

# GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

Volumen 6 • No. 3

Septiembre - Diciembre 2008



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**

## **Presentación**

Dra. Aurora del Río Zolezzi

## **Dilemas y contradicciones en las prácticas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en un reclusorio de mujeres del Distrito Federal**

Mtra. Martha María López Ramos

## **Sanciones a las condiciones de vida de jóvenes y niñas madres que viven en la calle y sus repercusiones en su salud mental**

Dra. Azucena Hernández Ordoñez

## **Aspectos antropológicos sobre SIDA y embarazo en zonas indígenas de Michoacán con migración pendular**

Dr. Daniel Hernández Rosete

## **Para Descifrar**

## **NotiGénero**



**Vivir Mejor**

# DIRECTORIO

## SECRETARÍA DE SALUD

### BOLETÍN • GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

#### SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

#### SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

#### SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Maki Esther Domínguez Ortiz

#### CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

#### COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Luis Botello Lonngi

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Javier Idrovo Velandia

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Cecilia Robledo Vera

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Rafaela Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

#### SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Robledo Vera

#### *Diseño gráfico y editorial:*

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

#### *Impresión offset:*

Ediciones Corunda, S.A. de C.V., Tlaxcala 17, Col. Barrio San Francisco, C.P. 10500, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir el 31 de mayo de 2009.

El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 – 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-062612483500-01

#### *Comentarios y correspondencia:*

crobledov@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales

11570, México, D.F.

Tel: 01 (55) 52 63 91 00, extensión 3078

#### *Consulta en línea:*

<http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx>

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud. Indizada en la base de datos Periódica, del Centro de Información Científica y Humanística (CICHH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex –Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal–. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores.

En este número del Boletín Género y Salud en Cifras se presentan tres trabajos sobre aspectos de la salud estrechamente vinculados a los roles y representaciones de género en poblaciones que –por diversas razones– se encuentran en situación de alta vulnerabilidad, el primero de ellos aborda aspectos de salud sexual y prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres que viven en reclusión en el Distrito Federal; el segundo, se refiere a la sanción social hacia el embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes que viven en situación de calle y las repercusiones sobre su salud mental; mientras que el tercero trata sobre los aspectos antropológicos vinculados al embarazo y la infección por VIH/SIDA en áreas indígenas caracterizadas por procesos de migración pendular.

Los tres trabajos se realizaron con metodologías cualitativas, lo que puede llamar la atención de los lectores porque no encontrarán muchas, si acaso algunas, cifras. A pesar de esta característica de los trabajos en cuestión el Comité Editorial del Boletín consideró que su publicación contribuye de manera importante al análisis con perspectiva de género de problemas de salud sexual y reproductiva que apunta hacia la necesidad urgente de desarrollar políticas públicas con dicha perspectiva para atender estas problemáticas.

En el trabajo titulado *“Dilemas y contradicciones en las prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) en un reclusorio de mujeres del Distrito Federal”*, la Mtra. Martha María López Ramos presenta evidencia sobre la forma tardía en que las mujeres acceden a la información sobre métodos preventivos de infecciones de transmisión sexual y control de la fecundidad, muchas de ellas hasta después del nacimiento de su primer hijo, siendo las fuentes más relevantes las instituciones de salud y en menor grado las de educación; dentro del Reclusorio las mujeres reportan que se dan cursos sobre estos temas pero no reportan tener mucho interés en ellos y además el acceso es limitado. En cuanto a las prácticas preventivas, llama la atención el concepto prevalente de que el realizarse pruebas de detección tiene un “valor preventivo”, por otro lado se establecen dos niveles uno discursivo y otro

de la práctica; en el primero hablan del uso de condones como preventivo, pero también de lavados y otros pero en la práctica no usan el condón aunque lo lleven a la visita conyugal porque “el señor no acepta”, lo que reproduce la incapacidad de las mujeres de negociar la adopción de medidas preventivas dentro de la prisión igual que ocurre fuera de ella, acentuándose quizás en la población en reclusión el temor al rechazo y al abandono por parte de la pareja si se insiste en el uso de medidas preventivas.

En el siguiente trabajo la **Dra. Azucena Hernández Ordóñez**, realiza una serie de consideraciones sobre las reacciones sociales e institucionales hacia niñas y jóvenes que viven en la calle alrededor de la gestación y maternidad en esta situación a partir de la experiencia de vida de las jóvenes y las consecuencias que esta sanción social tiene sobre su salud mental. Las participantes mencionan entre los principales motivos por los que salieron de sus hogares, la situación de marginación y pobreza, la movilidad del grupo familiar, el envío a hogares sustitutos o instituciones y la violencia. Las niñas al irse a la calle logran huir de la miseria de la familia y encuentran formas de sobrevivencia, que les permiten mayores márgenes de libertad y la sensación de pertenencia; sin embargo ellas mismas reconocen que vivir en la calle es más peligroso y sancionado socialmente para las mujeres que para los hombres y que en los grupos se establecen relaciones discriminatorias y excluyentes para las mujeres.

Las niñas y adolescentes madres o gestantes, son víctimas de violencia verbal e incluso física y sexual por parte de su pareja, de los otros integrantes del grupo, de su familia y de las instituciones, por sus prácticas de crianza y sus estilos de vida. La sanción extrema al incumplimiento del estándar de la maternidad responsable, abnegada y amorosa es el despojo de la patria potestad de sus hijos e hijas, bajo el argumento de que no serán o no son buenas madres; lo que frecuentemente tiene como consecuencia el aumento en el consumo de drogas y otras prácticas que ponen en riesgo su salud, mientras que por otro lado esta misma sanción social las excluye de los servicios de salud, programas sociales, laborales y educativos.

Las propias entrevistadas dicen que las instituciones no sólo no satisfacen sus necesidades de desarrollo; sino que sabiendo sus condiciones y estilos de vida les piden observar ciertos principios (reglas y/o normas) que no son alcanzables para ellas; sin duda es un reto para la política social el desarrollo de programas que permitan a las niñas y adolescentes que viven en la calle el acceso a opciones de desarrollo de habilidades para la vida, servicios de salud incluida la salud sexual y reproductiva, capacitación para el empleo, entre otros que favorezcan una mejora de sus condiciones de vida e idealmente, que dejen la calle.

Finalmente el Dr. Daniel Hernández Rosete, en el trabajo *“Aspectos antropológicos sobre SIDA y embarazo en zonas indígenas de Michoacán con migración pendular”* aborda desde un punto de vista antropológico el rol que juega el contexto sociohistórico en la propagación de la infección por VIH en el México rural e indígena, a través de un estudio etnográfico en pobladores de la meseta purépecha que se autoidentifican como parte de este grupo étnico en el que se exploraron las representaciones sociales sobre infidelidad femenina y vida conyugal, enfatizando el análisis en las resistencias al uso del condón como un hecho que podría estar relacionado con los significados que algunos de los migrantes estacionales dan al embarazo, como un recurso de control sexual de sus esposas de cara a su propia imagen como hombres ausentes. Además se indagó acerca de las motivaciones que llevan a los migrantes entrevistados a buscar relaciones sexuales sin protección cuando regresan a sus localidades de origen, qué opinan las esposas que esperan en México de la relación padre-hijo cuando el migrante regresa y cómo experimentan las mujeres indígenas la estancia de sus maridos cuando están en México. Finalmente se exploró la existencia de algún modelo de negociación conyugal en torno a las relaciones sexuales cuando el migrante vuelve a casa.

Entre los hallazgos destacan que los hombres que migran de manera pendular buscan el embarazo de su pareja cuando vuelven a la comunidad como un recurso de dominación y control de la esposa que espera en México; para las mujeres entrevistadas el regreso de sus esposos propicia contextos de depresión y angustia asociadas a dos aspectos principales, a saber: la relación de sus hijos con el padre que regresa y las relaciones sexuales con fines reproductivos y sin protección que demanda el varón y que las exponen a contraer infecciones de transmisión sexual, riesgo que las mujeres identifican plenamente.

El autor concluye que se requieren políticas de intervención que partan del análisis de las masculinidades y el significado de ser hombre en comunidades rurales y que busquen que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres tengan “un significado legible” para los varones.

**Dra. Aurora del Río Zolezzi**

*Directora General Adjunta de Equidad de Género*

# Dilemas y contradicciones en las prácticas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en un reclusorio de mujeres del Distrito Federal

**Mtra. Martha María López Ramos**

Consultora Igualdad S. C., Zacatecas, Zacatecas, México.



## INTRODUCCIÓN

El tema del acceso a la información y a los métodos de prevención de ITS entre las mujeres reclusas encierra varias complejidades, implica no sólo hablar de las prácticas que ejercen para allegarse de los recursos materiales que les permitan conocer tales métodos, sino que además, se imbrican el proceso a través del cual se han construido como mujeres; la condición de reclusas; y la forma en que son vistas por estar en la cárcel, tanto por sus familiares como por las propias autoridades penitenciarias, e incluso, por las otras mujeres que están en prisión.

Es importante mencionar que se eligió este grupo de mujeres por dos razones principales: existen escasos estudios referentes a la prevención de ITS en este tipo de población pero, sobre todo, se partió del interés en indagar qué tanto la institución penitenciaria determinaba, infuía o proveía el acceso de las mujeres a la información y a los métodos de prevención; y en qué medida obtenían información y prevenían infecciones antes de ingresar a prisión, precisamente para hacer un comparativo entre antes y durante el periodo de reclusión.

De acuerdo con lo anterior, en este artículo se describen algunas prácticas de prevención de las mujeres reclusas en "Santa Martha Acatitla", para ello, se enfatiza la construcción de la sexualidad y la reproducción, desde una perspectiva de género, con el objetivo de hacer una conexión entre lo que señalan respecto a sus experiencias y la problemática sobre la apropiación de sus derechos sexuales.

Así, es necesario recordar que los derechos sexuales han seguido un camino diferenciado respecto a los reproductivos, en muchas ocasiones se trata de subordinar los primeros a los segundos, lo cual se explica por la idea de que la reproducción sin sexualidad es interpretada como la cúspide de la pureza femenina y, por lo tanto, es problemático hacer una defensa del libre ejercicio de la sexualidad, cuando el placer es intrínsecamente condenable<sup>1</sup>.

Entre los derechos establecidos y su apropiación y ejercicio se encuentra un proceso en el que están presentes las *condiciones de posibilidad*<sup>2</sup>, las cuales constituyen los fundamentos de los derechos reproductivos y sexuales e incluyen, por un lado, factores materiales e infraestructurales y, por otro, factores culturales y políticos. De esta forma, se debe señalar que las condiciones que posibilitan el ejercicio de los derechos remiten a un terreno tanto de poder para tomar decisiones informadas, como de recursos para llevar a cabo tales decisiones<sup>2</sup>.

En razón de lo expuesto, la noción de apropiación de derechos que está vinculada intrínsecamente a las *condiciones de posibilidad*, teóricamente se concibe como el proceso subjetivo con el que se encaran las aspiraciones, deseos y expectativas, el cual interviene en la manera en que cada individuo se hace cargo de su sexualidad y su cuerpo. No obstante, este camino está ligado a procesos de producción y sujeción sociales y culturales que incluyen el ordenamiento de género<sup>1</sup>.

En ese sentido, las valoraciones de género son poderosas en el proceso de apropiación de la sexualidad y del cuerpo, de tal manera que nos encontramos ante un distanciamiento entre las prácticas sexuales y las valoraciones que se les atribuyen a éstas. Por esta lejanía es necesario insistir, como lo han hecho algunas autoras<sup>1, 2</sup>, en la construcción de una ciudadanía en términos sexuales, reconociendo la necesidad de una ética ciudadana, entendida como la formación y educación de los miembros de la sociedad en ciertas prácticas de sí, que les permitan autorizar sus deseos, prácticas e identidades sexuales, así como respetar las de otros, participando en la construcción de las condiciones de posibilidad para tal ejercicio.

## ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Este trabajo es producto de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo sobre las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres en reclusión<sup>3,4</sup>, realizada durante el periodo 2005-2007.

Se utilizó un *método etnográfico* basado en técnicas de observación, dos talleres participativos y diez entrevistas en profundidad<sup>5</sup> con mujeres de diferentes edades, desde los 19 a los 47 años., El presente documento se realizó con la información obtenida tanto en los talleres como en las entrevistas mencionadas.

Para la elaboración del análisis se establecieron tres ejes principales:

- 1) Las valoraciones de género de las reclusas, presentes en lo que ellas señalan sobre sus prácticas;
- 2) Las relaciones interpersonales que establecen estando en reclusión, las cuales coadyuvan, o en algunos casos obstaculizan, el ejercicio de las prácticas en torno a la sexualidad y la reproducción (relaciones con su familia, con otras internas y con las autoridades –incluyendo a custodias y custodios–) y
- 3) Las normas marcadas por la estructura penitenciaria.

Esos ejes se definieron antes de realizar el trabajo de campo y son producto de una amplia revisión bibliográfica de documentos teóricos y experiencias empíricas que fundamentaron la investigación<sup>6</sup>.

En virtud de lo anterior, se plantea la necesidad de dar lugar a las voces a las propias mujeres participantes; con tal fin, a lo largo del presente trabajo, se citan textualmente sus testimonios, utilizando pseudónimos en todos los casos para garantizar el anonimato y respetar la confidencialidad de las entrevistadas.

### 1. Vías de acceso a la información<sup>i</sup> sobre formas de prevención de ITS antes y durante la reclusión

#### a) Antes de estar en el reclusorio

El acceso a la información que ellas han obtenido antes de estar en prisión, ha sido por diferentes medios, los más frecuentes son instituciones sanitarias o educativas. Por medio de las primeras, el acceso ha sido a partir de que tuvieron a su primer hijo.

*Pues ahora ya sé más que antes, porque antes de veras que yo no sabía nada. ¿Antes de qué? Antes de que tuviera a mis hijos se puede decir.* (Susana, 30 años)

*¿Por qué medios adquiriste la información sobre ITS? En la escuela, porque mi mamá ya está grande, entonces cuando yo llegaba a preguntarle “oye mami este... mira que salieron estos condones, es para que las mujeres no salgamos embarazadas”, mi mami me esquivaba y se sonrojaba y le daba pena y me decía “ay Melissa en qué cosas piensas, tú eres muy chica para pensar en esas cosas”.* (Melissa, 22 años)

*¿En tu familia te dieron alguna orientación sobre métodos anticonceptivos o ITS? No, no, mi papá no nos hablaba de eso, decían que si nos daban un beso en la boca, íbamos a quedar embarazadas y que no se qué, por eso ahora yo si les digo a mis hijos que se cuiden, que cuando estén con una muchacha usen los condones.* (Ana, 44 años)

A partir de los testimonios recabados, se muestra que las instituciones sanitarias o educativas juegan un papel muy importante para acceder a la información, ya que son la vía por la cual se empieza a obtenerla. De igual manera, no deja de llamar la atención que sea en la familia donde menos tienen posibilidades de tener la orientación sobre el tema.

<sup>i</sup> El concepto de acceso a la información se refiere a las formas y los medios verbales o impresos que han tenido oportunidad de recibir y que se han constituido en una fuente de información sobre prevención de ITS.

Para otra de las entrevistadas fue diferente el acceso a la información que tuvo sobre el tema, ella señala que conoce de los tipos de infecciones y las formas de prevenirlas por las actividades que desarrollaba como sexo servidora:

*Pues lo que pasa es que por mi delito, si te das cuenta, es acerca de sexo servidora<sup>ii</sup>, entonces ahí hay un control de salubridad, entonces cada mes tenían que ir las muchachas a Conasida, de ahí teníamos que ir a un curso y pus igual te dan libros, folletos para saber nosotros de las enfermedades.*  
(Patricia, 28 años)

En este caso vemos que su actividad como sexo servidora es “mal vista” socialmente, se le ubica fuera de la norma, en la periferia del ideal femenino<sup>iii</sup>. En contraste, al salirse de lo “normal” y “lo permitido” para las mujeres, ella es la que ha tenido mayor acceso a información especializada<sup>iv</sup> sobre el cuidado de su cuerpo.

## b) Acceso a información durante la reclusión

Es importante enfatizar que si bien las mujeres reconocen en algunos casos que ya contaban con información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, otras advierten que en el reclusorio han reforzado estos conocimientos a través de cursos que imparte el personal del mismo centro, o por medio de campañas externas que organizan otras instancias gubernamentales o asociaciones civiles.

*¿Qué información les proporcionan en el reclusorio sobre infecciones de transmisión sexual? Aquí dan cursos, dan cursos de sexualidad, de autoconocimiento de la sexualidad, todo lo que es de infecciones vaginales, infecciones del hombre y de la mujer, cómo cuidarte y cómo evitar infecciones, aunque estés dentro de aquí y que te hagas tus revisiones.*  
(Cristina, 36 años)

Pese a lo anterior, señalan una serie de impedimentos para acceder a la información por encontrarse en situación de reclusión, aun cuando los cursos se den al interior de estos espacios. Al respecto he distinguido dos tipos de factores que intervienen como obstáculos: los internos y los externos.

Los primeros, son aquellos que las mujeres reclusas ubican como dependientes de su propia decisión e interés en adquirir esta información. Dentro de éstos, el más recurrente es la apatía ante la temática, la cual al estar en una situación de reclusión se agrava y, por lo tanto, asistir a este tipo de capacitaciones no es la prioridad para muchas de ellas.

*[...] hay cursos que te dan aquí de sexualidad, de prevención de infecciones, hay muchos cursos eso sí, la cuestión es de que yo no he ido, luego me da hueva pero sí hay cursos muy buenos.*  
(Susana, 30 años)

*Yo la verdad le voy a ser sincera, yo hay veces que me aburren y luego por acá estoy haciendo otras cosas en la libreta, y no, la verdad no le doy importancia. A mí casi no me gusta ir a los cursos, pero pues voy porque sé que me ayudan en algo aquí adentro, pero más por eso que porque me gusten.*  
(Mercedes, 27 años)

En algunos casos reconocen que acuden a dichos eventos porque las constancias de haber asistido a ellos les ayudan de cierta forma como antecedentes de buena conducta y de participación en actividades del centro penitenciario.

Al respecto, es importante resaltar que no sólo es responsabilidad de la estructura carcelaria, sino también de las mujeres cuyo desinterés en asistir impide el acceso a la información, éste puede ser visto como una de las tantas resistencias de las mujeres en prisión.

- 
- ii Cabe aclarar que la actividad de sexo servidora no es un delito como ella lo refiere, por tanto, no se encuentra sancionada legalmente en el Código Penal vigente. Quizá la confusión al verbalizarlo es porque se encuentra reclusa por lenocinio.
  - iii De acuerdo con Norma Fuller el ideal femenino exige que las mujeres cumplan la tríada de: buena madre, esposa y ama de casa; por lo tanto, la sexualidad no aparece como un aspecto importante en ninguno de los componentes.
  - iv Cuando se alude a este concepto, es para referir que dicha información no sólo es más amplia y precisa, sino que tiene mayor apego a criterios médicos objetivos y científicos, lo que permite que quienes acceden a ella despejen dudas sobre la pertinencia y funcionamiento de métodos de prevención de ITS.



En ese sentido, de acuerdo con Makowski<sup>7</sup>, los mecanismos de resistencia de las mujeres reclusas son menos visibles porque se caracterizan por ser más silenciosos que los de los hombres, pero no por ello dejan de ser significativos. En este caso, no se descarta que la poca participación en los cursos y etapas de información sea uno de estos mecanismos, sin embargo, este hecho tiene que ver también con rutinas e intereses habituales desde antes del encierro, mismos que a su vez están arraigados en una construcción de géneros asimétrica y represiva de la sexualidad.

En lo que respecta a los obstáculos externos, me refiero a ellos para remarcar las limitaciones que la propia estructura penitenciaria impone tácita o explícitamente para proporcionarles el acceso a la información. Se ha visto que si bien la institución promueve la existencia de cursos y campañas de información, éstos resultan insuficientes para lograr una cobertura en todo el reclusorio, ya que aceptan entre cuarenta y cincuenta personas como máximo y son una población de mil quinientas personas en promedio; de igual forma, consideran que estas capacitaciones son esporádicas y, aunque en ocasiones van personas externas a impartirlas, tampoco alcanzan todas a inscribirse.

Por otro lado, algunas señalan que si quisieran ir a solicitar información acerca del tema al personal capacitado, que en este caso es el del servicio médico, no se las darían. Aunque ninguna manifestó haberlo hecho o que la respuesta haya sido negativa; la percepción es que así sería por el trato que reciben del personal de dicha área y por las exigencias institucionales (pases o fichas) para acceder al espacio físico donde se encuentra ubicado, textualmente una de ellas señalaba:

*“casi atienden bien a la gente sólo cuando va muy mal... y pus está como en chino porque ora si que van a decir “ay ¿cómo crees? si no te puedo atender porque no traes tu ficha, menos te voy a atender para explicarte”.*

*(Mercedes, 27 años)*

*¿Por parte del servicio médico les dan información? Pues está muy difícil, porque si va uno a pedírselas piensan que pierden el tiempo, porque casi atienden bien a la gente sólo cuando va muy mal, además casi no hay ginecólogas, no hay nada.*

*(Ana, 44 años)*



## 2. Prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual

En este apartado se distinguen cuatro tipos de experiencias, todas ellas ilustrativas de su situación, pero también preocupantes debido a que muchas implican riesgos latentes de contraer infecciones.

### a) “El deber ser” de la prevención de ITS

Resulta muy interesante revisar lo que las entrevistadas plantean respecto a la importancia que tiene la información sobre prevención de ITS, porque pese a ello, es trascendental el contraste que existe entre lo que dicen y lo que hacen, ya que resaltan que es fundamental conocer y prevenir el problema, –algunas señalan que es lo que más cuidan–, contradictoriamente, cuando se les pregunta cómo las previenen, manifiestan que por medio de estudios médicos que se hacen en la institución penitenciaria, medida que pareciera suficiente para ellas, aún cuando reconocen que no están

bien elaborados, que no son confiables; sin embargo, la realidad es que es su única opción para saber si han contraído infecciones, debido a que sus parejas no permiten que usen otro mecanismo.

#### **¿Cómo previenes las infecciones de transmisión sexual?**

*Con el certificado médico, porque es renovable cada seis meses, lo renuevas cada seis meses, que supuestamente, dicen que en este examen es tan sencillo que no sale, pero es que es imposible llevar un control, hacía un mes que le habían hecho el estudio (a su pareja), pero yo dije "de ese mes para acá, quién me responde". Entonces yo dije "pues no, yo los llevo (los condones) por precaución y cualquier cosa" pero no, no se los quiso poner porque me dijo que si no me bastaban los estudios. Esa vez que tu llevabas los condones a la visita íntima ¿por qué los llevabas? Yo lo hice para prevenir una infección, me tuve que conformar con el... con el estudio, con el estudio (médico) y luego dije "ay no", pero dije "cierra los ojos y confía porque igual él está confiando".* (Bárbara, 29 años)

Así, se puede señalar que existen dos niveles en la prevención de las infecciones: el discursivo y el de las prácticas. Esta contradicción es problemática porque ellas han recibido información sobre prevención de infecciones, por lo que se descarta que la razón por la que no realizan prácticas preventivas sea el desconocimiento de que existen métodos; el problema es aún más complejo cuando tomamos en cuenta que en el ámbito de la sexualidad no está arraigada una noción de autocuidado de la misma, ni del propio cuerpo.

#### **b) Autocuidado por medio de exámenes médicos y lavados vaginales**

De las diez mujeres entrevistadas dos manifestaron que su forma de prevenir las infecciones ha sido mediante los exámenes médicos que se hacían antes y durante el periodo de reclusión y una agrega que también por medio de lavados vaginales.

La respuesta de una de ellas al indagar la posibilidad de usar el preservativo o condón fue muy importante, pues permite ver claramente el papel que juegan las relaciones de género asimétricas en el orden social, así como los imaginarios y concepciones que se asumen por ser hombre o por ser mujer.

*Ah pues mira yo sí, cada 6 meses me iba a hacer el papanicolaou (antes de estar en reclusión), el enjuague vaginal, me lo hacía también cada 3 meses, procuraba que mi esposo también se previniera de muchas enfermedades porque a lo mejor pues yo estoy en la casa pero a lo mejor mi esposo... pues es normal, son hombres y a lo mejor podía salir con alguien, tener alguna relación o eso, entonces yo le dije a mi esposo que teníamos que cuidarnos. Sabía yo del ese... cómo se llama...el preservativo, el condón, yo muchas veces le decía a mi esposo que lo usáramos, pero a mi esposo no le gusta.* (Cristina, 36 años)

En este caso se nota que existe una normalización respecto a la actividad sexual de los hombres y a la pasividad que tradicionalmente se atribuye a las mujeres, la entrevistada piensa que el cuidado debe ser de los dos, de hombres y mujeres, sin embargo atribuye que el de los hombres debe hacerse porque tienen mayor permisividad sobre sus prácticas sexuales.

Asimismo, no hay una negociación sobre el uso del condón, y lo que es más grave, no se considera que ésta sea posible, porque esa decisión la toma su pareja, a quien no le gusta usarlos.

En tales situaciones se conjuntan factores como el conocimiento de formas de prevención y el acceso a instrumentos idóneos que permitan prevenir infecciones, pero, además, hay una barrera en el momento del uso de éstos, mediada por la condición de género, en la que las mujeres se encuentran en una posición de desventaja que no les permite negociar la utilización de los condones, lo que refuerza relaciones de poder desiguales justificadas en un lazo amoroso y casi en automático de confianza.

#### **c) Uso del condón**

De las diez mujeres entrevistadas seis manifestaron que utilizan condón en las relaciones sexuales como método de prevención de ITS, sin embargo, sólo en muy pocas hay indicios de que lo hacen de manera frecuente.



*¿Usan algún método para prevenirlas (infecciones)? El condón, porque ya no tengo matriz, entonces ya no puedo procrear supuestamente, pero aunque ya no pueda sí me puedo enfermar de otra cosa [...] él no quería ponérselo, me decía “no, yo no me lo pongo” pero al final se lo ponía porque yo le decía que teníamos que prevenir enfermedades, porque yo siempre me he cuidado y nunca he hecho el amor así como así [...].* (Marina, 46 años)

*[...] por medio del trabajo pues usaba los otros, usaba el preservativo y la inyección, estando aquí en prisión, me la puse igual la inyección. ¿El preservativo no? No, yo los llevé pero como igual sabía que el señor se iba a poner así como de uñas, yo me puse la inyección y llevé preservativos y todo, y no quiso, no quiso ponérselo, entonces así como que dije bueno... de hecho toda la noche nos la pasamos peleando.* (Patricia, 28 años).

Los dos testimonios dan cuenta de que también hubo una situación de negación por parte de sus parejas respectivas para usar el condón, no obstante, a diferencia de otros casos, ambas insistieron en la importancia que tenía la utilización del mismo.

En los casos restantes se percibe que utilizan el condón de manera selectiva; los criterios que definen su utilización, o no, se basan en elementos de confiabilidad en la persona con la que tienen las relaciones sexuales. Los grados de confianza pueden determinarse por el tiempo que tienen en la relación, por valoraciones morales –como la buena o

mala reputación–, o incluso por aspectos que detectan a partir de la vista o el olfato y les generan desconfianza en términos de higiene.

*Usaba condón de vez en cuando. ¿No siempre? Al principio sí usaba condón, porque lo acababa de conocer y eso, pero ya después que lo fui conociendo más y todo y a su familia, ya pues me enseñó su prueba de que no tenía VIH, fue cuando decidí ya... no usarlos.* (Melissa, 22 años)

*[...] por ejemplo, los volados que me he echado (relaciones sexuales ocasionales), ahí sí les digo “pus ponte condón güey”, pero por decir con mis parejas así bien pues con ellos no, por ejemplo con David que duré ocho años con él, pus nunca tuvimos una precaución, ni siquiera al principio, entonces con los que he estado más tiempo no uso porque no lo creo necesario...* (Sofía, 47 años)

El elemento de temporalidad, la posible estabilidad que suponen tener a partir del tiempo que llevan en la relación, juegan un papel crucial para que decidan usar o no un método de prevención de infecciones, ya que en encuentros ocasionales o al principio de la relación es cuando usan el condón. Pareciera que existe una especie de fórmula en la que mayor tiempo es igual a mayor estabilidad en la relación, sin embargo no necesariamente van unidas, ya que ambas dependen de elementos subjetivos multifactoriales. De entrada no existe un periodo de tiempo establecido o no se sabe quién tiene que establecerlo, sino que está sujeto a lo que cada persona considere adecuado para darle el atributo de estabilidad a la relación.

Ahora bien, ¿cómo consiguen los condones que utilizan en las relaciones sexuales al interior del reclusorio? ¿Es la institución quien las provee de estos métodos? o ¿Qué estrategias utilizan para allegarse de estos recursos?, al respecto me parece que el siguiente testimonio resulta muy ilustrativo ante las cuestiones señaladas:

**¿La institución les proporciona estos productos?** *No, nosotras los conseguimos por nuestra parte, porque aquí sólo se les dan condón a las chicas que tienen VIH, si tú vas y solicitas condones te dicen que no hay, que... que pues todavía no llegan. Cuando llega a venir alguna campaña sí es para toda la población, pero cuando no, vas a servicio médico a pedir y te dicen que no tienen, nada más a las que tienen VIH, pero también de ellas algunas son drogadictas y luego andan vendiendo los condones. ¿Cómo consiguen los guantes y los condones que usan?* *Por medio de su familia (de la pareja), y también una chava que tiene VIH nos vendió los condones que a ella le dieron y los demás nos los trajo el papá de mi pareja, porque por ejemplo si tú vas a convivencia y pues te cuidas o te necesitas cuidar, pues tienes que tener una receta médica de aquí de la institución que diga "necesita una inyección o píldoras o condones", pero no te la surten aquí, te la surten en la calle y ya con la receta entra todo.* (Melissa, 22 años)

Es importante recordar nuevamente la importancia que tienen los servicios médicos en el sistema penitenciario, y que, además, en ambas instancias empieza a permear una visión de la sexualidad más abierta que contemple otro tipo de relaciones diferentes a la heterosexual y separada de la reproducción, lo cual resulta fundamental para que en las relaciones sexuales entre mujeres al interior del reclusorio se prevengan las infecciones, en virtud de que tanto la institución como ellas no consideran necesario el cuidado en ese tipo de relaciones porque no hay riesgo de embarazo.

#### **d) No utilización de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual**

Fue impresionante que la percepción de tres de las entrevistadas fuera que no hay necesidad de utilizar ningún método de prevención de infecciones, pues asociaron el punto con el riesgo de embarazo; pese a que se les cuestionaba si habían utilizado algún método de prevención de ITS, parecía

que confundían la pregunta con la utilización de métodos anticonceptivos. Al respecto, refirieron dos situaciones en particular: la primera, que no utilizan métodos de prevención porque sus relaciones sexuales son con mujeres; la segunda, porque se hicieron la salpingoclasia. En ambos casos señalan que no hay riesgo de embarazarse.

*Pues es que aquí te digo que yo no tengo íntima, mis parejas han sido mujeres y con ellas para qué te cuidas, es con una mujer...que...qué puedes pedir o sea no, entonces no uso nada.* (Susana, 30 años)

**¿Prevenías las infecciones de transmisión sexual?** *No, porque ya estaba operada. ¿Para prevención de infecciones, usabas algo?* *No, no, no, no, mi bebé otro pedo mi niño (refiriéndose a su última pareja), no nunca, o sea... siempre yo ya como más grande que él y todo, claro pus me las sé ¿no?* (Sofía, 47 años)

Estos factores que inciden en la no utilización de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual no dependen propiamente de la estructura penitenciaria ni del acceso a estos recursos. Como se ha señalado, son factores que ellas no conciben desde antes de su estancia en prisión.

De ahí la importancia de enfatizar que muchas de estas prácticas son parte de la construcción social de género, la cual marca claras desventajas de las mujeres para quienes, insertas en un sistema de dominación masculina, la negociación sobre sus derechos y más aún el ejercicio de éstos, es una posibilidad que se ve aún lejana. Indudablemente incide la influencia de las relaciones familiares y sociales que impide en las mujeres la concepción de un cuerpo propio que se debe cuidar y sobre el que se puede decidir.

De tal manera que las prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual tienen diferentes dimensiones, algunas de ellas han sido descritas, mostrando entre otras cosas, aspectos como los diferentes medios por los cuales reciben la información y la posición desde la que lo han hecho.

## CONSIDERACIONES FINALES

Como se ha referido, la apropiación de los derechos implica “una construcción del sujeto como titular de ellos y una autorización de sí misma para su ejercicio”<sup>8</sup>. En virtud de lo anterior, es difícil hacer una afirmación tajante sobre la apropiación o no que tienen las mujeres reclusas de sus derechos sexuales, ya que a partir de la diversidad de prácticas que realizan se despliegan múltiples posibilidades que dan cuenta de diferentes grados de apropiación y no apropiación.

Tomando en cuenta las *condiciones de posibilidad*<sup>2</sup> que tienen las mujeres reclusas, se puede mencionar en qué situaciones cuentan con éstas para avanzar hacia la apropiación de sus derechos y cuáles son las que impiden dicho proceso. Así, en este aspecto hay una interconexión entre sus condiciones materiales de vida a partir de su situación de privación de la libertad y las condiciones culturales que inciden en el ejercicio de estas prácticas.

Cabe señalar que al hablar del proceso de apropiación no se asume que éste sea lineal ni que implique fases que puedan cubrirse en una dirección de menor a mayor, sino que se encuentra en un vaivén constante, donde las prácticas y los rasgos de apropiación muestran persistentes contradicciones que impiden ver de manera nítida en qué medida las mujeres reclusas se han autorizado a sí mismas el ejercicio de sus derechos. Así, mientras que algunos aspectos de su vida sexual refieren que han tomado decisiones sin coacción, en otras experiencias se muestra, explícita o implícitamente, que sus “elecciones” han sido coaccionadas por otras personas.

De esta forma hay situaciones donde verbalizan y ejercen en las prácticas los derechos que mencionan, hecho que se presenta en muy pocos casos; de manera significativa, en una de las diez entrevistadas se identificó una relación más cercana entre lo que verbaliza y lo que ha practicado respecto a su vida sexual y reproductiva. En otros casos, se ubicó que algunas mujeres entrevistadas verbalizan los derechos pero no necesariamente actúan en congruencia; esta contradicción se presenta con más claridad en situaciones específicas, como las de prevención de infecciones de transmisión sexual y uso del condón. Paralelamente, sucede que para otras situaciones no los verbalizan pero en

su actuación refieren un grado de apropiación y conciencia sobre su derecho a obtener información sobre ITS y a usar métodos de prevención de éstas. Finalmente, los casos más alarmantes son aquellos en los que los derechos y la apropiación de ellos ni se verbaliza ni se actúa en las prácticas.

Respecto a las condiciones en las que las mujeres ejercen las prácticas de prevención de ITS se encontró que las diferencias son mínimas entre las que hacían antes de estar reclusas y las que realizan adentro; en ambas situaciones se identifica una escasa prevención de infecciones.

De igual manera, la práctica del uso frecuente del condón como método de prevención de infecciones de transmisión sexual que señalan quienes lo hacen, no ha estado exenta de conflictos y tensiones. Así, mencionan que han tenido que negociar e insistir con sus parejas en usarlo. En uno de estos casos, se distingue una apropiación más nítida de algunos de sus derechos, porque refiere claramente que utiliza los preservativos para prevenir infecciones a pesar de que ella lleva una larga relación con su pareja y está esterilizada por decisión propia. Cabe señalar que la distinción entre métodos de prevención de infecciones y métodos anticonceptivos, se encuentra en muy pocos testimonios.

En el otro caso, la frecuencia con que la entrevistada los usaba, se relaciona en gran parte con las actividades que desarrollaba como sexoservidora desde hace diez años, en las cuales cuidaba este aspecto con sus clientes, no así con la pareja que tenía antes de estar en prisión. Este hecho confirma hallazgos que se han mostrado en otros estudios, los cuales resaltan que entre mujeres que se dedican a la actividad mencionada, el uso del condón no se produce en todas las relaciones sexuales<sup>9,10</sup>.

Para ambas situaciones -en las que los usan y en las que no-, existe una mayor asociación de que los métodos de prevención aplican sobre embarazos no deseados y encontramos una brecha importante entre el uso de métodos anticonceptivos y los que utilizan para prevenir infecciones de transmisión sexual.

En ese sentido, es palpable la falta de apropiación del derecho a decidir sobre el cuerpo, situación que se vincula con la construcción social del cuerpo de las mujeres como *cuerpo para otros*<sup>1, 8, 11, 12</sup>, de ahí la necesidad de insistir en la construcción de una ciudadanía sexual que pueda ser ejercida libre de coacción y violencia para las mujeres.

En términos prácticos, podrían implementarse algunas acciones públicas que contribuirían al mejoramiento de las condiciones materiales y culturales que hagan posible la apropiación y ejercicio de los derechos de las mujeres. En principio es necesario contar con un diagnóstico amplio que dé cuenta de los aspectos abordados en este trabajo y de otros relacionados con la prevención de ITS en población reclusa, ya que este trabajo es un acercamiento cualitativo que aborda solamente las experiencias de vida de diez personas.

Pese a que existen estudios cuantitativos realizados por organismos de derechos humanos, el aspecto de la prevención de ITS no es tomado en cuenta en algunos de ellos, o bien, se señala en términos generales o poco claros. Este tipo de instrumentos, permitirían conocer a las y los tomadores de decisiones, una realidad más certera sobre las necesidades que tienen hombres y mujeres al respecto y con base en ello, diseñar estrategias y mecanismos encaminados a atender esta problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amuchástegui A, Rivas M. Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2004; 19,(3 supl. 57): 543-97.
2. Correa S, Petchesky R. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En: Figueroa JG, coord. *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México: Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México; 2001; 99-135.
3. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En: García F, Ibáñez J, Alvira F, comp. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid: Alianza Editorial; 2000.
4. Ruiz JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
5. Hammersley M, Atkinson P. *¿Qué es la etnografía? Etnografía, métodos de investigación*, España: Paidós Básica; 1994.
6. López M. *Presas en nuestras cárceles. Prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres reclusas e implicaciones en la apropiación de sus derechos (tesis de maestría)*. México: El Colegio de México; 2007.
7. Makowski S. *Las flores del mal. Identidad y resistencia en cárceles de mujeres (tesis de maestría)*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 1994.
8. Rivas M, Amuchástegui A. La construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal. *Reflexiones Núm. 10*. México: El Colegio de México - Programa de Salud Reproductiva y Sociedad; 1999.
9. Szazs I. Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista* 1999; 18: 77-104.
10. Uribe P. La prevención del sida entre las trabajadoras del sexo comercial. Ponencia presentada en el taller: La sexualidad en las ciencias sociales. México: El Colegio de México; 1994, 5-7 de julio.
11. Pitch T. *Un derecho para dos. La construcción jurídica de sexo, género y sexualidad*. Madrid: Editorial Trotta; 2003.
12. Fuller N. *Dilemas de la feminidad: mujeres de clase media en el Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1993.

# Sanciones a las condiciones de vida de jóvenes y niñas madres que viven en la calle y sus repercusiones en su salud mental<sup>i</sup>

**Dra. Azucena Hernández Ordoñez**

Profesora de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM



<sup>i</sup> Una versión similar se publicó en Avendaño C, coord. Salud mental y género. En Salud Mental y Sociedad. México: FES-Iztacala, Centro Médico Siglo XXI. La versión presente se publica con autorización del coordinador y de la autora.

El concepto de salud mental, como se sabe, no sólo enmarca la ausencia de enfermedad; sino que resalta la importancia de óptimas condiciones para que los individuos desarrollen sus capacidades y cuenten con idónea calidad de vida.

Hacer énfasis en las condiciones sociales de vida y sus consecuencias a la salud es de vital importancia porque apunta a analizar la necesidad de políticas sociales y de salud dirigidas particularmente a los sectores marginales.

Los grupos marginados son principalmente de origen rural; aunque en la actualidad las crisis en la economía ocasionan el empobrecimiento de los sectores medios urbanos. Por lo regular, esta población habita a las orillas de las ciudades, alrededor de las industrias. Estos asentamientos son irregulares y por ello carecen de servicios de infraestructura, de salud, educación y sociales.<sup>1</sup>

Las carencias materiales y económicas de esta población tienen consecuencias en los niveles culturales y educativos, lo que les impide ingresar a estructuras económico-industriales más estables, tornándose un círculo vicioso de perpetración de la pobreza, pese a ello, este tipo de grupos muestran capacidad para la supervivencia que contrasta notablemente con la exigüidad de sus recursos. Estos acomodados incluyen: la búsqueda de cohesión de las relaciones de parentesco, ampliación de las redes sociales con los vecinos, la reproducción de los modos campesinos en la ciudad, entre otros.<sup>1</sup>

Asimismo, la economía informal no sólo se advierte en la incorporación de los marginales en prácticas como el ambulante, sino que han desarrollado sistemas de seguridad social informal: intercambian bienes y servicios, establecen sistema de préstamos de dinero o de recursos sociales y materiales. En cuanto a la atención a la salud recurren a curanderas/os, yerberas/os y curas y, si cuentan con el servicio, acuden a la clínica familiar.

También, como parte de estas prácticas de organización económico-social y familiar, vemos a infantes que trabajan donde y cuando pueden; tanto en la economía informal como dentro del trabajo doméstico, mismo que implica un ahorro para la familia, por ejemplo, cuidando a los hermanos menores mientras las madres salen a trabajar; ante esta ausencia, particularmente las niñas y jóvenes son las encargadas del aseo de la casa y del cuidado de los animales, entre otros.

Como se advierte, la marginalidad tiene sus efectos directos en la condiciones de vida de la población infanto-juvenil, ya que al tener que incorporarse a la fuerza de trabajo de las familias se ve orillada a abandonar la escuela, si es que asistía a ella, o se ve expuesta constantemente a la vida en la calle. Se calcula que 3.3 millones de niños entre 6 y 14 años trabajan, de los cuales 25.5% no asisten a la escuela<sup>2</sup>. Según la organización Casa Alianza<sup>3</sup>, en 1997, de los 26 millones de jóvenes que vivían en zonas urbanas en México, el 38% era pobre. Se estimaba que 16.2 millones podían llegar a convertirse en niños y niñas de la calle<sup>ii</sup>. Según la Comisión para el estudio de niños callejeros (COESNICA)<sup>4</sup>, en 1992 en el Distrito Federal había 11172 niños viviendo en la calle. Para 1995, de acuerdo con el *II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México*<sup>5</sup> el número ascendía a 13373<sup>iii</sup>. El crecimiento por sexo se ha mantenido proporcional; la mayoría de esta población son varones, sin embargo, la inserción de la población femenina a las calles también ha ido en aumento.

Según dicho censo, la presencia femenina aumentó a 4212 jóvenes, así mismo, se notó un incremento en el número de infantes de 0 a 5 años, por lo que cabe preguntarse acerca del contexto en el que se desarrollan las gestaciones de las niñas y jóvenes que viven en la calle, y cómo las condiciones de marginación y exclusión repercuten en su salud en general y en su salud mental en particular.

ii Las niñas y los niños de la calle son aquellas personas menores de 18 años que habiendo roto el vínculo familiar temporal o permanentemente, duermen en la vía pública y sobreviven realizando actividades marginales en la economía informal callejera. Son infantes que enfrentan riesgos derivados de las actividades delictivas y antisociales de los adultos, por ejemplo, prostitución, drogadicción, robo, extorsión, alcoholismo, entre otras Ver referencia 4.

iii Comparando los censos realizados por el Gobierno del Distrito Federal (COESNICA y *II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México*), la población infantil de la calle aumentó 2,201 casos, es decir, 20%.



## INCORPORACIÓN DE INFANTES Y JÓVENES A LAS CALLES

El proceso de «callejización»<sup>iv</sup> de la población infanto-juvenil se inicia en las necesidades de organización y distribución de los insumos familiares y hasta de los propios miembros de la familia, esto es, algunas madres construyen redes de apoyo para poder cuidar a sus hijas e hijos o recurren a “acomodar” a su prole en instituciones o con familiares para que se los cuiden mientras trabajan fuera de la casa o porque no pueden satisfacer las necesidades básicas del total de su prole. La calidad de vida en uno u otro espacio no es muy diferente, motivo por el cual escapa y comienza su constante trasegar entre el hogar sustituto, la institución, la familia y la calle.<sup>6</sup>

La inserción de las niñas, los niños y jóvenes que viven en la calle suele ser gradual y no se relaciona únicamente con la dinámica familiar, los índices de violencia dentro de ésta y su comunidad local, y las condiciones de vida en la misma; se relaciona fuertemente con la imagen que el niño y la niña tienen de la calle, las condiciones de acceso, la pérdida de temor a la calle, o la segura inserción a alguna banda callejera, lo que suele proporcionar identidad y permanencia a grupos de la calle, hábitos tóxicos, empatía con el grupo de iguales o con otras personas que permanecen o realizan actividades en la calle. Otro factor por el cual niñas, niños y jóvenes viven en la calle y se insertan en ella es porque ésta representa un espacio en donde se pueden realizar actividades lucrativas, entre otras.<sup>6</sup>

El tránsito de la vida a la calle, coincide con la inserción al trabajo y, para muchas jóvenes, con la maternidad temprana.

Para las mujeres que viven en la calle, muchas veces el ingreso a la sexualidad inicia en sus hogares, como víctimas de violaciones y hostigamiento por parte de familiares cercanos, principalmente hombres, enfrentándose a la disociación entre sexo-placer y sexo-reproducción. Sin embargo, para muchas jóvenes el embarazo representa la consolidación de su identidad como mujer, “ser alguien”, tener una razón de vida, un lugar en la sociedad.

Como producto del sistema de dominación patriarcal, en esta población la maternidad sigue formando parte de los “designios del destino”. La posibilidad de la elección de la procreación es limitada, lo cual repercute en sus alternativas de inserción al medio laboral, es decir, las niñas y jóvenes embarazadas que viven en las calles se ven gradualmente marginadas por ser mujeres jóvenes, por su estado de gravidez y por vivir en condiciones de pobreza extrema. Al parecer se torna un círculo vicioso del cual difícilmente estas niñas y jóvenes pueden salir. Es decir, la pobreza, las crisis familiares y la violencia familiar, por un lado, y el atractivo que representa la calle, por el otro, motiva que muchas niñas y jóvenes salgan de sus casas y se inserten a los modos de sobrevivencia de la calle. Dichos modos de sobrevivencia van desde elevados niveles de violencia y marginación social, deserción escolar, ingesta de tóxicos, represión y hostigamiento policial, hasta inicio prematuro de la vida sexual como forma de obtener ingresos, de pertenencia al grupo o por la necesidad de identificación con su feminidad; esto último puede traer como consecuencia embarazos no planeados ni deseados. Situación que conlleva condiciones de vida insalubres, sin servicios de salud, no tienen acceso a educación sexual ni planificación familiar, ni a esparcimiento, con escasas o nulas posibilidades laborales; de ahí que en tales condiciones de marginalidad difícilmente puedan llevar otro estilo de vida.



iv Este concepto encierra el proceso paulatino de inserción de las y los niños a la calle como espacio predominante de vida.

## APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

La presente es una investigación de corte cualitativo, se realizaron entrevistas individuales y un grupo de discusión en el que participaron 14 jóvenes que viven en la calle con una edad promedio de 16 años, sólo una es oriunda del Distrito Federal, 12 de ellas tienen hijas e hijos; en la mayoría de los casos, los tuvieron a los 14 años de edad, son madres solteras y estudiaron hasta cuarto año de primaria, con excepción de una, quien estudió el 1º de secundaria. Durante periodos de tránsito de vida en calle; dos de ellas fueron expulsadas de su casa y una fue llevada a una institución como consecuencia de (castigo por) su gestación. Todas expresaron haber vivido violencia en su casa y en la calle, siendo su principal agresor un familiar hombre.

El análisis de las sesiones del grupo de discusión se realizó con base al *análisis inductivo* propuesto por González-Martínez<sup>7</sup>, que de manera general consiste en realizar una lectura detallada del material. En un primer momento, se identificaron los temas y conceptos. Posteriormente, se construyeron categorías a partir de la detección por similitud y diferencia de tópicos; esto se logró relacionando o “contrastando” los temas obtenidos tanto en las entrevistas por participante como en las sesiones del grupo de discusión.

A partir de los resultados las consideraciones se centrarán en el análisis de la experiencia de vida de las jóvenes con relación a las reacciones sociales e institucionales alrededor de su gestación y maternidad en la calle<sup>v</sup>. Es decir, se busca un acercamiento a las sanciones morales y sociales que las jóvenes viven por sus condiciones y estilo de vida, y las consecuencias para su salud.

La existencia de la juventud marginada –en particular de quienes viven en la calle– es un reflejo de la vasta desigualdad y la falta de oportunidades, tanto para el conjunto de las familias, como para cada uno de sus integrantes.



v Cabe advertir que no es pretensión de este trabajo exponer el funcionamiento, la organización, fuentes de financiamiento y ética de las instituciones que dicen volcar sus esfuerzos en atender a la población infantil y joven que habitan las calles de la Ciudad de México.

## ACERCA DE LOS RESULTADOS

Según lo reportado por las participantes en la investigación, los motivos por los cuales salieron de sus casas remiten al hecho de provenir de un círculo familiar marginado, el cual es incapaz de proporcionarles posibilidades de desarrollo, educación, alimentación, esparcimiento, entre otras. Las condiciones de sus familias –señalan– no sólo implican limitaciones económicas sino sociales y personales. Los efectos que dichas limitaciones tienen sobre la dinámica familiar son un agravante significativo. Por ejemplo, la mayoría de las jóvenes vivieron movilidad junto con sus familias para conseguir mejores condiciones de vida.

También muchas de ellas fueron “acomodadas” en otras familias, con conocidos o en instituciones, debido a que los padres o la madre no podían hacerse cargo de sus necesidades. Lucchini<sup>8</sup> afirma que el tránsito interinstitucional (núcleo familiar – instituciones) es una de las principales situaciones que lleva a la calle a la infancia, con una suerte de sentimientos de abandono, soledad y descuido en los jóvenes y niños por parte de sus familias. A esto se suma que las condiciones de marginalidad ocasionan hacinamiento, frustración y violencia, ésta última referida por las participantes como una de las causas principales de expulsión a la calle. Además, en el proceso de acercamiento e inserción a la calle, no hay que olvidar las características “propias” que trae consigo la edad de las y los infantes y jóvenes, quienes entre la curiosidad, los deseos de conocer y la necesidad de disfrutar espacios, actividades o tipos de alimentos, se abocan a buscar diversos tipos de experiencias en las calles.

Por ello, tal como lo señala López<sup>9</sup> la calle representa una alternativa de vida para quienes la habitan. Las niñas logran huir de la miseria y de la violencia de sus familias o instituciones, y encuentran en la calle formas de sobrevivencia, se incorporan a actividades de la economía informal, y así pueden adquirir bienes materiales, viajar, conocer gente, divertirse y sentirse identificadas.

Las narraciones de las jóvenes participantes contienen elementos del discurso hegemónico tradicional que determina conductas para hombres y mujeres, su peso social aún hace que a las mujeres que viven en la calle se les exija y asuman abnegación y cuidados domésticos, se les censure

social y moralmente por su estilo de vida y por sus formas de práctica social en relación con la maternidad y el uso de su cuerpo.

La existencia y el cada vez más acelerado crecimiento de grupos de niños, niñas y jóvenes que habitan la calle, no sólo cuestiona a la familia como aquella institución encargada de satisfacer las necesidades de sus miembros, sino que también pone en tela de juicio el funcionamiento de instituciones gubernamentales y privadas que atienden a dicha población.

Hoy en día, las instituciones filantrópicas no han cambiado mucho su misión y origen desde su fundación y auge<sup>10</sup>, son entidades de origen religioso, de gobierno u organizadas por la sociedad civil, que buscan dar atención a la población más vulnerable de la escala social, como son los niños, niñas y jóvenes que viven en la calle; tienen políticas de asistencia y educación insuficientes y limitadas para las necesidades de los y las jóvenes. Son ellas mismas quienes comentan que las instituciones les dan ropa y comida y, en el mejor de los casos, les proporcionan servicios de salud y educación, pero no los capacitan realmente para el trabajo y la vida, no les ofrecen opciones de desarrollo. Las entrevistadas pueden compartir la experiencia de muchos otros jóvenes a quienes no reditúan en su economía las actividades que les proporcionan y los oficios que les enseñan las instituciones.<sup>11</sup>

Pero a decir de las jóvenes, las instituciones no sólo no satisfacen sus necesidades de desarrollo; sino que sabiendo sus condiciones y estilos de vida les piden observar ciertos principios (reglas y/o normas), por ejemplo, exigen que respeten políticas al interior de sus instalaciones –demandas ajenas a sus prácticas de vida–, los conminan a que interrumpan el uso de tóxicos y les piden no trabajar en la calle o, en el caso de las mujeres se les exige no estar embarazadas para ingresar a y mantenerse dentro de los programas, y de embarazarse, por lo regular se les canaliza a otras instancias, se les sugiere la adopción y peor aún se les “invita” a abandonar dichos programas.



Pero, si bien hay un reconocimiento de las dificultades que los niños y jóvenes tienen para sobrevivir en las calles, las mujeres tienen problemas particulares, los cuales están acen-  
tuados por sus condiciones de género. El género aparece como una estructura-estructurante de la feminidad que demarca el ser y el hacer para las mujeres. Para las partici-  
pantes, hombres y mujeres son diferentes con base en las diferencias anatómicas. Éstas encierran una serie de atribuciones y demandas sociales; aunque las entrevistadas no usan la palabra género, su discurso y actividades llevan implícitos contenidos de la identidad de género como antagónicos-complementarios. Expresan conocimiento "natural" del ser hombre y mujer y determinan los espacios de acción para uno y otra.

Las participantes sostienen que ser mujer viviendo en la calle es más peligroso y sancionado socialmente, y que la relación que se establece entre los miembros del grupo es discriminatoria y excluyente para las mujeres. Aún sin ser madres, las jóvenes son sujetas de censura por vivir en la calle, lo cual se debe a los sistemas de control social que asocian a las mujeres con prácticas de las ("buenas") costumbres.

Las jóvenes que viven en la calle son censuradas porque se considera que han terminado por transgredir el espacio de lo doméstico, se pelean y se drogan en la calle, y algunas viven del hurto, la mendicidad y, en ocasiones, del sexo-servicio.<sup>12</sup>

---

vi Se entiende como control informal a aquellas respuestas negativas que suscitan determinados comportamientos que vulneran las normas sociales. Ver referencia 16.

Las mujeres que viven en la calle, son triplemente discriminadas: por ser mujeres, por ser pobres y por vivir en la calle<sup>3, 13, 14, 15</sup>. La vulnerabilidad de las mujeres no niega la de los hombres; sin embargo, las ideas de subordinación femenina y poder provocan que las mujeres sean agredidas física y, en ocasiones, sexualmente en sus casas; en las calles también son vejadas tanto por los hombres del grupo, o callejeros, como por policías o transeúntes, quienes pagan a bajo costo servicios sexuales.

Como ya se mencionó, las jóvenes son sujetas de control formal e informal<sup>i</sup>, pues por su género son descalificadas y se les aplican apelativos peyorativos. Ello se debe principalmente a que la vida en la calle posibilita el ejercicio temprano y frecuente de la actividad sexual y pueden tener varias parejas sexuales. Y aunque los hombres también tienen prácticas sexuales, a ellos no se les trata igual; la diferencia radica en que para el género masculino, la experiencia sexual es un elemento sobrevalorado.

En coincidencia con los hallazgos de Lees<sup>12</sup>, en su investigación sobre control social informal con población joven estudiantil, a las jóvenes que viven en la calle se les señala con fuertes apelativos descalificativos (“puta”, “ramera”, “loca”, “fácil”) íntimamente relacionados con el uso del cuerpo y ejercicio de la sexualidad.

Cabe señalar que las jóvenes con hijas e hijos, o bien gestando, en muchas ocasiones son agredidas física o sexual y verbalmente. En este caso, la forma particular en que son descalificadas por sus parejas alude a la legitimidad del hijo o hija, los hombres se dan el permiso de negar o dudar de su paternidad, poniendo en tela de juicio la reputación de las jóvenes<sup>12, 16</sup>. Las entrevistadas refieren que esta actitud de sus parejas las lastima y genera en ellas sentimientos negativos hacia sus compañeros y también hacia sus hijas e hijos<sup>11</sup>.

Con relación al uso del cuerpo femenino, está el ejercicio de aprendizaje de la maternidad como el deber ser femenino, permeado fuertemente por el discurso religioso.<sup>17, 18</sup> El cuerpo de la mujer es para tener hijos e hijas, de esto depende su feminidad.

La maternidad es el elemento que las identifica como mujeres y con las mujeres, particularmente con sus madres y con su historia de dolor. Por ello, aunque discursivamente mantengan ideas pro-maternales y de amor a sus hijos e hijas, perpetúan prácticas de crianza en donde se expresan maltratos, negligencias, descuidos. Por ejemplo, mientras están embarazadas y tienen a sus hijos e hijas, se drogan, comen poco y duermen menos, y se exponen a situaciones de riesgo que conlleva la vida en la calle<sup>19</sup>. Por otro lado, pese a la supuesta adherencia al discurso pro-materno, el hecho de estar embarazadas para algunas participantes significó afrontar problemas: fueron corridas de sus casas o de las instituciones en las que vivían en el momento de gestación.

Los efectos de sustancias tóxicas también implican cambios fisiológicos. El deterioro físico, por ejemplo, se hace evidente. Dado que con el consumo de drogas se inhibe el hambre, las jóvenes presentan altos grados de desnutrición, por lo que sus procesos hormonales se alteran, el flujo menstrual disminuye y se interrumpe temporal o permanentemente. Esto, junto con otros factores, propicia que las jóvenes no distinguan cuando la interrupción de la menstruación es indicio de su estado de gravidez, de un desequilibrio hormonal o de la malnutrición. Pero como es sabido, el uso de drogas no sólo tiene consecuencias para la salud física, a nivel intelectual, la atención disminuye, así como la capacidad motriz y el umbral de tolerancia al ruido y a la luz. Esto hace que sus estrategias o actitudes de cuidado a las hijas e hijos sean limitadas o nulas.

Las prácticas de crianza y los estilos de vida de las jóvenes que viven en la calle las hace objeto de innumerables acusaciones. Miembros del grupo, mujeres u hombres, personas ajenas al mismo, personal de las instituciones o las mismas parejas, señalan a las jóvenes cuando durante su maternidad y gestación consumen drogas. El castigo más severo a la desobediencia del mandato social de la maternidad responsable, abnegada y amorosa es que muchas veces las instituciones despojan a las jóvenes y a sus parejas –si las hay– de la patria potestad de sus hijos e hijas<sup>11</sup>.

Cuando las instituciones despojan a las jóvenes o a las parejas de sus hijas e hijos, lo hacen argumentando que no serán o son buenas madres y que su intención es que los bebés crezcan en mejores condiciones de vida. En ocasiones, señalan que lo hacen por el bien de las mismas jóvenes. Esta sanción moral y social, más que ayudar a reflexionar o a aligerar la responsabilidad, genera en las madres –y padres– sentimientos negativos hacia las instituciones y la sociedad en general; la culpa es un sentimiento frecuente ellas, y en ocasiones en ellos, porque no fueron buenas madres, y todo ello trae como consecuencia el incremento en el consumo de drogas<sup>19,20</sup>. Y la no adherencia institucional por parte de ellas. La vivencia de la maternidad, entre apariencias y contradicciones, entre lo que piensan, dicen y hacen las jóvenes entrevistadas, tiene que ver con las características y las creencias del grupo de pertenencia<sup>21</sup>. La demanda del grupo y las formas de sobrevivencia hacen que las jóvenes roben, se droguen o dejen a sus hijas e hijos al cuidado de otros. Estas actividades que ocasionan “irresponsabilidad” materna hacen que el grupo y los padres (biológicos o adoptivos),

si existen, funcionen como redes de apoyo, cuidadores o proveedores de las mujeres y sus hijos e hijas. También pueden ser quienes sancionen las conductas “antinatura” de algunas de ellas al no hacerse cargo de sus hijas e hijos, y quienes a partir de esta sanción reproduzcan el orden de la demanda social para cada uno de los géneros, principalmente para aquellas jóvenes quienes son o han sido madres<sup>19</sup>.

Siguiendo lo anterior, las reacciones de exclusión, sanción moral y control formal dirigidas particularmente a las mujeres que viven en la calle y son madres, implica para su salud física y mental, entre otras cosas, ser excluidas de los sistemas de salud, programas sociales, laborales y escolares; son población cero, como lo expone Cosío Villegas<sup>10</sup>, lo que tiene como consecuencia la desnutrición, falta de oportunidades, exposición a estresores y por supuesto el incremento del consumo de sustancias tóxicas que merman su salud física, neuronal y mental. Es decir, se perpetra la violencia simbólica, la exclusión social y la reproducción de la feminización de la pobreza.

## CONCLUSIONES

La conformación de nuevas sociedades no sólo genera necesidades que requieren mecanismos de sobrevivencia e interacción entre los individuos, sino que también son el marco de interacciones simbólicas que establecen pactos que norman las prácticas sociales. Dichos procesos producen la emergencia de las colectividades y su definición<sup>22</sup> –identidad–<sup>vii</sup>, es decir, con el crecimiento de las ciudades deviene una estratificación de las sociedades, además de la evidencia de multiétnias, culturas alternativas y grupos marginales presentes en ellas. Tal es el caso de las niñas y jóvenes que viven en la calle.

Para las jóvenes el proceso de reproducción del rol femenino y de la satisfacción de las demandas sociales es muy importante, es decir, la aceptación o rechazo hacia lo que hacen las mujeres y cómo son las mujeres. Al parecer, en

las representaciones sociales que tienen de la mujer siguen prevaleciendo dos modelos predominantes: el de la mujer puta o el de la mujer buena y pura<sup>23</sup>.

Centrándonos en el modelo de mujer “puta”, se entiende que en este grupo se encuentran aquellas que hacen uso arbitrario y elegido de su cuerpo, no necesariamente se apegan a la demanda social del cuidado y la crianza de hijos e hijas, realizan actividades que son tenidas como propias de los hombres, o bien, no acceden a las demandas de naturaleza sexual de algunos hombres, como es el caso de las jóvenes entrevistadas. Motivo por el cual son severamente sancionadas social y moralmente y hasta castigadas por las instituciones de atención a la infancia callejera o por las propias familias, ya que las niñas y jóvenes que viven en la calle que transgreden a la maternidad ordenada dentro

vii Entendemos por identidad “el sistema unitario de representaciones de sí elaboradas a lo largo de la vida de las personas a través del cual ellas prueban que son siempre iguales a sí mismas a la vez que distintas a otras personas y dignas por ello de ser reconocidas en su particularidad”. Ver referencia.



del matrimonio y lo doméstico, son corridas de sus casas o instituciones, regañadas, censuradas y en muchos casos les arrebatan a sus hijas e hijos su pretexto de ser malas madres o no estar capacitadas para ello.

A las niñas y jóvenes que viven en la calle se les trata como hombres en las riñas, en la organización para la sobrevivencia del grupo y en la repartición de bienes. Sin embargo, cuando gestantes o madres, las mujeres adquieren otro sentido, se espera de ellas y se les exige que se dejen de drogar y cuiden –como toda mamá– a sus hijas e hijos, se dediquen a bañarles, alimentarles, quererles y educarles; como parejas, que organicen y asean el hogar, les laven y preparen alimentos. Pero si estas mujeres incumplen con sus funciones sociales, pueden llegar a ser fuertemente sancionadas y en muchos casos golpeadas y/o dejadas por sus parejas. En contraste, demandan que las jóvenes sean buenas madres al tiempo que esperan que trabajen y los apoyen para el sostenimiento de la familia. De no ser así son acusadas de malas madres, compañeras y esposas y la sanción es dudar de la legitimidad de los hijos e hijas, las jóvenes son abandonadas y maltratadas por sus parejas y ocasionalmente por el grupo.

La desobediencia social al modelo hegemónico de la feminidad y maternidad de las jóvenes al vivir en las calles, trae múltiples consecuencias, no sólo por el estilo de vida en sí: consumen drogas, riñen, no duermen, entre otras cosas; sino porque este estilo de vida las coloca en un lugar de censura social y moral, en donde se ponen en tela de juicio sus capacidades y habilidades, sobre todo aquéllas relacionadas con su significado de ser mujer, su ser madres por parte de instituciones y miembros del grupo, entre otros. Lo que tiene como consecuencia la práctica exacerbada de uso de drogas y otras prácticas de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler de Lomnitz L. La marginalidad como factor de crecimiento demográfico. En: Bar-Din Anne, compilador. Los niños marginados en América Latina. Una antología de estudios psicosociales. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM; 1995.
2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censo de Población y vivienda 2005, México: INEGI; 2005.
3. Casa Alianza México. Niños y niñas de la calle: de la calle a la alianza. México: Casa Alianza; 1997.
4. Comisión para el estudio de los niños callejeros. Ciudad de México: estudio de los niños callejeros. Resumen ejecutivo. México: COESNICA; 1992.
5. Departamento del Distrito Federal. Informe final del II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México. México: DDF-UNICEF; 1995.
6. Lucchini R. Niño de la calle: identidad, sociabilidad, droga. Barcelona: Los libros de la frontera; 1996.
7. González-Martínez L. La sistematización y el análisis de los datos cualitativos. En: Mejía y Sandoval, editores. Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamiento desde la práctica. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO); 1999.
8. Lucchini R. Sociología de la supervivencia: El niño y la calle. México: ENEP Iztacala; 1998.
9. López M. La calle: sinónimo de libertad para los menores marginales. UNAM Hoy 2001; 28(6):13-17.
10. Cosío D. Historia moderna de México. México: El Colegio de México; 1957.
11. Hernández OA. Representaciones sociales, prácticas y eventos relacionados con la maternidad y la paternidad en jóvenes que viven en la calle (tesis doctoral). México: Facultad de Psicología, UNAM; 2005.
12. Lees S. Aprender a amar. Reputación sexual, moral y control social de las jóvenes. En: E. Larrauri, compilador. Mujeres, derecho penal y criminología. Madrid: Siglo XXI; 1994.
13. Vega L, Gutiérrez R. Las adicciones y los menores. En: Los niños del otro México. 3er. Informe sobre los derechos del niño y la situación de la infancia en México. México: COMEXANI; 1994.
14. Gutiérrez R, Vega L. El uso de inhalables y riesgos asociados para la salud mental de las llamadas niñas 'callejeras'. En: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Con ganas de vivir una vida sin violencia. Es un derecho nuestro. México: UNDCP-Oficina Regional para México y Centroamérica; 1998.
15. Azaola E. Infancia robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México. México: UNICEF-DIF-CIESAS; 2002.
16. Larrauri E, compilador. Control informal: las penas de las mujeres. En: Mujeres, derecho penal y criminología. Madrid: Siglo XXI; 1994.
17. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglo XVII al XX. Barcelona: Paidós-Pomare; 1981.
18. Ferro N. El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo XXI; 1991.
19. Vega L, Gutiérrez R, Rodríguez ME, Galván J. Factores de riesgo para la salud mental de las niñas que subsisten en las calles. En: Lara MA, Salgado N, compiladoras. Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito. Salud mental en las mujeres mexicanas. México: Pax, 2002.
20. Calderón J. Infancia sin amparo. La realidad que enfrentan los niños de la calle. México: La Jornada-Grijalbo; 2003.
21. Dreier O. Trayectorias personales de práctica a través de contextos de práctica social. En: Gilberto Pérez Campos, trad. Psicología y Ciencias Sociales: Psicología Cultural; ENEP Iztacala-UNAM 1999; 3(3):28-50.
22. Guzmán V, Portocarreño P. Construyendo diferencias. Lima: Flora Tristán; 1992.
23. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM; 1997.



# Aspectos antropológicos sobre SIDA y embarazo en zonas indígenas de Michoacán con migración pendular

**Dr. Daniel Hernández Rosete\***

Departamento de Investigaciones Educativas  
Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN



\* Agradezco el apoyo que me brindó Rocío Estrada Hipólito, del DIE/Cinvestav en la edición final del manuscrito. Este artículo es resultado de una etnografía multisituada en condados de San Diego y Fresno en California y en localidades de Michoacán y Oaxaca con el apoyo financiero del Universitywide Aids Research Program de la Universidad de California. Agradezco además el acompañamiento que me brindaron María Teresa Hernández, Melissa Sánchez, Bart Aoki y George Lemp durante la estancia en Berkeley donde elaboré el protocolo de esta investigación.

## PLANTEAMIENTO

Diversos estudios<sup>1, 2, 3, 4</sup> consideran que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se propaga a través de la migración, particularmente cuando ocurre entre países con alta y baja seroprevalencia epidémica<sup>1, 2</sup>. Este planteamiento sugiere que las infecciones de migrantes mexicanos están ocurriendo en Estados Unidos<sup>3, 5, 6</sup> donde la prevalencia de VIH es notablemente mayor que en México.

Si bien las aportaciones de estos estudios han permitido explicar las dinámicas epidemiológicas del VIH entre migrantes, los hallazgos pueden convertirse en argumentos para ver a las poblaciones móviles como un nuevo grupo de riesgo, lo que refuerza el estigma histórico atribuido al migrante.<sup>7, 8</sup>

Para desarrollar esta investigación partí de que la relación entre migración indígena y VIH implica un escenario de relaciones de poder asimétricas que favorecen la violencia contra poblaciones que carecen de recursos sociales, jurídicos y económicos<sup>9</sup>. Me pareció importante colocar en el centro del análisis la violación de derechos sexuales como factor para explicar el origen estructural de la vulnerabilidad de mujeres indígenas frente al VIH. En este sentido se puede afirmar que la ruralización del VIH/SIDA en México ha sido poco estudiada, pues los datos existentes sobre zonas rurales corresponden a estudios epidemiológicos de los años noventa<sup>10</sup> y sólo dan cuenta del modelo de crecimiento de la epidemia.

Por otro lado, considero que no hay investigación etnográfica suficiente para poder comprender el rol que juega el contexto sociohistórico en la dinámica de propagación del virus en el México rural e indígena. Debo mencionar también que México es un país cuya diversidad etnolingüística existe en regiones rurales con epidemias que responden a condiciones socioeconómicas distintas, que no terminan de ser analizadas atendiendo la complejidad de su diversidad étnica, lingüística y económica. Se desconoce, por tanto, la magnitud de la ruralización del VIH como un problema de salud que involucra al menos cuatro variables: condición étnica, pobreza, migración y violación de derechos humanos.

Existen múltiples trabajos que documentan la dinámica de propagación de VIH entre migrantes mexicanos de origen rural y urbano en Estados Unidos<sup>5, 6, 11</sup>. Estas investigaciones sugieren que la epidemia de VIH entre mexicanos se muestra relativamente baja y estable, sin embargo, llama la atención el hecho de que, durante su estancia, los migrantes pueden tener prácticas de sexo sin condón<sup>3, 12, 13, 14</sup> en contextos de comercio sexual masculino. Otras investigaciones coinciden en señalar que la infección de VIH entre jornaleros de origen mexicano que trabajan en Estados Unidos es atribuible al uso de drogas y antibióticos inyectables.<sup>15</sup>

Algunas de las investigaciones etnográficas<sup>12, 16, 17</sup> sobre ruralización del VIH en México sugieren que los mexicanos que ingresan temporalmente a Estados Unidos pueden ser vulnerables al VIH debido a que se ven inmersos en contextos con normas sexuales más laxas, por tanto, pueden experimentar prácticas sexuales diferentes<sup>i</sup> a las que tienen en sus localidades de origen<sup>18</sup>. Respecto a las mujeres que esperan en México destaca la creencia en la fidelidad de sus cónyuges como un modo de vida que las coloca en franca vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH en particular.<sup>12, 16, 17</sup>

Los estudios recientes sobre ruralización de VIH en México<sup>3, 6, 12, 16</sup> parecen coincidir en el hecho de que los migrantes muestran fuertes resistencias al uso de condón cuando vuelven a sus localidades de origen. Estos hallazgos desataron mi interés por analizar los motivos que los migrantes de temporada tienen para buscar relaciones sexuales sin condón y con fines reproductivos con sus esposas al regresar a México. Además, los estudios sobre masculinidades revelan que algunas expresiones de violencia masculina tienen su origen en los miedos a la infidelidad femenina<sup>19, 20</sup>, y a su relación con las ideas sobre el honor masculino mancillado<sup>21, 22, 23, 24</sup>. De modo que el trabajo de campo buscó explorar representaciones sociales sobre infidelidad femenina y vida conyugal, enfatizando el análisis en las resistencias al uso del condón como un hecho que podría estar relacionado con los significados que algunos de los migrantes esta-

i La bisexualidad y la homosexualidad entre varones migrantes mexicanos en Estados Unidos son prácticas que han sido asociadas a la penetración anal sin condón<sup>3, 14</sup>.

cionales dan al embarazo como un recurso de control sexual de sus esposas de cara a su propia imagen como hombres ausentes. Algunas preguntas de investigación pretendían dar cuenta de las motivaciones que llevan a los migrantes entrevistados a buscar relaciones sexuales sin protección cuando regresan a sus localidades de origen. Además se buscó indagar qué opinan las esposas que esperan en México de la relación padre-hijo cuando el migrante regresa y cómo experimentan las mujeres indígenas la estancia de sus maridos cuando están en México. Finalmente, se exploró la existencia de algún modelo de negociación conyugal en torno a las relaciones sexuales cuando el migrante vuelve a casa.

Aunque no se pretendió realizar un estudio sobre masculinidades, resultó conveniente retomar algunos supuestos conceptuales sobre masculinidad. Fue especialmente importante identificar el modelo hegemónico de masculinidad<sup>ii</sup> como un factor que no sólo puede comprometer la salud de los propios varones<sup>25, 26</sup>, sino que puede afectar la relación de paternidad<sup>27, 28</sup>, y vida conyugal.<sup>21, 29</sup>



## MÉTODO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue planteada desde la fenomenología en su vertiente de constructivismo social, donde los relatos orales cobran importancia sociológica precisamente porque permiten conocer los significados y universos de motivaciones<sup>30</sup> a partir de los propios actores. Además se partió de que lo real existe como un entramado de significados que son válidos en el contexto local en el que ocurre la interacción cotidiana<sup>31</sup>. El trabajo de campo básicamente consistió en conversaciones grabadas con el consentimiento de los informantes y en observaciones directas en campo, encaminadas al rescate de las creencias y necesidades que

alimentan la interacción social. Por tanto, las entrevistas en profundidad fueron los principales recursos empleados para comprender algunos de los significados en torno a la paternidad, el embarazo y la vida familiar durante el regreso de los migrantes.

ii La masculinidad hegemónica es un modelo cultural tenido como la única forma de ser hombre verdadero<sup>27</sup>. Como tipo ideal supone que los varones han de ser siempre proveedores económicos, heterosexuales, homofóbicos y que han de estar alejados de todo indicio femenino<sup>21</sup>, como el llanto, la expresión afectiva y de emociones atribuidas a la feminidad, por ejemplo el miedo. Se trata de una construcción social, es decir, implica un orden de género e identidad que supone mandatos<sup>26</sup> que operan en la subjetividad de los varones que creen en ella, por eso tiende a propiciar riesgos para su salud mental y física<sup>25</sup>.

## Trabajo de campo y universo de estudio

Uno de los retos más complejos del estudio fue definir el perfil etnográfico de la población estudiada tomando en cuenta su condición étnica. Sobre todo porque en México persisten enfoques censales que erróneamente conciben lo indígena como una condición étnica que se reduce al uso del lenguaje. Para evitar este problema tomé en cuenta variables de tipo antropológico a fin de sugerir que la identidad indígena no puede ser sólo atribuida al hecho de hablar o no algún idioma de origen prehispánico<sup>iii</sup>. Por tanto, se consideró como indígenas a personas nacidas en localidades ubicadas en la meseta purépecha y que, por autoadscripción, se consideraron a sí mismas como pertenecientes al colectivo purépecha, independientemente de que tuvieran como idioma materno un lenguaje diferente al español.

El levantamiento etnográfico fue realizado en febrero y marzo del 2004 en las localidades de Ecuandureo, Gómez Farías, Chilchota, Tangancícuaro y Zamora, comunidades purépechas de Michoacán que son expulsoras de migrantes de temporada<sup>36</sup>, además son catalogadas como entidades con niveles muy altos de marginación<sup>37</sup> y hay casos registrados en fases terminales atribuibles al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) entre población indígena de la región<sup>38</sup>. Fue realizado por tres sociólogas, dos antropólogos y un filósofo, que trabajaron bajo la supervisión de uno de los antropólogos. Las entrevistas en profundidad implicaron el diseño de tres instrumentos diferentes:

- 1) Guía de entrevista para migrantes;
- 2) Guía de entrevista para esposa de migrante y
- 3) Guía de entrevista a informantes locales (docentes, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales).

Se llevaron a cabo observaciones directas con participación de todo el equipo. Se asistió a reuniones familiares y se observaron algunas dinámicas de vida familiar. Las sociólogas crearon vínculos de confianza con las abuelas, es decir, las madres de los migrantes que, con fines de cuidado, vigilan a los nietos pero también a las nueras, que al estar temporal-

mente sin marido se ven inmersas en un sistema de miradas que parecen invadir incluso su vida privada, por lo que hablar con ellas sólo fue posible para las sociólogas. Esto resultó especialmente interesante pues las entrevistas con mujeres indígenas fueron realizadas en contextos de acompañamiento entre mujeres.

Buena parte de la información sobre las creencias y posicionamientos de las mujeres frente a la migración de retorno la obtuvimos de relatos de enfermeras, médicos, trabajadoras sociales y profesores de primaria. Sin embargo, logramos explorar los significados atribuidos a las prácticas sexuales sin protección escuchando los relatos de las propias mujeres que esperan el regreso de sus cónyuges.

Uno de los problemas más complejos de esta investigación tiene que ver con la recopilación de información a través del relato oral. Fue muy común que la información más valiosa surgiera después de apagar la grabadora y dar por concluida la entrevista. En la conversación informal que se da después de la entrevista pueden surgir datos trascendentes que no siempre se escuchan cuando el antropólogo procura apegar-se a la guía de entrevista. Los informantes, especialmente las mujeres indígenas entrevistadas, tienden a liberarse de la posible inhibición que ejerce el saberse "observadas" a través de la grabación. Sobre todo porque se trata de conversaciones en las que se tocan temas tabuados, de competencia privada y de vida íntima. En estos casos el diario de campo resultó un recurso de apoyo fundamental para documentar los relatos y testimonios que surgieron fuera de grabación. Los datos complementarios a las entrevistas quedaron documentados en los diarios de campo y son mencionados en los casos que se recurrió a ellos.

Para delimitar el universo etnográfico se tuvo especial cuidado en contactar a migrantes que viajaron solos por periodos de hasta tres años con episodios de retorno a México que oscilaban entre dos y cuatro meses. Además se contactaron hogares gestionados por mujeres y que fueron referidos por autoridades locales como lugares de residencia de varones migrantes ausentes.

iii Lo indígena también incluye el sentido de pertenencia a lugares y regiones rurales, es decir, la filiación territorial (paisanaje) como ámbito estructurante de la vida social<sup>32</sup>. Otros rasgos importantes son las formas de sacralidad atribuidas a los ciclos agrícolas, el sentimiento de pertenencia a una comunidad de tipo campesino-rural y a cierto tipo de organización social basada en sistemas de cargos, como las mayordomías<sup>33, 34</sup>. Para Max Weber<sup>35</sup>, la referencia de lo indígena tiene que ver además con representaciones, creencias y sentimientos de pertenencia a una comunidad étnica.

El universo de exploración abarca cuarenta y un personas entrevistadas en profundidad durante una hora. Fueron clasificadas según su perfil sociodemográfico en cuatro grupos. Al grupo I se adscriben diez varones con hábitos de migración estacional de origen purépecha entre 18 y 45 años, en el grupo II se ubican quince mujeres entre 18 y 45 años que son esposas de migrantes de temporada y que dijeron identificarse como purépechas. En el grupo III están cuatro representantes de organismos gubernamentales y no

gubernamentales, que no necesariamente tienen el mismo origen étnico, pero que residen en las localidades y conocen aspectos centrales sobre migración y vida familiar. El grupo IV está constituido por doce personas que por su función en la vida pública en las localidades estudiadas, pudieron proporcionar información etnográfica sobre creencias, prácticas y tradiciones sobre nupcialidad, migración y vida cotidiana, es el caso de directores de escuelas, profesores, sacerdotes, médicos y autoridades locales.

### UNIVERSO DE ESTUDIO SEGÚN RANGOS ANTROPOLÓGICOS (n=41)

<b>GRUPO I</b>	Población móvil masculina, purépecha, entre 18 y 45 años, con experiencia de residencia y/o trabajo en Estados Unidos.	<b>n=10</b>
<b>GRUPO II</b>	Mujeres-esposas de migrantes indígenas, entre 18 y 45 años con filiación purépecha.	<b>n=15</b>
<b>GRUPO III</b>	Autoridades y representantes de organismos no gubernamentales.	<b>n=4</b>
<b>GRUPO IV</b>	Personas que por su conocimiento y presencia en la vida pública de la comunidad, puedan referir información sobre migración indígena, cultura, VIH y sistemas de salud locales.	<b>n=12</b>

### El procesamiento de datos

Las entrevistas fueron transcritas y codificadas por las sociólogas que participaron en la fase de trabajo de campo. La codificación de las entrevistas se llevó a cabo con el apoyo instrumental de Atlas Ti 4.2, un software diseñado para el análisis etnográfico basado en relatos orales. Para codificar las entrevistas se reunió el equipo etnográfico y se distribu-

yeron las entrevistas entre las etnógrafas que las recabaron. Se codificaron utilizando guías que fueron diseñadas por el equipo etnográfico de acuerdo con los objetivos particulares del estudio. Finalmente, se ordenaron los datos según ejes temáticos y se procedió a redactar el informe técnico.

## RESULTADOS

La resistencia al uso del condón no sólo depende de la calidad de la información sobre el uso adecuado del preservativo o de la religiosidad católica como factor para inhibir su uso, además, se trata de una decisión ligada a creencias, miedos y angustias que experimentan los migrantes al saber que sus esposas quedan solas en México. Estos resultados me hicieron ver que la magnitud del problema poco tiene que ver con preceptos morales sobre lealtad conyugal, más bien se trata de un escenario de dominación masculina que puede favorecer la propagación de virus que favorecen las infecciones de VIH<sup>iv</sup>.

Un rasgo etnográfico que salta a la vista en las localidades analizadas es que los embarazos adolescentes existen como una condición naturalizada a través de los significados y prácticas que alimentan las formas de nupcialidad rural que detecté:

*Aquí los muchachos se casan en primer año de secundaria, segundo año de secundaria. Pues le voy a decir que todo viene de tradición. Si le preguntas a un muchacho a qué edad se casaron sus abuelos o sus padres, te va a decir que a los catorce, quince años. Es lo mismo que ellos van a hacer, porque así se les ha impuesto. Porque así lo han visto, entonces es normal para ellos a esas edades contraer matrimonio. Y así trae problemas graves, problemas de embarazo a muy temprana edad, después se van a los Estados Unidos, que es como su máxima meta, acaban viviendo allá y dejan a la mujer acá en encargo con la mamá (Médico comunitario en Zopoco, notas etnográficas en diario de campo).*

La virginidad femenina está muy relacionada con los ideales de mujer como madre y esposa, es decir, la nupcialidad es resultado de un proceso de elección de mujeres en función de creencias masculinas sobre pureza sexual femenina. Se trata de un principio de violencia simbólica que afecta el derecho a la salud sexual y reproductiva de mujeres porque inician su vida sexual sin condón con varones que pudieron haber estado en contacto con el VIH, con el VPH y con otras ITS:

*Aquí sí es muy valorado eso de que una mujer vaya virgen al matrimonio, entonces por eso a muchas se las roban porque así la tradición del robo dice que uno al otro día tiene que ir a pedir el perdón a la familia de la novia, pero si uno descubre que no es virgen entonces puede decir que ya no se casa porque la mujer ya había caído en deshonra (Director de telesecundaria, Zopoco).*

La iniciación sexual muestra diferencias notables por sexo que implican desigualdades que impiden el derecho a la salud tanto en mujeres como en hombres, precisamente a través de mandatos sociales que pocas veces son cuestionados, ya que mientras los hombres son presionados socialmente para iniciarse en contextos ligados a una sexualidad no reproductiva, de la mujer se espera que el inicio de su vida sexual sea con fines reproductivos y, además, el día de su casamiento.

Se contactaron adolescentes que dijeron ser padres de familia y que se desenvolvían en los estrechos márgenes de una paternidad que no se expresa a través del vínculo con los hijos, sino más bien desde la honorabilidad adquirida socialmente. Ser padre, en ese sentido, es un estatus adquirido que confiere al adolescente la legitimación frente a otros varones como persona adulta. Se trata de una forma de violencia simbólica que tiene dos expresiones, por un lado están las representaciones sobre sexualidad reproductiva como anclaje identitario masculino, donde tener hijos con múltiples parejas es una forma de reafirmarse como hombres<sup>27</sup> y, por otro, la ausencia del migrante le convierte en una persona rara a la que la comunidad le mira con desconfianza, sobre todo cuando al regresar pretende retomar la jefatura familiar.

Aunque la intención afectiva del migrante con sus hijos puede ser importante, la relación del hijo con el padre refleja un conflicto emocional relacionado con la ausencia. Los hijos pueden rechazar al padre porque en el mejor de los casos habían pasado algunos años antes de la última partida:

iv Puede ser el caso del Virus de Papiloma Humano (VPH) y la Hepatitis C.

*En la comunidad de Zopoco existe un abandono de familias tremendo, precisamente porque los migrantes ya no vuelven, dejan a la mujer con los hijos acá. A veces se van hasta por seis o siete años y en esos casos es la señora la que se tiene que romper la espalda en el comercio vendiendo aguacates, vendiendo fruta, vendiendo verduras para sacar a los niños adelante y son familias de tres, cuatro niños, que son los casos que a mí me han llegado. Incluida la señora cansadísima, acabada, luchando por salir adelante (Enfermera, Tangancicuaro).*

En contextos más complejos se trata de niños que no conocían físicamente a su progenitor, es decir, en la experiencia del hijo que espera, se trata de un extraño asumiendo la paternidad.

Otro aspecto interesante es que los migrantes delegan en otras figuras masculinas su responsabilidad paterna mientras se ausentan y cuando regresan se muestran más preocupados por su ausencia como cónyuges que como padres. Así, los abuelos aparecen entonces como figuras masculinas substitutas al atender necesidades de educación y alimentación, por eso la imagen del padre ausente aparentemente es atenuada. Sin embargo, el conflicto se manifiesta cuando el migrante regresa y es rechazado por los hijos:

*...en sí da pena cuando regresa uno porque los hijos ya no quieren. Pero también da orgullo porque así uno manda dinero para acá (Purépecha migrante, Chilchota, 20 años, notas etnográficas en diario de campo).*

En algunos casos los migrantes habían regresado para participar en festividades que implican obligaciones de comparecencia, como las primeras comuniones o las presentaciones de la mujer en sociedad como las fiestas de quince años. Son ceremonias que no sólo implican la celebración del sacramento, sino la readecuación del grupo doméstico a la presencia de un familiar que es representado como un forastero, como alguien que es ajeno incluso a la vida comunitaria y vecinal, aunque sus remesas sean constantes. Es factible que los migrantes enfrenten retos para integrarse a la vida familiar cada vez que deciden regresar a México, quizá porque viven su paternidad más como un estatuto de derechos y honorabilidad masculina que de vínculos de afecto.



## El embarazo, la crianza y la vasectomía como recursos de prevención de la infidelidad

Los migrantes se perciben como hombres ausentes en sus localidades de origen y consideran que su ausencia puede dar paso a la infidelidad femenina, por eso viven con miedo a que sus cónyuges mantengan relaciones extramaritales. Creen que el embarazo y la atención que la crianza demanda durante los primeros años de vida del bebé, pueden evitar que sus esposas busquen relaciones sexuales con otra persona. La vasectomía en secreto aparece además como un recurso del migrante para evidenciar un posible embarazo de su mujer con otro hombre. La directora de uno de los centros de salud explicó esto al hablar del caso de un varón que le había solicitado vasectomizarse a una temprana edad debido a que temía que su esposa le fuera infiel mientras él estaba en el extranjero.

Para las mujeres la posible infidelidad de sus cónyuges existe en un tono de plena conciencia del riesgo de ITS/VIH. No obstante que algunas de las mujeres participantes en el estudio contaban con información calificada<sup>v</sup> sobre prevención de VIH, la mayoría se había enfrentado en al menos una ocasión a la intención de sus esposos de tener relaciones sexuales sin protección:

**¿Cómo es el encuentro sexual cuando regresa su pareja?** *No es lo mismo después de estar tan lejos, como que no sientes confianza y más que nada hay temor. Platico con él pero me dice que allá no tiene relaciones. ¿Le ha pedido usar el condón? Sí, pero él dice que no y me pregunta por qué no le tengo confianza. Lo hemos hecho sin condón, pero ahora ya tengo más miedo. Platico con mis tías y ellas vivieron así también. Pero ellas me dicen que ahorita que somos jóvenes deberíamos cuidarnos, ellas me preguntan ¿tú crees que él te va a decir la verdad si sabe que te vas a enojar? O sea ellos nunca van a decir la verdad, por más confianza que les tengas. Y luego la que la lleva es una.*

*(Mujer purépecha, 26 años, Ecuandureo, Michoacán)*



Entre las mujeres de mayor edad existe la necesidad de interponer la visión del médico comunitario como recurso para mediar el contacto sexual cuando regresa su marido:

*Muchas veces en consulta me dicen: “doctor es que cuando viene mi marido de Estados Unidos tengo miedo de que traiga una enfermedad o algo y quiero prevenir”. Bueno, pues les decimos que se lleven unos preservativos y nos piden que hablemos con el señor, entonces se les da una cita para poder hablar con los dos.*

*(Médico comunitario, Ecuandureo, Michoacán)*

Aunque este testimonio no es representativo de la condición rural en México, sugiere que la interacción entre las mujeres que esperan en México el regreso de sus maridos no necesariamente puede ser pasiva.

El embarazo como propósito masculino de control de la mujer representa uno de los principales conflictos conyugales. Una de las mujeres dijo que no quería tener más hijos, sin embargo, su miedo a desencadenar un conflicto conyugal la lleva a asumir los contactos sexuales con fines reproductivos cuando vuelve su marido:

*...yo creo que si fuera de escoger, yo no encargaría más hijos... da miedo cada vez que va a regresar, porque siempre es el mismo problema y es que no quiero otro embarazo pero ya no puedo estar discutiendo y discutiendo de vuelta cuando viene.*

*(Esposa de migrante, Zopoco, purépecha 27 años, notas etnográficas en diario de campo)*

Pese a la intención de los migrantes de conseguir nuevos embarazos cada vez que regresan a México, las mujeres pueden recurrir al dispositivo intrauterino para evitarlo, o incluso a las píldoras anticonceptivas. El problema radica en que pueden verse obligadas a tener sexo sin condón aún cuando suelen estar conscientes de que los maridos hayan contraído alguna infección durante su estancia en Estados Unidos.

En estos casos el embarazo no es una condición definida desde un proyecto de conyugalidad, obedece a preocupaciones masculinas que miran su paternidad como una forma

<sup>v</sup> Información calificada sobre prevención de VIH es aquella que se apega a versiones científicas sobre transmisión de VIH y que generalmente es obtenida a través de agencias gubernamentales o no gubernamentales o por medio de visitas domiciliarias de trabajo social.



de estar presentes. Ser padre implica creencias y representaciones que parecerían sólo estar ligadas al prestigio masculino creado a través de una paternidad múltiple, sin embargo, conlleva formas de opresión entre las mujeres que esperan en México.

Las normas de religiosidad persisten como factores definitorios de una sexualidad fundamentalmente reproductiva. Lo que no sólo dificulta la prevención de embarazos que,

como ya se vió, no siempre son deseados por las esposas, sino que además impide prevenir la propagación de VIH. Es necesario enfatizar que son normas que coexisten con las posturas críticas de algunas mujeres, que resisten en una cultura sexual centrada en la reproducción. Me parece que este fenómeno muestra un perfil de la cultura sexual de hombres que no terminan de asumir la salud sexual y reproductiva de sus esposas como un derecho compartido conyugalmente.

## CONCLUSIONES

En las localidades estudiadas persisten formas de violencia cuya legitimación social se da a través de las concepciones sociales sobre sexualidad y nupcialidad rural. Mientras que entre los varones la existencia de relaciones sexuales antes del matrimonio es tenida como un recurso de honorabilidad y prestigio, la virginidad femenina sigue siendo una condición socialmente necesaria para conseguir marido. Además, en el ámbito conyugal, las prácticas sexuales mantienen un remarcado carácter reproductivo aún cuando las mujeres saben que sus cónyuges pudieron tener contactos sexuales con otras personas. Esto implica una diferenciación notable en las formas de vivir siendo vulnerable ante VIH/ITS.

La vulnerabilidad de estas mujeres se produce en un contexto de prácticas y creencias sobre honor y prestigio masculino. La celotipia masculina aparece en varones migrantes que se saben ausentes en las localidades donde quedan solas sus esposas. Es una experiencia que les envuelve en una espiral de desconfianza que los lleva a creer que el embarazo y la crianza del bebé son opciones aceptables para evitar una posible relación extraconyugal femenina. Encontramos que varias de las mujeres entrevistadas informan que a su regreso, sus esposos buscan el embarazo, por tanto practican relaciones sexuales sin condón.

Persiste la idea de que el honor masculino surge con la paternidad, destaca además que ésta es experimentada por los varones como un recurso de dominación y control de la esposa que espera en México. De hecho, para las mujeres entrevistadas el regreso de sus esposos propicia contextos de depresión y angustia que tienen que ver con al menos dos aspectos. Por un lado, está el problema de interacción

del padre con sus hijos, quienes incluso pueden mostrar resistencia al encuentro. Por otro lado, el contacto sexual con fines reproductivos es experimentado como una obligación que afecta la salud mental de las mujeres en tanto que son conscientes de los riesgos de ITS/VIH a que pueden quedar expuestas cuando los contactos sexuales son con fines reproductivos, por tanto, sin condón.

Una infección de VIH agudiza las condiciones de pobreza y puede detonar la aparición de nuevas formas de opresión social basadas en discriminación y estigma. En zonas rurales esto complejiza la opresión social que afecta a poblaciones históricamente estigmatizadas, particularmente me refiero a poblaciones indígenas, que además viven afectadas severamente por la pobreza.

El México rural no está listo para enfrentar el reto que implican las epidemias de VIH/SIDA-discriminación. Es necesario implementar políticas de prevención que no sólo incluyan el enfoque de género, entendido como un encuadre que da cuenta de la condición sociohistórica de las mujeres. Es urgente diseñar políticas de intervención con enfoques teóricos que incluyan el análisis de masculinidades con el fin de incluir aspectos culturales ligados a lo que significa ser hombre en localidades rurales, es decir, es necesario tomar en cuenta las creencias y significados que los varones tienen sobre sus maneras de vivir y legitimar su propia masculinidad, enfatizando la idea de que las identidades masculinas rurales existen como un colectivo complejo y diverso que sigue subordinado a una concepción hegemónica y unívoca de lo que significa ser hombre.



Se trata de pensar en modelos de intervención dirigidos a poblaciones masculinas. Esto abre la posibilidad de promover políticas públicas donde los derechos sexuales y reproductivos cobren un significado legible para los varones migrantes, quienes no siempre aceptan que la sexualidad puede ser un espacio de derecho para la mujer.

También es fundamental tomar en cuenta que el éxito de una intervención comunitaria no sólo depende de un planteamiento que implique un propósito más o menos sosten-

tado en las evidencias que muestran las microhistorias de las localidades, además tiene que ver con el reconocimiento de la labor presencial, tanto de parteras locales como de enfermeras y médicos que viven en las localidades. Esta investigación permitió comprender la importancia que tiene para las comunidades rurales e indígenas el personal de salud. Sobre todo cuando se muestra sensible a las historias de vida de las personas inmersas en los procesos migratorios, el VIH y la pobreza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen B, Trussell J. Preventing and mitigating AIDS in sub-Saharan Africa: Research and data priorities for the social and behavioral sciences, Washington DC: National Academy of Sciences Press; 1996.
2. Lalou R, Pichet V. Migration et sida en Afrique de L'Ouest. Un état des Connaissances. Paris: Les Dossier du CEPED; 1994.
3. Organista K, Carrillo H, Ayala G. HIV prevention with Mexican migrants: review, critique, and recommendations. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;1(37 Suppl 4): 227-39.
4. Zavriew L. Bringing HIV back to the villages. *World AIDS*; 1994;35:6.
5. Martínez-Donate A, Rangel G, Hovell M, Santibáñez J, Sipan K, Izazola J. HIV infection in mobile populations: the case of Mexican migrants to the United States. *Pan J Public Health* 2005;17(1): 26-9.
6. Sánchez M, Lemp G, Carter S, Ruiz J. The epidemiology of HIV among mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *AIDS Forsch* 2004; 1, 37-45.
7. Hernández RD, Sánchez G, Pelcastre B, Juárez C. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*; 2005 oct; 28(5): 20-6.
8. Robles S. Migración y retorno en la Sierra de Juárez. En: Fox J y Rivera-Salgado, coordinadores. *Indígenas mexicanos en los Estados Unidos, México: Universidad Autónoma de Zacatecas: Universidad de California: Miguel Ángel Porrúa Editor; 2004. p. 503-18.*
9. Cáceres F. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola J, coord. *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1999. p. 12-34.*
10. Magis C, del Río A, Valdespino JL, García M. Casos de SIDA en el área rural en México. *Salud Publica Mex.* 1995; 37(6): 615-23.
11. Carrier J, Magaña R. Use of Ethnosexual Data on Men of Mexican Origins for HIV/AIDS Prevention Programs. En: Herdt G. y Lindenbaum S, editores. *The Time of AIDS. Londres:Sage; 1992. p. 243-58.*
12. Apostolopoulos Y, Sonmez S, Kronenfeld J, Castillo E, Mc Lendon L, Smith D. STI/HIV risks for Mexican migrant laborers: exploratory ethnographies. *J Immigr Minor Health* 2006;8(3):291-302.
13. Bronfman M, Rubin J. Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Figueroa B, coordinadores. *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos. México: El Colegio de México; 1999.*
14. Hondagneu-Sotelo P. *Gender and US immigration: Contemporary trends. Berkeley: University of California Press; 2003.*
15. Strathdee S, Fraga W, Case P, Firestone M, Brouwer K, Pérez S, Magis C. Vivo para consumirla y la consumo para vivir: high-risk injection behaviors in Tijuana. *J Urban Health* 2005; 82: 58-73.
16. Hirsch J, Meneses S, Thompson B, Negroni M, Pelcastre B, del Rio C. The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *Am J Public Health* 2007; 97(6): 986-96.
17. Hirsch J, Higgins J, Bentley M, Nathanson C. The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in mexican migrant community. *Am J Public Health* 2002; 92(8):1227-37.
18. Gayet C, Magis C, Bronfman M. Aspectos conceptuales sobre la relación entre la migración y el SIDA en México. *Enf. Infec. Microbiol* 2000; 20(4): 134-40.

19. Garda R. La construcción social de la violencia masculina. Ideas y pistas para apoyar a los hombres que desean dejar su violencia. En: Amuchástegui A. y Szasz I, coordinadores. Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México, México: El Colegio de México; 2007. p. 635-81.
20. Rodríguez G, De Keijzer B. La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas. México. EDAMEX, Population Council; 2002.
21. Badinter E. XY la identidad masculina. Madrid: Alianza; 1993.
22. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2003.
23. Godelier M. La producción de grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea. Madrid: Akal; 1986.
24. Rivas E. Entre la temeridad y la responsabilidad. Masculinidad, riesgo y mortalidad por violencia en la sierra de Sonora. México: CIESAS Desacatos; 2004; 16: 69-89.
25. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenas S. La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
26. Seidler V. La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social. Programa Universitario de Estudios de Género. México: Paidós; 2000.
27. Gutmann M. Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer y Programa Salud Reproductiva y Sociedad. México: El Colegio de México; 2000.
28. Guyer J. Las tradiciones en el estudio de la paternidad en la antropología social. En: Lerner S, coordinadora. Varones, sexualidad y reproducción. México: El Colegio de México; 1998. p. 99-136.
29. De Keijzer B. El varón como factor de riesgo, masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Muñón E, coordra. Género y salud en el sureste de México, México: UJAT-ECOSUR; 1997.
30. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1993.
31. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1992.
32. Warman A. Los indios mexicanos en el umbral del milenio. México: Fondo de Cultura Económica; 2003.
33. Bartolomé M. Gente de costumbre y gente de razón. México: Siglo Veintiuno Editores; 2004.
34. Whitecotton J. Los zapotecos. Príncipes, sacerdotes y campesinos. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
35. Weber M. Comunidades étnicas. En: Weber M. Economía y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1999. p. 315-27.
36. Anderson W. La migración purépecha en la región rural. En: Fox J y Rivera-Salgado, coordinadores. Indígenas mexicanos en los Estados Unidos. México: Universidad Autónoma de Zacatecas, Universidad de California, Miguel Ángel Porrúa Editor; 2004. p. 387-417.
37. Ávila J, Fuentes C, Tuirán R. Índices de marginación, 2000. México: Consejo Nacional de la Población; 2001.
38. Secretaría de Salud de Michoacán. Estadísticas de casos de SIDA en la meseta purépecha. Estado actual del VIH-SIDA en la jurisdicción sanitaria 05; 2003.

Las cifras que aquí se presentan son generadas por el Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud en el caso de las defunciones, se refieren a datos oficiales proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La morbilidad hospitalaria (egresos) provienen de registros administrativos.

## VIH

En el caso de egresos hospitalarios por VIH/SIDA para 2007, el grupo de edad que concentra 76% es el de 15 a 44 años, en segundo lugar con 18% es el de 45 a 64 años.

### EGRESOS HOSPITALARIOS POR VIH/SIDA REGISTRADOS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD 2007

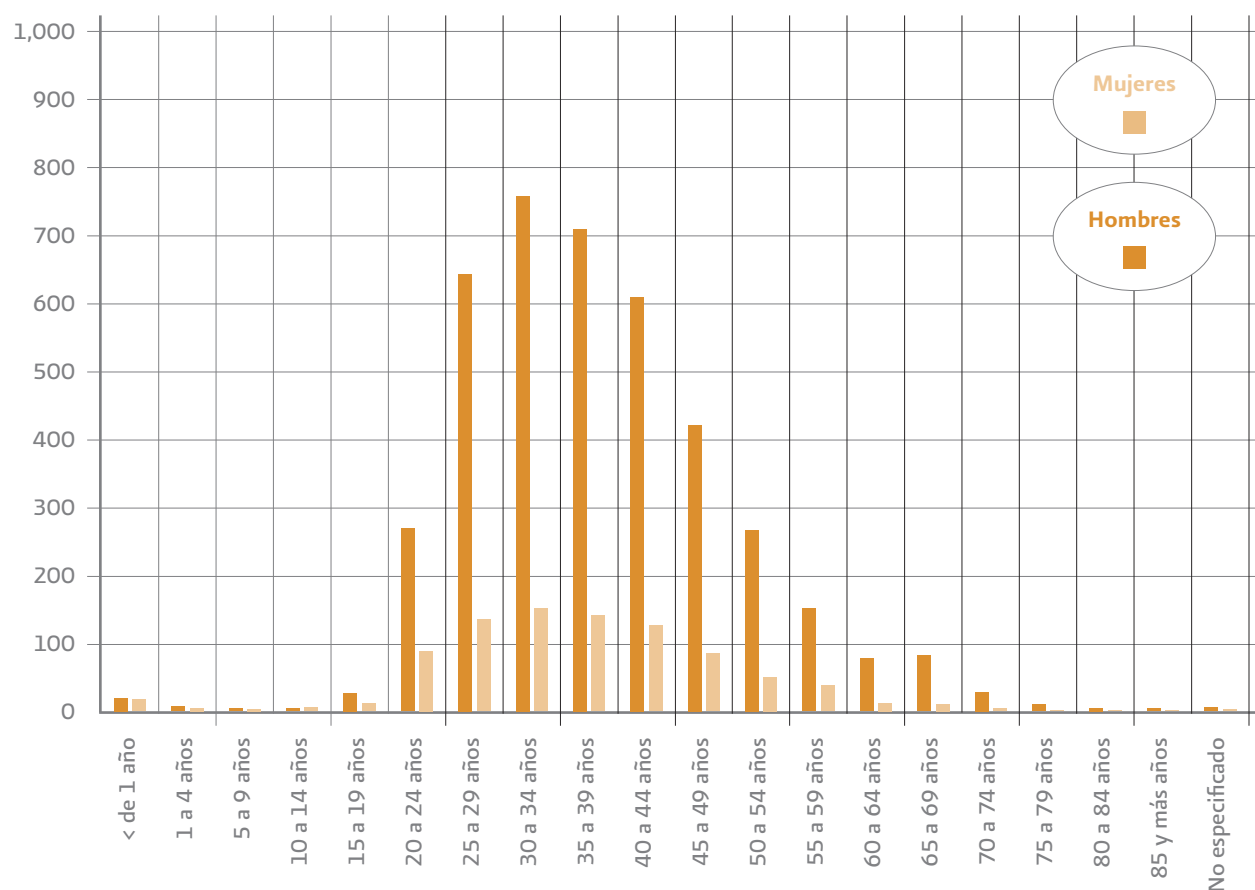
EDAD POR QUINQUENIO	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO	TOTAL
< 01 año	62	39		101
01 a 04 años	59	67		126
05 a 14 años	61	44		105
15 a 44 años	5,028	1,387	1	6,416
45 a 64 años	1,193	312		1,505
65 y más años	128	44		172
<b>TOTAL</b>	<b>6,531</b>	<b>1,893</b>	<b>1</b>	<b>8,425</b>

Incluye: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

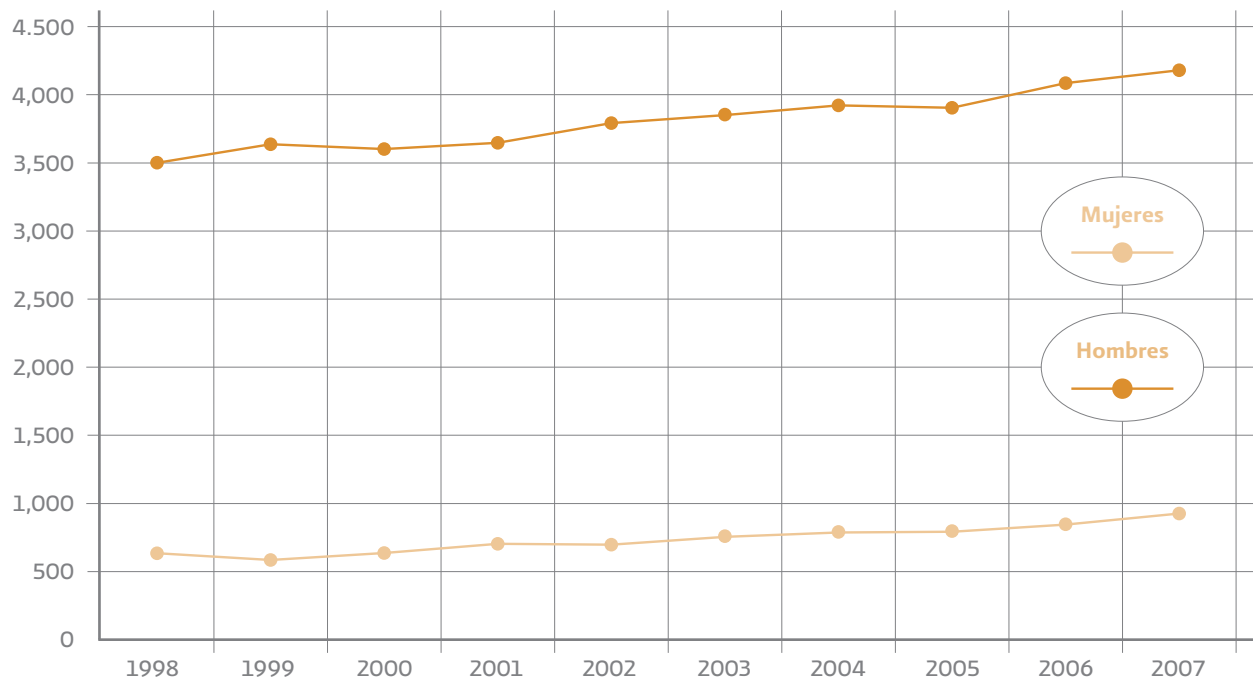
En el año 2007 se presentó un total de 5,099 defunciones por VIH, de ellas 82% correspondieron al sexo masculino y 18% al femenino.

## DEFUNCIONES POR VIH SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO 2007



En los últimos diez años las defunciones por VIH en mujeres muestran un incremento de 51%, al pasar de 613 muertes por esta causa en 1998 a 925 en 2007.

## DEFUNCIONES POR VIH SEGÚN AÑO DE DEFUNCIÓN 1998 - 2007



## DEFUNCIONES POR VIH POR ENTIDAD DE RESIDENCIA SEGÚN SEXO, 2007\*

ENTIDAD DE RESIDENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<i>Aguascalientes</i>	31	4	35
<i>Baja California</i>	218	72	290
<i>Baja California Sur</i>	19	4	23
<i>Campeche</i>	48	15	63
<i>Coahuila de Zaragoza</i>	78	14	92
<i>Colima</i>	40	9	49
<i>Chiapas</i>	184	59	243
<i>Chihuahua</i>	165	35	200
<i>Distrito Federal</i>	482	60	542
<i>Durango</i>	32	13	45
<i>Guanajuato</i>	98	21	119
<i>Guerrero</i>	131	41	172
<i>Hidalgo</i>	34	13	47
<i>Jalisco</i>	249	41	290
<i>México</i>	361	77	483
<i>Michoacán de Ocampo</i>	81	16	97
<i>Morelos</i>	69	9	78
<i>Nayarit</i>	55	10	65
<i>Nuevo León</i>	132	19	151
<i>Oaxaca</i>	150	37	187
<i>Puebla</i>	169	53	222
<i>Querétaro Arteaga</i>	42	8	50
<i>Quintana Roo</i>	76	17	93
<i>San Luis Potosí</i>	53	8	61
<i>Sinaloa</i>	72	21	93
<i>Sonora</i>	85	14	99
<i>Tabasco</i>	165	30	195
<i>Tamaulipas</i>	160	22	182
<i>Tlaxcala</i>	15	6	21
<i>Veracruz Llave</i>	547	150	697
<i>Yucatán</i>	91	19	110
<i>Zacatecas</i>	8	7	15
<i>Estados Unidos de Norteamérica</i>	5		5
<i>Otros países</i>		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4,145</b>	<b>925</b>	<b>5,070</b>

\* Códigos de clasificación B20-24 según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10, OMS-OPS.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Base de Datos de Defunciones, 2007.



## SALUD MENTAL

Las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento tuvieron un decremento de 29% entre 1998 y el año 2007.

Las defunciones por esta causa para mujeres tuvieron un incremento de 23% en los últimos 10 años, mientras que las defunciones por esta causa en hombres disminuyeron en 36%.

### DEFUNCIONES POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN AÑO DE DEFUNCIÓN 1998 - 2007\*

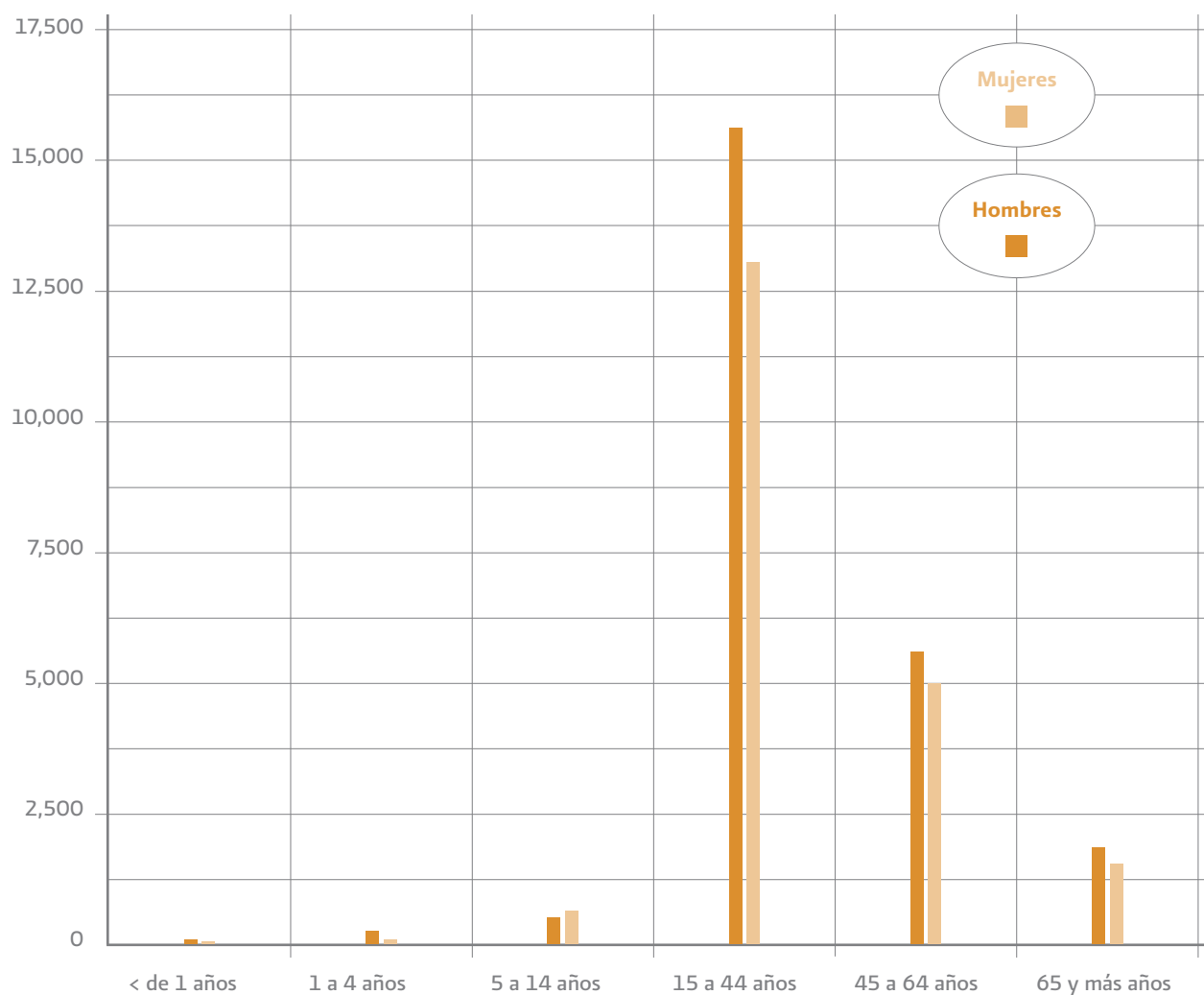
AÑO DE DEFUNCIÓN	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO	TOTAL
1998	4,932	674	1	5,607
1999	4,591	579		5,170
2000	4,409	589	2	5,000
2001	4,406	571	7	4,984
2002	4,213	573	2	4,788
2003	4,160	607	4	4,771
2004	3,803	558	1	4,362
2005	3,811	677	1	4,489
2006	3,639	654		4,293
2007	3,131	831	1	3,963

\* Códigos de clasificación F00-F99 según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10, OMS-OPS.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. DGIS. Base de Datos de Defunciones, 2007.

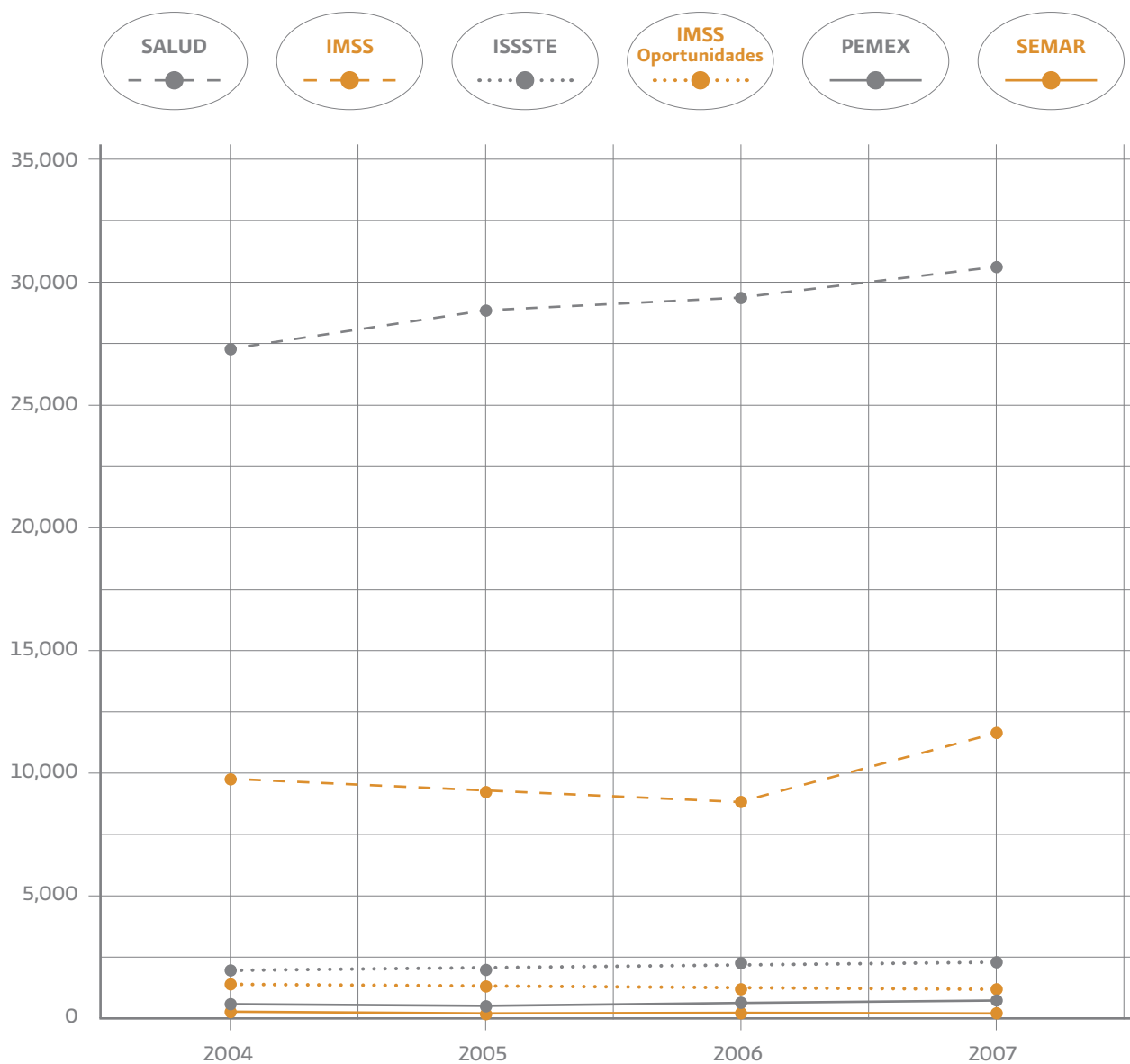
Por lo que se refiere a morbilidad hospitalaria, el grupo de edad de 15 a 44 años, tanto en hombres como en mujeres, concentra el mayor porcentaje de egresos hospitalarios en el año 2007.

## EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO REGISTRADOS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD 2007



Dentro de las instituciones públicas del sector salud, la institución que mayor número de egresos hospitalarios ha registrado entre el año 2004 y el 2007 es la Secretaría de Salud, atendiendo alrededor de 29,000 egresos al año; en segundo término encontramos al IMSS y en tercer lugar al ISSSTE.

## EGRESOS HOSPITALARIOS POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO REGISTRADOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD 2004 - 2007



## **1. III Coloquio Internacional “Estudios de Género: Teorías y Prácticas”.**

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

Coloquio desarrollado como parte del III Congreso Internacional de Psicología. Bienal en Santiago de Cuba y el VIII Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y del Caribe. Convocado por Sociedad Cubana de Psicología, Filial Provincial Santiago de Cuba; la carrera de Psicología de la Universidad de Oriente y el proyecto “Equidad”.

Informes: SCP

claudia@csh.uo.edu.cu, kathy@csh.uo.edu.cu, susel@csh.uo.edu.cu

[http://www.portalsida.org/Event\\_Details.aspx?ID=8441](http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8441)

---

## **2. Hombres y Mujeres como Aliados: Conferencia sobre la Prevención Primaria de la Violencia Contra la Mujer.**

*Washington, D.C., del 14 al 15 de abril de 2009.*

Informes: <http://www.ciudadaniasx.org/content/blogcategory/16/60/>

---

## **3. Curso II de Experta/o en Género y Salud organizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada.**

*Granada, España, del 20 de abril de 2009 a 16 de febrero de 2010.*

Informes: [http://www.fundacionmujeres.es/eventos/view/ii\\_experta\\_o\\_en\\_genero\\_y\\_salud.html](http://www.fundacionmujeres.es/eventos/view/ii_experta_o_en_genero_y_salud.html)

---

## **4. 20ª Conferencia Internacional de IHRA: “Reducción de Daños y Derechos Humanos”.**

*Tailandia, del 19 al 23 de abril de 2009.*

Organiza: Colectivo de organizaciones de profesionales del sexo/ trabajadores sexuales que trabajan en el asunto de reducción de daños y derechos.

Informes: [http://www.portalsida.org/Event\\_Details.aspx?ID=7669](http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=7669)

---

## **5. Curso en Psicopatología de género.**

*Lugar Convalecencia, Barcelona, del 22 de abril al 12 de junio del 2009.*

Modalidad Presencial, Curso de especialización. 1ª Edición. Orientación Académica, profesional.

Informes: [http://www.uab.es/servlet/Satellite/Cursos/Cursos/Detalle-Curso-1206597475768.html?param1=2000\\_1\\_es&param2=2007](http://www.uab.es/servlet/Satellite/Cursos/Cursos/Detalle-Curso-1206597475768.html?param1=2000_1_es&param2=2007)

**6. Primer Congreso Mexicano de Educación Sexual Infantil – Corresponsabilidad social.**

*México, Distrito Federal, del 24 al 25 de abril de 2009.*

Organiza: Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C., AMSSAC.

Informes: [informes@congresoeducacionsexualinfantil.com](mailto:informes@congresoeducacionsexualinfantil.com)  
<http://www.congresoeducacionsexualinfantil.com>

---

**7. III Seminario Internacional sobre Familia. La familia el reto de la diversidad.**

*Manizales, Colombia del 28 al 30 de abril de 2009.*

Informes: [http://groups.google.com/group/EME\\_Masculinidades\\_y\\_Equidad\\_de\\_Genero/browse\\_thread/thread/d5c7f92ff5c3d564](http://groups.google.com/group/EME_Masculinidades_y_Equidad_de_Genero/browse_thread/thread/d5c7f92ff5c3d564)

---

**8. VII Taller Internacional Mujeres en el S. XXI.**

*La Habana, Cuba, del 18 al 25 de mayo del 2009.*

Convoca la Cátedra de la Mujer de la Universidad de La Habana y la Dirección Nacional de la Federación de Mujeres Cubanas

Informes: <http://generoconclase.blogspot.com/2009/01/vii-taller-internacional-mujeres-en-el.html>

---

**9. Primer Congreso Internacional de Reproducción Asistida y Salud Sexual de la Mujer “Por el derecho a la fertilidad y a una función sexual normal”.**

*La Habana, Cuba, del 26 al 29 de mayo de 2009.*

*Palacio de Convenciones.*

Informes: <http://www.ras2009.com/>

---

**10. Primer Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad “Debates y prácticas en torno a las violencias de Género”.**

*Córdoba, Argentina, del 28 al 30 de mayo de 2009.*

Convocan el Programa Interdisciplinario de Estudios de Mujer y Género, junto al Centro de Investigaciones María Saleme de Burnichon, La Facultad de Filosofía y Humanidades y la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Informes: <http://www.generoysociedad.ffyh.unc.edu.ar>  
[http://www.portalsida.org/Event\\_Details.aspx?ID=8394](http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8394)

## **11. Foro 2009 sobre Violencia Sexual.**

*Johannesburgo, África del Sur, del 6 al 9 de julio de 2009.*

Iniciativa para la Investigación en Materia de Violencia Sexual (The Sexual Violence Research Initiative-SVRI)

Informes: <http://svriform2009.svri.org/index.html>

---

## **12. VII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología.**

*Oaxtepec, México, del 24 al 29 de septiembre de 2009.*

Informes: <http://www.femess.org.mx/>

---

## **13. Curso la salud de las mujeres: análisis desde la perspectiva de género.**

*Madrid, España, del 6 al 31 de julio de 2009.*

*Curso presencial. Escuela Complutense de Verano.*

*Fundación General UCM*

Informes: [http://www.formazion.com/cursos\\_curso\\_la\\_salud\\_de\\_las\\_mujeres\\_analisis\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_de\\_genero\\_madrid-60984.html](http://www.formazion.com/cursos_curso_la_salud_de_las_mujeres_analisis_desde_la_perspectiva_de_genero_madrid-60984.html)

---

## **14. I Taller Internacional de Estudios de Género y Socioculturales.**

*Cuba, del 10 al 13 de Noviembre del 2009. Instituto Superior Minero Metalúrgico de Moa.*

Informes: <http://eues.unizar.es/?modulo=noticias&id=223>

---

## **15. II Congreso Feminista Internacional 2010.**

*Buenos Aires, Argentina, del 19 al 22 de mayo de 2010.*

Informes: <http://www.ciudadaniasx.org/content/blogcategory/15/59/>

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

1. El texto tendrá extensión mínima de 1 000 palabras y máxima de 5 000.
2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en párrafos a doble espacio, con fuente tipo Arial de 12 puntos para el texto principal, y para las notas y aclaraciones con Arial de 10 puntos. Las páginas deberán numerarse.
3. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas se hará con números romanos o letra superíndice (o "volada").
4. Las referencias bibliográficas se marcarán con números arábigos superíndice en el texto, y su especificación se hará al final del documento con fuente Arial 10 puntos. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el número que se le asignó la primera vez que se presentó en el documento y especificar las páginas correspondientes.

Las referencias se estructurarán de acuerdo con los lineamientos de Vancouver de la siguiente manera:

## Artículos publicados en revistas

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

### Ejemplo:

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

## Libros

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

### Ejemplos:

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

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

## Nota:

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

## De compiladores/as o editores/as

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

## Capítulo de un libro

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

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, f ujoqramas, 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.









