

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

Volumen 7 • No. 3

Septiembre - Diciembre 2009



**GOBIERNO
FEDERAL**

**MÉXICO
2010**

SALUD

Presentación

Patricia Uribe Zuñiga

Entre el hogar y la jeringa: mujeres usuarias de drogas inyectables y VIH/SIDA en la ciudad de Chihuahua, México

Raúl Ortiz Mondragón

Carlos Magis Rodríguez

Luz Ortiz Ruiz

Georgina Esquivel García

La distancia afectiva paterna como factor activante de la psicopatología masculina

Angélica Mancilla Amador

Violencia y VIH/SIDA. Vulnerabilidades en la Adolescencia

María Imilse Arrue Hernández

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 INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Maki Esther Domínguez Ortiz

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Rafaela Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Luis Botello Lonngi

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Imilse Arrue Hernández

SECRETARÍA TÉCNICA

Imilse Arrue Hernández

Cecilia Robledo Vera

Diseño gráfico y editorial:

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

Impresión offset:

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

Este número se terminó de imprimir el ???

El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 – 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS

Litud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia:

imilsea@gmail.com

cecilia.robledo@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo

C.P. 11570, México, D.F.

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

Consulta en línea:

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

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

Género y Salud en Cifras ha estimulado, desde su creación, la construcción de un marco teórico-metodológico claro sobre la temática de la salud y su relación con el género. En este espacio se han promovido y publicado artículos que contribuyan a articular la perspectiva de género para instrumentar mejores prácticas y servicios diferenciados, basados en evidencias científicas que vinculan enfermedades con cargas sociales, violencia, creencias y costumbres. Todo para empoderar a mujeres y hombres en el cuidado de su salud, en el ejercicio y apego a sus derechos humanos.

Presentamos la edición del boletín 7(3) que abarca el cuatrimestre septiembre-diciembre del 2009, en el cual la comunidad internacional, las y los líderes locales, reflexionan y analizan hitos, sucesos que celebrados en este período han marcado un cambio de paradigma en el desarrollo humano.

El Día Mundial de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que se conmemora el 1 de Diciembre de cada año, se dedica a dar a conocer los avances relativos al estudio y las acciones para enfrentar la epidemia de SIDA causada por el aumento de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El 10 de diciembre, Día Universal de los Derechos Humanos, la Organización de las Naciones Unidas promueve recordar y celebrar oficialmente causas en un marco de derechos, desde la lucha contra el estigma del SIDA hasta la protección de la infancia. En este día se visibilizan los derechos humanos, en sus tres generaciones y todas las causas que dificultan una existencia satisfactoria y equitativa para hombres y mujeres.

El 25 de Noviembre, Día Mundial por la Eliminación de la Violencia contra Mujeres y Niñas, se divulgan los esfuerzos realizados por los diferentes órdenes de gobierno, instituciones públicas, instituciones no gubernamentales y la sociedad civil en su conjunto, para erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas.

El Estado Mexicano ha consolidado en los hechos, lo que a nivel internacional ha suscrito y ratificado, tal como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará); a través de la puesta en marcha de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 1 de febrero del año 2007 y el reglamento de esta Ley emitido el 11 de marzo de 2008. Además, se cuenta actualmente con la NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada en el DOF el 16 de abril de 2009.

Ante estos eventos tan relevantes, esta edición del boletín *Género y Salud en Cifras*, presenta artículos, cifras y noticias relacionadas con estas temáticas. Inicia con el artículo del Lic. Raúl Mondragón y colaboradoras/es, titulado Entre el hogar y la jeringa: mujeres usuarias de drogas inyectables y VIH/SIDA en la ciudad de Chihuahua, México donde, a decir de las y los autores, se busca presentar un panorama de las mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI) para exponer los riesgos de adquirir la infección por VIH. Nos informan que en la población mexicana de 12 a 65 años de edad aumentó el consumo de drogas de 5% en 2002 a 5.7% en el 2008, destacando que el incremento del uso de drogas ilegales es mayor en hombres, en una razón de 4.6 hombres por cada mujer, sin embargo, el índice de crecimiento es mayor en las mujeres, entre las cuales el consumo de drogas ilegales casi se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, en tanto, en hombres pasó de 8 a 8.8% en el mismo período.

Este artículo reporta mayor estigma y discriminación hacia las mujeres usuarias de drogas, en particular en los servicios de salud, en comparación con los usuarios hombres.

Posteriormente, el artículo *La distancia afectiva paterna como factor activante de la psicopatología masculina* de Angélica Mancilla Amador nos adentra en una visión psicoanalítica de los roles materno y paterno, visibilizando la importancia de ambos roles en la crianza y desarrollo posterior de hijos e hijas.

Mancilla Amador considera necesario reivindicar el papel de la madre en la crianza de sus hijos e hijas de todas aquellas teorías del desarrollo que lo han señalado como causante de la psicopatología humana y que muestran a la mujer como aquella que comete errores. Refiere que estas construcciones teóricas han trascendido al dominio popular, haciéndose una verdad irrefutable. En este sentido, es frecuente escuchar frases como *ve la madre que tiene, es castrante*, *es esquizofrenizante*, o bien, *ella tiene la culpa de cómo son sus hijos*. Es una interesante perspectiva que nos estimula a valorar los roles y funciones de ambos progenitores en el desarrollo de la personalidad de sus hijos e hijas.

Una mirada a las vulnerabilidades de las y los adolescentes en las temáticas de la violencia y la infección por VIH-SIDA, es el ensayo de Arrue Hernández: en el mismo, la autora nos sugiere intensificar acciones a favor de la adolescencia, teniendo en cuenta factores tales como, que representan el mayor grupo poblacional en México, con distintas vulnerabilidades psicológicas, biológicas y sociales en el contexto socioeconómico actual.

Arrue Hernández nos llama la atención sobre la vulnerabilidad social, incluida la de género, determinada por la relación entre los roles asignados^a asumidos, las características de los modelos de masculinidad y feminidad, las estereotipias de la estructura social, así como procesos resultantes de la globalización y el neoliberalismo, tales como: la erotización de los medios, la moda, las marcas, el peso corporal, la mujer como objeto erótico en los medios de difusión masiva, el consumismo.

Señala que en particular las vulnerabilidades, psicológica y social, propician un terreno fértil para que, en situaciones especiales (crisis económicas, los cambios que producen en la adolescencia, disfunciones familiares, etc.) puedan materializarse comportamientos violentos y riesgos sexuales.

En la sección *Para descifrar* se ofrecen cifras actuales de la epidemia de VIH-SIDA en México y algunos resultados relevantes de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres, 2006. *Notigénero* informa sobre eventos de actualidad en la temática de género e incluyen dos notas informativas del Grupo Interagencial de Género del Sistema de Naciones Unidas.

Finalmente como noticia de interés listamos los premios de investigación 2009, otorgados por la Academia Mexicana de Ciencias. El premio de investigación es uno de los premios más reconocidos en nuestro país en un hecho inédito este año fue otorgado a 4 mujeres de sus cinco categorías.

Deseamos que la lectura suscite comentarios y sugerencias que serán bienvenidos para mejorar la calidad de esta publicación periódica, con el fin de generar un espacio permanente de reflexión en el tema de salud y género.

Patricia Uribe Zúñiga

Entre el hogar y la jeringa: Mujeres Usuarias de Drogas Inyectables y VIH/SIDA en la ciudad de Chihuahua, México

Raúl Ortiz Mondragónⁱ

Carlos Magis Rodríguezⁱⁱ

Luz Ortiz Ruizⁱⁱⁱ

Georgina Esquivel García^{iv}

Krissel García Hernández^v



^{i,ii,iii,iv} Adscritos/as al Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.

^v Responsable del Área de Promoción y Prevención de la Coordinación Estatal de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de Chihuahua.

INTRODUCCIÓN

En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, el consumo de drogas (ilegales y médicas) en la población de 12 a 65 años de edad, fue de 5% en 2002 y de 5.7% en el 2008. Por sexos, el consumo de drogas ilegales es mayor en hombres, en una razón de 4.6 hombres por cada mujer; el índice de crecimiento es mayor en las mujeres, entre las cuales, el consumo de drogas ilegales casi se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras en hombres se incrementó de 8 a 8.8% en el mismo periodo.

El consumo de drogas médicas con potencial adictivo mantuvo el nivel observado en el 2002.¹ Por otro lado, el número total de usuarias/os heroínómanos^{vi} estimado en el 2002 fue de 62,292 personas en el país con una proporción de 6 hombres por cada mujer.² En la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 el número de quienes habían consumido heroína ascendió a 106,939 con una razón de 10 hombres por cada mujer.

En términos generales, el consumo adictivo de drogas se atribuye a factores tales como: acceso a las sustancias, carencia de información, presión de pares y parejas sexuales, la necesidad de enfrentar realidades de pobreza, opresión, prohibición, violencia doméstica, baja percepción de riesgos y deseos de experimentar.

Las normas tradicionales relacionadas con los patrones sexuales, el consumo y participación social, en el caso de las mujeres, no les ofrece suficiente protección contra el consumo de drogas, al contrario, las puede volver más vulnerables a diferentes problemáticas; aunado a ello, aunque la normatividad permite mayor participación social de la mujer, no termina por asentarse y ser aceptada por ambos sexos, lo cual hace más complicada la participación de la mujer usuaria en el ambiente del consumo de drogas y la lleva a enfrentar situaciones adicionales de estigmatización y discriminación que la hacen más vulnerable a diferentes problemáticas de salud en comparación con los usuarios hombres.

Se presta poca atención a los temas relacionados con las mujeres y el consumo de drogas. La mayoría de los esfuerzos de prevención y rehabilitación por consumo de drogas parecen casi exclusivamente dirigidos a los hombres. Generalmente se considera que las mujeres son mayoritariamente usuarias de drogas médicas como tranquilizantes y estimulantes, incluyendo píldoras para adelgazar.

En este trabajo cualitativo se busca presentar un panorama de las mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI) para exponer los riesgos de adquirir la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La mayoría de las mujeres que viven con VIH contraen el virus por medio del contacto heterosexual. Para finales del 2008, 89.6% de casos de SIDA acumulados entre mujeres mexicanas se debieron a contacto heterosexual. El 8.4% de casos de SIDA según la categoría usuario de drogas inyectables (UDI) fueron mujeres.³ Desde el punto de vista biológico, en una relación heterosexual, las mujeres son más propensas que los hombres a adquirir el VIH durante el coito debido a que, dentro del tracto genital femenino hay una mayor superficie de mucosa que queda en contacto con el potencialmente infectante semen masculino y por más tiempo que la secreción femenina en el pene masculino.

También se ha observado que la presencia de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) aumentan el riesgo de contraer y/o transmitir el VIH y que los índices de enfermedades como la tricomoniasis, gonorrea y sífilis (Cuadro 1) son más altos entre las mujeres lo cual puede facilitar que el VIH ingrese al organismo⁴. En general las ITS tienen consecuencias más graves para las mujeres. Por un lado, con frecuencia las cursan asintóticamente o con poca sintomatología, lo que puede ocasionar retraso en la atención médica. Entre las veinte principales causas de morbilidad para las mujeres se encuentra la tricomoniasis urogenital, mientras que entre los hombres no se registra ninguna ITS.

vi Se hace referencia a heroínómanos para tener una aproximación al número de inyectores de drogas en el país, porque en los estudios realizados de inyectores de drogas la sustancia que usan todas/os es la heroína, independientemente de que hay otras que son inyectables.

CUADRO 1
CASOS NUEVOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2007

ENFERMEDAD	MUJERES		HOMBRES	
	CASOS	INCIDENCIA*	CASOS	INCIDENCIA*
<i>Infeción gonocócica genitourinaria</i>	737	1.37	466	0.90
<i>Linfogranuloma venéreo por clamidias</i>	149	0.28	62	0.12
<i>Sífilis adquirida</i> ^o	1,561	2.96	1,012	1.98
<i>Virus del papiloma humano</i>	20,526	38.20	1,013	1.95
<i>Tricomonirosis urogenital</i>	145,625	271.06	3,770	7.24

*Incidencia por 100 000 habitantes.

^o Incidencia por 100 000 habitantes en población mayor de un año.

Fuente: CENAVECE. Distribución de los casos nuevos de enfermedades por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos 2007. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>. Consultado 12-10-2009.

Consideramos que el análisis del consumo de drogas por parte de la mujer, se debe realizar desde la perspectiva de género, que hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino en la sociedad. Este enfoque se basa en el concepto de que lo femenino y lo masculino son una construcción sociocultural que surge de la forma en que son percibidas las diferencias entre el hombre y la mujer. En cada sociedad los llamados roles de género se basan en la constitución de un conjunto de percepciones y pautas de comportamientos requeridas, permitidas y/o prohibidas, para hombres y mujeres, transmitidos en diferentes instancias de convivencia y socialización como la familia, los grupos de pares y la escuela, entre otros. De tal modo que a cada género se le pide apego a un determinado rol. En caso de no apego, las personas que no responden a ese rol pueden ser vistas como transgresoras^{vii} y quedar expuestas a sanciones específicas que van desde la estigmatización a diferentes formas de discriminación.

El enfoque de género tiene en consideración que hay una construcción social que conceptualiza negativamente al hombre y la mujer UDI, a quienes descalifica moralmente como personas porque no asumen determinados roles y priorizan inyectarse drogas antes que cumplir obligaciones socialmente aceptadas^{5,6,7} y esa descalificación es particularmente acentuada para las mujeres usuarias de drogas inyectables. Por otro lado, desde el punto de vista cuantitativo, la población usuaria de drogas inyectables es una de las minorías más difíciles de estudiar, en parte por la estigmatización referida y por su estilo de vida que complica el acceso a estas personas.

En el 2008, el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) refirió que generalmente el consumo de drogas se inició con alcohol (32.9%), tabaco (23.1%), marihuana (22.6%) y sustancias inhalables (14.7%), principalmente; el 0.1%^{viii} de los casos registrados por el SISVEA⁸ inició su consumo de drogas con heroína que es la droga que más se usa por vía inyectada en México.

vii En este caso el transgresor/a es quien actúa en contra de una ley, norma o costumbre aceptada por una sociedad determinada.

viii Cálculo realizado en el informe SISVEA a partir de del estudio de una muestra de adolescentes.

El consumo adictivo de drogas específicas es ya un fenómeno social en el cual quienes consumen alguna sustancia llegan a organizar su vida diaria en torno a este hecho. Las MUDI se encuentran en este grupo poblacional que llega a consumir drogas de manera compulsiva.^{ix} Diferentes investigaciones con UDI han referido que la transmisión sanguínea del VIH está fuertemente influida por factores de tipo sociocultural.⁹ Por otro lado, el modelo sociocultural^x para el análisis de las adicciones a drogas considera que esta problemática tiene una explicación basada en múltiples factores, donde se interrelacionan individuos, la sustancia^a según disponibilidad y tipo^a en un medio sociocultural específico.¹⁰

La fuerza de los modelos socioculturales no sólo se reitera en los estudios cualitativos, sino también en cuantitativos. En una investigación realizada en Tijuana en una muestra de 1056 UDI, se concluyó que factores medioambientales, culturales e individuales de diferente orden estuvieron asociados con el riesgo de infección por VIH. El factor que con mayor fuerza estadística se asoció con el riesgo de infección por VIH fue el ser mujer. Las mujeres tuvieron la mayor prevalencia 8% frente a 3%, respectivamente ($P = 0.01$).¹¹

Este proyecto buscó entrevistar a usuarios y usuarias de drogas inyectables en ciudades alejadas de la frontera con Estados Unidos para explorar la extensión del consumo de drogas inyectables en áreas urbanas no fronterizas. En esta ocasión se exponen parte de resultados del trabajo realizado en la ciudad de Chihuahua, capital del estado de mismo nombre, ubicada a 375 m de Ciudad Juárez, la principal ciudad fronteriza de ese estado.

PROCEDIMIENTO

Mediante entrevistas en profundidad a diez mujeres usuarias de drogas inyectables, se investigaron sus representaciones y explicaciones sobre el consumo de drogas inyectables, en el cual se involucraron los riesgos de adquirir VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Esta clase de entrevista permite conocer razones que las entrevistadas consideran significativas y construir una explicación de su consumo inyectado de drogas.

Se utilizó una guía de entrevista desarrollada de manera individual, confidencial y anónima con cada mujer que aceptó participar en el estudio. Las mujeres participantes fueron mayores de 18 años, al momento del estudio estaban en tratamiento contra las adicciones.

La entrevista incluyó:

- a) Perfil socioeconómico de la Mujer UDI: forma de vida, actividad económica;
- b) Aspectos de salud: problemas de salud frecuentes e ingresos a tratamiento;
- c) Conocimientos de SIDA y otras ITS;
- d) Hábitos sexuales: prácticas de riesgo;
- e) Consumo de drogas: sustancias consumidas, prácticas de riesgo.

Se obtuvo consentimiento verbal de cada entrevistada. Tanto las instituciones como las mujeres entrevistadas estuvieron en condiciones de negarse a participar en cualquier momento de la entrevista sin sanción alguna que afectara el servicio recibido en el caso de las pacientes.

ix Consumidora compulsiva de drogas es, en este caso, la mujer que se inyecta drogas y refiere para ello un impulso fuerte e incontrolable que generalmente ya incluye una habituación.

x En términos generales para el abordaje de las adicciones a drogas se habla de tres modelos. a) El judicial-represor, el cual fiscaliza las drogas, criminaliza y estigmatiza a la o el consumidor de estas sustancias. b) El modelo médico-sanitario del drogadicto/a-delincuente que pasa al drogadicto/a-enfermo/a, quien es un/a paciente de los servicios. c) El modelo sociocultural, donde las variables socioculturales serán las determinantes de la problemática de las adicciones a drogas.

MUJER Y CONTEXTO DEL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES

Compartir los equipos para la inyección de drogas contaminados con el VIH no es la única fuente de riesgo asociado al consumo de sustancias estupefacientes. Las mujeres que consumen cocaína/crac u otras drogas no inyectables también pueden exponerse a un alto riesgo de transmisión sexual del VIH si venden o intercambian relaciones sexuales por drogas. Además, las y los usuarios de sustancias estupefacientes, ya sea de forma crónica u ocasional, tienden a adoptar conductas de alto riesgo (como tener relaciones sexuales sin protección) cuando están bajo el efecto de las drogas.

En algunas regiones de México es frecuente encontrar hombres que se reúnen en picaderos^{xi} para inyectarse drogas. Las mujeres UDI que se inyectan drogas ingresan a un medio dominado por hombres que viven en condiciones de marginación social frecuentemente extremas.

Al igual que ellos, inician con sustancias como los inhalables, marihuana (en la mayoría tabaco y alcohol son consumos anteriores), después se empiezan a inyectar y enfrentan el riesgo de compartir jeringas ya usadas por otra persona:

MUDI: "...andaba desesperada y lo que quería era inyectarme y no me importó y me metí a un picadero y a í estaban compartiendo y al principio dije pues cómo, pero yo no traía jeringa ni nada, y dije pos órale de a í mismo y pos todas feas (las jeringas) me valió". (MUDIUC I '.E).

El compartir la jeringa en muchas de las ocasiones tiene que ver con el nivel de adicción, que hace que los inyectores y las inyectoras recurran a esta vía de administración de drogas. Aunque efectivamente gran cantidad de UDI refieren evitar el síndrome de abstinencia^{xii}, como principal factor para continuar el consumo de drogas.

MUDI: "...pasado el tiempo nicamente la usaba por el dolor físico, porque mi cuerpo me lo pedía" (MUDIUC I).

También parece que esa conducta está influida por la idea, común entre las y los UDI, de dedicar la mayor cantidad de dinero disponible a la compra de drogas, antes que a una jeringa nueva.

A la pregunta °Me podrías platicar cómo es un picadero? Es frecuente este tipo de respuesta:

MUDI: "Bueno pues a los que yo acudía, siempre abía personas que te estaban vendiendo droga. Estaban afuera, adentro o en la esquina, siempre. Ellos mismos te dicen que le pases y que a í te podías drogar. Siempre abía personas que se drogaban como yo que te prestaban la jeringa a cambio de droga o simplemente se estaban drogando. Siempre estaban pensando cómo robar o qué acer. sí era en los picaderos donde yo iba, siempre est bamos pensando conseguir m s droga o m s dinero". (MUDIUC I '.E).

Parte de la oferta y la demanda de drogas confluye en el picadero, que se caracteriza como punto de reunión y control de consumidores/as de drogas. La gente que vende requiere de la existencia de estos sitios como puntos de venta y consumo de drogas cuya comercialización es penalmente sancionable, así son útiles tanto para quienes venden drogas como para la policía cuando realiza detenciones masivas tipo redadas. Cuando la policía cancela un picadero, las personas usuarias del mismo se mueven a otro, o el picadero cambia de lugar y así conserva su clientela. Por otro lado, el picadero es un espacio alterno al familiar donde muy probablemente el o la UDI es rechazado/a por su consumo de drogas.

xi Picadero es un término utilizado por quienes usan drogas inyectables que hace referencia a sitios donde acuden personas a inyectarse drogas. Pueden ser viviendas habitadas, abandonadas, construcciones en obra negra, terrenos baldíos, inclusive parques y otros sitios públicos. En esos sitios también se comparten jeringas contaminadas, se puede adquirir drogas, ofrecer y obtener trabajo sexual, o descansar, básicamente.

xii Sintomatología característica de variada intensidad resultante de la interrupción de la administración regular de drogas a las que el cuerpo desarrolló dependencia. Existe polémica de si depende únicamente de las cantidades de consumo y la duración del mismo. Se considera que el medio en el cual se consume tiene que ver con la intensidad del mismo. Para opiáceos como la heroína el síndrome incluye ansiedad, diarrea, náusea, aumento del ritmo respiratorio, pérdida de peso, deshidratación y dolores generalizados en el cuerpo.

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES UDI

El consumo de drogas inyectables al parecer es con conciencia de la naturaleza adictiva de esta práctica. El y la UDI no aluden ignorancia de las consecuencias negativas de esta clase de consumo.

E: "¿or qué compartir las jeringas?"

MUDI: "...primero me dio muc o temor, pero un día dije: si me tengo que morir un día me voy a morir de algo y si no me da sobredosis pues me va a dar SID ..., y por eso mismo me hice un día la prueba en El "aso".

El riesgo de morir prematuramente está también en las consideraciones de algunas inyectoras, sin embargo, también omiten aspectos del cuidado de su salud, como realizarse la prueba de detección del VIH, lo que probablemente influye en sus ingresos a tratamiento contra el uso de drogas. Aunque el inicio en el uso inyectado de drogas por parte de las mujeres es limitado en comparación con los hombres, generalmente asumen mayor riesgo de infección por VIH.

En el contexto estudiado, el acceso de la mujer a la inyección de drogas al parecer está influenciado por parejas sexuales usuarias, con las cuales no solamente consumen drogas, también son cómplices en la realización de delitos. Parte de la definición de esta población es que son capaces de cualquier acción negativa para poder inyectarse drogas.

MUDI: "¿o pues yo para conseguir las sustancias tuve que robar, pues si tuve incluso que acerle da-o a terceras personas para robarlos".

MUDI: "En la comandancia estuve veces, en el tribunal y en la peni una". (MUDIUC I .E)

Al parecer, la suerte de la mujer UDI depende de la construcción social que se hace de ella, de tal modo que si consume drogas con hombres, en sitios como picaderos seguramente es prescindible como mujer y utilizable como mercancía. Su cuerpo se vende y ofrece por droga entre sus pares masculinos y/o por dinero a personas no consumidoras de drogas. Finalmente el hombre se apropia del cuerpo femenino en medios de consumo de drogas.

UDI: "¿unca e andado de "padrote"^{xiii}. Estuve de mantenido que es diferente. "¿orque ay casos que se junta una mujer con la misma adicción a la heroína y el hombre cuida a la mujer y la trae "taloneando"^{xiv}. (E CL)¹²



xiii Padrote: hombre que vive del trabajo sexual de la mujer.

xiv En el contexto de referencia talonear hace alusión al sexoservicio.

La mujer UDI busca espacio en un ambiente dominado por hombres marginados, estigmatizados y criminalizados; al igual que el hombre UDI, añade un estigma debido a la facilidad que tiene para ejercer el comercio sexual. Ser mujer UDI es parte de un concepto que incluye la venta de su cuerpo. La representación cultural de género que reduce a la mujer UDI a trabajadora sexual es reproducida y aceptada por la misma mujer, potenciando el comportamiento de riesgo.

MUDI: “...cuando estaba más metida en las adicciones empecé a prostituirme. Como te dije, me daban droga o dinero, no me importaba. Lo que quería era seguirme drogando. Yo me gustaba pero yo quería drogarme. Después tuve con varias mujeres y no me gustaba tampoco, pero yo lo hacía nada más por el dinero, por la droga”. (MUDIUC I G'.E).

Al igual que para el hombre, el universo de la mujer UDI gira en torno a la obtención y consumo de droga. La mujer inyectora de drogas reproduce en su transgresión el discurso de género que es por una parte su condena como usuaria de drogas inyectables. Como mujer que consume drogas es discriminada y estigmatizada en casi todas las circunstancias. Por otro lado, la representación de sí misma al parecer limita su experiencia subjetiva: asume que al desarrollar la adicción a drogas inyectables seguirá un camino que invariablemente la llevará al ejercicio del trabajo sexual. Es como una ruptura entre el ser social de la mujer y la secuencia de sus actos. Pierde el dominio de su persona en un espacio que le es ajeno, donde puede ser objeto de toda clase de abusos sin la menor protesta, como algo natural.

E: Como mujer, ¿qué crees que pueda perderse siendo usuaria de drogas?”

MUDI: “Como mujer el respeto que se merece uno para sí misma, la dignidad, dejas de ser mujer para convertirte en un ser diría casi infantil”. (MUDIUC I .E)

MUDI: “Dios te castiga y te llega. Yo decía: una persona que se inyecta es lo peor, es una basura. Yo a los tectos^{xv} los odiaba y dios me castigó por haber jugado mal”. (MUDIUC I .E).

La mujer UDI lleva una forma de vida muy similar a la de los hombres UDI. Refiere una existencia dedicada por entero a la búsqueda de recursos económicos para adquirir drogas, participa en la comisión de delitos, comparte jeringas, acude al picadero y es víctima de una fuerte estigmatización social de género dentro y fuera de su grupo de pares que la puede llevar a sufrir discriminación.

En respuesta a esa estigmatización y especie de despersonalización de la que es objeto al entrar al medio del consumo de drogas masculino, la usuaria de drogas desarrolla una especie de resistencia a dejar el medio; llega a encontrar motivos para no dejar la droga. Es como una reacción secundaria a su incursión en el consumo de drogas en condiciones de suma desventaja frente al hombre y tiene gran importancia para ella, inclusive más que las que originaron su adicción. Las principales causas para no dejar el consumo de drogas, son: el síndrome de abstinencia a la heroína, el consumo compulsivo que desarrollan y las relaciones con el círculo de consumidores que las rodean.

El riesgo sexual deriva de la misma problemática. Por un lado refieren ejercer ocasionalmente el comercio sexual, pero escaso o nulo uso del condón.

E: ¿Alguna vez te dieron dinero o droga a cambio de sexo?”

MUDI: “Sí, me llegaron a ofrecer pero yo siempre decía que no”. (MUDIUC I .E)

E: ¿Usaste el condón?”

MUDI: “Sí, en veces lo usaba y en veces no”. (MUDIUC I .E)

Posiblemente existe en estas mujeres la percepción de que al no ser profesionales del trabajo sexual no tienen que usar el condón, por ende, la falta de identidad como trabajadoras sexuales, las puede llevar a no protegerse en las relaciones sexuales.

xv Tecato término utilizado en la frontera norte de México para hacer referencia al consumidor de drogas inyectables.

ATENCIÓN A LA SALUD

Las condiciones de vida cotidiana de la mujer usuaria de drogas son particularmente difíciles. Una de las problemáticas que enfrentan es el acceso a servicios de salud.

MUDI: “ *nunca me sacado estudios y no tengo la menor idea de cómo anda mi salud, por el efecto de que consumía bastante droga y otras jeringas de mis compañeros. sí me inyectaba con cualquier jeringa que agarrara*”. (MUDIUC I .E)

También en torno al cuidado de la salud se desarrolla una idea: los usuarios y usuarias de drogas inyectables no se atienden, hasta que requieren un servicio de urgencia. Quizá este aspecto se vea reforzado porque la totalidad de las usuarias de drogas entrevistadas refieren inyección de heroína, que de alguna manera puede mitigar malestares físicos por alguna enfermedad.

MUDI: “*uve hepatitis C por mi drogadicción*”.

E: “ *Cuando te llegaste a enfermar o a sufrir una herida, qué hacías*”

MUDI: “*“ues más bien recurría con mi mamá, nunca llegué a ir con un doctor. El efecto es de cuando estaba en actividad (consumiendo drogas) nunca llegué a ir con un doctor, me daba verg en a mi estado*”. (MUDIUC I .E)

Para acceder a servicios de salud, el estigma es uno de los obstáculos que debe superar la usuaria de drogas inyectables, la internalización del mismo la lleva a aceptar que su condición de usuaria de drogas es condenable y la verg enza es una forma de concretar la estigmatización (como incomodidad sentida por no haber actuado según las expectativas sociales para una mujer). Lo que contribuye a un sufrimiento moral que eventualmente forma parte del tratamiento contra la adicción, pero también lleva riesgos para la salud al ocasionar que la mujer deje de acudir a servicios médicos necesarios; refieren que: ...la única vulnerabilidad que tienen es la vulnerabilidad de la verg enza.¹³

MUDI: “*Estuve como un mes en hospitalización porque me inyecté mal la pierna y estuve a punto de que me la mortificaran y en el hospital me hicieron legrado porque traía un bebé muerto adentro y yo ni cuenta. Estuve un mes porque era muc a la infección que traía. Me hicieron estudios y me resultó la hepatitis B. Estaba ignorando todo eso*”. (MUDIUC I G '.E)

Las mujeres son más vulnerables a todo tipo de drogas que los hombres porque les causa mayores efectos adictivos y adversos. Diferentes drogas afectan el funcionamiento de los ovarios causando alteración en los ciclos menstruales. Uno de los efectos nocivos de la heroína incluye la muerte fetal intrauterina.^{14,15} Debido a la forma complicada de vida de la MUDI, el embarazo se convierte en un riesgo, sobre todo si se carece de atención adecuada.



PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Las instituciones de tratamiento por consumo de drogas cumplen diferentes funciones para los usuarios de drogas en general y para las mujeres que realizan esta clase de consumo, en particular. No solamente se busca que abandonen la adicción a drogas, también son sitios de recuperación física a los que pueden recurrir poblaciones de consumidoras de drogas cuando la vida se torna difícil.

E: 'Cómo consideras tu estado de salud actual'

MUDI: "Lo considero bueno. a me siento bien, estoy volviendo a mi peso normal pues ya empie o a dormir, ya me siento bien". (MUDIUC I G .E)

MUDI: " ndaba muy mal y del ospital me trajeron para ac y gracias a dios a í la llevo. o estoy muy gorda pero a í la llevo". (MUDIUC I G .E)

La vida de las mujeres UDI entrevistadas es difícil, no solamente por los problemas interpersonales que les puede acarrear ese consumo, sino también por el malestar físico que les genera no ingerir alimentos durante el día. Dar prioridad al consumo de drogas antes que al cuidado personal y la alimentación es uno de los comportamientos reiterados por las mujeres UDI. Por otra parte, consideramos que la reducción a la condición de mendicidad de algunas inyectoras de drogas puede ser un factor que las lleve a ingresar a tratamiento y no necesariamente el deseo de dejar de consumir drogas.

E: ' e parecía difícil dejar las drogas'

MUDI: "Difícil, difícil no. Lo que se ace difícil es ya no volver a consumir". (MUDIUC I G .E)

E: 'Has tenido periodos de no consumir drogas?'

MUDI: "Sí, incluso ya tengo aquí dos procesos (de tratamiento) y salí bien, o sea, que me re abilité y todo. e durado lo que duran mis procesos (de tratamiento), seis meses". (MUDIUC I G .E)

Antes que buscar dejar el consumo, el objetivo de la usuaria de drogas inyectables puede estar en recuperarse de las condiciones difíciles que enfrenta cotidianamente, lo que la puede llevar a dejar de consumir por periodos determinados. En todo caso la reincidencia es común en estas pacientes.

En la vida adictiva de un usuario de drogas, y en particular de las MUDI, existen períodos en que no pueden o no desean dejar de consumir drogas. Por ello, es necesario considerar la posibilidad de recaídas frecuentes y preparar intervenciones validadas de reducción de daños^{16,17} o riesgos para prevenir o tratar problemas de salud, carencias sociales, de estigma y discriminación específicos para mujeres. Algunos de los principales factores argumentados para no dejar el consumo inyectado de drogas es el síndrome de abstinencia a heroína que es autolimitado, pasado un tiempo se dejan de sentir las molestias físicas sin necesidad de medicamentos. Internarse para tratamiento efectivamente puede desintoxicar a quienes se inyectan opiáceos, pero las recaídas son frecuentes.



Al igual que en otros estudios de mujeres usuarias de drogas inyectables, se puede concluir que el riesgo de adquirir el VIH está en sus prácticas sexuales desprotegidas y en la reutilización de jeringas contaminadas.¹⁸

En un estudio cualitativo anterior entre usuarios de drogas inyectables de Tijuana, México, se señaló la urgencia de incrementar las acciones de reducción de daños que incluyan programas de intercambio de jeringas.¹⁹ A esa conclusión debemos agregar que se deben considerar las necesidades específicas de las mujeres UDI, las referentes a su salud reproductiva, un porcentaje específico se embaraza y tiene diferentes consecuencias para su salud. En un estudio en mujeres adictas a drogas se encontró que en promedio tuvieron 3.23 embarazos (desviación estándar de 2.11) y 120 nacimientos vivos de 320 embarazos.²⁰

La lucha contra el estigma hacia las mujeres UDI en diferentes frentes también parece indispensable. Se reconoce que es más fuerte el rechazo contra la mujer usuaria de drogas que contra el hombre y se vuelve un obstáculo para que la mujer reciba atención a la salud.²¹

La mujer que vive en ambientes de consumo de drogas es objeto de un proceso de condena moral más acentuado que el enfrentado por los hombres, creándose un medio de desamparo social surgido de un doble estigma: mujer y adicta a drogas, que la vuelve más vulnerable a diferentes formas de violencia, explotación sexual, enfermedades agravadas por carencia de servicios de salud como por ejemplo la oferta/demanda de revisiones ginecológicas periódicas con citologías vaginales, seguimiento y pruebas de embarazo, educación sobre salud sexual y reproductiva.²²

La estigmatización de la mujer UDI puede llevar a prácticas que generan daños^a personales, familiares y sociales^a que se observan asociados a un alto costo socioeconómico y personal. Socialmente producen la percepción de que la baja calidad de vida de estas mujeres es natural y/o merecida. La condena a mujeres usuarias de drogas limita el acceso de este grupo a servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular. El combate al estigma y la discriminación requiere recuperarlas como personas usuarias de servicios y acercar las instituciones de salud a calles y otros sitios para la ejecución de acciones preventivas.

La mayoría de los programas de tratamiento para atención de adicciones a los que acuden las MUDI son diseñados por hombres para hombres, en su gran mayoría, el personal que los administra y pone en práctica es también del sexo masculino. Tienen la característica de que son hechos por grupos de pares, ex adictos y también son ellos quienes los desarrollan; esto es a la vez su fuerza y su debilidad; por un lado comparten vivencias e historias personales con puntos comunes, pero, las necesidades específicas de mujeres adictas pueden ocupar un lugar secundario porque las sesiones terapéuticas reiteran los mismos discursos y estrategias de abordaje utilizados para hombres, a los cuales quizá se tenga que incorporar aspectos que consideren necesidades específicas de las mujeres.

Cabe plantear la factibilidad de integrar la perspectiva de género, en tanto ésta considera las necesidades específicas de mujeres en tratamiento contra el uso de drogas, o quizá sea necesario que se constituyan instituciones para mujeres. Son dos opciones no excluyentes. Las instituciones con estrategia de pares tienen en este procedimiento su principal fortaleza porque reproducen un proceso de reeducación social con personas que han vivido la adicción a drogas, pero también plantean la necesidad de incorporación de la perspectiva de género en las intervenciones que realizan.

Uno de los retos de los tratamientos es tomar en consideración la actitud y conducta de las pacientes con respecto a los roles sociales que, en su caso, la mujer deja de cumplir. Se trata de adecuar la actitud de la paciente con los roles que la sociedad solicita y, paralelamente, acomodar a una persona al proceso de tratamiento, que muchas veces incluye un sistema de reclusión en ocasiones involuntaria, circunstancia que posiblemente exacerba los inconvenientes para una mujer que tiene hijos/as o una pareja sexual a quienes se siente en la obligación de atender. El tratamiento se aplica de manera general a todos los pacientes, es poco probable que en estos sitios de tratamiento se realicen terapias específicas por casos de mujeres adictas a drogas en general y en específico para las mujeres UDI. El perfil construido de la mujer y el hombre usuario de drogas inyectables se reproduce y replica en tratamiento, las y los pacientes que se reconocen en ese discurso como en un espejo y aceptan las culpas posiblemente dejen la adicción.

Al considerar inadecuada la conducta de la mujer UDI en la sociedad, se carece de equidad porque es el fallo de un conjunto de personas que las juzgan con marcados rasgos sexistas, generalmente quienes lo hacen son hombres que dejaron el consumo de drogas (temporal o definitivamente), pero que quizás mantienen los prejuicios de género hacia la mujer.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. 1 ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
2. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México: CONADIC; monografía en Internet . citado 2009 Oct 1 . Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/ena2002.
3. CENSIDA. Registro Nacional de Casos de SIDA. 14 de noviembre 2008. update s/d ; citado 2009 Oct 15 . Disponible en: <http://www.censida.gob.mx>.
4. Secretaría de Salud. DGEPI. Anuarios de morbilidad 1984-2007. update s/d ; citado 2009 Oct 15 . Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html#>.
5. Esquivel G, Magis C, Ortiz R. Uso de drogas inyectadas, su relación con el VIH: estrategias de prevención y atención en San Pedro de las Colonias, Coahuila. Cuicuilco. 2005; 12(33):79-92.
6. Ortiz Mondragón R, Magis Rodríguez C, Ruiz Badillo A, Pedrosa Islas LA, Uribe uñiga P. La mujer usuaria de drogas inyectables en la frontera norte de México. Con ganas de vivir... Una vida sin violencia es nuestro derecho. México: PNUFID; 1998: 89-100.
7. Magis Rodríguez C, Ortiz Mondragón R, Ruiz Badillo A, Uribe uñiga P. Niñas que viven en la calle y consumo de drogas en un estado de la frontera norte de México. PNUFID; editor. Nuestro futuro depende de su presente. La niñez ante los riesgos de las adicciones. México, PNUFID; 1999.
8. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2008 Internet . Secretaría de Salud; 2008 citado 2009 Oct 1 . Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/sisvea_2008_index.html. Consultado 1/Oct/2009.

9. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman S, Strathdee SA. The Social Structural Production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science and Medicine*. 2005; 61(5):1026-44.
10. Romani, O. Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*. 1997; VI (52):39-66.
11. Strathdee SA, Lozada R, Pollini RA, Brouwer B, Mantsios Abramovitz DA, et al. Individual, Social, and Environmental Influences Associated with HIV Infection Among Injection Drug Users in Tijuana, Mexico. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 2008: 47:369-376.
12. Magis Rodríguez C, Ruiz Badillo A, Ortiz Mondragón R, Loya Sepúlveda M, Lozada Romero R, Ramos Chacón, R, et al. Intervención educativa para reducir riesgos de infección por VIH en usuarios de drogas inyectables. Reporte de investigación con usuarios de drogas inyectables de las ciudades de Tijuana, B.C. y Juárez Chih. México. Forthcoming; 1997.
13. Fossum MA, Mason MJ. La familia adicta y abusiva en recuperación. Resolviendo la vergüenza familiar provocada por la adicción y el abuso. 1. ed. México: Ed Pax México; 1989.
14. Mello NJ. Drug abuse and reproduction in women. In:etherington CL, Roman AB., editor. *Drug Addiction Research and the Health of Women*. Rockville, National Institute on Drug Abuse; 1998.
15. Sánchez Pardo, L. Género y drogas. Plan integral de atención a la salud de la mujer de Galicia; 1984. .
16. Bravo, María J. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: Manual para profesionales de la salud. 1. ed. Washington D.C.: OPS; 2004.
17. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 1. ed. Geneva: WHO; 2009.
18. Azim T, Chowdhury EI, Reza M, Ahmed M, Uddin MT, Khan R, Ahmed G, Rahman M, Hossain I, Khan SI, Saha SA, Strathdee SA. Vulnerability to HIV Infection Among Sex Worker and Non-sex Worker Female Injecting Drug Users in Dhaka, Bangladesh: Evidence from the Baseline Survey of a Cohort Study. *Harm Reduction Journal*; 2006: 3:33. citado 2009 Oct 1. <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/33>.
19. Strathdee SA, Davila F, Case P, Firestone M, Brouwer C, Gracia SP. Vivo para consumirla y la consumo para vivir: I live to inject and inject to live: High-Risk Injection Behaviors in Tijuana, Mexico. *Journal of Urban Health*; 2005: 82 (3 Suppl 4): iv58-iv73.
20. Frost-Pineda, J. Addiction and pregnancy intentions: understanding the why behind the what. dissertation. Gainesville, FL: University of Florida; 2008.
21. Brady, TM, Ashley, OS. Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26. Sponsored by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
22. Ortiz Mondragón R, Ortiz Ruiz L, Magis Rodríguez C. Estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA en usuarios de drogas. México: CENSIDA; 2009.

La Distancia Afectiva Paterna como factor activante de la psicopatología masculina

Dra. Angélica Mancilla Amador

Sexóloga Clínica y Terapeuta Psicoanalítica



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está motivado por la carga imputada al rol femenino de la maternidad, considerado comúnmente como el factor patologizante de la especie humana.

Tomando en cuenta que la mayoría de las teorías del desarrollo ubican el inicio de las alteraciones psicológicas en los primeros años de vida (del nacimiento a los tres años), cuando los cuidados del hijo o hija son prácticamente exclusividad de la mujer, ya sea como madre, o bien, como cuidadora en estancia, o como abuela. Sabido es que la mujer, en términos generales, es quien se hace responsable en las primeras etapas^a aunque su cuidado persiste en las siguientes^a, pero la sicopatología ubica los primeros estados de la crianza como claves en la aparición de afectaciones psíquicas. La exclusión

paterna, que no por serlo deja de introyectarse aún en su distancia, dejando surcos que no permiten la construcción del objeto total al negar al infante varón la posibilidad de formarse de manera integral, le obliga a crear una personalidad como sí, para poder continuar edificándose como un sujeto social aceptado. Sin prácticamente tomar esta exclusión en cuenta, ni a la cultura, a la sociedad imperante, o a los mandatos subjetivos, se atribuye siempre a la madre la construcción de la psique del infante.

En una sociedad falocéntrica es entendible, pero no justificable, que se imponga la responsabilidad absoluta al rol materno en la crianza de los hijos e hijas, sin la participación del padre.

MADRE

Cómo empezar

Es necesario reivindicar al maternaje de todas aquellas teorías del desarrollo que lo han puesto como causante de la psicopatología humana y que muestran a la mujer como aquella que comete errores. Estos criterios han trascendido en alguna medida al dominio popular, deviniendo una verdad irrefutable. En este sentido, es frecuente escuchar frases como *“ve la madre que tiene, es castrante”, “es esqui ofreni ante”,* o bien, *“ella tiene la culpa de cómo son sus hijos”*.

¿Cómo dismantelar la farsa y evidenciar los errores mal atribuidos al decidir culpar a la mujer de la psicopatología? Porque es justo ella quien por mandato social introyectado, queda al cuidado de los hijos e hijas, haciéndolo con amor o sin él, con desconocimiento o por la necesidad de reconocimiento, con enojo o intuición. Así, incluso teniendo doble o triple jornada de trabajo, siempre cuenta con un espacio para satisfacer las necesidades de sus hijos e hijas, para transmitir el lenguaje y las subjetividades necesarias para mantener un sistema social funcional y heredar, igualmente, la cultura misma.

Bleichmar¹ sostiene que la teoría psicoanalítica hace ver que la madre es responsable de la psicopatología, sin dar cuenta de la mediación de un tercero, el padre, al encontrarnos en una sociedad falocéntrica.

Hombres y mujeres psicoanalistas y psicólogos, han caído en la trampa de explicar el desarrollo normal y patológico del ser humano desde una sola directriz: el maternaje, con nombre de mujer. Sin la intromisión de otros parámetros, igual de importantes que alteran directamente la calidad de éste y la formación de la psique humana, tratan de analizar una sola díada, la de madre-hijo/a. Mahler² habla de parentalidad, considerando que los problemas emocionales de niños y adolescentes han sido atribuidos unilateralmente a las madres por numerosos estudios del psiquismo, ya que el único referéndum constante se centra en este cuidado. La misma autora pone hincapié en que estos estudios se han realizado entre madres aisladas y sobrecargadas de obligaciones que no pueden dar un cuidado adecuado.

Sin embargo, no se encuentra ahí el problema que trato de plantear, sino en las introyecciones de las mismas madres con sus subjetividades socializadas, por medio de las cuales se actúa y que son tan poderosas que tienden a repetir de generación en generación la subjetividad socializada. Lamas³ considera que es *“una necesidad del sistema, es un conjunto de relaciones históricas, depositadas en los cuerpos individuales en forma de esquemas mentales, corporales de*

percepción, apreciación resultante de la institución de lo social en los cuerpos". Cuando estas formas de subjetividad se viven como propias, se naturalizan y se vuelven incuestionables. Las subjetividades no pasan por la razón, se actúan como impronta aún sin serlo. En el maternaje se actúan las demandas sociales y las herencias culturales que transmite a los hijos, a través del actuar y antes del lenguaje, la diferencia entre niño y niña.

En los hijos varones todos estos mensajes son entendidos hasta el momento del descubrimiento de la diferenciación genital. Antes, tales mensajes permanecen incomprensibles. Bleichmar¹ sugiere que existe una oscuridad ante la falta de un instrumento teórico: el género que implanta la madre constituye el yo del niño, antes que el yo masculino o femenino del niño "sepa" nada de su sexo y de la sexualidad adulta.

Tanto niña como niño, antes de empezar la socialización formal, se encuentran cobijados por la madre, la mayor parte del tiempo disponible de la madre se encuentra interactuando con ellos. En el momento de iniciar la socialización en el jardín de infantes, que coincide con el arribo de la etapa edípica (y el descubrimiento de la diferencia sexual), el niño varón es desplazado del cuidado cariñoso de la madre, y obligado a la socialización que le muestra los estándares de cómo ser "ombre". Así se inicia un proceso cruento, sin ninguna ventaja y todas las desventajas para esa edad. Todo a su alrededor tiene el mensaje, incluida su madre, de que "te tienes que acer ombre" y "tienes que ser como tu padre". La madre lleva consigo la advertencia social de que "si tu ijo se queda a tu lado lo femini as, lo aces omose ual", imponiéndose e imponiendo a su hijo una distancia afectiva que es incomprensiva para el niño.

Meler⁴ considera que aunque existen padres gustosos de la paternidad, continúa presente el horror a la feminización. La distancia afectiva que la madre implanta a su hijo varón es, a fin de cuentas, una muestra de amor, de dar a su hijo lo que supone mejor para él, quitándole la función tranquilizadora de estar con ella y dejándole sin un lugar de refugio; no se muere, pero se asesina su alma.

El niño varón, en el inicio de su tercer año, presenta movimientos internos y externos drásticos. No solamente el inicio de la fase edípica, sino también la distancia materna, el arribo a la escuela, la socialización entre compañeros/as, la convivencia con personas adultas diferentes a su madre, la dinámica escolar que enfatiza la diferencia de género. En consecuencia, el imperativo social busca hacer del niño varón un "ombre", obligándolo a cancelar sentimientos cariñosos, de desamparo, soledad, melancolía, a inhibir el llanto³ que en tal situación se encuentran a flor de piel³, le es negada la capacidad de expresar dichos sentimientos, de llorar por el distanciamiento de su madre y obligarse a despreciar todo aquello femenino iniciando por su dulce madre, "todo, menos parecerse a ella". Se deja, pues, al niño sin un sustento emocional cálido.

Al no tener el niño varón una función tranquilizadora se provocan con mucha frecuencia sentimientos de vacío, desasosiego, que hacen de su experiencia sensorial algo mediocre e irreal. Se crea en el niño la obligación de formarse un disfraz impenetrable y ridículo, con valoración social y sin negociación. Con esta cobertura maniquea, trata de defenderse del exterior, mostrándose como un "adulto preco". En su andar prematuro no requiere de mamá, aunque internamente se encuentre consumido por el miedo. Bajo estas condiciones forma un self falso, un actuar "como si".

Mahler², considera que cuando un niño en etapa de separación³ individuación no es atendido adecuadamente por un/a cuidador/a, se ve obligado a comportarse como un adolescente o un adulto para poder funcionar en su medio social, haciendo de esto una búsqueda incesante de su lugar en la vida, su búsqueda de una identidad. Pero eso no es todo, ahora tiene grandes cometidos y obligaciones sociales. Una de ellas es desprenderse de lo femenino por no ser valioso. Todo lo femenino envilece, lo denigra y puede ser sujeto de burla social si acaso muestra algún rasgo femenino. Otra obligación social impuesta es aparentar ser autónomo en su conocimiento de la diferenciación sexual, haciendo de su pene, el falo, su todo y su sostén. Su descarga es su lugar de refugio; ahora la parte, "el falo", se vuelve simultáneamente la cosa más vulnerable y el sostén de su ser por el de significado que tiene.

Así, el niño transforma lo que en otro momento se formó como un todo, en la introyección de objeto total. Ahora, necesariamente, tiene que regresar a una etapa previa, escindiendo, asegurando la parte por el todo, negándose la posibilidad de ser un objeto total, un yo diferenciado, y dar paso a la primacía fálica. Cuando la parte es el todo, el narcisismo es justo la estructura resultante, el modelo de masculinidad imperante que instala al falo como el organizador social. También repercute e instala su supremacía en la psique del niño. En la socialización del jardín de infantes, encuentra explicaciones con sus escasas herramientas psíquicas sobre el trato previo que le dio su madre y el de quienes le rodean. Así, con la sensación de desamparo, junto a la supremacía del falo, se instala la supremacía de la angustia, la cual, a decir de Green⁵, es incomunicable.



En este sentido, se cierra un círculo impenetrable. Narcisismo^a angustia se viven con los *"afectos en el orden del displacer dolor, el duelo y la ipocondría"*. Como también sostiene Green⁵, se crea una barrera que sólo puede actuar en el orden del hacer hacia afuera como un organizador psíquico, que únicamente ve los modelos exteriores para comportarse de acuerdo con ellos, sin poder pensar en sí mismo, viviéndose atareado en cumplir e impidiendo la formación de límites psíquicos que le permitan contrarrestar las demandas externas. Ello hace del exterior un ideal a seguir, un superyo, demandante y como sí, sin tener una representación de objeto idealizable, ya que se encuentra en ausencia como un objeto fantasmagórico y no disponible: es una idea de cómo ser y de deber ser sin objeto. Es importante resaltar que cuando se tiene que despreciar a un objeto amado previamente construido a favor de la masculinidad -refiriéndome a la madre real y a la introyectada-, el objeto que pudo haber alcanzado el rango de objeto total, tiene que deconstruirse y devaluarse, por lo que la psique del niño varón ya no cuenta con tal; la constancia objetal, los momentos amorosos, se quedan

sin este objeto. Por tanto, esa construcción que pertenecía a un objeto introyectado, se queda en la nada; se traslada a un tiempo y espacio difusos. Ahora se tiene un espacio, un momento idealizable, en búsqueda de éste; se rompen los límites internos, ahora todo y nada es posible. Nuevamente Green⁵ afirma que la falta de objeto es la que está destinada a quebrar el frágil logro que representa la organización, pues los objetos han desilusionado, el sujeto pierde la fe en ellos y no le queda más que contar con los recursos de la confianza^a ilusoria que el niño pone compensatoriamente en su omnipotencia, crea una especie de circuito anhelo-desasosiego; es decir, el anhelo de un tiempo perdido en que contaba con el regazo materno y el desasosiego que le impone la realidad.

Burin⁴ plantea que cuando un niño es arrancado de los brazos de su amada madre, entra en dolor insoportable, llegando a padecer de anhelo y desasosiego. ¿qué sucede? Los objetos les han desilusionado y hay que destruirles para poder alejarse de ellos^a del objeto materno^a, por otro lado, no se tiene un segundo objeto, sino una idea de él^a el objeto masculino^a, del cual posteriormente hablaré. Cuando al niño varón se le obliga a ver negativamente todo aquello valioso para él hasta ese momento, entra en una especie de desilusión por la vida, se encuentra destrozado de dolor, aniquilado por saberse incapaz de hacer frente solo y en soledad a las demandas sociales. El asidero interno construido de sentimientos cariñosos no puede ser ya su guarida y tiene que renegar de ello. Además, resultan estos sentimientos veneno para su incipiente masculinidad: ahora tiene que odiar a su madre. La razón que encuentra para desilusionarse de ella y de su abrazo anteriormente amoroso, es la incapacidad de su madre para rescatarlo del atropello que ella misma está cometiendo tanto como la sociedad; ahora su odio está justificado. Pero al negar su objeto amoroso se condena a no tener otra posibilidad que no sea el narcisismo; la angustia será su eterna acompañante, caracterizada por ser flotante, crónica y difusa. Según Kernberg^{6,7} dicha ansiedad tiene que ser acallada de alguna manera. La que más la sofoca es la agresión, la otra vía elegida es la descarga sexual que puede presentarse con masturbaciones compulsivas. La ansiedad tiene que ver con el vacío, el cual es real, tanto interno como externo. En este punto discrepo con autores que consideran que la orientación hacia las perversiones está dada por una conducta de irritación exagerada de parte de la madre, sin contemplar la angustia de desamparo en que confinan al niño varón.

Cualquier lector/a ya se habrá preguntado por qué no me he remitido a un supuesto segundo objeto de amor: el padre. Iniciaré refiriéndome a la *couvade*, ritual que se practica a diario en Occidente cuando se felicita al padre después del nacimiento de su hijo, bautizándole como padre. Cuando el padre regala chocolates está asumiendo la paternidad de ese hijo en su entorno social, reafirmando en cada ritual el mantenimiento del modelo falocéntrico, que aún hoy lleva consigo los designios de poder, agresividad, dominio y menosprecio absoluto por la mujer y todo aquello que supuestamente corresponde al género femenino.

González⁸ escribe al respecto: en algún momento de la historia, en diferentes culturas, el pene en erección o falo simbolizó aspectos positivos como los de unión y fertilización, no únicamente como nacimiento biológico, sino antes bien, amoroso y tierno, aspectos hoy perdidos en muchas relaciones hombre-mujer. El símbolo fálico total, como anteriormente se manejaba, encerraba aspectos positivos y negativos. Estos últimos, como la agresión y la competencia, estaban destinados a la organización social, a la protección y cuidado. En la actualidad, se han escindido estas dos polaridades, desapareciendo prácticamente las positivas, de tal manera que el símbolo fálico ha pasado a ser un objeto parcial con valores negativos que hacen que el varón no desarrolle los afectos. Así, los varones adultos están troquelados bajo el signo de la distancia afectiva y de un mandato fálico inflexible que les impide, a la gran mayoría, responder a las necesidades afectivas de sus hijos e hijas.

Con el pensamiento subjetivo de que los hijos/as son de la madre, algunos padres consideran incluso que su rol paterno tiene una estrecha dependencia subjetiva de su vínculo amoroso con la mujer, como lo plantea Burin⁴, por ese motivo, prefieren olvidar a sus primeros hijos/as y formar otra pareja conyugal cuyos hijos/as sí sostendrá y cuidará. Lo que se encuentra implícito en este discurso es una idea de libertad sin responsabilidad del hombre, reiterando que los valores positivos del modelo falocéntrico se han perdido y queda casi exclusivamente la función reproductora y el poder absoluto en sus manos, donde todo está permitido.

La pérdida de límites se encuentra presente, cuando deja de amar, con un amor infantil demandante y transitorio, tiene derecho a dejar sin ninguna culpa. No se siente obligado a cuidar o a reparar; él es para él. Burin⁹ sostiene que el varón es un ser para sí o ser de sí o un ser para la imagen de sí; cuando presenta culpa es una culpa primitiva persecutoria, donde no le interesa el objeto sino retaliación, viviendo en familia a distancia, sintiendo que existe siempre otro lugar mejor que éste, tratando de buscarlo al infinito; porque lo que busca, como se dijo anteriormente, no es a un objeto, sino un espacio, un momento ideal que alguna vez fue.

Bajo esta situación general se encuentran los varones, de tal manera que el arribo de la paternidad será vivida desde el exterior y no sentida, porque los afectos hibernan, práctica que se realiza en ocasiones desde afuera; él no se da como padre, sino que cumple viviendo la paternidad como algo a lo que le obligan, que es difícilmente un acto genuino de amor. El padre es un intocable emocional, el niño varón así lo siente, actúa en consecuencia, porque es su ideal a seguir. El padre le muestra una figura masculina a distancia que se hace más ideal, que borra también, en este sentido; la posibilidad de introyectar a un objeto. De esta figura sólo se pueden tomar rasgos, no se puede integrar una imagen total; así, lo único posible es adquirir una coraza.

La identidad de género masculina se va dibujando en este sentido, con participaciones personales y sus propias emociones y sentimientos que le dan guía de cómo actuar, llevando subjetividades culturales, tal cual lo hace notar Chodorow¹⁰ cuando dice: los sentidos de sí mismo, el tono de los sentimientos individuales y las fantasías inconscientes, teñidas emocionalmente, contribuyen a constituir el género subjetivo tanto como lo hace el lenguaje o la cultura.

En estas condiciones el niño varón, una vez expulsado del regazo materno y estrenándose en ambientes sociales diferentes al familiar, busca desesperadamente un objeto de refugio para guarecerse y construirse. Sin embargo, el objeto paterno generalmente no está disponible, aún en cercanía, se encuentra inaccesible. Esto el niño varón lo interpreta como un desprecio hacia él mismo por ser poco valioso.

Para Dolto¹¹ la superabundancia o la falta de don emocional, por parte de uno de los miembros de la pareja o de los dos, procrea simbólicamente un ser capaz o no de conducir su destino. El niño varón requiere de la aceptación de una figura masculina por sentir una protección, disminuir su sensación de desamparo y pérdida materna, de la desilusión de su frágil persona, los imperativos sociales de alta demanda, el tener que saberse nuevamente reconocido por alguien que le han impuesto como ideal de ser, alguien que lo acompañe en organizar su psique, le dé límites y disminuya su ansiedad. Al no darse esto, el niño varón entra en una desilusión mayor, nostalgia por un tiempo perdido y en desesperación absoluta. Su escasa figura le asusta ante un mundo adulto tan poco empático con su dolor, un dolor que enloquece sobre todo por el objeto perdido.

Nasio¹² escribe al respecto: o no sufro por la falta del otro, sufro porque la fuerza de mi deseo está privada del excitante que significa la sensibilidad de su cuerpo vivo; porque el ritmo simbólico de esta fuerza está quebrado por la desaparición del tiempo que escandían sus excitaciones; y además porque el espejo psíquico que reflejan mis imágenes se han desmoronado por falta de sostén viviente en que se había transformado su cuerpo. La lesión que provoca el dolor psíquico no es, por lo tanto, la desaparición física del ser amado, sino la perturbación interna engendrada por la desaparición del fantasma del amado.

Así, está sufriendo el niño varón y el único que lo podría salvar en este momento es el padre o alguna figura masculina capaz de darse y dejarse idealizar, para tener alguna oportunidad de poseer una tranquilidad interna; esto daría paso a integrar un objeto total y domeñar la ansiedad para organizar y darle nombre a sus emociones, para no sentirlas como meras sensaciones viscerales y sin lugar preciso; igualmente, a que la descarga no sea exclusividad de la agresión o de la sexualidad, así, evitar el feroz narcisismo, tener una oportunidad de dar un giro a la construcción interna de un ideal masculino más real, que implica la introyección de un objeto real y no la de un fantasma, dando paso a otro tipo de estructura psíquica, porque el ideal frecuente del género masculino entraña un narcisismo indestructible.

aplan¹³ plantea que el ideal de género coincide con el narcisismo, pero puede oponerse a la salud mental o a la sexualidad, o a la integridad. Habla de las repercusiones del modelo en un hombre adulto, pero este modelo se gesta en el infante. Del varón adulto vemos sus negatividades, las juzgamos, o las analizamos, pero poca atención prestamos a lo que puede estar viviendo el niño varón al que, de manera masiva, se le va impregnando un modelo que poco tiene que ver con humanidad.

El modelo falocéntrico crea y recrea varones narcisistas, pues construye niños egoístas y vengativos, resentidos por lo que les fue quitado o negado. Lo anterior no es otra cosa que la protección y el cariño amoroso de la confirmación de la existencia, con ansiedades tormentosas, que la única manera de acallarlas es bajo la perversión del carácter. aplan¹³ daba cuenta de esto considerando que el egoísmo nacido del pánico y la desesperación se transfiere más tarde al ambiente social global, donde el niño despojado y desatendido se convierte finalmente en un adulto, que siente que el único modo de ser atendido consiste en morder, desgarrar, irrumpir, destripar, romper, arrebatar, estafar, estar sin permiso... y todo con la sensación interior de tener derecho a hacerlo: lo que no me dan, tengo derecho a tomarlo.

La distancia afectiva que impone el padre completa el círculo perverso del modelo, tajantemente lo valida y cierra las puertas a cualquier posibilidad de salvar a los niños varones, dejándolos a merced de la corrupción del carácter para poder hacer frente, desde temprana edad, con mínimas herramientas psíquicas. Algunos teóricos del desarrollo, los especialistas en la psique, hemos dado todo el peso a la resolución del Edipo, hemos creído, de manera equívoca, que un desarrollo adecuado lleva consigo la heterosexualidad. Cuando esta visión está dada también desde el modelo imperante, que es miope a otra posibilidad, de muchas maneras también nosotros hemos contribuido a naturalizar el modelo con signos de estereotipos, creyendo que la mujer femenina y el varón masculino son signos de salud psíquica y sexual, empeñándonos en reproducirlo, tratando de buscar en el cuidado materno los daños del adulto sin buscar en otras variables que escapan a los cuidados maternos y que en todo caso, sólo reproducen mensajes subjetivos de maternidad y de paternidad.

aplan¹³ expone que la reproducción de estereotipos en los infantes no hacen otra cosa que asesinar poco a poco el alma, son pequeños asesinatos del alma agrega, los aspectos del niño reprimido y privados de expresión continuarán buscando

el modo de manifestarse, hasta que un día quizás en la adolescencia o en la mediana edad, los deseos latentes tal vez exploten en una perversión o, peor aun, en la locura. Sin temor a equivocarme, así de dramático y drástico es.

CONCLUSIONES

El modelo falocéntrico ha matizado las teorías del desarrollo, con ello, ha naturalizado el modelo y lo que conlleva, como es la responsabilidad exclusiva del cuidado de las y los infantes a la madre, con lo que los aciertos y errores son depositados en el maternaje. Este modelo ha cerrado la razón y ha impedido ver otras variables que son contundentes para el desarrollo psíquico, pero que son acalladas e invisibilizadas. Desde la subjetividad se reproducen, impidiendo ser analizadas, como factores desencadenantes de la psicopatología, en este

caso del varón, sin darnos cuenta del grado de sufrimiento que imponemos a nuestros niños y niñas. El modelo imperante ha dejado de manejar aspectos positivos que podían formar sujetos más integrales. En la actualidad este modelo está caracterizado sólo por la reproducción, la agresión y el poder. Bajo esta tónica, es muy frecuente que el desarrollo infantil masculino sea bajo la escisión, cancelación de afectos y formación de estructuras narcisistas que imposibilitan el cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bleichmar ED. La sexualidad femenina: de la niña a la mujer. Barcelona: Paidós; 1998.
2. Mahler M. Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación. Nueva York: Planeta; 1996.
3. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. Distrito Federal: Taurus; 2002.
4. Burin M, Meler, I. Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad, Barcelona: Paidós; 2001.
5. Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1999.
6. Kernberg O. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós; 1993.
7. Kernberg O. Las agresiones en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Barcelona: Paidós; 1997.
8. González JJ. El amor precede a la sexualidad masculina. 1997.
9. Burin M, Bleichmar ED. Género, psicoanálisis, subjetividad. Barcelona: Paidós; 1999.
10. Chodorow N. El poder de los sentimientos: la significación personal en el psicoanálisis, el género y la cultura. Barcelona: Paidós; 2003.
11. Dolto F. Sexualidad femenina: Libido, erotismo, frigidez. Barcelona: Paidós; 1987.
12. Nasio J. El libro del dolor y del amor. Distrito Federal: Gedisa; 1999.
13. Aplan L. Perversiones femeninas. Las tentaciones de Emma Bovary. Barcelona: Paidós; 1994.

Violencia y VIH/SIDA

Vulnerabilidades en la Adolescencia

María Imilse Arrue Hernándezⁱ

Psicóloga, MC, Sexóloga



ⁱ Adscrita/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Asesora de Género y Salud.

Por diversas razones históricas y sociales la adolescencia no se visualizaba como una etapa formativa crucial en la vida de los individuos. De esta manera, la definición de adolescencia, e incluso su existencia, ha sido y es todavía objeto de debate científico y político, situación que ha motivado diversos posicionamientos en la comprensión de esta etapa, tales como:

- ... una crisis .*
- ... caos, tempestad y angustia .*
- ... como un estado relativamente duradero que los individuos abandonan con di cultad - a-os, adolescencia interminable .*
- ... período en que los ni-os alcan an la madure física pero no est n agobiados con los roles y responsabilidades de los adultos. La adolescencia es un fenómeno de las sociedades industriales modernas .*
- ... tiempo y camino para andar esa salida, para armar identidad, para situar un lugar, para esbo ar proyectos, donde es importante el acompa-amiento de los padres pero desde un lugar diferente es vivida sin embargo como etapa temida, con ictiva, atravesada de miedos y sentimientos de mutuas incomprensiones .*
- ... La "S y la MS de nen a la adolescencia como el periodo entre los y los a-os de edad, y la juventud, como el periodo entre los y los a-os' .*

Diversos autores/as coinciden en que las siguientes características son manifestaciones de esta etapa del crecer:

Cambios físicos, tendencia grupal, importancia de la imagen corporal, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, necesidad de intelectuali ar y fantasear, creatividad, separación progresiva de mam y pap , constantes uctuaciones del umor y del estado de nimo, desarrollo psicose ual, b squeda de sí mismo/a y de la identidad, desarrollo de la capacidad de trabajo intelectual, b squeda de autonomía y de un proyecto de vida.

Señala Aberastury⁷ que la o el adolescente enfrenta también una serie de duelos tales como: perder el cuerpo infantil y enfrentarse a los cambios que ocurren en su organismo; la renuncia a la dependencia infantil, aceptar responsabilidades que muchas veces desconoce; el duelo por mamá y papá, en los que sigue buscando el refugio y la protección que ellos significan y que se complica con la actitud de madres y padres que tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijas e hijos han dejado la infancia.

La evolución sexual y la construcción de la sexualidad en la adolescencia se acompaña de un conjunto de cambios psico-sexuales⁸. Todos los cambios que se producen en el cuerpo los y las adolescentes van a tener importantes repercusiones en su vida. A partir de este momento deben reconsiderar la imagen de su nuevo cuerpo sexuado, tienen que enfrentarse con las nuevas posibilidades y necesidades sexuales y afectivas que se les plantean.

En los últimos años existe consenso en considerar a la adolescencia como una etapa de mayor vulnerabilidad y riesgos sexuales:

En este sentido los riesgos sexuales que se documentan son:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos.
- Violencia en las relaciones de noviazgo.
- Relación sexual sin uso de anticonceptivos.
- Relación sexual sin uso de preservativos.
- Embarazo no planificado.
- Maternidad y/o paternidad precoz.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Infección/Enfermedad por VIH/SIDA.
- Problemas de salud relacionados con el embarazo y la maternidad.

Subrayo que la adolescencia debe ser considerada como una de las etapas de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica, social, especialmente, en el ámbito de las construcciones de género y la salud sexual y reproductiva.

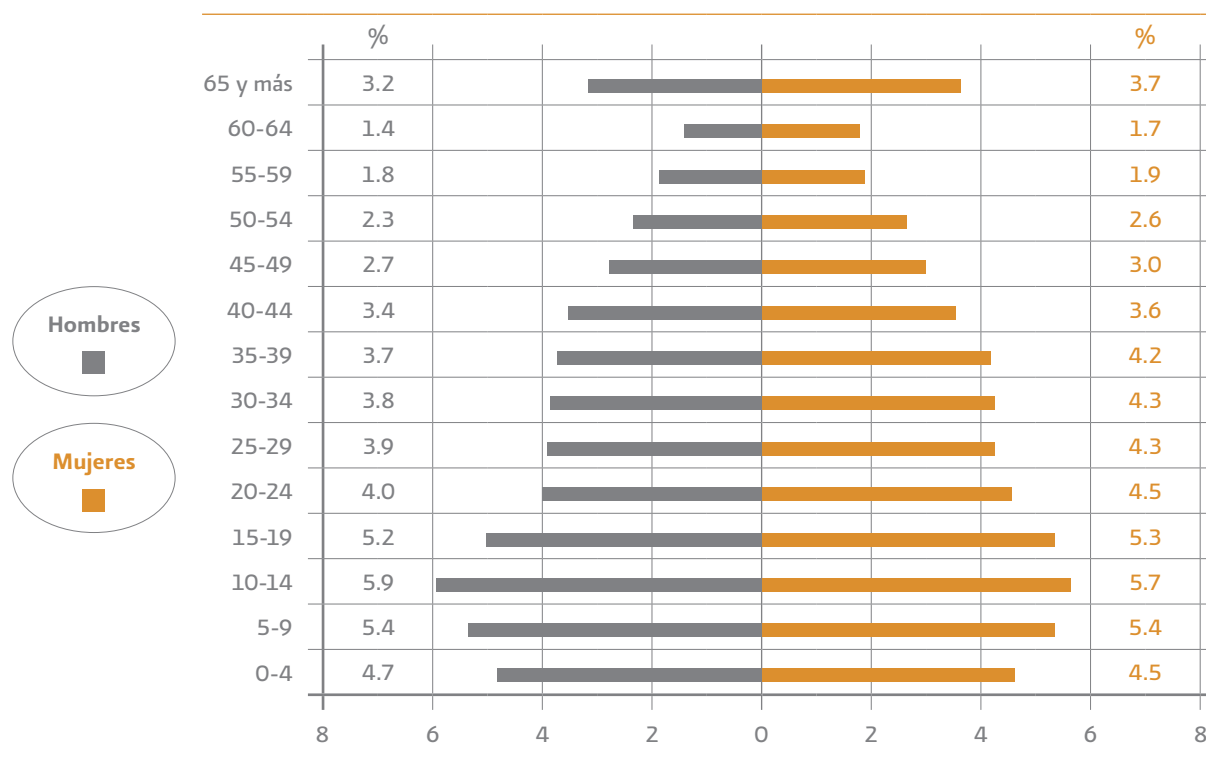
Este ensayo pretende reflexionar sobre algunas de las vulnerabilidades en las que se desarrollan los y las adolescentes en México, entre ellas, el inicio de la vida sexual sin protección, la deserción escolar, la violencia en las relaciones de noviazgo, las infecciones de trasmisión sexual, en particular el VIH.

LAS Y LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN MÉXICO

En el año 2005, en México⁹, en los grupos etáreos de 10 a 24 años (pubertad, adolescencia y juventud), se concentraba 15.1% de varones del total de la población y 15.5% de las mujeres (Gráfica 1). Los y las púberes, adolescentes y jóve-

nes, representan el mayor grupo poblacional a nivel nacional, lo que sitúa varios desafíos, uno de ellos relativo al análisis de las vulnerabilidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de ambos sexos en el contexto socioeconómico actual.

GRÁFICA 1
POBLACIÓN TOTAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA

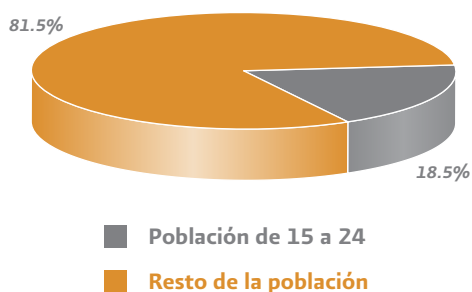


Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005 (INEGI).

Los y las adolescentes y jóvenes en México representan el 18,5% de la población total (Gráfica 2).

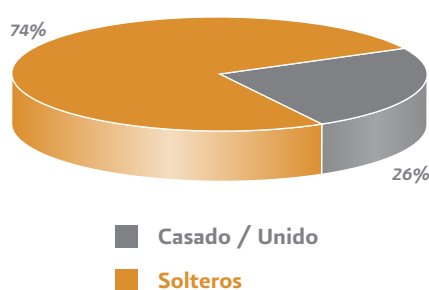
De acuerdo con la misma fuente, 26 % están casadas/os o unidas/os (Gráfica 3).

GRÁFICA 2
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE 15 A 24 AÑOS



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005 (INEGI).

GRÁFICA 3
POBLACIÓN TOTAL DE 15 A 24 AÑOS SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005 (INEGI).

En relación con la edad, el estado civil se presenta como un referente de riesgo potencial, en tanto se ha observado, en algunos casos de uniones o matrimonios tempranos, desinterés escolar, retraso o deserción escolar y/o *desinterés escolar (VS) uniones o matrimonios tempranos.*

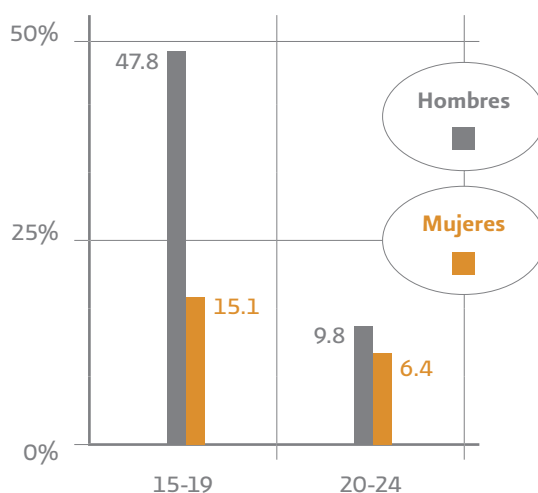
Según los datos reportados en el II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, 81.5% de la población de las y los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años son solteros/as y 26% casados-as/unidos-as.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGOS A QUE SE EXPONEN LAS Y LOS ADOLESCENTES?

Los factores de riesgo son circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema, cambian según la situación, el momento, el grupo, la sociedad o la persona. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo, por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección.

Al respecto, en México la Encuesta Nacional de Salud 2000 documentó que en el intervalo de edad de 15 a 19 años, sólo 15.1% de las adolescentes y 47.8% de los varones usa condón. En las edades de 20 a 24 años, 6.4% de mujeres jóvenes y 9.8% de varones usan condón (Gráfica 4).

GRÁFICA 4
PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS QUE USA CONDÓN
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2000



Nota: Por la naturaleza de la metodología de la ENSA-2000, se divide la población en jóvenes de 15 a 19 y de 20 a 24. Para los jóvenes de 15 a 19 la pregunta sobre uso de condón fue: La primera vez o esa vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué hicieron o usaron tu y tu pareja para evitar un embarazo o una enfermedad? Para los jóvenes de 20 a 24 la pregunta sobre uso de condón fue: ¿qué están actualmente haciendo usted o su pareja para no tener hijos?

Fuente: SSA-INSP. Encuesta Nacional de Salud, 2000. Procesó SSA, CENSIDA.

En 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición mostró que 56.6% de las adolescentes entre 12 y 19 años no usa métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; esta

situación, en el caso de los varones, 29.6%, lo que nuevamente sitúa a las adolescentes en mayor exposición a riesgos sexuales (Cuadro1).

CUADRO 1
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS POR USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO
EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO 2006

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		12-15		16-19	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Total	15.8	13.0	2.4	2.0	32.8	25.4
Condón	63.5	38.0	69.8	27.9	62.9	38.9
Hormonales¹	7.6	6.8	14.4	7.9	8.2	6.8
Otros²	1.4	1.6	0.3	2.7	1.5	1.5
Nada	29.6	56.6	28.5	66.9	29.6	55.8

Nota: Los porcentajes suman más de 100% porque una persona puede usar más de un tipo de anticonceptivo.

¹ Incluye pastillas o píldoras, inyecciones, pastillas de emergencia, Norplan.

² Incluye óvulos, jaleas, espumas o diafragma, ritmo, calendario, retro, DIU, vasectomía u otro.

Fuente: SSA. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

Estos comportamientos de riesgo, desiguales por sexos, en torno al uso del condón y de los métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, nos permiten reflexionar, sobre la necesidad de implementar estrategias de intervención efectivas en la adolescencia, que faciliten a mujeres y hom-

bres comprender las dimensiones de la sexualidad, su relación con el cuidado de la salud sexual, con la autoestima y la negociación asertiva del uso del condón y los métodos anticonceptivos.¹⁰

¿QUÉ ES LA VULNERABILIDAD?

FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad se define como un indicador de inequidad y desigualdad social, exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política. La vulnerabilidad es una categoría amplia, generalizadora. En la vida de las y los adolescentes y jóvenes se cristaliza en la relación entre los factores de riesgo y los factores protectores.

La vulnerabilidad se deriva de una serie de factores fuera del control de la persona que reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar riesgos.¹¹

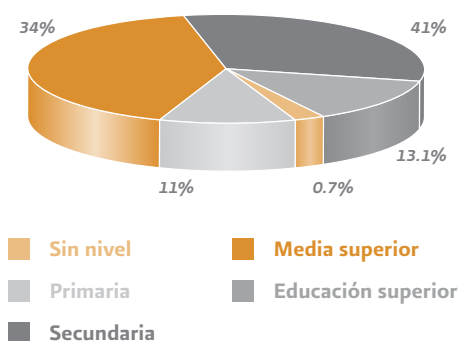
Estos factores pueden incluir:

- 1) Falta de conocimientos y las actitudes requeridas para protegerse a sí misma/o y a las/os demás;
- 2) Factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios, por ejemplo, imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros factores;
- 3) Factores sociales, como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

La educación es un factor clave para disminuir el impacto del desconocimiento y de los factores sociales que les hacen vulnerables, la relación que se da entre las oportunidades educativas que brinda la sociedad y las posibilidades para acceder y mantenerse en el sistema educativo es crucial en el desarrollo integral de las y los adolescentes.

En la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007¹² se reporta que 41 % de las y los adolescentes y jóvenes se encuentran cursando la secundaria básica, 34 % la educación media superior y sólo 13% la educación superior (Gráfica 5).

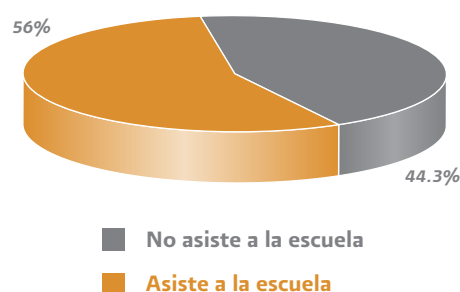
GRÁFICA 5
NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

Si comparamos el 44.3% de las y los adolescentes que no asisten a la escuela, reportados en la misma encuesta (Gráfica 6); con el 8.0% de varones y 6.7% de mujeres adolescentes que abandonan o desertan de la escuela notificados en el 2007 por la Secretaría de Educación Pública (Gráfica 7), resulta que un porcentaje considerable de adolescentes de los dos sexos (aproximadamente 59%) están potencialmente en condiciones de vulnerabilidad, al menos por no estar insertos en un programa de enseñanza-aprendizaje.

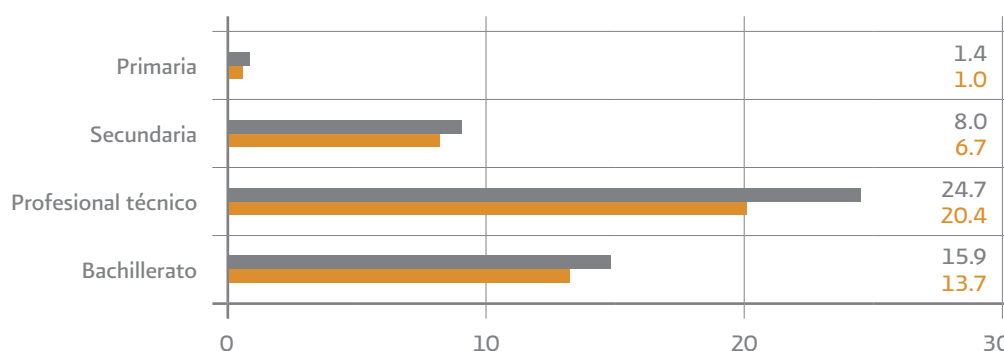
GRÁFICA 6
ASISTENCIA ESCOLAR



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

La pertenencia a un sistema educativo es un factor protector para los y las adolescentes y jóvenes, en este sentido, resultan significativos para el análisis de vulnerabilidades de este ensayo, los datos de deserción reportados en Mujeres y Hombres en México, 2008.⁹ Como puede observarse los varones adolescentes y jóvenes abandonan los estudios en una proporción mayor que las mujeres (Gráfica 7).

GRÁFICA 7
PORCENTAJE DE DESERCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO SEGÚN SEXO, 2006*



* Cifras estimadas.

Fuente: SEP. Subsecretaría de Planeación y Coordinación. Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto, 2007.

Llama la atención que en la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007,¹² (ENVINOV), entre las causas fundamentales que refiere la población adolescente para no asistir a la escuela, las dos más importantes son: la necesidad de trabajar y no desear estudiar, que representan aproximadamente dos tercios de quienes no asisten a la escuela (Cuadro 2).

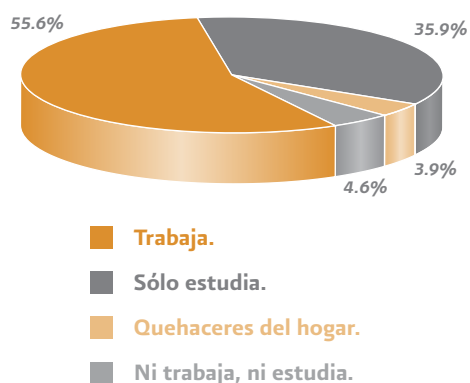
CUADRO 2
RAZONES DE INASISTENCIA ESCOLAR

CAUSAS	%
<i>Ya no quiso estudiar</i>	35.3
<i>Tuvo que trabajar</i>	31.0
<i>Terminó de estudiar</i>	9.2
<i>Fue rechazado</i>	5.1
<i>Tuvo que ayudar en las tareas del hogar</i>	3.6
<i>Otras razones</i>	15.0
<i>No especificado</i>	0.8
Total	100.0

Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

Un poco más de 70% de las y los adolescentes no continúa estudios de educación superior y 41% sólo termina la secundaria (Gráfica 8). Sin embargo, la vulnerabilidad es mayor para 4,6% de adolescentes de ambos sexos que no trabaja ni estudia.

GRÁFICA 8
UBICACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

A esta vulnerabilidad o carencia del factor protector escolar debemos adicionar las vulnerabilidades biológicas, psicológicas y sociales.

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

La vulnerabilidad biológica, en el caso de las mujeres adolescentes, está determinada por la inmadurez de sus órganos sexuales, la presencia de un epitelio vaginal transitorio y una mayor exposición de las mucosas genitales a fluidos seminales, que las predisponen a las infecciones de transmisión sexual.

Esta vulnerabilidad se incrementa en las relaciones sexuales anales, prácticas que tienen múltiples determinantes, tales como patrones culturales, temor a perder la virginidad, orientación sexual, entre otras. La fragilidad, vascularización, permeabilidad y funcionabilidad de la mucosa anal incrementan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA tanto en mujeres como en hombres.

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

La vulnerabilidad psicológica en esta etapa de la vida ha sido descrita por muchos autores y autoras; en ella tienen un papel crucial las construcciones relacionadas con la autoestima, la autoimagen, la autovaloración, la menor o mayor capacidad para elaborar los duelos y los desprendimientos en aras de las nuevas adquisiciones, así como de encontrar su propia ubicación, a través de la resolución de su lugar respecto de los padres; según la forma en la que se hayan edificado estas construcciones se posibilitará una menor o mayor vulnerabilidad psicológica.

El papel de la familia, la interacción con la madre, la comunicación con el padre, son decisivas en la nueva organización del psiquismo que se da en la adolescencia.

VULNERABILIDAD SOCIAL

Las y los adolescentes están expuestos a la vulnerabilidad biológica, psicológica y social, lo que está determinado por varios factores y procesos. Los procesos fundantes de la etapa, tales como el narcisismo^a que en esa fase se nutre esencialmente de los éxitos en la aceptación de los iguales, las primeras relaciones amorosas y en el despliegue de una sexualidad nueva^a; la elaboración de los duelos en torno a la pérdida del cuerpo infantil, de los mimos y cuidados por parte de las madres y los padres; la triangulación en tanto solución del lugar en el adentro familiar y en el afuera con sus pares; la sociedad actual, la familia. Todo lo cual se cristaliza en la relación dialéctica que se da entre lo social, lo grupal y la estructura individual.

La vulnerabilidad social, se refiere también a la permanencia de inequidades para acceder a la educación, a los servicios de salud y otras necesidades prácticas. Además, afecta particularmente a las mujeres el estigma, la discriminación, la violación de los derechos, las normas culturales o sociales que les limitan el acceso a información básica sobre la salud sexual y reproductiva y las normas de género que no facilitan, o anulan, la toma de decisiones de las mujeres.

La vulnerabilidad de género está determinada por la relación entre los roles asignados^a asumidos, la lectura e interiorización de las características de los modelos de masculinidad y feminidad, así como los aprendizajes resultantes de la globalización y el neoliberalismo, que se manifiestan por ejemplo en la erotización de los medios, la moda, en el manejo de la mujer como objeto erótico en los medios de difusión y el consumismo.

Estas vulnerabilidades, en particular la psicológica y la social, incluida la de género, propician un terreno fértil para que, en situaciones especiales (crisis económicas, los cambios en la etapa de la adolescencia, disfunciones familiares, etc.) puedan materializarse expresiones de violencia y riesgos sexuales.

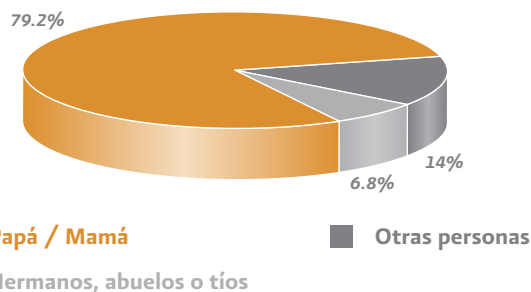


VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE NOVIAZGO

Un tema de actualidad que ha motivado recientes investigaciones en el ámbito internacional y local es la violencia, específicamente la violencia en las relaciones de noviazgo.

Al analizar los datos que señala la ENVINOV 2007 en relación directa con los determinantes sociales de este fenómeno social y de salud, resultan significativos los antecedentes y frecuencia de la violencia en las familias de las y los encuestados (Gráfica 9).

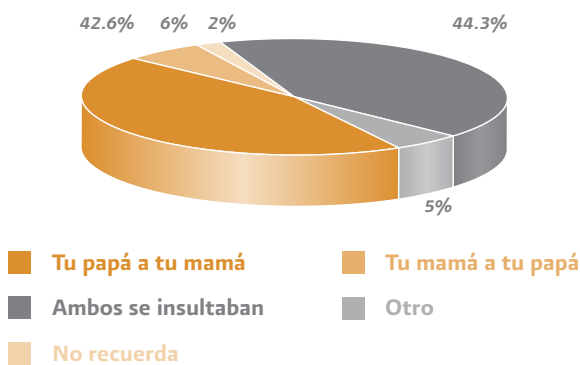
GRÁFICA 9
¿QUIÉN INSULTABA A LOS JÓVENES EN EL HOGAR DONDE PASARON SU INFANCIA HASTA LOS DOCE AÑOS?



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

La violencia psicológica fue un fenómeno permanente en la infancia de las y los encuestados, en especial mamá y papá hacia sus hijos e hijas y entre ellos (Gráfica 10).

GRÁFICA 10
¿QUIÉN INSULTABA A QUIÉN, EN LOS HOGARES DONDE PASARON SU INFANCIA HASTA LOS DOCE AÑOS?



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

De 51.8 % de encuestadas y encuestados que tuvieron relación de noviazgo (Gráfica 11), 76% refiere haber sido víctima de violencia psicológica.

GRÁFICA 11
POBLACIÓN OBJETIVO DE LA ENCUESTA SEGÚN SI TUVO RELACIONES DE NOVIAZGO DURANTE 2007



Fuente: Elaborado por la DIEJ con datos de la ENVINOV 2007.

La decisión de tener pareja o establecer un noviazgo se tomó, según la frecuencia de respuesta, por gustarse mucho, mucha insistencia o presión social.

El 15% de las y los adolescentes y jóvenes encuestados reconocieron haber experimentado al menos un incidente de violencia física. La violencia sexual fue identificada en 16.5 % de jóvenes del sexo femenino.

La violencia, su frecuencia y diversidad, constituyen factores de riesgo y vulnerabilidad para el desarrollo integral de los y las adolescentes.

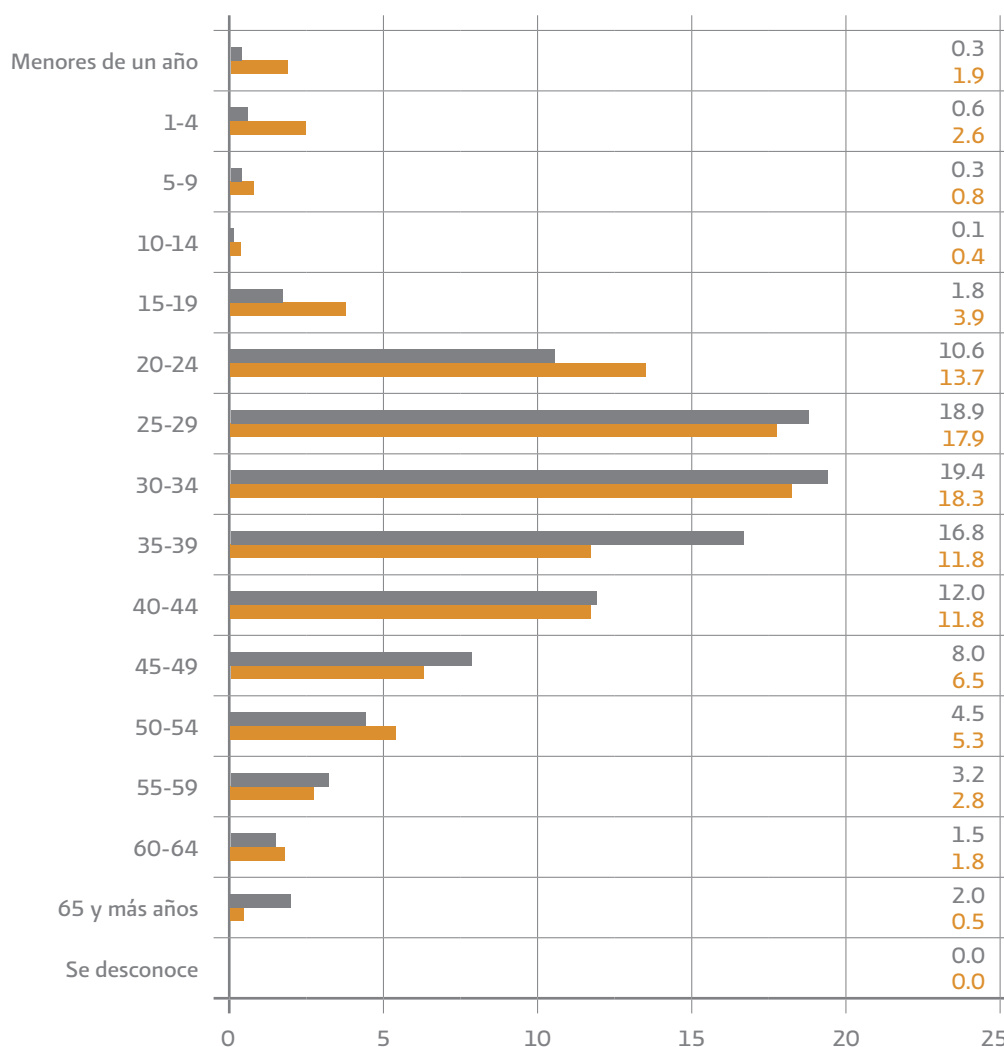


INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

En México la situación relativa a la infección por VIH es menos alarmante que en otras partes de la región, como el Caribe. La epidemia está concentrada en poblaciones clave de hombres que tienen sexo con hombres y usuarios/as de drogas inyectables, con prevalencias iguales o superiores a 5%.

En la categoría jóvenes de 15 a 29 años, desde 1983 hasta 2009, en México, se han notificado 7 935 mujeres jóvenes viviendo con VIH/SIDA y 32 276 varones jóvenes. El 95.8% de los varones y 93% de las mujeres se infectaron por vía sexual. (Gráfica 12).

GRÁFICA 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS NUEVOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD PARA CADA SEXO, 2006



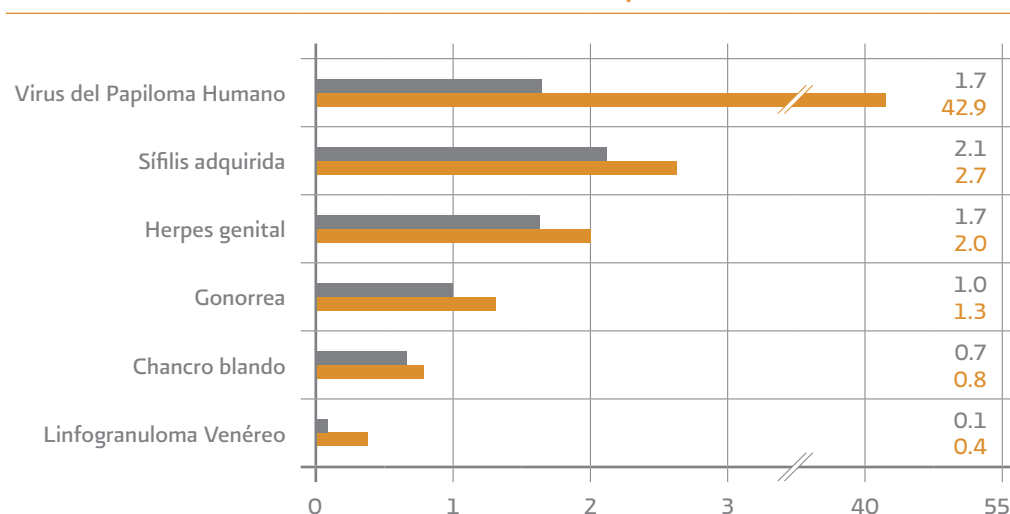
Nota: Las cifras anuales pueden modificarse, debido al retraso en la notificación de casos de SIDA; siendo más frecuente en los años más recientes.

Fuente: SSA, DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre 2006. Procesó SSA, CENSIDA.

Las ITS son causas frecuentes de enfermedad y discapacidad, además favorecen la adquisición del virus de VIH, sobre todo, las infecciones de transmisión sexual que provocan lesiones.

La vulnerabilidad, riesgo e infección en las mujeres por transmisión sexual supera, en todos los casos, a los hombres (Gráfica 13).

GRÁFICA 13
TASA DE INCIDENCIA DE CASOS NUEVOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
POR TIPO DE INFECCIÓN Y SEXO, 2006



Nota: Tasa por cada 100 000 habitantes mayores de un año.

Fuente: SSA, DGE. Sistema Unico de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2006.

¿CÓMO COMBATIR LAS VULNERABILIDADES?

Combatir el VIH y propiciar la igualdad de género, a partir de la equidad y disminuir la violencia son metas del Milenio que nos convocan a poner la mirada en las y los adolescentes, educarles y ayudarles a crecer integralmente, para que vivan esta etapa de manera satisfactoria, con responsabilidad y alegría. Convertirlos en adolescentes potencialmente capaces de enfrentar los riesgos y vulnerabilidades y salir fortalecidos o resilientes.

“La resiliencia, posibilita el trabajo con el sujeto, el encuentro con sus potencialidades, con su subjetividad en interjuego con el ambiente, donde la participación, el protagonismo y la autonomía son procesos rectores que propician la toma de decisiones y los cambios de comportamientos”.¹³



La historia de la implementación de esta estrategia se remonta a los años 80, pero el año 1992 marcó un hito, cuando *erner*¹³ presentó los resultados de la investigación realizada a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años; la hipótesis de este estudio suponía que estos niños y niñas estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro, de considerar todos los factores de riesgo que presentaban (bajo peso al nacer, estratos muy pobres, madres solteras adolescentes, grupos étnicos postergados). La realidad fue que llegaron a ser exitosos en la vida.

Finalmente, el término resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a las personas que se desarrollan psicológicamente sanas y socialmente *e itosas, cuando, a pesar de los riesgos y las condiciones adversas, se apropian de factores protectores*.¹⁰

En el caso de las y los adolescentes, diversos estudios han demostrado que algunas de las cualidades o características que los definen como resilientes son:

Competencia Social: Se refiere a la habilidad para establecer contacto con otras personas, responder a los estímulos, comunicarse con facilidad, demostrar empatía, afecto y tener comportamientos prosociales.

Resolución de problemas: La capacidad para resolver problemas incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas cognitivos y sociales.

Autonomía: Expresa el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.

Sentido de propósito y de futuro: Se expresa en varias cualidades: dirección hacia los objetos, orientación hacia la consecución de los mismos, motivación para los logros, anhelo de un futuro mejor, aspiraciones educativas, sentido de anticipación.

Las y los educadores sexuales, maestras/os, madres y padres pueden promover y fortalecer el protagonismo en las y los adolescentes y jóvenes, para ello se sugiere:

Escucharles, promover su participación social y liderazgo, ofrecerles oportunidades amigables de aprendizajes y adquisición de habilidades.

Crear espacios que les permitan reflexionar sobre la autoestima (auto^a respeto, auto^a aceptación, auto^a evaluación, auto-concepto, auto-conocimiento).

Estimular el interés y el éxito escolar.

Crear espacios donde puedan informarse y acceder a recursos para disfrutar de salud sexual y reproductiva placentera.

Promover el auto^a cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Estimular la no violencia.

Estimular el sentido de pertenencia a la familia, al grupo de pares y a la sociedad.

Evidenciar sus posibilidades de visualizar y elaborar proyectos de vida.

Estimular el desarrollo de sus capacidades de escucha y de comunicación verbal y no verbal.

Desarrollar su capacidad de comunicación afectiva.

Fortalecer su capacidad para controlar las emociones.

Reforzar su capacidad de definir problemas, optar por la mejor solución y aplicarla cabalmente.

Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.

Fomentar su habilidad de reconocer esfuerzos y logros.

Favorecer la presencia de una persona adulta significativa para la o el adolescente.

Finalmente, subrayo que estas vulnerabilidades reales y objetivas no pueden ser soslayadas, deben ser abordadas, porque menoscaban la salud en general y la salud sexual en particular, con ello, el proyecto de vida de las y los adolescentes.



Lograr una salud sexual responsable en este grupo de población implica que: sobre la base de un marco de derechos y de evidencias científicas se brinde educación sobre la sexualidad, que además de promover la salud sexual y prevenir las ITS, garantice el protagonismo y participación de las y los adolescentes y les posibilite cuestionarse y romper con roles sexuales estereotipados, falsas creencias, mitos, roles de género asignados por las cargas socioculturales, que están desde lo afectivo, profundamente enraizados, regulando

^a muchas veces de forma inconsciente^a el comportamiento de las personas, y que son transmitidos por múltiples vías de una generación a otra.

La atención a estas vulnerabilidades debe formar parte de las políticas públicas dirigidas a este grupo etáreo, de las agendas de la sociedad civil y de las prioridades de las madres y padres de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blos P. Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie UNFPA/OPS: No 3; 2000.
2. Stanley. Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie UNFPA/OPS: No 3; 2000.
3. Anatrella T. Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie UNFPA/OPS: No 3; 2000.
4. Cadwell. Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie UNFPA/OPS: No 3; 2000.
5. Cucco M. Boletín informativo del Centro Marie Langer, Vínculos N.º 4. España, Madrid; 1999.
6. OPS/OMS. Descubriendo las Voces de las Adolescentes. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria; 2006. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
7. Aberastury A, Nobel M. La adolescencia normal. Argentina, Buenos Aires: Editorial Paidós; 1980.
8. López F, Fuertes A. Para Comprender la Sexualidad. España, Madrid: Editorial Verbo Divino; 1989.
9. INEGI/INM. Mujeres y Hombres en México. México, DF; 2008.
10. Arrue MI. ¿Cómo demuestras que te amo? Programa de formación de promotores pares adolescentes en salud sexual/VIH-SIDA. Cuba, La Habana: Editorial CENESE ; 2005.
11. ONUSIDA. Abordar las causas sociales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA; 2008.
12. Encuesta Nacional de Violencia en Relaciones de Noviazgo; 2007.
13. Organización Panamericana de la Salud, OMS. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes; 1998.

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL* México, 2006

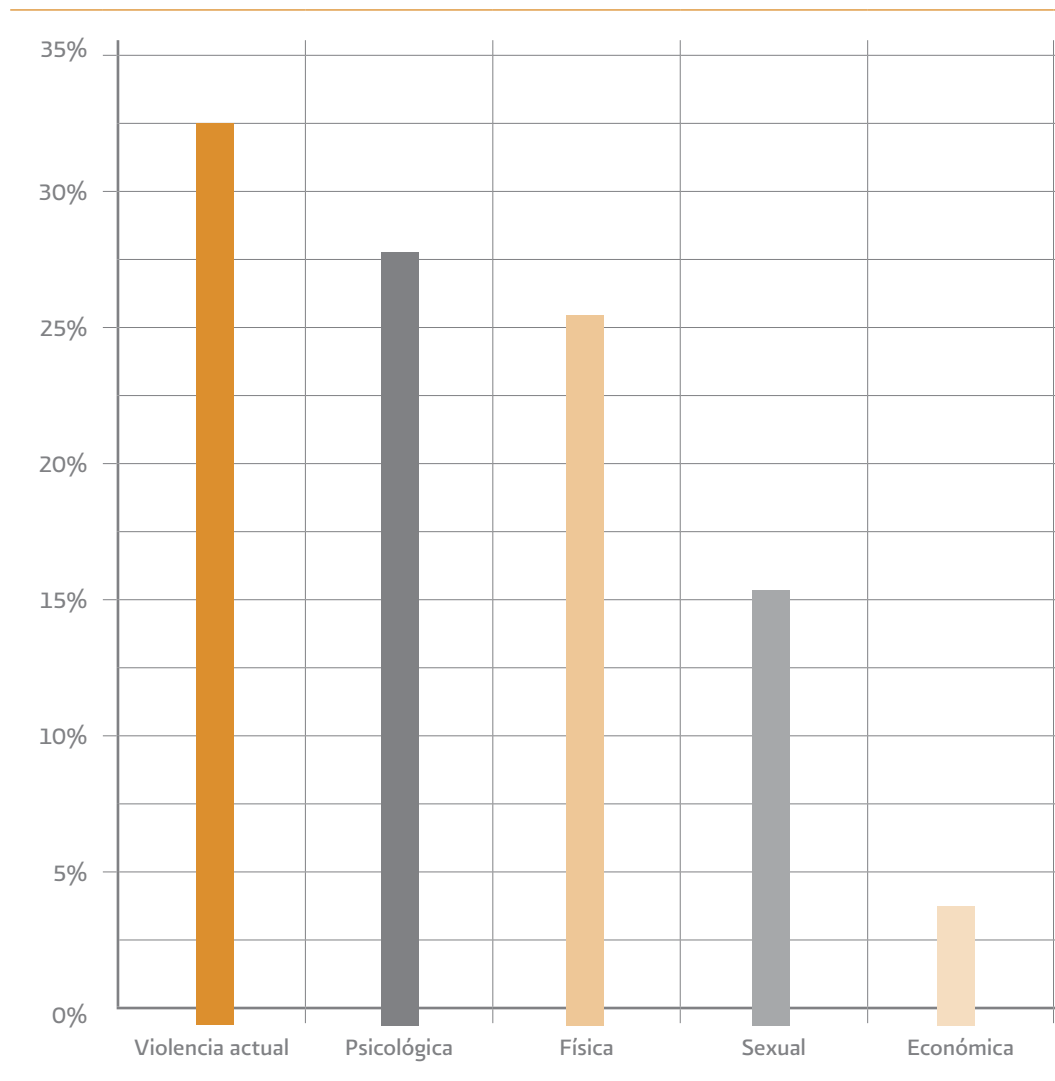


Notas: * En los 12 meses previos a la entrevista

** En el estado de Oaxaca no se realizo la encuesta debido a conflictos políticos y sociales

Fuente: SSA-INSP, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), 2006.

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES SEGÚN TIPO México, 2006



Fuente: SSA-INSP, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2006.

PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL México, 2006

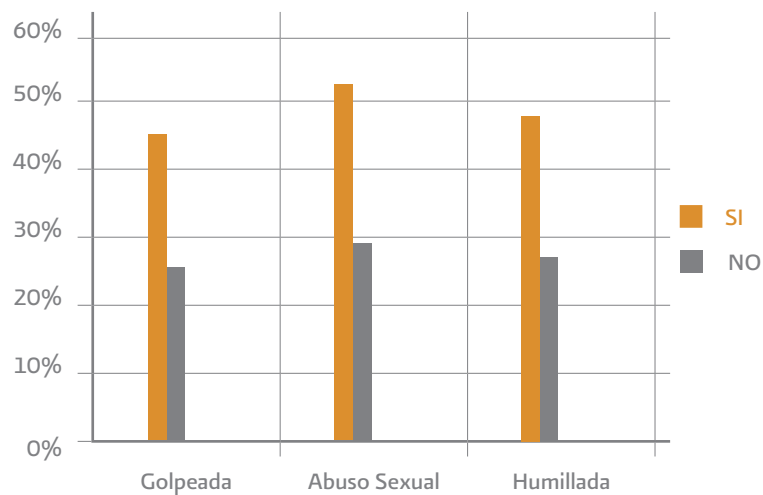
Antecedente de abuso sexual
en la infancia = 13.3%.

Abuso sexual en la vida = 25.2%.

Abuso sexual fuera de la relación de pareja
después de Los 15 años = 2.2%.

Fuente: SSA-INSAP, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2006.

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL SEGÚN ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL México, 2006



Fuente: SSA-INSP, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2006.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
< 15 años	1,711	1.54	1,485	6.2	3,196	2.4
5-29 años	32,276	29.1	7,935	33.2	40,211	29.8
30-44 años	54,485	49.0	9,960	41.7	64,445	47.7
45 y + años	21,723	19.6	4,387	18.3	26,110	19.3
Se desconoce	895	0.8	146	0.6	1,041	0.8
Total	111,090	100.0	23,913	100.0	135,003	100.0

Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009.

CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA PEDIÁTRICOS* (0-14 AÑOS) POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN Y SEXO

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	HOMBRES				MUJERES			
	CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009		CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
<i>Perinatal</i>	38	86.4	1,027	81.1	37	92.5	1,038	91.9
<i>Transmisión sanguínea</i>	0	0.0	182	14.4	0	0.0	56	5.0
<i>Transmisión sexual</i>	5	11.4	58	4.6	3	7.5	36	3.2
<i>Se desconoce**</i>	1	(0.0)	444	(27.1)	0	(0.0)	355	(25.1)
Total	44	97.7	1,711	100.00	40	100.0	1,485	100.0

* Se consideró caso pediátrico a los casos registrados en menores de 15 años de edad.

**La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra en paréntesis para conocer su magnitud.

Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009.

CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA EN JÓVENES* (15-29 años) POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN Y SEXO

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	HOMBRES				MUJERES			
	CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009		CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Transmisión Sexual	868	97.4	21,562	95.9	239	99.2	5,385	93.0
<i>Homosexual</i>	314	35.2	8,182	36.4	0	0.0	0	0.0
<i>Bisexual</i>	183	20.5	5,011	22.3	0	0.0	0	0.0
<i>Heterosexual</i>	371	41.6	8,369	37.2	239	99.2	5,385	93.0
Transmisión sanguínea	23	2.6	809	3.6	2	0.8	404	7.0
<i>Transfusión</i>	0	0.0	253	1.1	0	0.0	333	5.8
<i>Hemofilico</i>	0	0.0	105	0.5	0	0.0	0	0.0
<i>Donador</i>	0	0.0	91	0.4	0	0.0	12	0.2
<i>Drogas IV</i>	23	2.6	359	1.6	2	0.8	57	1.0
<i>Exposición ocupacional</i>	0	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
<i>Otras (Homosexual/JDI)</i>	0	0.0	116	0.5	0	0.0	0	0.0
<i>Se desconoce**</i>	9	(0.4)	9,789	(30.7)	0	(1.5)	2,146	(27.7)
Total	900	100.0	32,276	100.0	241	100.0	7,935	100.0

* Se consideró joven a las personas de 15 a 29 años de edad.

**La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra en paréntesis para conocer su magnitud.

Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009.

CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA EN ADULTOS* POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN Y SEXO

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	HOMBRES				MUJERES			
	CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009		CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2009		CASOS ACUMULADOS 1983-2009	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
<i>Transmisión Sexual</i>	1,697	97.1	47,897	96.5	391	99.5	8,866	90.0
<i>Homosexual</i>	461	26.4	15,129	30.5	0	0.0	0	0.0
<i>Bisexual</i>	372	21.3	11,517	23.2	0	0.0	0	0.0
<i>Heterosexual</i>	864	49.4	21,251	42.8	391	99.5	8,866	90.0
<i>Transmisión sanguínea</i>	47	2.7	1,574	3.2	2	0.5	980	10.0
<i>Transfusión</i>	0	0.0	591	1.2	0	0.0	878	8.9
<i>Hemofílico</i>	0	0.0	68	0.1	0	0.0	0	0.0
<i>Donador remunerado</i>	0	0.0	223	0.4	0	0.0	39	0.4
<i>Usuario de drogas inyectables (UDI)</i>	47	2.7	689	1.4	2	0.5	61	0.6
<i>Exposición ocupacional</i>	0	0.0	3	0.0	0	0.0	2	0.0
<i>Otras (Homosexual/UDI)</i>	4	0.2	154	0.3	0	0.0	0	0.0
<i>Se desconoce**</i>	9	(0.5)	26,583	(34.9)	0	(1.5)	4,501	(31.4)
Total	1,757	100.0	76,208	100.0	393	100.0	14,347	100.0

* Se consideró adulto a las personas de 30 años o más de edad.

**La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra en paréntesis para conocer su magnitud.

Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009.

ESTADÍSTICAS

<i>Personas con VIH diagnosticadas (1985-2009)</i>	29,445
<i>Personas adultas con VIH (estimación 2009)</i>	220,000
<i>Prevalencia de VIH en adultos (estimación 2009)</i>	0.3 %
<i>Casos de SIDA registrados (1983-2009)</i>	135,003
<i>Casos de SIDA registrados en el 2009</i>	5,020
<i>Casos de SIDA registrados oportunamente en el 2009</i>	3,375
<i>Defunciones por SIDA 2007 (datos definitivos)</i>	5,151
<i>Tasa de mortalidad 2007 por 100 mil habitantes</i>	4.8

Procesó: CENSIDA. Dirección de Investigación Operativa.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009. INEGI/SS. Registro de Mortalidad 2007. Las defunciones no consideran a los desconocidos, ni a los extranjeros en tránsito por México.

1. II Congreso Feminista Internacional 2010

Buenos Aires, Argentina

Del 19 al 22 de mayo de 2010

Informes: <http://www.2feminista2010.com.ar/index.php?lang=es>

2. Congreso Internacional sobre Identidad de Género y Derechos Humanos/Pre-Congreso Acción Trans* = Derechos Trans*

Barcelona, España

Del 4 al 6 de junio del 2010

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=10530

3. I Congreso Ibero-cubano de Género, Educación, Salud y Desarrollo Humano

La Habana

9 al 11 de junio de 2010

IV Taller Iberoamericano de Educación Sexual y Orientación para la vida

Las ponencias y resúmenes se deben enviar a hugoluis@cubarte.cult y cagses@ucpejv.rimed.cu hasta el 23 de abril de 2010, especificando en el asunto Congreso de Género

4. Contemporary Perspectives on Gender and Sexuality

Palermo, Italia

18 y 19 de junio de 2010

Informes: <http://www.h-net.org/announce/show.cgi?ID=172750>, <http://www.h-net.org/announce/show.cgi?ID=172750>

5. Debates contemporáneos de género

Distrito Federal, México

28 junio 2010 - 30 julio 2010

Informes: <http://piem.colmex.mx/verano.htm>

6. III Conferencia Internacional Mujer Género y Derecho

La Habana, Cuba

Del 30 de Junio al 2 de Julio de 2010

Organiza: Unión Nacional de Juristas de Cuba

Informes: <http://mujeresenpr.blogspot.com/2009/11/iii-conferencia-internacional-mujer.html>

7. Congreso Internacional sobre economía feminista

Buenos Aires, Argentina

Del 22 al 24 de julio de 2010

Organiza: International Association for Feminist Economics (IAFFE)

Informes: http://www.iaffe.org/conferences/annual/2010/2010_CFP.php

8. Curso de Verano en Estudios de Género 2010

México, D.F.

Del 23 al 27 de Agosto del 2010

Informes: <http://www.insp.mx/paspe/cursos/detalle.php?idcurso=2>

9. Conferencia Mundial de la Juventud México 2010

México

Del 23 – 27 de agosto de 2010

Informes: www.youth2010.org

Informes: <http://www.youth2010.org/site/>

10. 2º Congreso Latinoamericano sobre trata y tráfico de personas: migración, género y derechos humanos

Puebla, México

Del 21 al 24 de septiembre de 2010

Informes: <http://www.tratacongreso2010.org/>

11. VIII Coloquio Internacional Multidisciplinario de Estudios de Género

México, D.F.

Del 4 al 6 octubre de 2010.

Informes: <http://historia-mex.blogspot.com/2010/01/estudios-de-genero.html>

12. IV Coloquio Internacional de Estudios de Varones y masculinidades.

Políticas Públicas y acciones transformadoras

Montevideo, Uruguay

Del 28 oct 2010 - 30 oct 2010

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=10309

13. 3er. Congreso de Estudios de Género en el Norte de México

Monterrey, Nuevo León, México

Del 4 al 5 de noviembre de 2010

Colegio de la Frontera Norte, Universidad Autónoma de Nuevo León

Mayores informes: colefmonterrey@colef.mx; + 52 (81)-8387-5027 y 8387-4475

Informes: <http://www.colef.mx/Gaceta/ModuloExtra.asp?Codigo=1081#1>

14. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades 2010

Montevideo, Uruguay

Del 8 al 10 de Noviembre del 2010.

Informes: <http://www.coloquiomasculinidades.org/>

15. Congreso internacional

“ Las políticas de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones”

Buenos Aires, Argentina

Del 10-12 de noviembre de 2010

Informes: http://www.libreriapaidos.com/eventos/Events_view.aspx?id=3278



FUENTES Y SITIOS WEB

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México, 1ro Febrero de 2007

Naciones Unidas. Resolución 1820. S/RES/1820 (2008). Aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6215ª sesión. 19 Junio 2008

Naciones Unidas. Informe del Secretario General. Fin a la violencia contra la mujer. Hechos no palabras. 9 Octubre 2006

CEPAL, LCAI, 2008-PIE. 'Ni una más' El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. Octubre 2007

Comisión Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertan, Misión a México, enero del 2006

FMI, María Inés Raya. Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia. Informe Complementario al Estudio sobre Violencia contra las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas. Octubre, 2006

INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. 2006

INEGI. INMUJERES. Mujeres y Hombres en México – decimosegunda edición 2006

Dr. Jason H.A.F.M. "WHO Multi country Study in Women's Health and Domestic Violence against Women", 23 de marzo de 2006

Instituto Nacional de Salud Pública, Colegio de México y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Encuesta Nacional sobre Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) del 2007

www.inmujeres.gob.mx
www.cepal.cl/mujer
www.unifem.org.mx
www.unfpa.org.mx
www.undp.org.mx
www.unhabitat-rolac.org

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

La violencia de género se define como cualquier violencia ejercida contra una persona en función de su identidad o condición de género, sea hombre o mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Las mujeres suelen ser las víctimas principales de tal violencia, debido a la situación de desigualdad y discriminación en la que viven. De hecho, **se debe entender a la violencia como la negación extrema de los derechos humanos de las mujeres**, la cual refleja y refuerza los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres. La violencia contra las mujeres es definida por la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer de las Naciones Unidas como 'todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada' (Naciones Unidas, 1993).

FORMAS Y EXPRESIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO

De acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de México (LGAMVLV) promulgada en 2007, existen diversas modalidades y tipos de violencia. Dentro de las modalidades se encuentra la violencia en el ámbito familiar, la violencia laboral y docente, la violencia en la comunidad y la violencia institucional. Los tipos de violencia son la psicológica, física, patrimonial, económica y sexual. La violencia puede presentarse durante todo el ciclo de vida de las mujeres. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH), **una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de violencia física al menos una vez en su**

vida, y una de cada seis ha sufrido actos de violencia sexual. La violencia doméstica se destaca como el tipo de violencia que más frecuentemente enfrentan las mujeres, perpetrado en el 96.4 por ciento de los casos por la pareja o por algún familiar.

A pesar de que la violencia de género afecta a mujeres de todos los niveles socioeconómicos, existen grupos con mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género, como las mujeres migrantes, las mujeres pobres, las mujeres indígenas y las niñas. Dadas las condiciones particulares de discriminación a las que se enfrentan, las mujeres que pertenecen a estos grupos tienden a no acceder de forma efectiva a la protección del Estado. De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, **las mujeres indígenas están sujetas a violencia de género tanto en los espacios colectivos e institucionales como en el plano interpersonal.** La ENDIREH indica que el



Una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de violencia física al menos una vez en su vida, y una de cada seis ha sufrido actos de violencia sexual.

CONTACTO

GRUPO INTERAGENCIAL DE GÉNERO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN MÉXICO
 mail: ggmexico@cepal.org
www.cgu.org.mx/gig
 Tel: (52 55) 52539571





FICHA INFORMATIVA
SOBRE GÉNERO Y
DESARROLLO

No. 5

FUENTES Y SITIOS WEB

Naciones Unidas. 1994. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994) (ACDHF-17/113). Nueva York: Naciones Unidas.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/rep_jes.pdf
 Accedido: 13/11/09

Naciones Unidas. 1995. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 septiembre de 1995) (ACDHF-17/120). Nueva York: Naciones Unidas.
http://www.inmujer.nigualdad.es/mujer/political/docs/Informe%20de%20la%204ta%20Conf._B_ejmg.pdf
 Accedido: 13/11/09

Adaptado de FNUAP. 1997a. El Estado de la Población Mundial, 1997. El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva. Nueva York: FNUAP.
<http://www.unfpa.org/rep/1997/tpoish/hwepmain.htm>
 Accedido: 13/11/09

Recomendaciones Formuladas al Gobierno de México en ocasión de la presentación del Quinto Informe periódico al Comité de Expertos de la CEDAW en materia de Mujeres migrantes. Noviembre 2000.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/para.htm>
 Accedido: 7/11/09

Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia.
<http://www.un.org/panamsh/CMDR/gender.htm>
 Accedido: 7/11/09

Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas (2000).
<http://www.un.org/ctbcr/1325.pdf>
 Accedido: 7/11/09

Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas, 36a reunión 16 de mayo del 2006.
<http://www.slc.un.org/mu/derechos/humanos/egsa/16d5povno/hbos/36comteeeconoc.pdf>
 Accedido: 7/11/09

"Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia."

(Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma para la Acción, 96)

En los últimos años, se ha ampliado considerablemente la comprensión internacional acerca de los derechos sexuales y reproductivos. En el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo y en la Plataforma de Acción de Beijing se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son partes inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales. Los derechos sexuales y reproductivos también son la piedra angular del desarrollo. Para conquistar las metas de un desarrollo sostenible y equitativo es preciso que las personas estén en condiciones de controlar sus vidas sexuales y reproductivas. Entre los más importantes derechos sexuales y reproductivos figuran los siguientes :

- Salud reproductiva y sexual como componente de la salud en general, a lo largo de todo el ciclo de la vida, tanto de los hombres como de las mujeres;
- Adopción de decisiones reproductivas, inclusive la opción voluntaria en lo relativo al matrimonio, la formación de la familia y la determinación del número y espaciamiento de los hijos y del momento de tenerlos; y el derecho de disponer de acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria;
- Igualdad y equidad para hombres y mujeres, a fin de posibilitar que los individuos efectúen opciones libres y bien fundamentadas en todas las esferas de la vida,

libres de discriminación por razones de género; • Seguridad sexual y reproductiva, inclusive la protección contra la violencia y la coacción sexual, y derecho a la vida privada.

La desigualdad de género y la discriminación son los obstáculos más grandes que enfrentan las mujeres para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y mejorar su calidad de vida. Además, los estereotipos de género han provocado que los adolescentes y los hombres no sean incluidos en los programas de salud sexual y reproductiva; como consecuencia, no se sienten responsables de apoyar a las mujeres en ese aspecto.

DECIDIENDO SOBRE SU VIDA

La posición inferior de la mujer en muchas sociedades, especialmente rurales y tradicionales, restringe tanto su acceso a los recursos financieros familiares, como a la decisión sobre la distribución de los mismos. Asimismo, su acceso a la atención y consejería en materia de salud, particularmente su salud sexual y reproductiva, se ve seriamente limitado. Por ende, se ve impedida de ejercer su **derecho humano a la salud**. En muchas ocasiones, las mujeres no pueden aprovechar los servicios de salud porque no tienen dinero para el transporte, porque no pueden abandonar el hogar ni a sus hijos o simplemente porque no están informadas que existen esos servicios. Las leyes que regulan como las mujeres pueden usar su cuerpo, inclusive a que edad pueden ser ofrecidas en matrimonio por sus padres, va en contra del pleno ejercicio de sus derechos como personas.

La desigualdad de género y la discriminación son los obstáculos más grandes que enfrentan las mujeres para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

CONTACTO

GRUPO INTERAGENCIAL DE GÉNERO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN MÉXICO
 mail: gigmexico@oepal.org
www.cnu.org/mu/gig
 Tel. (52 55) 52639671



NOTICIAS DE INTERÉS

La Academia Mexicana de Ciencias dio a conocer los premios de Investigación 2009.

La Academia Mexicana de Ciencias (AMC) dio a conocer los resultados del premio de Investigación 2009, uno de los más reconocidos en nuestro país, que es otorgado a jóvenes investigadores de ambos sexos con una trayectoria académica destacada en las áreas de las Ciencias Exactas, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Humanidades e Ingeniería y Tecnología.

En un hecho inédito, el Premio de Investigación 2009, fue otorgado a mujeres, en cuatro de sus cinco categorías, en el pasado, de los 177 reconocimientos que la Academia ha otorgado desde el año 1961, sólo 24 mujeres lo han obtenido.

Los premios fueron otorgados a:

Oliva López Sánchez

Facultad de Estudios Superiores. Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Integrante del Comité Editorial del Boletín Género y Salud en Cifras

Ana Cecilia Noguez Garrido,

Instituto de Física de la UNAM, Ciencias Exactas.

Jaime Iván Velazco Velázquez

Instituto de Fisiología Celular
UNAM

Olga Odgers Ortiz

Estudios Sociales
El Colegio de la Frontera Norte

Laura Alicia Palomares Aguilera

Instituto de Biotecnología
UNAM

“Dar el ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás; es la única manera.”

Einstein, Albert

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

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

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

Artículos publicados en revistas

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

Ejemplo

Doll R, Peto R, Hall E, Heatley J, 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 S. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3 ed. México: Limusa; 1999.

Nota:

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

De compiladores/as o editores/as

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

Capítulo de un libro

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

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

“En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

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

Insertar cuadros I y II

7. Las figuras pueden ser gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas, entre otros. Las gráficas se entregarán como anexos en su archivo original (es decir, con la tabla numérica con la que se creó la gráfica (la hoja de cálculo de Excel y la gráfica correspondiente)).
8. La redacción de los artículos o los ensayos deberá ser clara, libre de jerga y sin tecnicismos innecesarios; se sugiere el empleo de subtítulos o apartados para lograr una mejor comprensión.



GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx