, el entrenamiento en relajación, la planeación diaria de actividades, la administración del tiempo y los procedimientos cognitivos que

permitan a la persona encarar más adaptativamente algunas situaciones aversivas.

2. Terapia cognitiva. Busca ayudar al paciente a identificar las ideas y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados, y a encontrar errores de estilo en el pensamiento. Las sesiones terapéuticas regularmente conjugan técnicas conductuales tales como programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras, entrenamiento asertivo, juego de roles, con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, inactividad y preocupación con ideas depresivas. Se insiste en que aquél reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca en examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

3. Terapia de autocontrol. Destaca la importancia del reforzamiento y el castigo autoadministrado. Consiste en sesiones en donde se le enseña a los sujetos habilidades como el automonitoreo, la autoevaluación y el autorreforzamiento.

Toda terapia de corto plazo debe

1. Comenzar con una fundamentación racional de los componentes a desarrollar y su planeación.
2. Aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.
3. Fomentar el uso independiente de esas habilidades con una estructura que también permita el desarrollo de otras habilidades, fuera del contexto de la terapia.
4. Estimularlo a que atribuya a su propio esfuerzo la mejora en su estado de ánimo y el incremento de su actividad y no sólo a la intervención del terapeuta.²

Agradecimientos

A la Dra. Luciana Ramos Lira, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, por el apoyo y la asesoría brindados para elaborar este trabajo.



Referencias

- 1 Finkelhor D. Child sexual abuse. New theory and research. Nueva York (NY): Free Press; 1984.
- 2 Hernández A. Abuso sexual infantil. Estudio elaborado en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".s/f.
- 3 Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro-Velázquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica Mex* 1998;40(3):221-33.
- 4 González-Serratos R, Pérez-Mendiola K. Propuesta de tratamiento en terapia de grupo para sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Hacia la Equidad en la Diferencia"; 1998 octubre 29.
- 5 González-Serratos R. Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. México, DF: El Colegio de México; 1995.
- 6 Martínez J, Souza M. Violencia sexual y adicciones: aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría* 2002;17(18): 44-55.
- 7 Souza M, Rochin G. Violencia sexual: re-victimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría* 1999;15(2):28-33.
- 8 Sánchez-Huesca R, Guisa-Cruz V, Ortiz-Encinas R, De León-Pantoja G. Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Salud Ment* 2002;25(3):42-50.
- 9 González-Serratos R, Meléndez-Zermeño Z. Intervención en abuso sexual a menores: una perspectiva de género. *Psiquiatría* 2001;17(3):81-4.
- 10 Cia AH. Trastorno por estrés posttraumático. Diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Imaginador; 2001.
- 11 Ramos-Lira L, Saltijeral T. El impacto emocional en las víctimas de la violencia. *An Inst Mex Psiquiatría* 1994.
- 12 Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. México, DF: Siglo XXI; 1998.
- 13 Beck J. Citado en: Morris Ch. Psicología. Un nuevo enfoque. México, DF: Prentice May; 1992.
- 14 Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York (NY): International University Press; 1976.
- 15 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva York (NY): Guilford Press; 1979.
- 16 Lewinsohn P, Sullivan J, Grosscup S. Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychoter Theory Res Practice* 1980;17:322-34.

Dra. Isabel Hernández Tezoquipa

(1953 - 2007)

El boletín *Género y Salud en Cifras* rinde un homenaje a la memoria de la doctora Isabel Hernández Tezoquipa, por sus aportes en el ámbito de la salud pública, tanto en el espacio académico -con su actividad docente-, como en el de la investigación -a partir de su compromiso con el desarrollo comunitario y, en especial, el de las mujeres indígenas y campesinas.

Su vida, ejemplo de trabajo y dedicación, es una lección de dignidad, pero además es una lección de resistencia a las múltiples formas de discriminación y desventaja que tuvo que enfrentar a lo largo de su trayectoria, tanto personal como profesional.

- Discriminación, por supuesto, por su origen étnico; en nuestro país pocos tenemos la oportunidad de llevar con orgullo y prestancia un apellido en lengua indígena, Isabel era Hernández TEZOQUIPA, y eso le acarrió más de una desventaja, pero ella llevaba su nombre como nuestras mujeres llevan el cántaro de agua, bien arriba en la cabeza y derechitas;
- Discriminación por haber elegido ser enfermera, profesión subordinada dentro del espacio de las profesiones de la salud dominado por la hegemonía médica;
- Discriminación dentro del espacio académico de la salud pública por haber elegido una Maestría en Salud Pública en vez de una Maestría en Ciencias y por elegir un doctorado en Barcelona, en vez de cualquiera en Estados Unidos de América o siquiera en Inglaterra y, por supuesto,
- Discriminación de género, discriminación por ser mujer, humano de segunda, como somos todas nosotras, desde el momento del nacimiento y hasta la muerte... todavía.

Pero Isabel luchó contra todas estas formas de discriminación y las venció; se forjó un carácter de resistencia particular en la rigurosidad del comportamiento y la exigencia académica; era exigente primero consigo misma y, por supuesto, con los demás, y lo pueden atestiguar sus alumnos, en especial sus tesis y sus colaboradores; pero también era generosa y eso me consta personalmente. Me acompaña la gratitud que por siempre le tendré a Isabel por la generosidad que mostró hacia mi persona, en el momento preciso, la forma apropiada y con toda delicadeza.

A la comunidad de la salud pública mexicana nos quedan sus trabajos, los alumnos que formó, pero sobre todo el recuerdo de su lucha persistente en contra de todas las formas de discriminación contra las mujeres, acompañada de su amplia sonrisa y su mirada profunda.



Aurora del Río Zolezzi, Maestra en Ciencias

Mi querida Isabel

Conocí a Isabel Hernández Tezoquiipa a finales de la década de los ochenta a través de un querido amigo cuando él y yo trabajábamos en una comunidad de la Mixteca Poblana que se encuentra en los límites geográficos de Morelos. Aquel sábado de 1988 mi amigo me dijo que iría con nosotros una mujer brillante y que pasaríamos por ella a su pueblo: Axochiapan. No sólo nos acompañó ella sino también su hijo, un niño de ojos hermosos y mirada profunda, como los de su madre.

Varios años después volví a coincidir con Isabel, ahora compartiendo el espacio laboral del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Ella regresaba de Barcelona en donde había realizado el doctorado en ciencias sociales y salud. A partir de entonces se inició nuestra amistad, compartiendo alegrías, dificultades y preocupaciones en el quehacer cotidiano. Esos años no fueron fáciles para ella, tenía que trabajar en su tesis doctoral, simultáneamente realizar múltiples tareas institucionales a la vez que criar a su hijo adolescente y el trabajo que desde años atrás realizaba con una organización civil de mujeres.

Una de las características de Isabel que siempre me llamó la atención fue la manera apasionada con la que presentaba y defendía sus argumentos. Su voz cristalina y fuerte se imponía en los debates y discusiones y muchas veces causaba inco-

modidad, sobre todo cuando se empeñaba en señalar las desigualdades de género, étnicas o las injusticias sociales presentes en México y en el mundo. Isabel me contaba que a ella le había dejado huellas muy profundas cuando era niña ver a su padre que regresaba de trabajar como peón agrícola en los campos de cultivo de Axochiapan, trabajar de sol a sol por un pago miserable. Isabel se sentía profundamente orgullosa de su madre, quien a pesar de haber sido huérfana, no haber podido ir a la escuela y por tanto no saber leer ni escribir, era una comerciante emprendedora y sumamente trabajadora en el mercado local de Axochiapan, y fue a través del enorme esfuerzo y del trabajo constante que hizo su madre como logró sacar adelante a la familia, de manera que Isabel y sus hermanos se convirtieron en profesionales. En la niñez, Isabel sufrió discriminación por sus raíces indígenas. Me decía que fue hasta la juventud cuando aprendió a valorar y a apreciar sus orígenes, de los que se sentía en la actualidad plena y orgullosa.

Estos hechos marcaron su vida y la convirtieron en una persona apasionada, comprometida y sensible ante las injusticias y desigualdades sociales.

Isabel fue una mujer congruente, unía el discurso y la práctica. De ahí que podía dentro de las aulas con los estudiantes de salud pública propiciar reflexiones y análisis de la causalidad social del proceso salud-enfermedad, o se le encontraba trabajando con mujeres de zonas marginadas con el objetivo de contribuir a mejorar su autoestima y asertividad. O bien se le podía encontrar participando en movimientos sociales más amplios comprometidos en la búsqueda de un mundo más justo.

El poema *Cuando muere una Lengua*, de Miguel León-Portilla, dice: “cuando muere una lengua todo lo que hay en el mundo, mares y ríos, animales y plantas, ni se piensan, ni pronuncian con atisbos y sonidos que no existen ya...”. Con la partida de mi querida amiga Isabel se nos ha ido su voz sonora y cristalina que ya no oiremos más. Es difícil creer que no veremos más su cuerpo fuerte, su porte aristocrático al caminar por los pasillos del INSP, escuchar sus clases, sus reflexiones y aportaciones. Pero aunque ella físicamente esté ausente permanece en nuestro corazón y es parte de nuestra memoria y por tanto sobrevive. Isabel nos dejó un legado y una inspiración: cuidarnos y querernos a nosotras mismas, pero al mismo tiempo comprometernos en la búsqueda de un mundo más justo.

Luz María Arenas Monreal, Doctora en Antropología.

Isabel o un encuentro con la vida

He sido un hombre que busca y aún lo sigo siendo,
pero ya no busco en las estrellas y en los libros,
sino en las enseñanzas de mi sangre.
Hermann Hess

¿Cómo iniciar a escribir sobre una gran mujer? ¿Cómo si son tantos los recuerdos y las emociones que fluyen en este instante? Trataré de que la contenta nostalgia sea la única que interfiera en el fluir de estas palabras. Isabel, como deseó que siempre la llamáramos, pero el prestigio de su trabajo como académica e investigadora se nos imponía (preferíamos el formal “doctora”), fue la mágica luz que iluminó el trabajo de la salud pública en nuestro paso por la maestría en la Escuela de Salud Pública de México.

El temor, al principio, de ser guiadas por ella en el trabajo comunitario de un grupo de estudiantes se fue mitigando conforme pasara el tiempo. Ese tiempo de ir y venir desde las aulas hasta el municipio de Axochiapan, su lugar de origen, por cierto. Su amado Axochiapan del que también nos hizo sentir orgullo, en donde dejamos risas, regaños, aprendizajes, llanto... jamás imaginamos regresar a Axochiapan al sepelio de Isabel... porque nos resultaba inmortal. Sin duda su huella y paso por esta vida lo es.

Y es que conocer a Isabel la persona, la madre, hija y hermana, no sólo la docente que cantaba en clase con sus alumnos (provocando desconcierto en algunos) fue un privilegio que sin duda agradecemos a la vida. Este paso por el mundo fue teñido por sus enseñanzas: “muchachas... la comunidad no es la misma de noche que de día”, frase que resultó después de ir de noche a una localidad donde los borrachines y perros daban rienda suelta a los impulsos de la existencia.

Le gustaba la música oaxaqueña... le gustaba cantar... las mujeres de las reuniones que se organizaban disfrutaban compartir con ella las entonaciones que guiaba. Isabel siempre luchó por la justicia social “muchachas ¿cuándo se acabará la pobreza en nuestro país? Solía cuestionar y activar nuestra reflexión en medio de un viaje en camioneta, donde solíamos bromear por cualquier motivo. Y sí, Isabel era una mujer fuerte y admirable, dura y estricta, sensible y justa.

Y ahora que comencé a escribir no sé cómo cerrar esta ola de emociones que se retienen en el llanto. Sin duda dejaré muchos pensamientos pendientes en este escribir. Me quedo con los abrazos cálidos, las sonrisas, las carcajadas, su ingenuidad ante nuestros comentarios de doble sentido y, sin duda, sus consejos para criar a mi pequeña Julieta... siempre abogando por las mujeres... por la lucha del empoderamiento.

Isabel... hasta tu muerte fue un aprendizaje. Regresaremos a Axochiapan cada enero... el devenir nos encontrará.

Nidia Sosa Delgado, Maestra en Salud Pública.

Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo

Rosario Valdez-Santiago, MA,⁽¹⁾ Luz Arenas-Monreal, MSP, Dra en Antropol,⁽¹⁾ Isabel Hernández-Tezoquiipa, Ph D Soc.⁽¹⁾

Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquiipa I.
Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo.
Salud Publica Mex 2004;46:56-63.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Explorar las experiencias de las parteras en la detección de mujeres maltratadas durante el embarazo, además de conocer los tipos de violencia que identifican con mayor facilidad. **Material y métodos.** Estudio cualitativo en donde se entrevistó, entre enero y septiembre de 2001, a 12 parteras que forman parte del grupo de parteras del Instituto Nacional de Antropología e Historia de Morelos, México. Se hizo una selección de aquellas que se ubicaban en Cuernavaca y sus alrededores. **Resultados.** Se reporta: a) el proceso de identificación de violencia realizado por las parteras en la atención prenatal, el cual se basa en un patrón de conductas y actitudes de las mujeres maltratadas tales como descuido en su persona, timidez y, sobre todo, una falta de control en las decisiones sobre el cuidado a su salud, lo cual permite a las parteras hacer preguntas directas sobre violencia; b) las violencias que identifican las parteras con mayor facilidad son la física y la emocional. La violencia sexual fue más difícil para su identificación de manera directa. **Conclusiones.** Incluir a las parteras dentro de los planes y programas para atender a la violencia intrafamiliar, debido a que su práctica permite una respuesta de apoyo directo a las mujeres maltratadas que lo solicitan. Se propone desarrollar estrategias de capacitación especializada para esta población que atiende a un sector importante de mujeres embarazadas en México. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras claves: parteras; embarazo; violencia doméstica; México

Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquiipa I.
The midwives' experiences in the identification of battered women in pregnancy.
Salud Publica Mex 2004;46:56-63.

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Abstract

Objective. To explore the experiences of midwives in the identification of battered women during pregnancy and to describe the types of violence they identify most easily. **Material and Methods.** A qualitative study was conducted between January and September 2001 among twelve midwives from a group of midwives ascribed to the Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH, National Institute of Anthropology and History), in Morelos, Mexico. Participants were selected from those living in Cuernavaca City and surrounding areas. **Results.** Study findings show that: a) the identification of battered pregnant women in prenatal care should be triggered by a pattern of behaviors and attitudes of battered women, such as being unkempt, shyness, and above all, poor control over decisions on their health care; b) physical and emotional violence were the most frequently types of violence identified by midwives during prenatal care visits. Sexual violence was more difficult to identify. **Conclusions.** It is necessary to incorporate midwives in the national plans and programs to prevent domestic violence. Midwives' practices provide opportunities to care for battered women. Specialized training strategies must be directed to midwives caring for pregnant women in Mexico. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: midwives; pregnancy; domestic violence; Mexico

Este trabajo recibió apoyo económico del programa de financiamiento del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México (2000).

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 23 de abril de 2003 • Fecha de aprobado: 20 de agosto de 2003

Solicitud de sobretiros: Rosario Valdez Santiago, Instituto Nacional de Salud Pública, Avenida Universidad 655, 2o piso cubículo 238 colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: rvaldez@insp.mx

salud pública de méxico / vol.46, no.1, enero-febrero de 2004

Artículo reproducido con la autorización de la revista *Salud Pública de México*.

Hoy en día, en el estado de Morelos, al igual que en otras zonas del país, las parteras juegan un papel importante en la atención de los nacimientos. Algunas de las razones para que esto suceda son: a) históricas: en Mesoamérica las parteras o comadronas jugaban un papel central en la atención y cuidados de las mujeres y los bebés en el momento del embarazo, parto y el puerperio. Este predominio continúa durante la mayor parte de la época colonial. Fue hasta la segunda mitad del siglo XVIII cuando la hegemonía de las parteras comenzó a perder terreno, entre otras razones porque se reglamentó su ejercicio y se subordinó su labor a los médicos titulados;¹⁻³ b) la existencia de un sistema mixto de atención a la salud, donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la medicina privada;⁴ c) la inaccesibilidad a los servicios de salud por parte de un importante sector de la población, por razones estructurales propias al sistema de salud institucional como por cuestiones culturales, tanto de la población que consulta como por la del equipo de salud. Es más, en algunas regiones aisladas y marginadas del país la medicina tradicional y doméstica son la única opción para la atención a la salud para un sector amplio de la población.⁵

Pese a su subordinación y marginación en la atención de los partos, en la actualidad sus servicios son demandados por miles de mujeres, tanto en zonas urbanas como rurales. Diversos estudios⁶⁻⁸ han documentado la importancia del papel de las parteras como agentes de salud comunitaria, en cuyo campo de acción interviene también la atención a otros aspectos de la salud reproductiva, como la planificación familiar y los cuidados materno- infantiles.

En estudios hechos en Morelos hace más de una década, aproximadamente 50% de las mujeres embarazadas del área rural eran atendidas por parteras.⁹ Estos datos son consistentes con un estudio anterior realizado en el ámbito nacional,¹⁰ en el que a partir de datos provenientes de localidades menores de 2 500 habitantes se calculó que las parteras atendían 63% de los nacimientos. En 1987, la Encuesta Nacional Fertilidad y Salud (Enfes) reportó que las parteras tradicionales atienden 44.5% de los nacimientos en comunidades de menos de 2 500 habitantes y 23.7% en comunidades mayores de 20 000 habitantes.¹¹

La violencia durante el embarazo y su impacto en la salud de la mujer y del bebé

La exploración del vínculo entre violencia y salud reproductiva ha sido escasa en nuestro medio, a pesar de las diferentes formas en que se expresa: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad

forzada –producto de la violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual–; todo lo anterior tiene un impacto directo en el aumento de la morbilidad-mortalidad materna.

La violencia doméstica durante el embarazo se comenzó a estudiar a finales de la década de los setenta y principios de la de los ochenta. Los estudios correspondientes se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados como Estados Unidos de América y Canadá; algunos informes¹² muestran una variación en la prevalencia que fluctúa entre 9% y 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada. Se ha documentado ampliamente que la violencia en contra de la mujer embarazada tiene efectos adversos en la salud de la madre y del bebé; por ejemplo, una agresión física o sexual que implique traumas abdominales puede provocar *abruptio placentae* –el cual, según el tiempo de gestación, podría llevar a la pérdida del embarazo–; la precipitación del parto o el nacimiento de un bebé de bajo peso.^{13,14} Otras consecuencias posibles de los traumas abdominales incluyen fracturas fetales, la ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto.¹⁵

Es importante considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo producen lesiones físicas; impactan, además, la salud mental de las mujeres. Esto afecta también a las embarazadas, quienes terminan padeciendo diferentes malestares emocionales como depresión, fatiga, apatía, insomnio y tristeza.¹⁶

En México, el estudio de la asociación entre violencia y el embarazo ha sido reciente. En el primer estudio se exploraron las características de la violencia y el impacto del maltrato durante el embarazo, y se identificó 33.5% de prevalencia entre las mujeres que acudieron al servicio de ginecobstetricia del Hospital Civil de Cuernavaca; la mayoría fueron maltratadas por sus parejas. Además, se demostró la asociación entre violencia durante el embarazo y efectos adversos en el parto, entre los que destacó el bajo peso al nacer, ya que los bebés de las mujeres maltratadas tuvieron una diferencia de peso de hasta 560 gramos, en comparación con los de las que no sufrieron maltrato.¹⁷

En otro estudio posterior se identificó una prevalencia de 24.6% de violencia durante el embarazo, y 24.4% en el año previo, entre mujeres que acudieron al control prenatal en los Servicios de Salud de Morelos (SSM) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tanto en la ciudad de Cuernavaca como en la de Cuautla. Sin embargo, cuando se observaron los datos de

prevalencia de las usuarias de los SSM, éstas tuvieron una prevalencia de violencia de 33% en comparación con 15% de las usuarias del IMSS.*

En México, al igual que en otros países de América Latina, la identificación del maltrato en mujeres embarazadas durante la atención prenatal no es un hecho frecuente.¹⁸⁻²⁰ Esto se debe, entre otras razones, a que aún no se reconoce a la violencia como un problema de salud pública que afecta también a las mujeres embarazadas y a sus hijos, por lo que no se ha incorporado a la historia clínica perinatal para así facilitar su identificación oportuna. Por otro lado, a pesar de la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención Médica de la Violencia Familiar",²¹ hasta el momento son pocas las entidades que han emprendido actividades dirigidas a su implantación. Esta situación de indefinición administrativa aunada a la falta de recursos económicos para llevar a cabo las actividades mínimas de difusión de la norma, tienen como resultado que el personal de salud desconozca la existencia de este importante instrumento.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue explorar las experiencias de las parteras en la detección de mujeres maltratadas durante el embarazo, además de conocer los tipos de violencia que identifican con mayor facilidad.

Material y métodos

A través de metodología cualitativa se llevaron a cabo 12 entrevistas semiestructuradas a parteras seleccionadas entre un grupo organizado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), delegación Morelos, el cual ha auspiciado varias investigaciones sobre las prácticas y recursos de las parteras en este estado.^{22,23} La selección se hizo a partir de un directorio que aglutina a 184 parteras de toda la entidad. Este directorio cuenta con la siguiente información: nombre, edad, dirección, teléfono (en algunos casos) y localidad de residencia de cada una de las integrantes.†

* Castro R, Valdez R, Arenas L, Ruiz A. Violencia contra mujeres embarazadas en Morelos (México): un estudio sociológico sobre prevalencia y severidad. 2001. En prensa.

† Las localidades incluidas en el directorio son Xochitepec, Santa María, Coatlán del Río, Temixco, Jiutepec, Cuernavaca, Ahuatepec, Tetela del Volcán, Zapata, Axochiapan, Mazatepec, Amacuzac, Acatlpa, Tlayacapan, Yautepec, Cuautla, Totolapa, Tepalcingo, Anenecuilco, Zacatepec, Tlaltizapán, Tlaquiltenango, Jojutla, Jonacatepec, Puente de Ixtla, Tlalnepantla, Huitzilac, Tepoztlán, Ocotepic y Ocuilco.

Se hizo una selección de aquellas que se ubicaban en Cuernavaca y sus alrededores. En todos los casos se hizo una visita al domicilio o llamada telefónica a las parteras para explicarles los objetivos del estudio, y si aceptaban participar, se concertaba una cita posterior. Las entrevistas se realizaron en sus casas o en las instalaciones del INAH, según lo dispusiera la informante.

El proceso de recolección de la información se realizó de enero a septiembre de 2001. En las entrevistas se buscó explorar las experiencias de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. El tiempo promedio de la entrevista fue de 1 h con 15 min. Además de las entrevistas se aplicó una cédula de información sociodemográfica y se incluyó un diario de campo. Se elaboró una guía de entrevista, la cual se fue adaptando durante el proceso de investigación. Se decidió suspender las entrevistas por haber alcanzado el punto de saturación teórica.

La recolección y análisis de la información incorporó las siguientes estrategias:

Todas las entrevistas fueron grabadas e inmediatamente transcritas para ser revisadas.

Se procesó cada entrevista para poder realizar el análisis con el apoyo del programa de cómputo *Ethnograph 4.0*.

Se realizó una codificación fina de cada una de las entrevistas; para ello se elaboró un listado de categorías analíticas.

Resultados

Se desarrollaron las siguientes categorías analíticas: a) proceso de identificación de las mujeres maltratadas en la atención; b) tipos de violencia que identifican las parteras; c) características de su práctica en la partería; d) respuesta ante la violencia; e) conocimiento acerca de la violencia; f) experiencias personales de violencia. Por razones de espacio, en este trabajo se abordan en profundidad las dos primeras y se retoman la d y la e.

En el cuadro I se presenta la información sociodemográfica de las parteras entrevistadas.

La identificación de la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo

Se exploraron aspectos relacionados con la identificación de embarazadas maltratadas, tal como la intencionalidad, es decir, si las parteras realizan preguntas dirigidas a la identificación de posibles casos de violencia; si ellas toman la iniciativa o no y las razones para hacerlo.

Un aspecto recurrente en las respuestas fue que la mayoría de las entrevistadas se ha enfrentado en su

salud pública de México / vol.46, no.1, enero-febrero de 2004

Cuadro I
DATOS GENERALES DE LAS PARTERAS ENTREVISTADAS.
MORELOS, MÉXICO, 2001

	Edad (años)	Estado civil	Número de hijos	Lugar donde trabaja en Morelos	Años de práctica
Partera 1	52	Separada	3	Xochitepec	26
Partera 2	69	Casada	8	Cuernavaca	46
Partera 3	41	Casada	4	Iliutepec	15
Partera 4	54	Viuda	5	Cuernavaca	30
Partera 5	60	Divorciada	10	Temixco	35
Partera 6	52	Casada	4	Cuernavaca	25
Partera 7	57	Viuda	2	Temixco	40
Partera 8	47	Casada	4	Iliutepec	24
Partera 9	58	Casada	4	Cuernavaca	31
Partera 10	71	Viuda	7	Cuernavaca	54
Partera 11	54	Casada	3	Atlacomulco	40
Partera 12	76	Viuda	7	Chamilpa	57

práctica a varios casos de mujeres maltratadas; la mayoría tuvo abundantes testimonios sobre mujeres maltratadas durante el embarazo. Ante la pregunta ¿sus pacientes le reportan ser maltratadas por sus parejas?, estas fueron algunas de las respuestas:

- Sí, sí me han tocado muchas mujeres cuando están embarazadas van conmigo y me platican sus problemas (Partera 3 Ln. 582-585).

-Sí, me vienen maltratadas ya embarazadas (Partera 4 Ln. 568-569).

-Sí, hay varias experiencias muy tristes (Partera 2 Ln. 392-393).

En general, en la atención se observaron dos tendencias respecto al proceso de identificación de mujeres maltratadas. En primer lugar, aquella en donde la partera no pregunta de manera directa sobre la violencia, por una incomodidad manifiesta, y la otra se refiere a la voluntad de las mujeres para hablar, es decir, tomar la iniciativa en la narración de sus experiencias de violencia; cabe señalar que esto fue lo más común entre las parteras entrevistadas.

La incomodidad para iniciar la indagación sobre la violencia

Las parteras mostraron una abierta incomodidad para tomar la iniciativa en la indagación sobre las experiencias de violencia entre sus pacientes. Este temor de verificar algo que se sospecha, como el maltrato a una

mujer embarazada, produce un sinnúmero de reacciones emocionales difíciles de manejar. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

- ¿Usted acostumbra preguntar sobre experiencias de violencia o maltrato en sus pacientes?

A mí no me gusta, porque bueno yo en primer lugar como que soy muy sensible, como que no acepto esa clase de maltratos, *no quiero darme cuenta de eso, sé que existe pero no quiero*, no lo acepto yo en mi persona, entonces yo no les pregunto. Si ellas inician la plática y quieren desahogarse tampoco yo las puedo callar y dejo que hable, que hablen todo lo que quieran, porque esa es una forma de desahogarse y pues ya si encuentro palabras como orientarlas o darles ánimo pues lo hago pero en una forma de no mezclarme en este tipo de problemas sino de buscar la forma en que ella reaccione, que recapacite y pues la ayudo. (Partera 2 Ln. 593-610).

En el testimonio anterior se expresa la intención de "ocultar" algo que se sabe que existe, que es común y afecta a un gran número de mujeres. Así, la partera reproduce una de las respuestas sociales más frecuentes ante la violencia doméstica, es decir, la *negación*, la cual se expresa a través del silencio alrededor de la violencia que viven las mujeres.

Además, la partera toma *distancia* entre ella y la mujer maltratada como una estrategia para no involucrarse, como si con ello se pudiera evitar su existencia. La reacción de la partera entrevistada se explica por la dificultad para manejar emocionalmente su reacción. Este aspecto del testimonio ilustra la necesidad de proporcionar al personal de salud las herramientas que les permitan contener sus propias emociones ante las narraciones o evidencias del maltrato en sus pacientes.

La voluntad de las mujeres de hablar de la violencia

A través de las narrativas de las parteras, se pudo apreciar las pocas limitaciones que tienen algunas mujeres para hablar de la violencia que viven, lo cual evidencia, en primer lugar, el nivel de confianza que tienen con la partera que las atiende. En segundo, la necesidad de las propias mujeres de ser escuchadas. Una partera señaló: "Ellas vienen y nos lo dicen". Los siguientes testimonios profundizan en lo anterior:

Sin preguntarles a veces empiezan a decir y a veces con eso, mire, se componen (Partera 9 Ln. 339-340).

- ¿Cómo ha identificado mujeres maltratadas en su consulta?

- Vienen golpeadas, llorosas, llegan desveladas, muy deprimidas y pues empiezan a platicar... En otras ocasiones pues se da una cuenta porque llegan golpeadas, llorosas quejándose con uno... (Partera 12 300-308).

En otros casos, las parteras informaron llevar a cabo preguntas explícitas para identificar posibles situaciones de violencia en sus pacientes, sobre todo cuando tienen sospechas; éstas pueden ser la presencia de viejas lesiones físicas como moretones, nariz chueca, ojos morados, o por la actitud de la mujer de timidez y miedo.

Varias parteras señalaron algunas de las características que delatan a las mujeres maltratadas: la timidez, ser miedosas, incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado a su salud y un descuido visible en su apariencia. Estas señales permiten preguntar de manera directa. El siguiente testimonio ilustra este aspecto:

-¿Cómo ha identificado mujeres maltratadas en su consulta?

-Pues a veces porque son cohibidas, como que tienen miedo de verla a una de frente, como que esconden ese miedo, sienten que la va a ver uno así diferente, entonces les digo ¿te maltrata tu esposo? ¿Te golpea? ¿Pasa algo con él?

-Dime, yo te voy a ayudar, si está en mis manos yo te ayudo. Primero la confianza para que ellas puedan sacar todo lo que traigan; encima, yo también fui maltratada y no quiero que haya más mujeres así. Entonces cuando yo les empiezo a platicar algo de lo mío, así ya se sueltan (Partera 12 Ln.618-638).

Es importante observar la estrategia de la partera para identificar señales que, sabe, están relacionadas con el maltrato a la mujer; además, se pone de manifiesto su sensibilidad para dar confianza, brindar apoyo y hablar de su propia experiencia, lo cual le abre las puertas para enfrentar de manera directa la violencia que sufren las mujeres. La partera, a partir de su conocimiento empírico, pone en juego todo lo que el personal especializado ha señalado como los pasos a seguir para realizar un adecuado proceso de identificación, el cual incluye observar señales de alarma, preguntar de manera directa sobre la violencia, brindar apoyo y hacerle ver a la mujer que la violencia es algo común para muchas mujeres.

Otra partera señaló la observación de ciertos síntomas que le permiten suponer que la mujer está siendo maltratada, y entonces pregunta directamente. Este es su testimonio:

¿Cómo identifica usted a mujeres maltratadas en su consulta?

Pues a veces que le sube la presión, que hacen coraje, que traen un dolor y luego ahí les empiezo a preguntar, y me dicen: hice coraje, me peleé con mi marido, y ya de por ahí sale. Por eso se da una cuenta, porque en el momento les sube la presión, están llorando, se sienten mal (Partera 9, Ln. 324-334).

El testimonio anterior revela cómo la experiencia de la partera le permite asociar ciertos síntomas con la violencia que sufren las mujeres, manifestando un manejo de las repercusiones de la misma en el bienestar de la embarazada. Esto se expresa mediante la presencia de un malestar generalizado que se expresa en la elevación de la presión arterial y un dolor difuso que la partera identifica claramente como consecuencia del enojo ocasionado en la mujer por su marido.

Tipos de violencia que identifican las parteras

En todos los casos, la violencia más evidente fue la de tipo físico. En varias ocasiones las parteras señalaron haber visto a sus pacientes con lesiones visibles en diferentes grados de intensidad, las cuales incluyen equimosis en cara y cuerpo, equimosis en el vientre ya avanzado el embarazo, cortaduras de machetazos en brazos y manos, labios reventados, párpados edematizados y con equimosis y costillas fracturadas.

Conviene mencionar que la violencia física identificada por las parteras varió en términos de severidad, es decir, identifican, tanto casos de violencia "leve", cuyas lesiones más frecuentes son las equimosis y contusiones en diferentes partes del cuerpo, como casos de violencia "severa", considerada así por el grado de peligrosidad de las lesiones infligidas en contra de la mujer. Los testimonios en los que se involucró formas de violencia severa fueron frecuentes en la narrativa de varias de las parteras entrevistadas.

Una de ellas narró el caso que más le ha impactado en su experiencia, y es el siguiente testimonio que se refiere a una mujer que tuvo un trabajo de parto prematuro como consecuencia de la golpiza que su marido le propinó en el tercer trimestre del embarazo:

-Me llamó una vecina que fuera a ver a la señora que se quejaba de muchos dolores, pero que ella no tenía todavía el tiempo para el parto normal. - Yo le dije- dígame que venga, aquí la voy a checar. - No- doña es que no puede caminar, la golpeó su esposo. - Estaba la pobre con el ojo cerrado, la boca bien inflamada, bien moreteada. Le dije a la señora- ¿qué le pasó?, - Es que llegó (el marido) y me pegó. Me dijo que no le servía ya como mujer, que yo nada más servía cuando no estaba embarazada.- La chequé, le dije que el bebé ya iba a nacer,

salud pública de México / vol.46, no.1, enero-febrero de 2004

pero yo no quería atenderla porque tenía hemorragia. Me dijo- atiéndame usted. - No- le dije -. Este parto viene mal.

La chequé y el niño no se le movía muy bien. Tenía la presión (arterial) muy alta. Yo le expliqué- usted puede tener una convulsión y que hacemos aquí. Mejor vamos, mejor yo la llevo al hospital.

-Tengo miedo- me dijo.

-No, yo la voy a acompañar.

La llevé al hospital, le expliqué al doctor: "mire a la señora la golpearon, está embarazada pero no está a término y ya tiene contracciones".

-¡Qué barbaridad! Esta señora está muy golpeada- me dijo el doctor. Le tomaron una radiografía, tenía fracturada una costilla, tenía una pierna luxada. Estaba muy mal.

La señora dijo que el marido le había dado de patadas en el vientre. Tenía el vientre todo morado.

En el hospital el bebé nació con fractura de su hombrito, le pusieron una férula y se compuso el bebé. Nació de muy bajo peso, sobre todo el bebé lloraba mucho, a pesar de comer, lloraba mucho (Partera 9 Ln. 1137-1269).

Este testimonio pone en evidencia la severidad de la violencia que algunas mujeres experimentan durante el embarazo, la cual se caracteriza por golpes y patadas dirigidas al abdomen. Otro aspecto a considerar es el nivel de control que el hombre ejerce sobre el cuerpo de la mujer, dicho deseo se ve limitado ante la presencia *del otro* ocupando el espacio y el cuerpo de la mujer "que le pertenece". Esta imposibilidad de *uso* sexual de *su* mujer es lo que le produce una profunda rabia y acomete directamente en contra del vientre visiblemente preñado.

El tipo de violencia como la anterior pone en evidencia el nivel de vulnerabilidad de una mujer embarazada ante un ataque de esta magnitud, tal como lo ilustran las lesiones infligidas en su contra: la fractura y la luxación. Sobre todo, la precipitación prematura del parto, la hemorragia y la pre-eclampsia, que ponen en riesgo su vida y la del bebé. El testimonio también ilustra el impacto de la violencia en el bebé en gestación como el bajo peso al nacer y las fracturas fatales.

Respecto al reconocimiento de otros tipos de violencia en la práctica de las parteras, la violencia verbal es una experiencia común entre las mujeres embarazadas. Las riñas y peleas con el marido son reportadas a las parteras por las mujeres con regularidad. En el caso de la violencia sexual, la mayoría de las parteras dejan que sean las propias mujeres quienes hablen de este tipo de experiencias pues lo consideran muy delicado para abordarlo de manera directa. Algunas de ellas comentaron que sus pacientes les in-

salud pública de México / vol.46, no.1, enero-febrero de 2004

forman que los maridos las acosan sexualmente durante el embarazo o en el puerperio.

Otra experiencia común en las parteras fue la identificación de casos de mujeres violadas, tanto las que son abusadas por sus parejas como aquellas que son violadas por desconocidos y, como consecuencia, la mujer queda embarazada.

Discusión

Es importante resaltar algunos de los hallazgos más sobresalientes del estudio. En primer lugar, la familiaridad de las parteras con la violencia que viven de manera cotidiana las mujeres embarazadas, lo cual arroja luz sobre las circunstancias y condiciones en las que se presenta la violencia hacia las mujeres embarazadas, y cuyos primeros datos generales habían sido reportados por los estudios de prevalencia.^{17,*}

Además, es importante hacer una comparación entre la experiencia de las parteras y lo comunicado por los médicos del primer nivel de atención del municipio de Cuernavaca en un estudio anterior;¹⁹ en dicho estudio los médicos señalaron que en su opinión la violencia durante el embarazo era una situación poco frecuente en la población que atienden, pues sus experiencias en la identificación de mujeres embarazadas maltratadas eran escasas. Esta discrepancia entre ambos pone de manifiesto diferencias sustanciales entre ambas prácticas; por ejemplo, los distintos conceptos de atención a la salud, el tipo de interacción entre quién atiende y quién consulta, la definición de su campo de intervención, por mencionar las más importantes. En el caso de las parteras ellas están insertas en el mismo contexto cultural y geográfico de las mujeres que atienden, su relación está definida más horizontalmente y, por lo tanto, existe menos distancia entre una y otra. Esta es una diferencia sustancial en comparación con la relación médico-paciente en el escenario institucional.[‡]

Las parteras, si bien no preguntan rutinariamente de manera directa, sí responden ante la confesión de las mujeres que sufren violencia, ya sea: a) a través de una escucha atenta que les permite a las mujeres hablar *hasta que quieran* de su problema,

* Castro R, Valdez R, Arenas L, Ruiz A. Violencia contra mujeres embarazadas en Morelos (México): un estudio sociológico sobre prevalencia y severidad. 2001. En prensa.

‡ Para profundizar en este aspecto se puede consultar Cao Laura. Entre parteras y médicos. Diálogos sobre atención a la salud. Asociación Mexicana de Población. México, en *Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos*. Fundación MacArthur/ Asociación Mexicana de Población, México, 1998: 193-222.

proporcionando algún consejo de qué hacer; b) atendiendo su malestar físico o emocional a través de diferentes intervenciones como masajes o sobadas, infusiones para los nervios, y c) como acompañantes a diferentes instancias para que reciban atención donde pueden pedir apoyo para resolver su problema de violencia.* Esta respuesta de las parteras es consistente con lo reportado por González (1998) en una comunidad indígena del estado de Puebla.¹⁸

Otro aspecto a resaltar desde la experiencia de las parteras se refiere a las *señales no físicas* de la violencia que algunas identificaron en las mujeres maltratadas, como la timidez, ser miedosas, incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado a su salud y un descuido visible en su apariencia. Estas características también fueron reportadas por algunos médicos del primer nivel de atención; sin embargo, es importante profundizar en la asociación de la violencia doméstica con el descuido de la salud de las mujeres. Si bien en la mayoría de los estudios sobre violencia y salud se resalta el impacto de la violencia en términos de lesiones físicas, una forma de impacto poco reconocida, pero con serias consecuencias, se refiere a la imposibilidad de las mujeres maltratadas de tomar decisiones sobre el cuidado para su salud. Este dato es de suma importancia para el personal de salud, tanto médicos como parteras, que atienden a mujeres maltratadas embarazadas, ya que debe ser tomado en cuenta para la identificación de la violencia y no ser malinterpretado como un simple *descuido*. Por otro lado, esta reacción de la mujer maltratada refleja el impacto de la violencia en su *psique* y su cuerpo, hecho que ha sido documentado en la literatura especializada, la cual señala las alteraciones cognitivas como consecuencia de la violencia, entre las que resalta la pérdida de noción del peligro en la cual se encuentran.²⁴

Para finalizar, llama la atención la abundancia de testimonios de mujeres que fueron golpeadas en el abdomen en un estado avanzado del embarazo. Este aspecto ha sido reportado, tanto en el ámbito nacional como internacional. En México, en 1990, en un estudio a población abierta, se reportó que 20% de las mujeres maltratadas había experimentado golpes en el vientre estando embarazadas.²⁵ En el ámbito internacional Bohn, en 1990, ha señalado que la violencia es más frecuente y severa durante el embarazo, y con mayor frecuencia dirigida al abdomen.²⁶

Con base en lo anterior proponemos las siguientes recomendaciones a partir de los resultados del

estudio. En primer lugar, es urgente incluir a las parteras dentro de los planes y programas para atender a la violencia familiar desde el sector salud, debido a que la práctica de las parteras va más allá de atender a las embarazadas.

Por otro lado, la mayoría de las parteras entrevistadas expresó interés en conocer más sobre violencia, sus repercusiones en la salud y, sobre todo, cómo poder ayudar a las mujeres que demandan su apoyo y solicitan sus consejos. En este sentido, se propone diseñar un manual y un programa de capacitación sobre la materia, especialmente diseñado para las parteras, tal como se hizo en el caso del personal de salud oficial.²⁷

Agradecimientos

En primer lugar, un especial agradecimiento a las parteras que amablemente decidieron participar en el estudio. Su disposición fue una vez más evidente en el momento de la entrevista. A la maestra Margarita Avilés (INAH- Morelos) por haber facilitado el contacto con las que conforman el grupo de parteras del Jardín Etnobotánico con el cual lleva trabajando más de 10 años. A la maestra Laura Badillo, por su apoyo en la realización de algunas entrevistas. A Elsa Avilés, quien apoyó en la transcripción de las mismas. Finalmente, al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, del Colegio de México, por su confianza y apoyo; sin este respaldo el trabajo no hubiera sido posible.

Referencias

1. Agostoni C. Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato. En: Cano G, Valenzuela GJ, coords. Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX. México, DF: PUEG -Porrúa, 2001:71-95.
2. Dávalos M. El ocaso de las parteras. Cuicuilco Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia 1996;2(6):197-200.
3. Quezada N. Enfermedad y maleficio. 2da edición. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México /Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2000.
4. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/ Universidad Autónoma Metropolitana, 1992:97-114.
5. Campos-Navarro R. Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa. En: Campos- Navarro R, comp. La antropología médica en México. México, DF: Instituto Mora/ Universidad Autónoma Metropolitana, 1992:186-210.
6. Cao-Romero L. Papel de la partería para una maternidad sin riesgos en México: ¿tradición o profesión? En: Elú MC, Santos- Pruneda E, ed. Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. México: Fondo

* Este aspecto se aborda en otro documento derivado de la misma investigación.

- de Población de las Naciones Unidas/ Population Council, 1999, vol 1:195-205.
7. Cosminsky S. La atención del parto y la antropología médica. En: Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. México, DF: Instituto Mora/ Universidad Autónoma Metropolitana, 1992: vol II 139-160.
8. Ortega-Canto J, Hoil-Santos J, Lendecky-Grajales A. Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco. En: Tuñón PE, coord. Género y salud en el sureste de México. México, DF: ECOSUR/Consejo Estatal de Población de Chiapas, 1999; vol 2: 424-445.
9. Castañeda X. Embarazo, parto y puerperio: conceptos y practicas de las parteras en el estado de Morelos. Salud Publica Mex 1992;34: 528-532.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta de Programas IMSS-COMPLAMAR y la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984.
11. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987. México, DF: Secretaría de Salud, 1989.
12. Gazmararian IA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 1996;24(275):1915-1920.
13. Bullock L, McFarlane J. The birth weight battering connection. Am J Nurs 1989;89(9):1153-1155.
14. Pearlman CA, Tintinalli J, Lorenz R. Blunt trauma during pregnancy. N Engl J Med 1990; vol 323 (23):1609-1613.
15. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1994;170(6):1760-1766.
16. Moreno RA. Mujer, embarazo y violencia. Síndrome de abuso en mujeres embarazadas. Rev Colombiana Obstet Ginecol 1996;47(2): 87-91.
17. Valdez R, Sanin LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex 1996;38(5):1-11.
18. González S. La violencia doméstica y sus repercusiones en la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla). En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México, DF. Fundación McArthur / Asociación Mexicana de Población, 1998:17-54.
19. Valdez R. Respuesta del personal médico en la atención de mujeres maltratadas durante el embarazo: el caso de la consulta prenatal en los Centros de Salud de Cuernavaca, Morelos. En: Torres M, ed. Violencia contra las mujeres en diferentes contextos culturales. México, DF: El Colegio de México, 2003.
20. Arcos E, Molina I, Repossi A, Uarac M, Ritter P, Arias L. Prevalencia y perfil de violencia doméstica en mujeres embarazadas. Rev Mujer Salud 2000;2:4-11.
21. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. (NOM-190-SSA1-1999), Mexico DF: Diario Oficial de la Federación 8 de marzo, 2000.
22. Avilés M. Medicina tradicional: plantas empleadas por parteras empíricas del estado de Morelos (Tesis de licenciatura en biología). Cuernavaca, Morelos: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 1985.
23. Marcos S, Avilés M. Entre la medicina y la tradición: las parteras de Morelos. En: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Maternidad sin riesgos en Morelos. México, DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1996:115-129.
24. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud mental 1998;21(6):1-10.
25. Valdez R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microrregión de Ciudad Netzahualcóyotl. En: Aun la luna a veces tiene miedo... México, DF: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica, 1992:35-49
26. Bohn DK. Domestic violence and pregnancy. Implications for practice. J Nurs Midwifery 1990;35(2):86-98.
27. Elú MC, Santos E, Valdez R, Arenas L, Castro R, Rivera M et al. Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México, DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2000:34.

Maternidad y paternidad responsables

Proyecto para el incremento de cobertura de aceptantes posevento obstétrico y planificación familiar en adolescentes

Ma de Lourdes Martínez Staines, Dra,¹ José Manuel Ríos Velasco, Dr.¹

¹ Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes.

La adolescencia es un estadio de integración y elaboración de experiencias vividas, en el que se inicia la transformación corporal hacia la madurez física y ocurre una serie de cambios intelectuales, emocionales y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la población de 10 a 19 años de edad,¹ periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.

Es una época de rápidos cambios donde el desarrollo físico es una parte del proceso y el adolescente afronta una amplia gama de requerimientos psicosociales al encarar una compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución como ser humano. Las y los adolescentes en México aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones, con una contribución relativa de alrededor de 22%. Según el Consejo Nacional de Población su tasa de crecimiento se ubicó por encima de 4% anual en la década de los 60, para posteriormente descender progresivamente.²

Su exposición a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, ingesta inadecuada de alimentos y sedentarismo determinan problemas en su edad, así como la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas del adulto, que afectan a las personas con el paso del tiempo. Desde el punto de vista médico y social el embarazo en la adolescencia se considera como una situación de riesgo³ para la salud y el desarrollo personal de la madre, de su hijo o hija y de su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son por embarazos no planeados y, probablemente, no deseados. Aun cuando los y las adolescentes tienen

Correspondencia

Dra. Ma de Lourdes Martínez Staines.

Margil de Jesús No. 1501, Fracc. Arboledas 20020 Aguascalientes, Aguascalientes.

Correo electrónico: drhelkimer29@yahoo.com.mx

información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, sólo la mitad de jóvenes sexualmente activos utiliza algún tipo de anticonceptivo. Por otra parte, la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo etáreo. Para poder aprovechar el momento histórico que vive el país, en el cual un gran porcentaje de su población es joven con potencial de desarrollo social y económico, es indispensable que se aumente la edad para el primer embarazo, que se incremente el intervalo intergenésico, que se amplíe la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente y que se promuevan de manera decidida los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, en general, y de adolescentes, en particular.³⁻⁴

En el estado de Aguascalientes 1 de cada 4 nacimientos ocurre en madres adolescentes, 2 de cada 10 embarazos de alto riesgo pertenecen a adolescentes, 4 de cada 10 de éstos aceptan un método de planificación familiar luego de la resolución del evento obstétrico, sea éste parto normal o aborto, primera causa de egreso hospitalario en mujeres de entre 10 y 19 años de edad en unidades médicas de la Secretaría de Salud. Por tal motivo el Departamento de Salud Reproductiva, del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA), implementó el proyecto de Paternidad y Maternidad Responsables para adolescentes, el cual incluye la vivencia en el cuidado de bebés simuladores (*baby think it over*),⁵ la capacitación en salud sexual y reproductiva, asesoramiento psicológico y canalización a unidades de salud y de atención especializada para adolescentes, buscando trascender tanto en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal de las adolescentes, disminución del impacto social y académico generado por el abandono del estudio al presentarse un embarazo no planeado, así como en los siguientes indicadores de impacto:

- Disminuir el embarazo y el número de nacimientos en adolescentes.
- Incrementar el número de aceptantes posevento obstétrico.
- Incrementar usuarias y usuarios de nuevos de métodos de planificación familiar.
- Incrementar usuarias y usuarios activos de métodos de planificación familiar.
- Disminuir las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Disminuir los abortos en adolescentes.

Objetivo general

- Implementar para adolescentes acciones específicas de apoyo, atención, orientación y consejería en salud reproductiva.

Objetivos específicos

- Fortalecer el área de desarrollo humano y promover el proyecto de vida en adolescentes, garantizándoles un óptimo acceso a la información y a





la orientación –consejería en rubros como maternidad y paternidad sin riesgo, planificación familiar, aborto, ITS-, fomentando en adolescentes actitudes y conductas sexuales responsables, garantizándoles acceso a servicios de calidad en cuanto a orientación y atención de su salud sexual y reproductiva.

- Fomentar entre adolescentes los valores necesarios para posponer relaciones sexuales o, en su caso, ejercitar una conducta sexual responsable y sin riesgo.

Estrategias y líneas de acción

En el periodo de agosto a diciembre de 2005, hubo promoción, educación y difusión con la vivencia de bebés simuladores, así como capacitación de adolescentes de educación secundaria por personal de psicología en temas como sexualidad humana, derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar, ITS y embarazo en adolescentes.

Metas

- Capacitar a 351 adolescentes en el cuidado del recién nacido (bebés simuladores), y en salud sexual y reproductiva, durante el desarrollo del proyecto.
- Modificar los indicadores de impacto seleccionados.

Capacitación y adiestramiento

Las actividades de capacitación y adiestramiento se dirigen a progenitores y adolescentes. Se informa a las madres y a los padres de familia sobre la finalidad del proyecto. Previas sesiones informativa y de adiestramiento, se forman grupos de 25 a 30 adolescentes; se entregan bebés simuladores a la madre, padre, tutor o tutora de aquéllos, dos veces por semana, durante dos días -que incluyen un fin de semana-. Se dan números de teléfonos por si ocurre alguna urgencia, y se recaba la información de la computadora del bebé simulador para hacer la evaluación de la experiencia. Además, hay sesiones de retroalimentación y se dan nuevos contenidos informativos durante una hora diaria (cuatro horas) por grupo.

Evaluación y registro de actividades

- Las actividades en atención a la salud que se desarrollaron en unidades médicas y módulos de atención especializada para adolescentes se registraron en el Sistema de Información en Salud (SIS).
- El registro de las actividades, llevado por los psicólogos, se complementó con reportes asentados en formatos anexos, los que fueron concentrados en la coordinación general del programa, cada semana (Subdirección de Servicios Médicos del ISEA).

Resultados

Se capacitó a 1 438 adolescentes, 799 mujeres y 639 hombres del tercer año de secundaria, en los temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar, ITS y embarazo en adolescentes.

De los alumnos capacitados, 396 mujeres y 110 hombres tuvieron la experiencia de cuidar un bebé simulador.

Entre los padres, 98% afirmó que fue benéfico que su hijo o hija utilizara el bebé simulador, 93% consideró que su hijo o hija tiene una idea más realista acerca de la paternidad, 96% creyó que la utilización del bebé estimuló conversaciones provechosas entre los padres y su hijo o hija, 89% de los padres haría que otro de sus hijos utilizara el bebé, mientras que 11% no contestó -porque no tiene más hijos en casa-, 96% recomendaría esta experiencia a otros padres, 94% dijo que su hijo o hija puede tomar decisiones más conscientes acerca de la paternidad y la maternidad ahora que ya han practicado con el bebé y 91% pensó que ésta puede ser una experiencia decisiva para disuadir a su hijo o hija adolescente de procrear a edad temprana.

En el cuadro I se muestran las consecuencias de la experiencia de adolescentes que participaron en el proyecto, recogidas durante las sesiones de retroalimentación.

Conclusiones

1. El proyecto de maternidad y paternidad responsables promueve la conciencia de las implicaciones de aquéllas en la adolescencia, mediante el manejo individual especializado de la vivencia provocada por la experiencia maternal y paternal simuladas.
2. La conducta sexual responsable es cimentada a través de impartir y enlazar la información objetiva a las situaciones que la población adolescente actual enfrenta para apuntalar la toma adecuada de decisiones.
3. Cada adolescente es sensibilizado en todas las áreas inmediatas de su entorno, así como en su propia personalidad, ya que es confrontado experimentando las consecuencias directas de la paternidad en su presente. Se percibe con presiones, obligaciones y limitaciones económicas, familiares y académicas que le reflejan su inmadurez emocional y le permiten proyectar importantes detrimentos en su desarrollo personal.



Cuadro 1

Resultados de la vivencia por área. Proyecto Maternidad y Paternidad Responsables Aguascalientes, Aguascalientes, México, 2005

Afectiva	Social	Cognitiva	Física
<p>Confrontación con la ineficacia en el manejo de las emociones</p> <p>Apego a su estilo de vida</p> <p>Empatía con los padres</p> <p>Aumento del estrés</p> <p>Manifestación de emociones y sentimientos tales como: vergüenza, enojo, frustración, preocupación</p>	<p>Rechazo social Impacto de la presión social</p> <p>Insuficiencia económica</p> <p>Falta de preparación profesional</p> <p>Incumplimiento académico</p> <p>Incumplimiento de obligaciones familiares</p>	<p>Desconcentración y disminución en el rendimiento académico</p> <p>Necesidad tomar decisiones independientes, basadas en información científica y confiable</p>	<p>Cansancio general</p> <p>Alteración del sueño</p> <p>Disminución de actividades físicas</p> <p>Alteración de los horarios en la ingesta de alimentos</p>

Comentario final

Sin duda alguna existen múltiples formas de educar al o a la adolescente en el contexto social. Esta es una manera de cambiar el antiguo esquema de transmitir la información a una juventud que cada día se encuentra más cerca de la tecnología y de la modernización. Seguiremos trabajando en pro de la salud, la educación y el desarrollo de nuestra sociedad.

Referencias

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
- 2 Celis-De la Rosa A. La salud de adolescentes en cifras. Salud Publica Mex 2003;45(Supl 1):S153-S166.
- 3 Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Med Mex 2003;139(Supl 1):S23-S28. Disponible en: www.medigraphic.com/espanol/htm/e-gaceta/em-gm.htm
- 4 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar (modificada). México, DF: Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2004.
- 5 Libro para el cuidado del bebé. Disponible en: www.realityworks.com/RealCare_Baby_Care_Book_SP.pdf

Recomendaciones tras la lectura del trabajo sobre maternidad y paternidad responsables

Indudablemente que el de adolescentes es un grupo vulnerable y requiere de toda la atención del personal de salud. En el área de salud reproductiva reconocemos que la población adolescente requiere de orientación y consejería; aunque recibe mucha información, ésta está fragmentada.

La Organización Mundial de la Salud ha evaluado programas dirigidos a adolescentes en los cuales se ha demostrado que los que reciben información, orientación y consejería en sexualidad, posponen el inicio de las relaciones sexuales, cambian sus hábitos y disminuyen riesgos reproductivos.

A continuación hago las siguientes observaciones:

El objetivo general y específicos señalan acciones que llevaron a cabo para apoyo, atención, orientación y consejería en salud reproductiva. Sin embargo, en los resultados yo esperaba encontrar, además de las características del grupo estudiado, qué tanto aprendió el grupo de adolescentes sobre la salud reproductiva. Así, los resultados que presentan sólo corresponden a las respuestas que proporcionaron los padres.

Respecto a metodología, para futuros estudios seleccionen un tamaño de muestra, aleatorizándola entre diferentes escuelas secundarias, hagan la medición basal en cuanto a conocimiento, actitud y práctica (brecha CAP) de planificación familiar y, de manera aleatoria, formen dos grupos: uno con intervención y otro sin, y después comparen resultados para medir el impacto de esa intervención.

La otra alternativa sería realizar un estudio en las adolescentes embarazadas para estimar si después de la intervención se incrementa la cobertura de aceptantes en planificación familiar posevento obstétrico, y medir tiempo de uso de métodos anticonceptivos, porque pueden aceptar el método, pero ¿cuánto tiempo lo utilizarán? es la variable más importante.

¡Ánimo! Es un muy buen comienzo. Este trabajo hace patente su entusiasmo y compromiso con la prestación de servicios de salud de manera creativa.

Gloria Alma Alvarado Zaldívar, M en C.

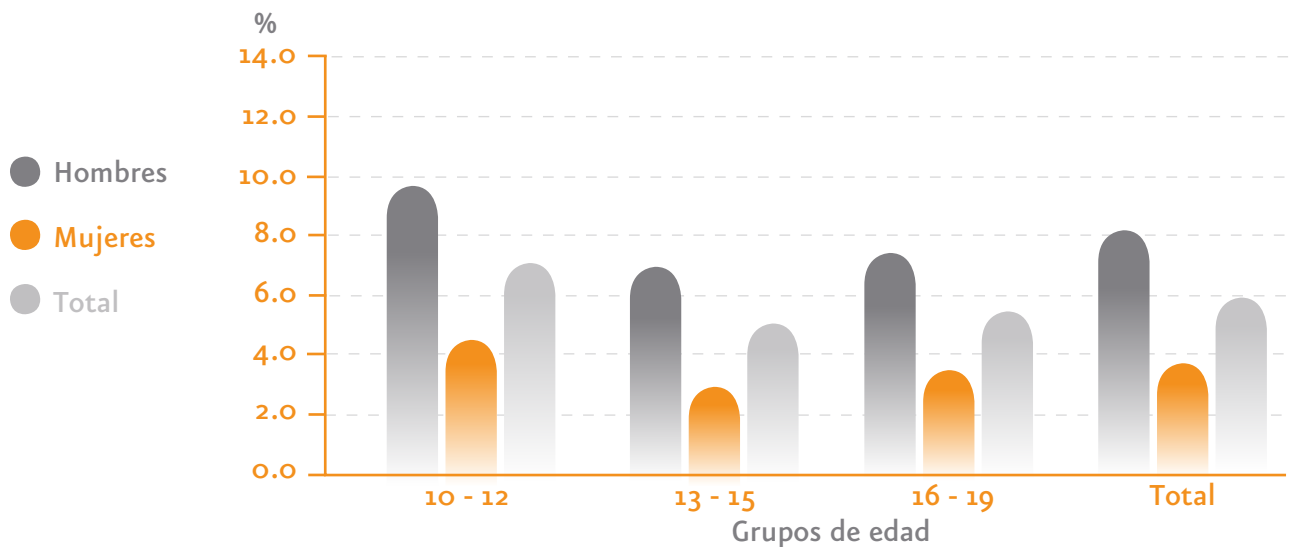
Coordinadora de Diplomados y Maestrías en Ciencias de la Salud
Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango
Carretera a Mazatlán S/N
34000 Durango, Durango.

Distribución porcentual de adolescentes que sufrieron daños a su salud por algún accidente en el último año, por grupo de edad y sexo

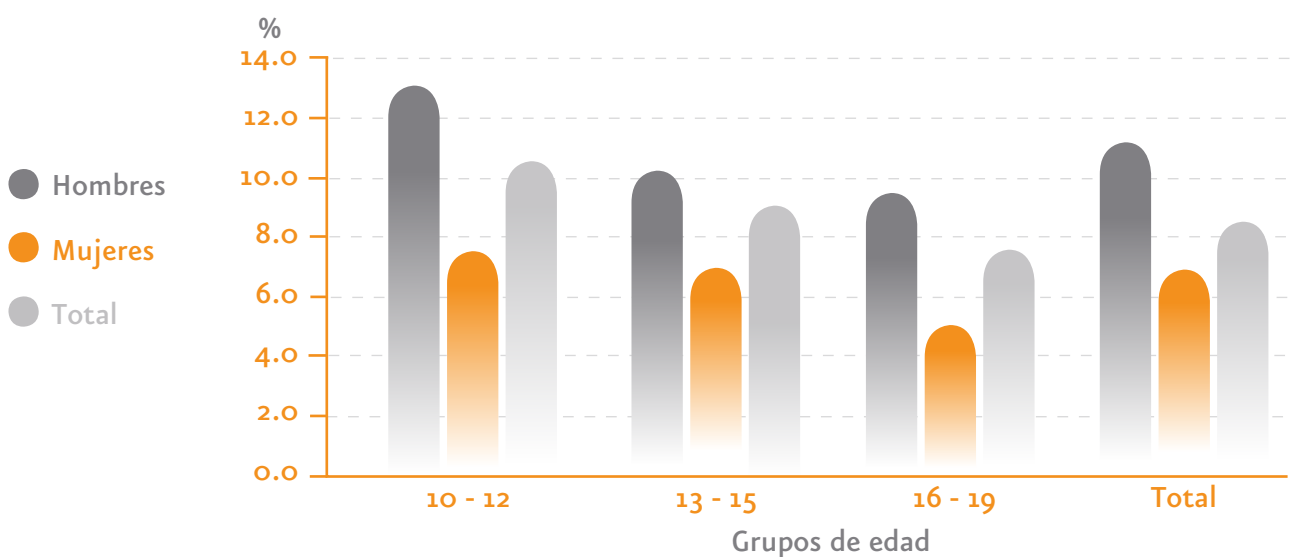
La prevalencia de accidentes en el año previo a la encuesta entre los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad aumentó al pasar de 6%, según resultados de la ENSA 2000, a 8.8% en 2006, según la ENSANUT. Se observa incremento en la prevalencia tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres esta proporción creció, en promedio, de 3.9% en 2000 a 6.6% en 2006. En los hombres los porcentajes crecieron de 8.1% a 10.9%.

Los accidentes en adolescentes registran su mayor frecuencia entre los hombres de 10 a 12 años de edad, intervalo en el que la prevalencia pasó de 9.9% en 2000 a 13% en 2006.

Encuesta Nacional de Salud 2000 - ENSA. México



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 - ENSANUT. México



Notigénero

NOVIEMBRE

XIII Congreso Latinoamericano de Diabetes y VII Congreso Cubano de Diabetes

Lugar y fecha: Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba, del 12 al 16 de noviembre de 2007.

Informes: Prof. Antonio M. Márquez Guillén.

Presidente del Comité Organizador ALAD 2007.

Teléfono: (537) 832114. Fax: (537) 333417.

Correo electrónico: alad2007@infomed.sld.cu; jlangp@infomed.sld.cu; amarquez@infomed.sld.cu

Web: <http://alad2007.sld.cu>

VIII Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Lugar y fecha: Punta del Este, Maldonado, Uruguay, del 18 al 21 de noviembre de 2007.

Lugar: Conrad Resort & Casino.

Teléfono: +598 (2) 408-1015.

Fax: +598 (2) 408-2951.

Correo electrónico: andrea.puppi@personas.com.uy

Web: <http://www.mcti2007.com/paginas/bienvenida.htm>

Contacto: Sra. Irma Puppi.

DICIEMBRE

IV Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Toxicología. Por una nueva concepción de la toxicología latinoamericana

Lugar y fecha: Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba, del 4 al 7 de diciembre de 2007.

Contacto: Dra. Mirta Núñez Gudas.

Especialista en Bioquímica Clínica - Webmaster - Infomed.

Calle 27 No. 110 e/ M y N. Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.

Teléfono: (5-37) 55-3968. Horario de atención 8:00 a 4:30p.m.

Más Información: Lic. Zósima López Ruiz, organizadora profesional del Congreso.

Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba.

Teléfonos: (537) 208 5199 / 202 6011 al 19 extensión 1510.

Fax: (537) 202 8382.

Correo electrónico: zosima@palco.cu

Web: <http://www.cpalco.com>

Convocatoria para participar en el envío de ponencias

II CONGRESO NACIONAL Los estudios de género de los hombres en México: caminos andados y nuevos retos

14, 15 y 16 de febrero de 2008 / Universidad Autónoma de la Ciudad de México / México, Distrito Federal

Objetivos

1. Reflexionar críticamente en torno a los hombres y su condición genérica en diversos campos de estudio.
2. Analizar el impacto de las masculinidades en las condiciones de bienestar/malestar individual y colectivo.
3. Compartir conocimiento y experiencias en el diseño y aplicación de tecnología educativa con los hombres en campos como la salud sexual y reproductiva, la violencia, la mortalidad, la identidad, la intimidad, y el VIH/Sida, entre otros.

Áreas de interés

Reflexiones teóricas y trabajos de investigación aplicada.

- Reflexión crítica acerca del estado actual del conocimiento en (temática abierta).

- Las masculinidades y su impacto en las condiciones de bienestar/malestar individual y colectivo.

- Masculinidades, vulnerabilidad y VIH/Sida.

Tecnología educativa y trabajos de intervención con varones.

Presentación de experiencias de participación comunitaria y trabajos de intervención con varones para la reflexión, la acción y el cambio de conductas.

Tesis concluidas o en proceso

Se convoca también a la presentación de TESIS

DE GRADO, en cualquier temática relacionada con los estudios de los hombres desde una perspectiva de género.

BASES

1. Se dará prioridad a las ponencias que ofrezcan miradas novedosas y críticas en el campo de los estudios de las masculinidades.

2) Las ponencias o tesis de grado pueden ser de cualquier temática, siempre y cuando estén relacionadas con los estudios de género de los hombres, y pueden ser presentadas por investigadores/as, instituciones, ONG, estudiantes (de cualquier grado), firmada por una/o o varias/os autoras/es.

3. Extensión máxima para resumen de ponencia: 150 palabras en letra Arial, 12 puntos.

4. Las tesis pueden ser de cualquier grado académico y deberá enviarse el texto completo.

5. Fecha límite de recepción: 10 de diciembre de 2007.

Envío de resúmenes y tesis al secretario de la AMEGH, Eloy Rivas.

Correo electrónico: eloy_rivas@hotmail.com