

Volumen 13. Núm 1
Enero-Abril
2015

GÉNERO Y SALUD *en Cifras*

Formación de género en la disciplina enfermera.
Intervención educativa en la asignatura "Género y salud"

Construcción de género en la infancia, un camino hacia
la promoción de la salud. La Habana, 2012-2013

Psicólogas y psicólogos por el cambio. Promoción de la salud
con perspectiva de género

Entrevista. Dra. María Luisa Magaña Aquino
Coordinadora estatal de Salud Reproductiva
Servicios de Salud de Querétaro

Reseña. *Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización
y capacitación de promotoras y promotores juveniles
en salud sexual*

Secretaría de Salud

GÉNERO Y SALUD en Cifras

VOL. 13 • NÚM. 1

Enero-abril

SECRETARÍA DE SALUD

Mercedes Juan López

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Eduardo González Pier

CONSEJO DIRECTIVO

Ricardo Juan García Cavazos

Aurora del Río Zolezzi

Cecilia Robledo Vera

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Subdirección de Documentación de Inequidades

Alejandra Oyosa Romero

Comentarios y correspondencia:

gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD en Cifras, Año 13 NÚM 1, enero-abril 2015, es una publicación cuatrimestral editada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Homero 213, 3er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.salud.gob.mx. Editora responsable: Alejandra Oyosa Romero. Diseño gráfico y editorial: María Adriana García Hernández. Colaboración en fotografía: Yessica Sánchez Rangel. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo en trámite. ISSN: en trámite. Responsable de la última actualización de este número: Lic. José Manuel Huerta Soto, coordinador de la Página Web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, 1er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. + (55) 2000 3500.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. 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)

Presentación

Dra. Aurora del Río Zolezzi. Directora General Adjunta de Equidad de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

Formación en género en la profesión enfermera. Intervención educativa en la asignatura "Género y salud" 3

Almudena Arroyo-Rodríguez
Raquel Chillón Martínez
Inmaculada Lancharro-Tavero
Isabel M^a Calvo-Cabrera
Rocío Romero-Serrano
M^a Socorro Morillo-Martín

Construcción de género en la infancia, un camino hacia la promoción de la salud. La Habana, 2012-2013 19

DraC. Julia Maricela Torres Esperón
DraC. Nelcy Martínez Trujillo
DraC. Zoe Díaz Bernal
MsC. Noralydis Rodríguez Washington
MsC. Anabel Lozano Lefrán
MsC. Niurka González Escalona
Lic. Akira Colarte Torres

Psicólogas y psicólogos por el cambio. Promoción de la salud con perspectiva de género 33

Lic. Clara Attardo

Descifr3mo5 46

Para compartir 49

Entrevista. Dra. Ma. Luisa Magaña Aquino
Coordinadora estatal de Salud Reproductiva. Servicios de Salud de Querétaro
Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Reseñas 57

Reseñas

Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual

Mtra. Izchel A. Cosío Barroso

Tribus urbanas y grupos indígenas. El imaginario social y la cultura como determinante en la concepción de la salud y la enfermedad

Luis Antonio Reyna Martínez

Notigénero 64

Invitación para publicar 69

Arte en portada

Yessica Sánchez Rangel
Artista Visual-Fotógrafa
México, D.F.

Licenciada en Artes Visuales por la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la Universidad Nacional Autónoma de México, también ha realizado otros estudios en Realización cinematográfica y Tecnología y expresión de los materiales, los cuales cursó en instituciones nacionales y extranjeras. En el año 2011 fue becaria del programa "Jóvenes creadores del Fondo Nacional para la Cultura y las Artes".

Desde 1999 ha ejercido el fotoperiodismo en diferentes medios de comunicación tradicionales y digitales. Ha expuesto de manera individual y colectiva, destacando en 2014 "La voluntad de la piedra", que se exhibió en el Museo de Arte Carrillo Gil y que en la actualidad se presenta de forma itinerante.

Dibujos en portada: Diana Lucía Martínez Ramírez y Tania Ramírez Cruz

Presentación

Cambio y evolución: dos conceptos que durante doce años han caracterizado a la revista **Género y Salud en Cifras**. En consecuencia, a partir del volumen 13 iniciamos una nueva época en la cual tenemos el objetivo de aprovechar los avances tecnológicos, por lo que nos transformamos en una publicación electrónica. En este sentido, nos alineamos con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en particular con la segunda Estrategia Transversal para el desarrollo nacional: Gobierno Cercano y Moderno, que enfatiza sobre el óptimo uso de los recursos públicos y la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Por otra parte, el cambio y la evolución también están presentes en los contenidos de este primer número del año 2015, pues por primera vez se publican tres artículos centrales procedentes de España, Cuba y Argentina. Lo anterior consolida nuestro objetivo de internacionalizarnos y es congruente con una larga trayectoria de búsqueda de especialistas en materia de género en salud que nos permitan presentar una perspectiva diferente de las temáticas que son el eje de nuestra revista.

Además, este número de **Género y Salud en Cifras** se centra en la educación, la formación y la promoción de la salud con perspectiva de género, tres líneas que son fundamentales en la labor cotidiana del personal de salud en nuestro país y en otras latitudes. Por lo tanto, es un aporte más en nuestra tarea de difundir conocimientos que pueden ser puestos en práctica para incidir en la atención de calidad a las y los usuarios de estos servicios.

De esta forma, en el primer artículo, un grupo de investigadoras del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” de la Universidad de Sevilla comparten su experiencia acerca de la incorporación de la asignatura “Género y Salud” en la formación del personal de enfermería. De manera clara y puntual explican cómo llevaron a cabo la intervención que les permitió evaluar la implantación de dicha materia en el plan de estudios de la disciplina enfermera en la institución educativa española a la cual pertenecen.

El trabajo realizado por Almudena Arroyo-Rodríguez y sus colaboradoras muestran cómo se puede implementar una asignatura que forma en género al personal de enfermería que en poco tiempo se encontrará atendiendo a la población que acude a los servicios de salud. Consideramos que esta experiencia será muy útil para las instituciones educativas mexicanas, para transitar del qué se necesita hacer al cómo llevar a cabo estas acciones que permitirán mejorar la atención a las y los mexicanos.

“Construcción de género en la infancia, un camino hacia la promoción de la salud” es el segundo artículo que integra este número y se centra en la forma en que se vincula la educación con

perspectiva de género en la infancia con la promoción de la salud. A través de una intervención realizada entre los años 2012 y 2013 en La Habana, Maricela Torres Esperón y un equipo multidisciplinario de investigadoras exponen diversas técnicas que utilizaron con niñas y niños cubanos para comprender cómo se construye el género desde la infancia y la manera en que incide en el autocuidado de mujeres y hombres, así como en la socialización del cuidado, temas que están en estrecha relación con la salud y en particular con la promoción de la misma.

Nuestro interés específico en este artículo se relaciona con el Programa de Acción Específico “Igualdad de Género en Salud”, que incluye una estrategia con nueve ejes de acción. En particular, el sexto eje contempla el apoyo en el cuidado de niñas y niños de las personas que acuden y hacen uso de los servicios de salud. Lo anterior se lleva a cabo a través de los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), que atienden a población entre los 3 y los 10 años. Consideramos que este artículo, procedente de Cuba, será de gran utilidad para las personas encargadas de los CEI que se encuentran en funcionamiento en Querétaro, Tlaxcala, Nuevo León, Aguascalientes, Baja California Sur, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Zacatecas y Veracruz.

Por su parte, Clara Attardo expone la manera en que profesionales de Psicología incorporaron los Estudios de Género como herramienta teórico-práctica en dos intervenciones de promoción de la salud que se llevaron a cabo en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

En “Psicólogas y psicólogos por el cambio. Promoción de la salud con perspectiva de género”, Attardo invita a las y los especialistas de esta disciplina a incorporar la categoría género en sus labores cotidianas y hacerlo más allá del dispositivo clínico. Además asegura que esta labor es fundamental para enriquecer la promoción de la salud a través de herramientas diferentes a las tradicionales, lo que incidiría en cambios que benefician a la población.

En nuestra sección “Para compartir” presentamos la entrevista realizada a Ma. Luisa Magaña Aquino, coordinadora estatal de Salud Reproductiva en Querétaro, quien de forma generosa compartió sus experiencias personales y profesionales, las cuales han construido una trayectoria destacada en los servicios de salud y en particular en materia de salud sexual y reproductiva. La pasión y entrega de Magaña Aquino muestran que siempre hay objetivos por cumplir y que el trabajo es un eterno inacabado.

Finalmente, ponemos a disposición de nuestro público lector dos reseñas: “Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual” y “Tribus urbanas y grupos indígenas. El imaginario social y la cultura como determinantes en la concepción de la salud y la enfermedad”. Ambos libros aportan en el conocimiento que se construye día a día en materia de género y salud, y que esperamos sean útiles en el trabajo que de forma cotidiana lleva a cabo nuestro público lector.

De esta manera iniciamos nuestro décimo tercer año, con la motivación de comenzar una nueva época y el compromiso de seguir ofreciendo contenidos de calidad para ampliar el panorama del género en salud en nuestro país y en el ámbito internacional.



Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género
del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Almudena Arroyo Rodríguez y
Raquel Chillón Martínez



Formación en género en la disciplina enfermera.

Intervención educativa en la asignatura “Género y salud”ⁱ

Almudena Arroyo-Rodríguez[@]

Profesora. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”
Universidad de Sevilla

Raquel Chillón Martínez

Profesora Doctora. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad de Sevilla

Inmaculada Lancharro-Tavero

Isabel M^a Calvo-Cabrera

Rocío Romero-Serrano

M^a Socorro Morillo-Martín

Profesoras. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”
Universidad de Sevilla

Esta experiencia educativa surge como fruto del estudio cualitativo que se llevó a cabo en nuestro Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” (CUESJD), adscrito a la Universidad de Sevilla, durante el curso académico 2009-2010. El objetivo fue evaluar la implantación de la asignatura “Género y salud” en el título de grado en Enfermería,^{1,2} pues fue la primera ocasión en que se incluyó dicha materia en el plan de estudios de esta disciplina. Lo anterior permite ubicar este trabajo en el ámbito de la innovación docente.

El CUESJD se creó en el año 2007 dentro de las instalaciones del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, situado en la localidad de Bormujos, Sevilla, España. En sus inicios se matricularon 20 estudiantes, 15 mujeres y cinco hombres; al año siguiente y en los sucesivos se inscribieron entre 50 y 60 estudiantes, y siempre ha sido mayor la proporción de alumnas respecto a los alumnos.

Desde que inició el CUESJD han egresado dos promociones de la diplomatura de Enfermería y el mismo número del grado de esta disciplina. A partir del año 2009 el Centro se adaptó al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y el título de diplomatura, con duración de tres años, se transformó en un grado equivalente a una licenciatura que se cursa en cuatro años. Lo anterior derivó en el cambio del plan de estudios, con la inclusión de nuevas asignaturas como: Género y salud, Estadística y Tecnología de la Información y Comunicación, Cuidados Críticos y Paliativos; asimismo, se implementó como obligatoria la realización de un trabajo de fin de grado.ⁱⁱ

Además, se incorporaron nuevas técnicas y metodologías de innovación docente como son el trabajo del alumnado en grupos pequeños, lo que incrementó la participación activa en los seminarios y los foros, el aprendizaje basado en problemas y el método del caso, entre otras.

En relación con el alumnado matriculado, según los datos obtenidos de la memoria de actividad del curso 2013-2014, se contabilizó un total de

216 estudiantes, 79.2% mujeres y 20.8% varones. En cuanto al cuerpo docente, conformado por 41 integrantes las cifras correspondieron a 36.6% profesoras y 63.4% profesores.

En este sentido, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 4º, Capítulo I “En el ámbito educativo” refiere que es obligatorio el fomento al respeto y la igualdad entre mujeres y hombres, desde la educación infantil hasta los estudios superiores. A pesar de la normativa española actual acerca de la obligatoriedad de incluir la perspectiva de género en todos los niveles educativos, la formación en esta materia aún no es una realidad plena en los ámbitos referidos.

Al respecto, diversas autoras como Asunción Ventura Franch,³ Trinidad Donoso-Vázquez y Anna Velasco-Martínez,⁴ entre otras, han señalado cómo los Estudios de Género, cuyo origen data de la década de los años 60 del siglo pasado, se han considerado estudios menores y fuera del ámbito del saber oficial. De forma reciente, y debido a la regulación legislativa en materia de igualdad, han adquirido mayor relevancia y se han ubicado en un primer plano, pero no hay efectos en la elaboración de planes de estudios y en la formación del profesorado responsable, en particular en las titulaciones de Ciencias de la Salud.

El género es una categoría central de la teoría feminista,ⁱⁱⁱ por lo que está en continua construcción y deconstrucción, lo que supone la reflexión y la crítica acerca del género e implica constantes argumentaciones y nuevas aportaciones.⁵ Así, una de las definiciones de esta categoría, es la formulada por Lourdes Benería, la cual, según María Luz Esteban, es útil para todo tipo de sociedades:

© Correo electrónico de la autora principal: almudena.arroyo@sjd.es

ⁱ En el año 2012, esta investigación fue reconocida con el I Premio del XXVII Certamen Nacional de Enfermería “Ciudad de Sevilla”, organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de esa ciudad.

ⁱⁱ Para conocer más información sobre el CUESJD, se recomienda consultar la página www.cue.sjd.es

ⁱⁱⁱ En este sentido, para María Luz Esteban “hablar de género es hablar de feminismo y desde el feminismo”.⁵

(...) conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor.⁵

Sobre esta base, diversos estudios avalan las diferencias entre mujeres y hombres en materia de salud y enfermedad.^{6,7} Las primeras padecen diferentes trastornos y afecciones respecto a los segundos, y en el caso de que vivan con la misma enfermedad, la sintomatología, los factores de riesgo y la respuesta al tratamiento son distintos.⁵⁻⁸

Como expone Carme Valls Llobet, sólo una visión integral de los problemas de salud nos puede aportar una guía para estudiar las desigualdades de género en esta materia.⁷ De tal forma que la asignatura “Género y salud”, incorporada en la titulación de grado en Enfermería, pretende lograr que las mujeres sean estudiadas como personas, además de seres reproductores y que sean visibles para las y los profesionales sanitarios, evitando los sesgos de género en la atención a la salud.

El alumnado de Enfermería debe incorporar una nueva forma de mirar a las personas usuarias, tomando en cuenta todos los factores sociales que las acompañan, incluyendo el género como determinante de la salud y de la enfermedad, sin olvidar la morbilidad diferencial en el diagnóstico, en los tratamientos y en la población.

Por otra parte, el cuidado como rol de género se ha vinculado históricamente con las mujeres, lo que ha derivado en costos invisibles en su salud. Así, la exposición a combustibles tóxicos en las cocinas, la pobreza, los hábitos alimenticios, los estilos de vida, así como las prácticas de riesgo y las condiciones físicas del entorno laboral –para ellas y para los hombres– tienen consecuencias graves para la salud de unas y otros. Por lo tanto, el conocimiento de estos factores, así como de las enfermedades prevalentes por sexo, son elementos relevantes en la formación de las y los futuros profesionales sanitarios.

En este sentido, Belén Nogueiras refiere que es importante que el personal de salud adquiera conciencia de género para tratar de forma adecuada a las mujeres que viven violencia.⁹ Este proceso requiere de la introspección personal, la cual va acompañada de una reflexión sobre los comportamientos aprendidos, las actitudes, los estereotipos y los sexismos, los cuales están interiorizados en nuestra forma de ser y actuar, por lo que no tenemos conciencia plena de que existen.

De esta forma, se entiende por formación en género al proceso por el que transita el alumnado hasta que adquiere conciencia de género e incorpora la perspectiva de género en su vida personal y profesional. Sin embargo no es fácil, pues existen dos obstáculos poderosos que influyen de forma inconsciente y constante en la configuración de su personalidad. En primer lugar, la socialización en la familia y en el colegio, y en segundo lugar, la influencia de los medios de comunicación. Esto implica que es importante comprender el género como estructural e inmerso en todo el sistema social, dentro del cual se ubican las instituciones.



Por lo tanto, el objetivo de este artículo es exponer, paso a paso, cómo se aplicó la metodología seleccionada para el proceso de formación en género llevado a cabo mediante una intervención educativa con un grupo de 50 estudiantes de Enfermería.^{iv} Asimismo, se mostrará cómo se sensibilizaron y adquirieron conciencia de género las personas participantes. Para lograr lo anterior, se describirán las percepciones del alumnado acerca del feminismo y aquellas vinculadas con las afectaciones de la diferencia sexual a la salud de las mujeres y de los hombres.

Metodología

Se llevó a cabo una investigación-acción en el aula, ubicada dentro de la modalidad evaluativa y que forma parte de la perspectiva teórica crítica y se atribuye a numerosas “tendencias educativas que utilizan un tipo de diseño de investigación orientado al cambio y dirigido a la mejora de las condiciones actuales.”¹⁰ Kemmis la define como la forma de investigación llevada a cabo por el profesorado dentro de sus actividades lectivas¹¹ y pertenece a un conjunto de tradiciones y métodos que anteponen la acción a la propia investigación.

Además, se enmarca dentro de la investigación social crítica, pues se parte de problemas prácticos y reales que se dan en una situación educativa, a la cual se debe retornar para informar a las y

los participantes de las causas de los problemas y el fin es posibilitar la transformación de las condiciones previas existentes. Así, a través de este diseño, la investigación no se entiende sin acción, transformación y mejora; por lo tanto, no se comprende sin la investigación.

La estrategia principal es la reflexión crítica, cuya secuencia se representa en la figura 1. La espiral principia con un *diagnóstico inicial* de la situación, así se identifican los problemas principales. En este caso, la fase correspondió al comienzo de la asignatura “Género y salud”, etapa en la que se solicitó al alumnado que respondiera un cuestionario de carácter abierto para valorar cuáles eran sus concepciones previas acerca de una serie de cuestiones vinculadas

Figura 1. Secuencia de la investigación crítica



^{iv} El grupo se conformó con 42 mujeres y 8 hombres.

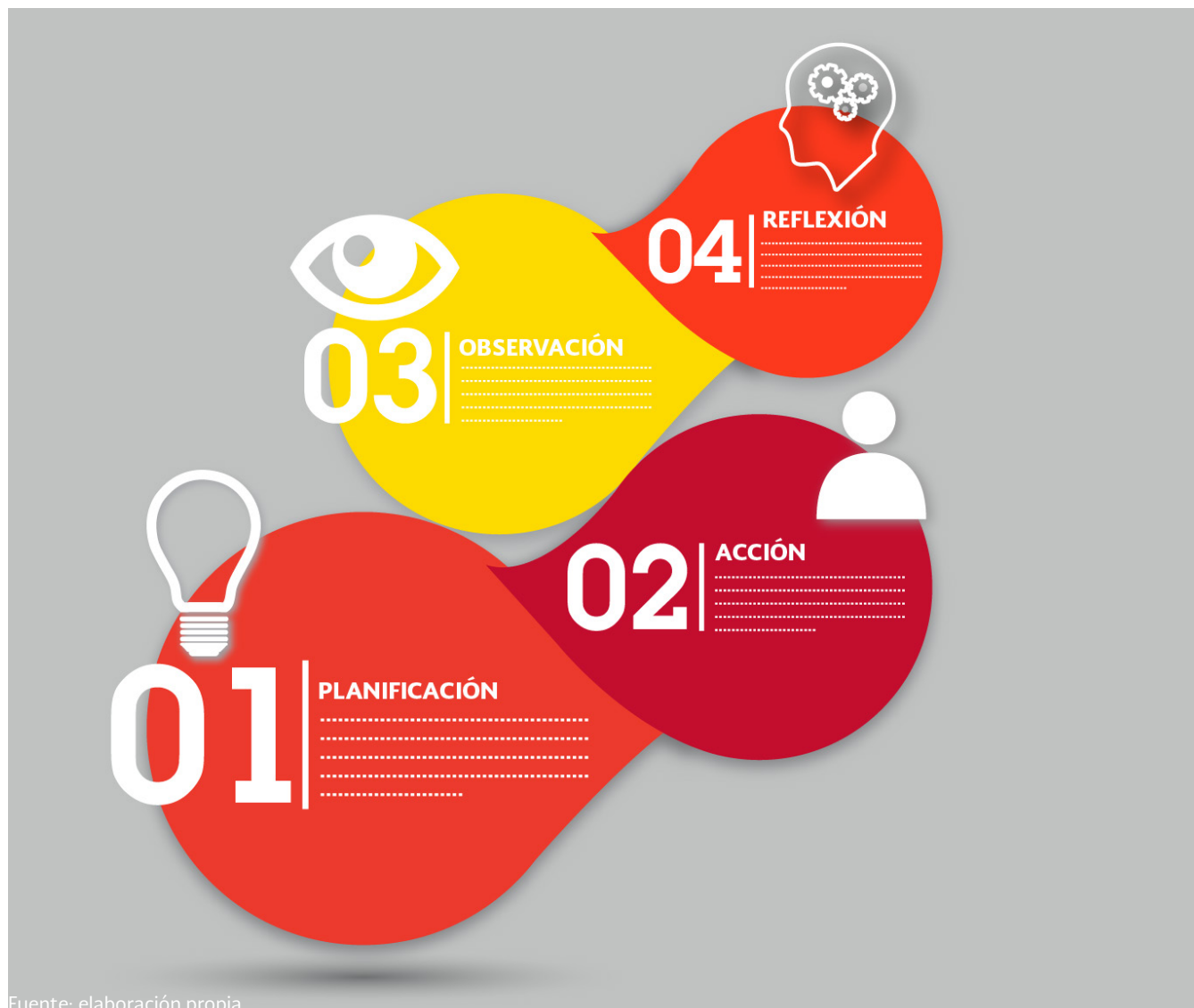
con el género y la salud. Después se estableció un *plan de acción*, en el cual se presentaron las prioridades y las decisiones de cambio que correspondían a la planificación de la intervención educativa que se realizó a lo largo del cuatrimestre .

El plan se llevó a la práctica con la incorporación de los contenidos y las actividades en la asignatura; finalmente, en la fase de resultados se analizó y sintetizó la información recolectada, estableciendo un nuevo diagnóstico de la situación.

En esta última etapa se profundizó en las actividades realizadas a lo largo del cuatrimestre, se incluyó la evaluación final similar a la hecha al comienzo de la asignatura, con el objetivo de observar la evolución de las percepciones y si existían cambios en el alumnado.

La investigación-acción se desarrolla de forma participativa y transformando las prácticas educativas a través de un proceso sistemático de aprendizaje, el cual se apoya en el análisis crítico de las situaciones e incluye las siguientes fases: planificación, acción, observación y reflexión⁹ (Figura 2). Entre las diversas tendencias que se reúnen en la investigación-acción, se encuentra la investigación en el aula, perspectiva en la que se sostiene el presente estudio, pues considera ese espacio como un sistema complejo sobre el que se aplica esta metodología. Además, el profesorado reflexiona sobre su práctica y su trabajo en el aula, con lo que se transforma la realidad educativa. También se debe observar y reflexionar sobre las tareas que se realizan y se adquiere conciencia de cada paso previo a una innovación educativa.

Figura 2. Representación del ciclo de investigación en el aula



En este contexto aparece la “profesora investigadora”, con capacidad de autoevaluación de todas las funciones que desempeña.¹¹ Una vez concluida la intervención educativa se realiza la investigación evaluativa, con el fin de valorar si se han alcanzado los objetivos propuestos o si son necesarias algunas modificaciones para intervenciones posteriores.

En nuestro caso, el análisis cualitativo del contenido se obtuvo a través de dos cuestionarios de redacción abierta: inicial y posterior, y se retomó la Teoría Fundamentada como método comparativo constante¹² que implica un examen microscópico de los datos. El fin fue localizar concepciones e ideas del alumnado, las cuales pudieran ser susceptibles de ser categorizadas y ordenadas en un sistema cada vez más jerárquico.

Esta teoría requiere la recolección de datos, la categorización abierta, la elaboración de memos,^v la identificación de categorías núcleo, el ordenamiento de las mismas y la escritura de la teoría emergente. Lo anterior se realiza mediante la comparación de datos, argumentos y situaciones con el resto de las piezas de información relevante.^{13, 14}

Además, existe un muestreo teórico que se realiza a partir de los datos que van emergiendo en el propio proceso de codificación. En esta última fase, la categoría principal se relaciona con las subcategorías y estas se vinculan entre sí. La efectividad de la codificación selectiva radica en la interrelación de unas categorías con otras y todas a la vez con la central.¹¹

Sobre la aplicación de la Teoría Fundamentada^{vi} en estudios cualitativos de la disciplina enfermera, concordamos con el estudio de Cristina G. Vivar y colaboradoras, el cual señala que su uso en España aún es escaso,¹⁵ pero cada vez son más las áreas de esta disciplina que se pueden abarcar con este marco teórico-metodológico de investigación, pues contribuye al desarrollo del conocimiento en esta área y en la mejora de la atención que se presta a las y los usuarios de los servicios de salud y por lo tanto, a la sociedad.

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico Atlas.ti 6.1.1., el más completo debido a que permite llevar a cabo un análisis cualitativo adecuado a la realidad social del

objeto de estudio.¹¹ Su objetivo principal es facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales, gráficos o de audio, a través de la Teoría Fundamentada. Además ayuda a explorar y descubrir los fenómenos complejos que se esconden tras los datos y facilita las herramientas para tejer las redes de relaciones con objeto de hacer explícitas las interpretaciones de la información obtenida. Asimismo, sustituye otros instrumentos considerados más tradicionales como el papel, los bolígrafos de colores, las fichas, las notas de llamadas, etcétera.

Para este artículo, con el programa Atlas.ti analizamos el perfil del alumnado, sus percepciones previas y posteriores a la asignatura mencionada respecto a los conceptos género, sexo, salud, feminismo y la forma en que la diferencia sexual afecta a la salud de las personas.^{1,2}

La intervención educativa que se realizó coincidió con el periodo de docencia de la nueva asignatura,¹ la cual se ubica en la formación básica de la titulación de grado en Enfermería, tiene una carga lectiva de seis European Credit Transfer System (ECTS) y se imparte durante el segundo semestre del primer curso. Por lo anterior, se contó con la participación de todas las personas matriculadas en el semestre de referencia: 50 estudiantes con una edad media de 20.9 años, de los cuales 84% fueron mujeres y 16% hombres.

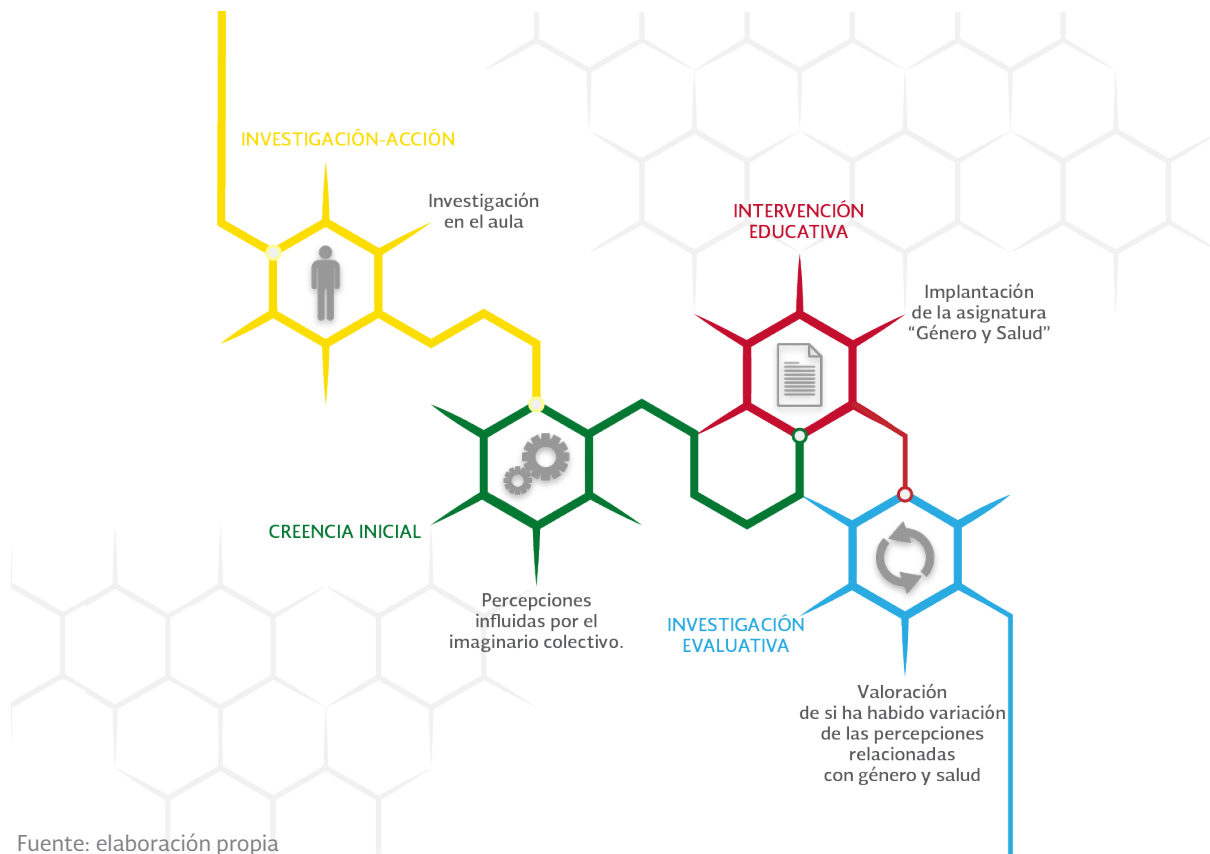
La investigación partió del siguiente supuesto: las percepciones del alumnado, respecto a cuestiones referentes al género están influenciadas por el imaginario colectivo^{vii} de nuestra sociedad (Figura 3). Así, se diseñó la intervención educativa tras analizar las percepciones iniciales de las y los estudiantes y se programó la docencia de la asignatura con seminarios y talleres enfocados en cambiar las preconcepciones iniciales respecto al género y la salud. Una vez concluido este proyecto docente se evaluaron las percepciones del alumnado para valorar si después de cursar la asignatura “Género y salud” existía alguna variación.

^v Es decir, notas preliminares de interpretación de los datos.

^{vi} También conocida como *Grounded Theory*.

^{vii} El sentido de este concepto está enfocado en entender la ideología que prevalece en la sociedad en general, en relación con la categoría género.

Figura 3. Diagrama representativo de la investigación-acción llevada a cabo en este estudio, dentro de la perspectiva crítica



Fuente: elaboración propia

Debido a que el proceso de investigación-acción se realizó durante la impartición de la asignatura, como una investigación en el aula, los cuestionarios elaborados para obtener las percepciones de las y los estudiantes fueron completados dentro del horario de clase y como una actividad programada.¹

Las docentes de la asignatura desempeñaron el rol de “profesoras investigadoras” y llevaron a cabo el siguiente proceso sistemático: planificación de la asignatura, puesta en funcionamiento de la misma, observación de los resultados tras finalizarla y reflexión crítica de las acciones realizadas para una mejora de la intervención educativa (Figura 2).

Por otra parte, se exponen los contenidos, las competencias y los resultados de aprendizaje incluidos en el programa docente de la asignatura “Género y Salud”,¹⁶ cuyo temario se estructuró de la siguiente forma:

Bloque 1: Análisis del sistema sexo-género: construcción cultural y desigualdad. El cuerpo generizado. Vínculos afectivos. El mito de la maternidad. Feminismos.

Bloque 2: Políticas de salud y género. Género y sistema sanitario. El cuidado como rol de género. Masculinidad y salud. Desigualdades de género en salud. Sesgos de género en la investigación en Ciencias de la Salud.

Bloque 3: Violencia de género (VG). Bases conceptuales de la VG. La estructura social como facilitadora de la VG. Indicadores de riesgo de la VG. Prevención de la violencia contra las mujeres: Factores Protectores. Protocolos de actuación en el abordaje integral.¹⁶

De acuerdo con la Orden CIN/2134/2008, entre las competencias que el alumnado de Enfermería debe adquirir a lo largo de su formación se incluyen las siguientes relacionadas con la asignatura “Género y Salud”:^{viii}

Competencias Generales

1.4.- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

Competencias Transversales

2.29.- Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas

2.31.- Fomentar y garantizar el respeto a los Derechos Humanos y a los principios de accesibilidad universal, igualdad, no discriminación y los valores democráticos y de la cultura de la paz.

Competencias Específicas

3.10.- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al alumnado en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

Unidades de competencia

3.16.9.- Identificar la categoría género como determinante de la salud/enfermedad.¹⁶

Así, los resultados del aprendizaje que las y los estudiantes adquieren con esta asignatura se describen en el Programa docente:

Conoce la construcción cultural del género y desigualdades en salud. Identifica el género como un determinante de la salud. Reconoce la influencia de la categoría género en el proceso salud enfermedad y las desigualdades en salud. Conoce e identifica los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género, así como las manifestaciones, físicas, emocionales y sociales que indican una situación de maltrato contra la mujer. Identifica los factores protectores e indicadores de riesgo ante la violencia de género. Aplica protocolos de forma integral para la prevención, la detección

precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia. Conoce planes y políticas de igualdad y contra la violencia de género.¹⁶

Discusión

Con el fin de presentar los resultados de la investigación se parte de las categorías previas del alumnado, las cuales se definieron a partir de la escritura reflexiva en el cuestionario de redacción abierta.^{1,2} Cabe señalar que en el análisis del contenido, derivado de los códigos y sus agrupaciones en supercódigos generados con el programa Atlas.ti, surgieron subcategorías emergentes que se integraron al estudio.

Para ejemplificar los resultados obtenidos con la metodología utilizada, se presentan aquellos relacionados con el feminismo y con la salud de las mujeres. Nuestro objetivo es sensibilizar al alumnado a partir de la impartición de la asignatura “Género y salud”.^{ix}

Figura 4. Diagrama de la categoría concepto de feminismo



Fuente: elaboración propia

^{viii} Para ampliar información, consultar la Memoria de verificación del título de Grado en Enfermería actualizada.¹⁷

^{ix} Hemos decidido presentar los resultados de dos categorías para ilustrar la formación en género, pues el cuestionario de redacción abierta consta de 18 ítems. Cada pregunta corresponde a una de las categorías analizadas desde la percepción del alumnado y es complicado mostrar todos los resultados en un solo artículo.

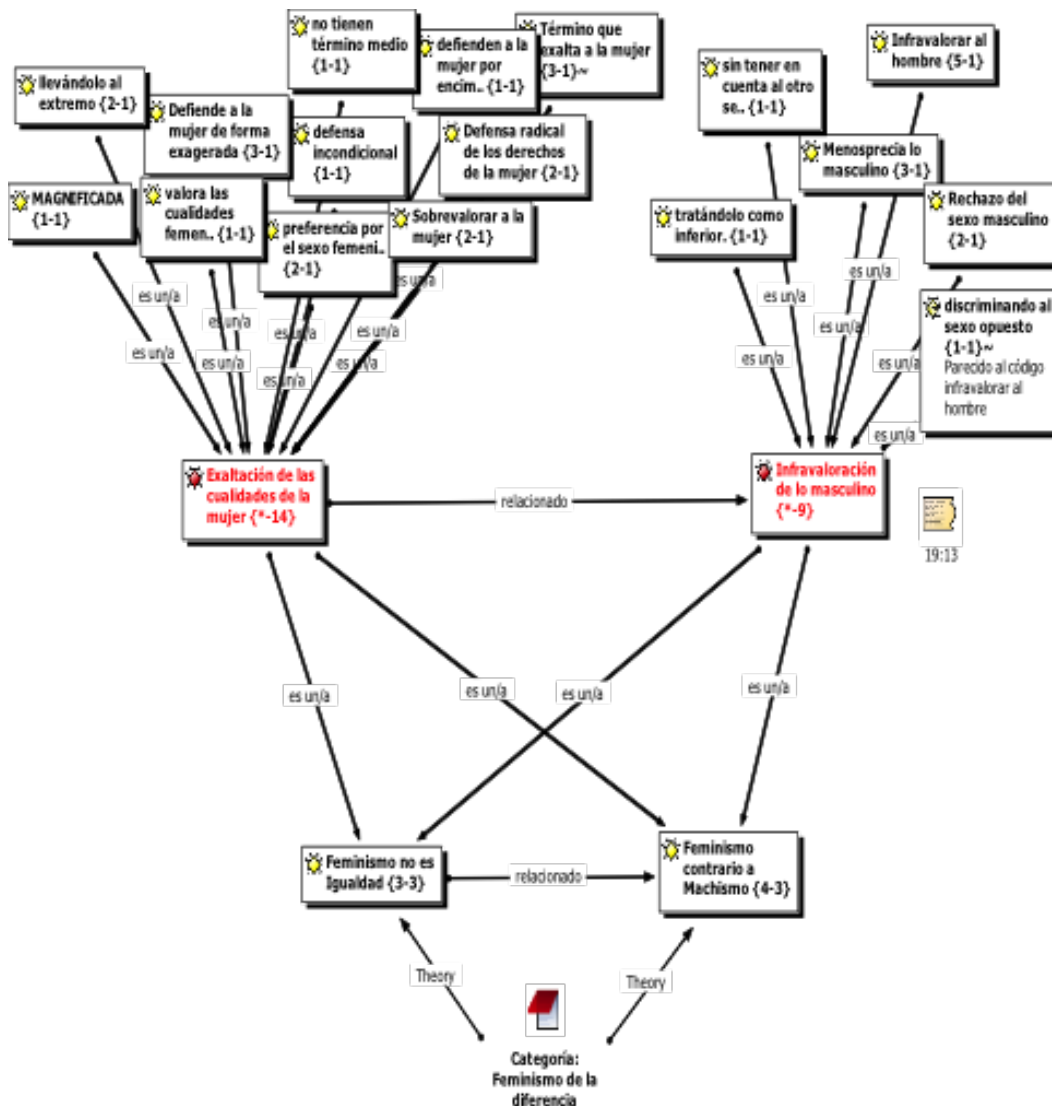
Se parte de la categoría que lleva el mismo nombre, la cual se divide en las siguientes subcategorías emergentes (Figura 4):

- Subcategoría feminismo de la igualdad
- Subcategoría feminismo de la diferencia, que a su vez incluye exaltación de las cualidades de la mujer e infravaloración de lo masculino.

Después del análisis del contenido de los cuestionarios previos cumplimentados surge esta relación de forma inductiva. La codificación activa de las respuestas del alumnado sobre el feminismo nos llevó a crear dos agrupaciones y a denominarlas subcategorías. Como puede observarse en la figura 4, estas concepciones se orientaban hacia las dos formas de feminismo descritas por Sara Velasco¹⁸ y Ana De Miguel¹⁹: feminismos igualitarios y feminismos de la diferencia.

En la figura 5 se muestra un ejemplo de red jerárquica elaborada con Atlas.ti, a partir de las respuestas del alumnado, las cuales fueron codificadas y agrupadas en dos subcategorías que constituyen la subcategoría feminismo de la diferencia.

Figura 5. Diagrama de la subcategoría feminismo de la diferencia



Fuente: elaboración propia con Atlas.ti.

El proceso de codificación realizado se observa en la figura 5, los códigos generados a partir del análisis de contenido de los cuestionarios corresponden a los iconos de color amarillo de la parte superior de la figura. Además, siguiendo el proceso de análisis de la Teoría Fundamentada, la agrupación de códigos similares generó supercódigos ilustrados con iconos de color rojo, que a su vez se relacionaron con las concepciones cercanas a la subcategoría emergente feminismo de la diferencia.

A continuación se muestran algunas frases literales del alumnado correspondientes a las dos subcategorías referentes del cuestionario previo. Estas citas están codificadas con las siglas C.I. (Cuestionario inicial), un número de orden, y las que pertenecen a estudiantes hombres están identificadas con una letra "v". La pregunta del cuestionario es la número 12: ¿qué significa para ti la palabra "feminismo"?

Con relación a la subcategoría feminismo de la igualdad, las frases seleccionadas y codificadas se relacionan con la percepción del feminismo como un movimiento igualitario que busca la defensa de los derechos de las mujeres, con el fin de que sean equiparables a los de los hombres en todos los ámbitos de la sociedad:

Es un conjunto de ideas que defiende la igualdad entre hombre y mujeres y no acepta la discriminación de estas en ningún aspecto de la vida.

(C.I.10)

Las actuaciones que tienen principalmente las mujeres a la hora de reivindicar sus derechos en diferentes ámbitos de la vida y en el trabajo.

(C.I.49)

Respecto a la subcategoría feminismo de la diferencia, incluye otras subcategorías que nombramos "exaltación de las cualidades de la mujer" e "infravaloración de lo masculino" (Figura 5). Ambas son características del feminismo cultural, el cual es parte de los feminismos de la diferencia.

Ante la misma pregunta, los resultados del estudio de M^a José Barral^x indican lo siguiente:

Movimiento social que consiste en defender los derechos de la mujer por encima de todo y creer que su inteligencia y desarrollo es superior a los demás.

Conjunto de ideas demasiado radicales acerca de la superioridad de la mujer respecto al hombre.

Llevar a un extremo todos los derechos de las mujeres aunque para ello tengas que perjudicar a otros.^{20,xi}

En nuestro estudio los resultados del alumnado son similares a los de Barral:

Pensamiento que tienen las personas que defienden a la mujer por encima de todo, como si fuesen superior al hombre y tuviesen más derechos.

(C.I.5-V)

Que ciertas mujeres creen que son superiores al hombre.

(C.I.12)

(...) la defensa de actuaciones, comportamientos e ideales de las mujeres pero llevado al extremo, creando desigualdades, sin tener en cuenta al otro sexo.

(C.I.46)

También se presentan algunas citas relacionadas con las características del feminismo cultural y que refieren la exaltación de lo femenino y la denigración de lo masculino:

(...) es un concepto en el que se exalta demasiado la figura de la mujer.

(C.I.1-V)

Significa resaltar las características femeninas y menospreciar las masculinas.

(C.I.25)

(...) la palabra feminismo significa el resaltar las cualidades del género femenino y menospreciar las de los otros géneros.

(C.I.31-V)

^x M^a José Barral es profesora de grado en Medicina, en la Universidad de Zaragoza. Durante la asignatura optativa denominada "Salud y género" realizó un cuestionario de redacción abierta al inicio y al final de la misma, su objetivo fue identificar si existía evolución en las concepciones del alumnado relacionadas con la asignatura. A partir de los resultados, comprendió que el cambio era positivo, respecto a los conocimientos sobre ambas temáticas. El equipo de esta investigación solicitó los cuestionarios realizados por Barral, con el fin de utilizarlos en este estudio.

^{xi} Las citas referidas por Barral no cuentan con la distinción de cuestionario inicial o posterior y tampoco indican el sexo de quien emite su opinión.



Rocío Romero Serrano y Ma. Socorro Morillo Martín

(...) creo que el feminismo es el pensamiento por el cual se afirma que la mujer es superior al hombre y que se basa en opiniones que menosprecian al género masculino, tratándolo como inferior.

(C.I.50)

Darle más importancia a las cosas relacionadas con la mujer, darle más valor; infravalorar al sexo masculino.

(C.I.46)

Feminismo es una actitud en donde valoramos las cualidades femeninas y menospreciamos otras que, por ejemplo, pueda tener el hombre.

(C.I.20)

En relación con las concepciones obtenidas de los cuestionarios finales, se hallaron mayor número de argumentos vinculados con el feminismo igualitario, como se muestra en la figura 6. Los resultados se asemejan a los descritos por Barral²⁰ respecto al incremento de estudiantes que perciben al feminismo como un movimiento igualitario entre los dos sexos.

Después de haber cursado la asignatura “Género y Salud” prácticamente todas las alumnas y los alumnos refirieron percibir al feminismo como un movimiento que lucha por la igualdad de derechos entre mujeres y hombres. Además, surgieron conocimientos sobre diferentes tipos

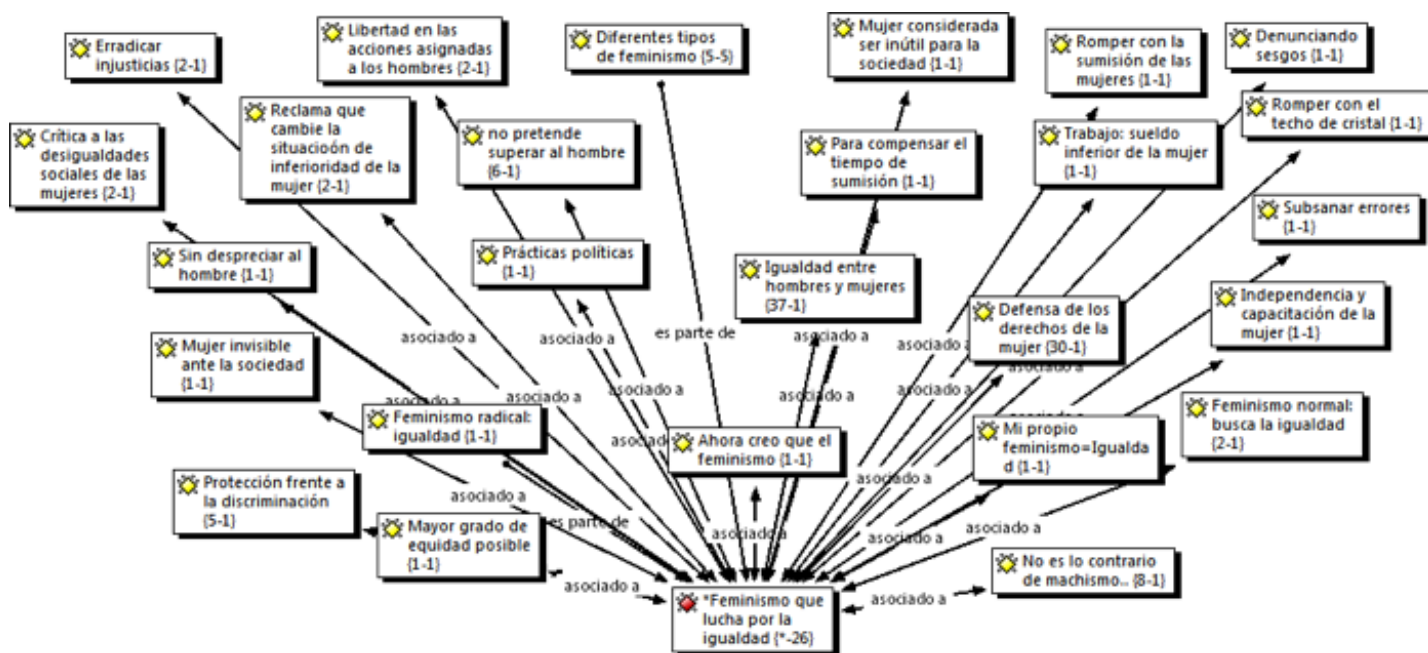
de feminismos: igualitarios y radicales; sobre estos últimos se señaló que buscan la superioridad de la mujer sobre el hombre.

Asimismo mencionan la presencia del hombre en las luchas por la igualdad, por lo que no sólo se considera al feminismo como un movimiento de las mujeres y reflejaron la situación de desigualdad de ellas a lo largo de la historia. Es importante señalar que las y los alumnos utilizaron terminología propia de los estudios de género, como los conceptos de “techo de cristal” y patriarcado.

De acuerdo con el perfil del alumnado, tras el análisis de las percepciones de género estas no han variado en función de la edad, pues es un grupo similar en cuanto a esta variable. En relación con el sexo, destaca la evolución del grupo de hombres en cuanto a su percepción del concepto de feminismo. Como se observa en los resultados de esta categoría, se produjo una inversión de las percepciones del feminismo de la diferencia al feminismo de la igualdad. En las respuestas previas, siete hombres de ocho definían el feminismo como contrario al machismo; mientras que en las concepciones finales la situación se invierte, ya que siete de ellos identificaron el feminismo como un movimiento que promueve la igualdad entre mujeres y hombres.

Respecto al grupo de las estudiantes, en el cuestionario inicial más de la mitad de ellas asoció el feminismo con posiciones extremas o radicales y como defensa exagerada de los derechos de las mujeres. Sin embargo, en el cuestionario final los resultados también se modificaron. De acuerdo con lo anterior, se afirma que tras cursar la asignatura “Género y salud” prácticamente todo el alumnado percibe al feminismo como un movimiento igualitario.

Figura 6. Diagrama sobre feminismos igualitarios, cuestionario final



Fuente: elaboración propia con Atlas ti.

Salud de las mujeres

Después de formarse en la nueva asignatura, los resultados vinculados con este tema muestran que el alumnado reconoce que existen desigualdades de género en salud propiciadas por los roles de género y la morbilidad diferencial. Además, identificaron sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres como la invisibilidad en la investigación y respecto al “Síndrome de Yentl”, vinculado con patologías cardíacas.^{2,xii}

Desigualdades de género en salud

Dentro de esta categoría se codificaron las frases del alumnado que hacen referencia a las diferentes formas de enfermar que tienen las personas según su sexo, así como a la morbilidad

diferencial. También se mencionaron los costos en materia de salud producidos por los roles de género descritos por Ma. Ángeles Durán²¹ y Juana Macías-Seda.⁸ A continuación se muestran ejemplos de estos hallazgos, los cuales responden a la pregunta número 13 del cuestionario: ¿cómo crees que la diferencia sexual influye en la salud?

Roles de género

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente... Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

(C.F. 37)

^{xii} El Síndrome de Yentl fue definido por Bernardine Healy en 1991, en la revista The New England Journal of Medicine. Healy retomó el título de la película “Yentl” y su objetivo fue dar a conocer los sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres que sufrían dolor cardíaco de origen coronario. Lo anterior debido a que ellas recibían una atención adecuada sólo si sus síntomas eran similares a los presentados en los hombres con alguna patología cardíaca.⁷

Desde siempre la mujer ha llevado la carga familiar en el tema de cuidados, por lo que creo que es más normal que se den ciertas enfermedades en mujeres que en hombres. Pero por supuesto a todos nos puede ocurrir cualquier enfermedad. (C.F. 36)

La diferencia sexual influye en la salud, de modo que tanto hombres como mujeres sufren distintas enfermedades que están relacionadas con los roles que tienen en la sociedad. (C.F. 32)

Morbilidad diferencial

Por ejemplo, los factores de riesgo no son los mismos para ambos ni tampoco la prevención o el tratamiento de numerosas enfermedades, como la prevención de enfermedades cardiovasculares. (C.F. 17)

A lo largo de la asignatura hemos visto casos clínicos en los que había una discriminación hacia la mujer en el ámbito sanitario. Si una mujer viene al médico por cefalea, el médico automáticamente le receta ansiolíticos porque dice que eso debe ser ansiedad o estrés. Cuando va un hombre al médico por cefalea, le hacen pruebas para identificar la causa. (C.F. 9)

Sesgos de género en la atención sanitaria

Respecto a este tema, el alumnado que cursó la asignatura “Género y salud” identificó los supuestos definidos por Valls, relacionados con la invisibilidad de las mujeres en la investigación y el Síndrome de Yentl en patologías de tipo cardíaco (Figura 7).⁷

Invisibilidad en la investigación

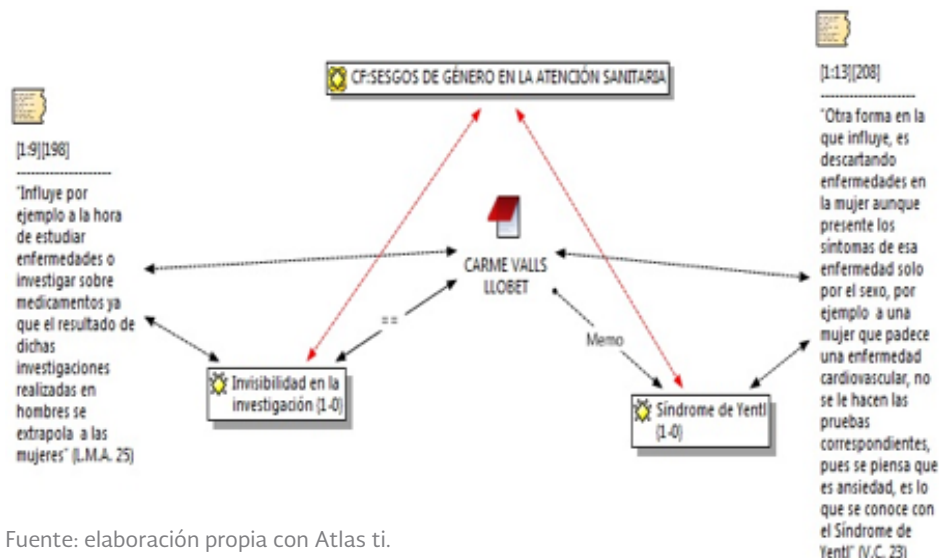
(...) debido a que las mujeres han sido invisibles ante la investigación de las enfermedades, hasta hace poco se ha podido ver y demostrar que las mujeres padecen prácticamente todas las enfermedades que padecen los hombres, aunque éstas afectan de forma distinta a unas y otros. (C.F. 19)

(...) una de ellas es dando por hecho que una enfermedad en el hombre puede afectar de igual manera en la mujer y por ello se realizan estudios sólo en el hombre, que luego se tratan en la mujer, pudiendo ella responder de manera negativa, pues hay que tener en cuenta ciertas diferencias físicas, biológicas, genéticas, etcétera. (C.F. 8)

Síndrome de Yentl

No hay que dar por hecho que una mujer, por el hecho de ser mujer, tiene ansiedad si llega a la consulta con un dolor torácico. Deben hacerle las mismas pruebas diagnósticas que se llevarían a cabo en el caso de que fuera un hombre, el cual por ser hombre se pensaría que puede tener problemas cardiovasculares y se le realizan numerosas pruebas. (C.F. 10)

Figura 7. Categoría sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres



Fuente: elaboración propia con Atlas ti.

Conclusiones

La experiencia educativa descrita permitió realizar una reflexión crítica de nuestra docencia, necesaria en una asignatura de reciente instauración, ya que su repercusión es importante en la vida cotidiana de nuestro alumnado y en su futuro como profesionales de la Enfermería. En este estudio se observó cómo se sensibilizó^{xiii} a quienes cursaron la asignatura “Género y salud” frente a ambas temáticas.

Al retomar el planteamiento inicial en el que enunciamos que la formación universitaria con perspectiva de género puede influir en la percepción de las y los estudiantes de Enfermería, afirmamos que, de acuerdo con los resultados presentados hasta el momento, se ha producido una evolución positiva en las percepciones analizadas con orientación hacia la defensa de la igualdad entre mujeres y hombres. Además, se identifica al género como un determinante social de la salud y se conocen los sesgos de género en la atención sanitaria. Ambas dimensiones están incluidas como competencias dentro de la asignatura que fue implementada.

Por tanto, entendemos que la inclusión de la formación en género en los nuevos estudios de grado en Enfermería es necesaria para garantizar cuidados de calidad y es una herramienta clave para proporcionar al alumnado una educación basada en la igualdad de oportunidades. Lo anterior permite prevenir la discriminación por razón de género, etnia o clase social y sensibilizar a las y los estudiantes frente a situaciones de desigualdad y discriminación vividas por las mujeres en la atención sanitaria.

Asimismo, se les dota de competencias específicas relacionadas con la prevención, la detección y la atención a las mujeres víctimas que viven o hayan vivido violencia de género, y adquieren la capacidad de comprender el género como determinante social de la salud-enfermedad. Esta modificación en la tendencia del pensamiento es de vital importancia para el desarrollo, presente y futuro de la disciplina enfermera, pues la sociedad nos exige un esfuerzo real en materia de igualdad, que debe ser visible en todo el tejido social.¹

Después de concluir la titulación de grado de Enfermería, nuestro equipo de investigación del CUESJD continúa analizando estas concepciones sobre el género y la salud, el fin es comprender las repercusiones sociales y sanitarias de las y los nuevos profesionales de Enfermería, quienes ya cuentan con formación en género y salud.

Las competencias adquiridas en esta materia, de nueva incorporación en dichos estudios, dotarán al alumnado de herramientas para prestar una atención de enfermería libre de sesgos de género tomando en cuenta la categoría género como determinante social de la salud y la enfermedad, sin dejar de lado la violencia de género y sus repercusiones en la sociedad.

En estas nuevas investigaciones hemos incorporado a los grupos a estudiantes de otras titulaciones de Ciencias de la Salud que no incluyen en sus planes de estudio asignaturas como "Género y Salud". El objetivo es analizar la formación en género desde su perspectiva y reflexionar sobre la necesidad de tomar en cuenta este enfoque en otras titulaciones sanitarias.

Por otra parte, se prevén diversos beneficios para la sociedad, derivados de la formación en género en la profesión enfermera. De acuerdo con las evidencias, se señalan algunos de ellos: trabajos fin de grado, fin de master y tesis doctorales con perspectiva de género; diseño de programas de prevención de la violencia de género entre adolescentes con edades de 13 a 16 años, impartidos por profesionales de enfermería en educación secundaria; charlas-coloquios dirigidos a asociaciones de mujeres para fomentar la igualdad entre ambos sexos en el ámbito deportivo, como campañas de promoción de la salud; detección precoz de casos de violencia de género en los servicios de urgencias y en los institutos donde se imparte la formación joven, entre otros.

Esa es nuestra tarea actual: obtener la información generada para visibilizarla como producto de la formación en género a profesionales de la Enfermería de nuestro ámbito social.

^{xiii} De acuerdo con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, entendemos “sensibilización” como la modificación de percepciones en relación con las cuestiones de género.

La Universidad de Sevilla es una de las pocas instituciones de educación superior españolas que ha dado un paso adelante al incluir asignaturas como "Género y salud" en sus nuevos planes de estudios, los cuales han sido adaptados al EEES. Por lo tanto, es buen momento para evaluar la trayectoria de esta asignatura y de la formación en género y salud de las y los futuros profesionales de esta disciplina, con el fin de crear un proyecto de innovación docente que integre la enseñanza en todos los centros que imparten esta titulación de grado en esta Universidad.

<http://www.cue.sjd.es>



Referencias bibliográficas

1. Arroyo Rodríguez A, Chillón Martínez R, Lancharro Taverro I, Morillo Martín MS, Romero Serrano R, Calvo Cabrera IM. Evaluación cualitativa de la asignatura "Género y salud" en estudiantes de Enfermería: estudio piloto de innovación docente. *Rev Int Hist y Pens Enfermero* Temperamentvm. 2014 [Consultado 07 junio 2015]; 19. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn19/t9272r.php>
2. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Calvo Cabrera IM, Ramírez Carmona C, Morillo Martín MS, Romero Serrano R. Percepciones del alumnado de Enfermería sobre la salud de las mujeres tras la formación en género. V Congreso Universitario Internacional "Investigación y Género". Sevilla: Unidad de Igualdad de la Universidad de Sevilla; 2014.
3. Ventura A. Normativa sobre estudios de género y universidad. *Feminismo/s*.
4. Donoso-Vázquez T, Velasco-Martínez A. ¿Por qué una propuesta de formación en perspectiva de género en el ámbito universitario? *Profesorado*. 2013; 17(1): 71-88.
5. Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisión y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Cruz Tejero CT, Barral MJ, Fernández T, Tejero C (editores). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones; 2001. p. 25-53.
6. García-Calvente MM, Delgado AM, Mateo I, Maroto G, Bolívar J. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de los servicios sanitarios en Andalucía. En: Escolar A, (editor). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Cádiz: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008. p. 127-44.
7. Valls C. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo; 2006.
8. Macías-Seda J, Yaque M, Álvares JL. La salud de las mujeres. Cambiar mentalidades. Las relaciones medico/a-paciente. En: Rebollo MA, Mercado I, (coordinadoras). *Mujer y desarrollo en el siglo XXI: voces para la igualdad*. Madrid: Mc Graw Hill; 2004. p. 257-72.
9. Nogueiras B. La violencia en la pareja. En: Ruíz-Jarabo C, Blanco P, (editores). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos; 2004. p. 39-55.
10. Tójar JC. *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla; 2006.
11. Cardona MC. *Introducción a los métodos de investigación en Educación*. Madrid: Editorial EOS; 2002.
12. Andrué J, García-Nieto A, Pérez Corbacho AM. *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: CIS; 2007.
13. Soares De Lima SB, Leite JL, Alacoque Lorenzini E, Giacomelli Prochnow A, Marlucci Andrade CS, Real Lima García VR. Teoría Fundamentada en datos. *Index de Enfermo*. 2010 Ene-mar; 19(1): 55-59.
14. Rubio MJ, Varas J. *El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación*. 3ª ed. Madrid: CCS; 2004.
15. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como metodología de investigación cualitativa en Enfermería. *Index Enferm*. 2010 oct-dic; 19(4): 283-88.
16. Guía Docente de la asignatura Género y Salud, curso 2014-15 [Internet]. Sevilla: Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"-Universidad de Sevilla; 2015 [Consultado 5 junio 2015]. Disponible en: <http://www.cue.sjd.es/wp-content/uploads/2014/10/G%C3%A9nero-y-Salud-2014-15.pdf>
17. Memoria de verificación del título de Grado en Enfermería actualizada [Internet]. Sevilla: Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología-Universidad de Sevilla; 2014. [Consultado 5 junio 2015]. Disponible en: <http://www.cue.sjd.es/wp-content/uploads/2015/01/Memoria-Verificaci%C3%B3n-Actualizada.pdf>
18. Velasco S. *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
19. De Miguel A. *Feminismos*. En: Amorós C, (directora). *10 palabras clave sobre mujer*. 4ª ed. Navarra: Verbo Divino; 2007. p. 217-55.
20. Barral MJ. Género y salud en los programas oficiales de grado. En: Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres. IV Jornadas Género y Salud. Zaragoza: SIEM; 2008. [Consultado el 6-4-2015]. Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/formativas.html>
21. Durán MA. *Los costes invisibles de la enfermedad*. 2ª ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2002



Construcción de género en la infancia, un camino hacia la promoción de la salud.

La Habana, 2012-2013

DraC. Julia Maricela Torres Esperón®

Investigadora titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

DraC. Nelcy Martínez Trujillo

Investigadora agregada. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

DraC. Zoe Díaz Bernal

Profesora titular e investigadora agregada. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

MsC. Noralydis Rodríguez Washington

MsC. Anabel Lozano Lefrán

Profesoras asistentes. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

MsC. Niurka González Escalona

Profesora. Facultad de Comunicación

Universidad de La Habana, Cuba

Lic. Akira Colarte Torres

Profesora. Academia Todomúsica

Montevideo, Uruguay

El género es un constructo sociocultural basado en la transmisión de tradiciones, costumbres, normas y valores que contribuyen a formar las representaciones de lo que se espera de cada sexo, de acuerdo con cada cultura. Por lo tanto, es una categoría transversal que tiene gran influencia en el desarrollo individual de las personas y las relaciones sociales e interpersonales que establecen como parte de su proceso de socialización.¹

Algunos estudios se han dedicado a observar el proceso de construcción de la identidad de género como un fenómeno socialmente construido y sujeto a diversas influencias que ejercen los distintos espacios de inserción, en los cuales las personas interaccionan en su vida cotidiana. Diversas investigaciones se han centrado en las niñas y los niños, resaltando que desde edades muy tempranas unas y otros comienzan a formar su identidad de género,² la cual está relacionada de forma íntima con el cuerpo biológico, con el cuerpo como unidad biosocial y con su salud.³

En este sentido, abordar la temática de género desde la infancia constituye una necesidad para el desarrollo de mujeres y hombres, buscando fomentar relaciones más equitativas entre los sexos que contribuyan a la adopción de estilos de vida saludables y prevenir problemas de salud.ⁱ

Debido a la influencia que la sociedad le confiere al hecho de “ser mujer” o “ser hombre”, el género es un determinante social de la salud; es decir, para unas y otros sus comportamientos y actitudes, construidos socialmente, establecen distintas formas de exponerse al riesgo y tienen influencia en su salud.⁴

Desde el momento de su nacimiento, las niñas y los niños se encuentran inmersos en una sociedad con ideas preestablecidas y creencias acerca de lo que significa ser mujer u hombre, así como de las características compartidas en función del sexo, lo que influye en la forma en que se supone deben comportarse por el hecho de

pertenecer biológicamente a uno de los dos grupos. Estas expectativas suponen un proceso de asignación social, con gran influencia en la salud de las personas y que puede devenir en desigualdades sociales; visualizarlas permite el reconocimiento de las necesidades específicas de cada sexo.

Como se ha referido, el género es uno de los determinantes sociales de la salud que, de acuerdo al modelo de la Organización Mundial de la Salud, figura entre los llamados estructurantes.⁵ Al observar la dimensión relacional de esta categoría en su construcción cotidiana, se puede comprender la asignación diferencial de jerarquías en las cuotas de poder y en las posiciones que ocupan mujeres y hombres en el entramado sociocultural. De tal manera, resulta obvio que dichas asignaciones desiguales son la base de las inequidades en la vida cotidiana, entre las cuales figuran las vinculadas con la salud.

El hecho de que el género atraviesa todas las esferas de la vida implica que es un determinante social de la salud, lo que justifica la necesidad de realizar estudios acerca de la promoción de la salud en cualquier grupo de edad. Además, si se inicia abordando las edades más tempranas, los resultados a largo plazo serán más efectivos. Por lo tanto, trabajar el enfoque de género desde la infancia implica incluir la promoción de salud. Cabe señalar que desde la I Conferencia Internacional sobre esta temáticaⁱⁱ se emitió la Carta de Ottawa,⁶ en la que se estableció que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social de las personas, estas deben ser capaces de identificar sus necesidades de salud y satisfacerlas.

En este sentido, la promoción de salud se centra en asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Lo anterior implica tener acceso a la información y desarrollar la capacidad de asumir el control de todo lo que determine el estado de salud. Este último concepto ha

© Correos electrónicos: maricela.torres@infomed.sld.cu, nelcynan@infomed.sld.cu, zoe.diaz@infomed.sld.cu, noryn@infomed.sld.cu, anabel.lozano@infomed.sld.cu, akirinha.mus@gmail.com

ⁱ Entre ellos, la violencia de género, que se ha reconocido como un problema de salud pública.

ⁱⁱ Esta Conferencia Internacional se llevó a cabo el día 21 de noviembre de 1986, en la ciudad de Ottawa, Canadá.

transitado por múltiples definiciones, las cuales trascienden la ausencia de enfermedades para asociarse con nociones de calidad de vida, bienestar y desarrollo humano.⁷

En esta investigación se asume la definición propuesta por Zoraida Amable, quien plantea que la salud es un valor esencial caracterizado por el grado de vitalidad que posee y construye toda persona y le permite desarrollar de forma libre y responsable las capacidades y las potencialidades biofísicas, psicológicas, espirituales y sociales, lo que ocurre en el curso de su vida y está definido por la cultura en la que se encuentra inserta.⁸ Esta conceptualización tiene consonancia con lo planteado en la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, que indica que la salud no se percibe como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y apunta a que es un concepto positivo, el cual acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas de las personas.

El reconocimiento del género desde edades tempranas contribuye a fomentar una cultura en salud y a comprenderlo como un determinante social modificable. Además, la igualdad de género constituye un indicador del desarrollo humano y uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio firmados por 147 países integrantes de la Organización de las Naciones Unidas. En particular, el tercer objetivo incluye entre sus metas específicas “eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria”⁹ y Cuba es uno de los Estados que han alcanzado esta meta.¹⁰ Sin embargo, esto no elimina la necesidad de mantener acciones que garanticen la sostenibilidad.

En Cuba, la Organización de Pioneros José Martí (OPJM) agrupa a estudiantes de las enseñanzas primaria y secundaria básica; además, desde el año 2011 tiene convenios de trabajo con la Red de Enfermería en Salud Infantil (ENSI-Cuba) y manifestó su interés por aplicar los Estudios de Género en las escuelas para identificar vías novedosas en el abordaje de la temática con niñas, niños y adolescentes.

En consecuencia, se realizó esta investigación con el objetivo de caracterizar las representaciones socioculturales compartidas acerca de la categoría género por un grupo de niñas, niños y adolescentes de edad temprana, así como identificar la contribución del empleo de

manifestaciones artísticas y de la comunicación social, en comunión con la actividad lúdica para la aprehensión del enfoque de género en esta población.

Método

Entre los meses de abril de 2012 y abril de 2013, se realizó un estudio cualitativo de investigación acción participativa en la Escuela Primaria Secundaria “Felipe Poey Aloy”, del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba; para la selección del lugar se tomaron en cuenta criterios de autoridad expresados por la dirección de la OPJM. Los resultados forman parte de un proyecto aprobado por la Escuela Nacional de Salud Pública y el Programa Nacional de investigación “Determinantes de salud, riesgos y prevención de enfermedades en grupos vulnerables”.

Este proceso estuvo liderado por la Red ENSI-Cuba, en colaboración con la Red de Género y Salud Colectiva y la Facultad de Comunicación de la Universidad de La Habana y contó con el auspicio de la Oficina Sanitaria Cubana.

El grupo de estudio estuvo constituido por 76 estudiantes, 39 mujeres y 37 hombres, cuyas edades fluctuaron entre los 7 y los 14 años. La elección se realizó a través de un muestreo no probabilístico intencional por criterios. Para ello, la dirección de la escuela tomó en cuenta la trayectoria escolar y las modalidades de arte incluidas en la investigación.ⁱⁱⁱ Cabe señalar que si alguna persona lo deseaba, podía abandonar el estudio en cualquier momento. Respecto al rango de edades, se fundamentó en el análisis de las etapas por las que transitan las niñas y los niños en la construcción de su identidad de género.² Finalmente, las categorías exploradas en la investigación fueron identidades, roles y estereotipos de género.¹¹

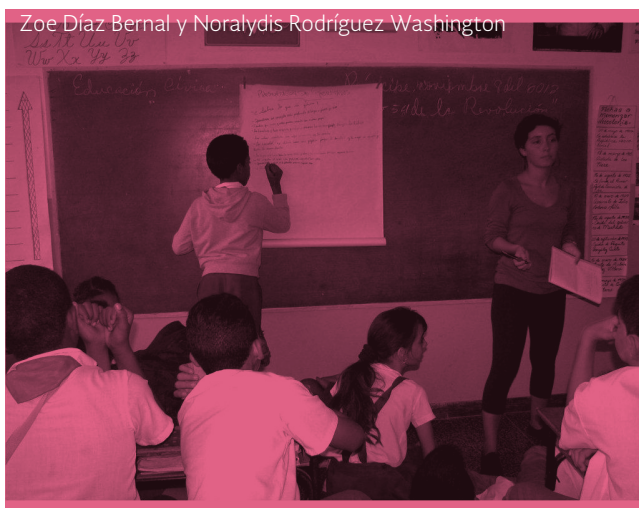
Con el objetivo de aplicar formas innovadoras de abordar el género se decidió trabajar en talleres de diferentes modalidades del arte: literatura, música, teatro y comunicación social. Cada una tiene particularidades que permiten ser aplicadas para los fines de la investigación: a través de la literatura las personas expresan en código escrito sus percepciones; la música es un recurso atractivo que puede favorecer el

ⁱⁱⁱ Es decir, aptitud e interés manifiesto de niñas, niños y adolescentes respecto a las artes que considera esta investigación.

aprendizaje de temas diversos;¹² por otra parte, el teatro propicia la expresión del mundo interior de las personas que participan en el hecho teatral, mientras que la comunicación social propone el intercambio dialógico que permite a las y los sujetos participar de su realidad y brinda herramientas para comprenderla, criticarla y transformarla.

La organización de las sesiones de trabajo fue en el formato de “taller”; su selección se fundamentó en las acciones de los sujetos y propició una dinámica colectiva y constructiva.¹³ Además, se consideró como la vía más apropiada para explorar representaciones sobre el tema central: el género.

Las categorías de estudio estaban preestablecidas, de manera que los datos “no estructurados” que emergían a partir de las personas participantes



en cada taller, las alimentaban a través de la correspondencia con sus unidades de sentido y sus unidades de análisis.

Así, estas últimas se sometieron a la comparación constante y fueron empleadas de acuerdo con la elección que se hizo y según el propósito de la investigación: los significados, los episodios, las prácticas y las relaciones.¹⁴

Para obtener la información se utilizaron técnicas cualitativas, como la observación participante y la entrevista grupal, también se grabaron todas las sesiones y en cada una participaron dos personas del equipo de investigación. La

primera interactuaba con las y los participantes en la realización de las técnicas participativas, mientras que la segunda observaba y recolectaba los datos emergentes en las modalidades que lo requerían.

Cabe señalar que se emplearon estas técnicas porque facilitaron la participación de las personas en el análisis de sus cotidianidades y se han aplicado con mayor frecuencia en el trabajo con personas adultas, pues son las herramientas básicas de la Educación Popular (EP). Por lo anterior, adecuarlas a la práctica con niñas, niños y adolescentes fue un reto que permitió obtener resultados valiosos.

Entre las actividades fundamentales de la etapa de vida en la que se centró esta investigación, se encuentran el estudio y la actividad lúdica, la cual es uno de los elementos constitutivos de la EP. El uso de ambos instrumentos facilitó la creación de ambientes de confianza y estimuló la participación para la construcción colectiva del conocimiento, asociado al desencadenamiento de un proceso de concientización.^{15,16} Este proceso recupera las vivencias y prácticas de las niñas y los niños como objeto fundamental de reflexión y análisis, para relacionarlas con la teoría afín. Después, se toma conciencia de ello y se vuelve a una práctica enriquecida y modificada, por lo que es uno de los principios básicos de esta concepción pedagógica.

Se decidió acudir a la EP porque reconoce las desventajas del modelo de educación tradicional,^{iv} pues este legitima y reproduce las relaciones de género culturalmente establecidas y otorga a las y los educandos un papel pasivo en el aprendizaje. Por el contrario, la EP considera valiosos todos los saberes de quienes integran el proceso de educación, sin roles fijos y compartiendo las posibilidades de tener un rol autogestivo en la transformación de sus realidades.

Con el fin de realizar el análisis cualitativo de los datos se transcribieron las observaciones y las voces de las y los sujetos de estudio; después se redujo la información en unidades de sentido y posteriormente en unidades de análisis, para culminar con la codificación abierta.¹⁴

En cuanto a los aspectos éticos, se contó con la aprobación de la presidencia de la OPJM del

^{iv} También conocida como educación bancaria.

municipio Plaza de la Revolución, el permiso dialogado de la Dirección de la escuela donde se efectuó el estudio y el consentimiento informado por escrito de las familias de las y los participantes.

Diseño del estudio

Se desarrolló en dos fases: “de iniciación” y “de fortalecimiento” y en cada una se realizaron talleres en cuatro sesiones, las cuales se conformaron con cuatro grupos que representaron cada modalidad y con distribución homogénea para ambos sexos:

- 1) Literatura (16 participantes)
- 2) Música (12 participantes)
- 3) Comunicación social: fotografía y audiovisual (30 participantes)
- 4) Teatro (18 participantes)

Fase de iniciación (Junio de 2012)

El objetivo de los talleres realizados en las cuatro modalidades fue identificar y reconocer la construcción de género propias de niñas, niños y adolescentes. En cada sesión se utilizaron técnicas participativas, las cuales posibilitaron la integración y la familiarización del grupo, la creación de un clima agradable, el análisis de las categorías a estudiar y la evaluación colectiva y participativa del proceso vivido.

El análisis cualitativo aportó las primeras proposiciones relacionadas con las representaciones socioculturales sobre género de las y los participantes. A continuación se explican las acciones realizadas en cada modalidad.

Comunicación social

Se enfocó en llevar a cabo la aproximación inicial a la radio, la televisión y la fotografía. Las sesiones se sustentaron en la comunicación dialógica, elemento básico de la manifestación con la que se trabajó.

En los talleres se utilizaron materiales fotográficos, radiales y audiovisuales que permitieron el análisis de las categorías del estudio. También se empleó la técnica de juego de roles,^{v,17} con la cual se profundizó en esos aspectos y se familiarizó a las y los participantes con los medios de comunicación, como una forma de expresar ideas e inquietudes personales y grupales. Cada sesión se centró en un medio de comunicación y cada taller incluyó tres momentos: integración/encuadre, desarrollo y evaluación.

Literatura

En los talleres de esta modalidad se utilizaron papelógrafos, plumones, hojas y lápices. Además, en las sesiones se propició la construcción grupal e individual de textos, en los cuales niñas, niños y adolescentes manifestaron el proceso de aprehensión de las categorías estudiadas.

Entre las técnicas realizadas se encuentran “la telaraña”^{vi} y “la canasta revuelta,”^{vii,17} que se enfocan en la integración y motivación del grupo. En el caso de estas sesiones, se proyectaron videos, se presentaron diapositivas con formato Power Point y se construyeron textos. Para el cierre y la evaluación se usó “el termómetro”, “el abrazo grupal” y se expusieron frases con opiniones sobre el encuentro.

El primer momento de los talleres se dirigió a la integración y encuadre del grupo. Una vez lograda la familiarización con las investigadoras y entre los participantes, se llevaron a cabo tres etapas: motivación, desarrollo/análisis y evaluación/cierre.

^v En el juego de roles se asignan distintos papeles correspondientes a las actividades de fotografía, periodismo, operación de la cámara y locución, que permitan la familiarización con los diferentes medios de comunicación y el desempeño en los mismos.

^{vi} Quien facilita el taller sujeta una bola de hilo y se presenta diciendo su nombre, lugar dónde vive, con quiénes comparte su hogar y su juego preferido; luego lanza la bola a otra persona participante, quien ofrece la misma información. Una vez que el grupo se presentó, quien la recibió en último lugar regresa la bola a quien se la lanzó, pero debe recordar la presentación hecha por su compañera o compañero.

^{vii} El grupo se dispone en círculo, cada participante debe saber los nombres de quienes están a su lado. La persona facilitadora explica que cuando se diga “naranja” y se señale a una persona, tiene que decir el nombre de quien está a su derecha y si se dice “piña” tiene que indicar quién se encuentra a su lado izquierdo. Si alguien se equivoca pasa al centro y la coordinación ocupa su lugar. Al decir “¡canasta revuelta!”, todas las personas cambian de puesto y quien quede sin lugar continúa dirigiendo el juego.



Niurka González Escalona y Nelcy Martínez Trujillo

Música

En estos talleres se emplearon el fagot y el trombón. También se utilizaron ilustraciones de todos los instrumentos que componen una orquesta sinfónica y las letras de tres canciones infantiles: una representativa de los estereotipos femeninos (“Hormiguita retozona”), otra referente a los masculinos (“Marinero quiero ser”) y la última fue compuesta con adivinanzas que aludían a oficios en sus variantes femeninas y masculinas.

En las técnicas participativas se exploraron las categorías del estudio a partir de las creencias y percepciones del grupo, se retomaron aspectos como la relación entre la apariencia de los instrumentos musicales y el sexo biológico de la persona ejecutante y aquellos que podrían ser ejecutados por cualquiera de los dos sexos. También se abordaron los sonidos que evocaban la figura femenina o la masculina, así como los roles que pueden asumir mujeres y hombres en una orquesta sinfónica.

Para vincular la apariencia del instrumento con el sexo biológico, se solicitó a los participantes que dijeran cuál podía ser ejecutado por una mujer o por un hombre. La relación de los sonidos con alguno de los sexos se exploró a través de melodías agudas y graves, las cuales

fueron producidas con el fagot y el trombón. Las y los participantes debían decir el sexo de la persona ejecutante.

Los roles en la orquesta sinfónica se exploraron pidiendo a niñas, niños y adolescentes que constituyeran su propia agrupación musical, por lo que seleccionaron las imágenes de los instrumentos que deseaban incluir y las asignaron a sus compañeras y compañeros. Así, se incluyó una ilustración que mostraba a la persona que actuó ese rol e hizo la selección.

Por otra parte, las canciones infantiles permitieron indagar en los estereotipos de género; una vez que las escucharon, las y los participantes emitieron sus criterios y valoraciones. Para rol femenino se utilizó el tema “Hormiguita retozona” y se analizaron las labores hogareñas. Respecto al masculino, fue escuchada la canción “Marinero quiero ser” y la atención se centró en las acciones de conquista. En el caso de las adivinanzas, se crearon algunas que aludían a la necesidad de pedir ayuda para resolver ciertas situaciones y cuyas respuestas tuvieron una variante femenina y otra masculina.

Hormiguita retozona

Hormiguita retozona no hacía más que jugar
y su mami le decía: ven y ayúdame a zurcir.
¿A zurcir mami? ¿Y si me pincho un dedo?
¡Ay, no! ¡A mí no me gusta zurcir!
¡A mí lo que gusta es jugar, jugar y jugar!
Hormiguita retozona no hacía más que jugar
y su mami le decía: ven y ayúdame a planchar.
¿A planchar mami? ¿Y si se me quema la ropa?
¡Ay, no! ¡A mí no me gusta planchar!
¡A mí lo que gusta es jugar, jugar y jugar!
Hormiguita retozona no hacía más que jugar
y su mami le decía: ven y ayúdame a fregar.
¿A fregar mami? ¿Y si se me rompe un plato?
Para que regañes.
¿Tú crees que yo soy boba?
¡Ay, no! ¡A mí no me gusta fregar!
¡A mí lo que gusta es jugar, jugar y jugar!
¡Ay, mami, chica, no te pongas brava! Pero ya
yo te he dicho que a mí no me gusta ni lavar
ni planchar ni zurcir ni fregar ni limpiar, mami.
¡A mí lo que me gusta es JUGAR, JUGAR y
JUGAR!

Pero un día, la mamá de hormiguita cogió una
gripe tan grande que parecía otra persona.
No pudo cocinar, no pudo lavar la ropa,
como nadie la ayudaba, no tuvo un plato de sopa.
Hormiguita retozona sintió ganas de llorar
y de pronto dijo así, ¡pobrecita mi mamita!
¡Yo la tengo que ayudar!
Fue a la cocina y cogió para la sopa una olla,
la llenó de agua con sal y le puso una cebolla
le echó carne, zanahoria, papa, tomate y ají,
puso bijol y fideo, ajo porro y un ají.
Su mamita se tomó
una sopa muy sabrosa
y hormiguita cariñosa le dijo:
¡mami reposa!
Hormiguita retozona
desde aquel día juró,
ayudar a su mamita
y su promesa cumplió.



Marinero quiero ser

Papá yo quiero que tú
me enseñes a navegar,
por esos mares del mundo
que tú has transitado ya.
Marinero quiero ser
y enfrentarme a los tiranos
que encierran los océanos,
para como tú vencer

Y en cada puerto tener
una aventura de amor,
hasta encontrar como tú
quien me rompa el corazón
Marinero quiero ser,
marinero como tú,
para dejar de jugar
con mi barco de papel.



Para la realización de los talleres de esta modalidad se utilizó el formato de cine debate como entrevista grupal de tipo proyectiva. Luego de ver un fragmento del filme cubano “Sueño Tropical”^{viii}, la discusión permitió identificar las ideas y concepciones sobre las relaciones, los roles y los estereotipos de género.

Asimismo, las técnicas de presentación propiciaron el reconocimiento entre las y los participantes, así como la autovaloración. También se utilizaron las técnicas “¿Quiénes somos en realidad?”^{ix} “El ciego y el lazarillo”^x y “El escultor y la escultura”^{xi,17} las cuales se vincularon con ejercicios de preguntas y respuestas que permitieron caracterizar al grupo, identificar pares y contrarios, así como conocer el significado que tiene para las y los participantes adolescentes “ser muchacha” o “ser muchacho”.

Fase de fortalecimiento (Octubre de 2012)

Se realizaron cuatro sesiones de trabajo posteriores a la recepción de datos sobre las categorías del estudio. Las personas que participaron construyeron materiales educativos y obras artísticas relacionadas con las modalidades utilizadas, lo que permitió valorar las miradas de género aprendidas en la sesiones iniciales.

Como parte de la devolución de los resultados considerada en los aspectos éticos de la investigación, en marzo de 2013 se realizó una actividad abierta: en el teatro de la escuela, y con la asistencia del cuerpo docente y del alumnado, se presentaron las obras elaboradas por quienes participaron en los talleres y las sesiones.

Resultados

Diversas investigaciones muestran que las niñas y los niños son actores principales en los procesos de promoción y educación para la salud. Para ellas y ellos es útil contar con la información necesaria para aprehender estos temas, por lo que es imprescindible prepararles para fomentar el cambio en el medio en el que viven, en beneficio de su bienestar y el de quienes les rodean.

Niñas y niños tienen la capacidad de desarrollar el papel de multiplicadores en variados escenarios: la escuela, el hogar, la comunidad donde viven y donde ocupan un lugar especial. En estos espacios pueden transmitir conocimientos de forma singular y novedosa, estimulando cambios de comportamientos y movilizando a otras personas a adoptar hábitos positivos, en su rol de educadoras y educadores para la salud.^{18,19}

Cabe señalar que en este estudio se obtuvieron resultados por manifestaciones y generales, mismos que se presentan en ese orden.

Resultados por manifestación

Comunicación social

En la fase de iniciación se identificó el estrecho grado de relación entre las identidades, roles y estereotipos de género compartidos por niñas, niños y adolescentes participantes en el taller. En general, se observó que tienden a asumir como naturales las diferencias de género, aceptadas por la mayoría de los sujetos en su entorno más inmediato y que se manifiestan a través de la atribución de roles y características diferenciadas por sexo. Así, las mujeres se consideraron delicadas y dedicadas al hogar, mientras que a los hombres se les

^{viii} El argumento central de la película es el cambio de roles de género, de femeninos a masculinos.

^{ix} El grupo forma un círculo, mientras una de las personas facilitadoras indica consignas como: los niños, las cubanas. Quienes se identifican con las afirmaciones, pasan al interior del círculo y el resto se mantiene girando. Las y los participantes pueden ingresar tantas veces sientan identificación con las consignas mencionadas y no pueden emitir opiniones mientras transcurre el ejercicio.

^x Se seleccionan tres parejas y el resto del grupo observa. Después se indica que una persona imitará el personaje de alguien ciego y debe mantener los ojos cerrados, mientras la otra actuará como lazarillo. En un segundo momento se alternan los roles y quien tenía el papel de guía conduce a su pareja sin que tropiece. La técnica se repite invirtiendo los roles y al concluir se pregunta con cuál de los personajes se sintieron mejor.

^{xi} Se solicita que se formen parejas y a cada integrante se le asigna el rol de escultora o escultor y a la otra persona el de escultura. Después quien actúa como “artista” coloca a “la escultura” en la postura y expresión facial que desea. Al finalizar se pregunta qué características reflejó su obra de arte y se invierten los roles de los personajes.

piensa fuertes y como apoyo en las labores de limpieza y cuidado.

No obstante, se apreciaron matices en dichas valoraciones, pues las niñas suelen reconocer de modo más flexible los roles que pueden asumir; mientras que esta mirada es menos expedita en los niños, quienes se apegan a roles más tradicionales, como leer el periódico y tirar la basura. En consecuencia, en las sesiones de trabajo con los estereotipos se generaron algunos momentos de intensa crítica y reflexión, a partir de los cuales se reafirmó lo antes constatado.

En la medida que avanzaba la fase y que aumentaba el nivel de familiarización con la temática de género, los criterios esbozados por las y los participantes fueron cada vez más profundos y serios. En su expresión estuvo latente la mediación familiar, pues muchos ejemplos provenían de sus experiencias en su hogar: “Yo ayudo a mi mamá, porque mi papá no vive con nosotros”.

De forma paulatina, niñas, niños y adolescentes expresaron miradas más equitativas en torno al género y se familiarizaron con las categorías abordadas: identidad, roles y estereotipos de género, así como con otras relacionadas, como en el caso del sexo.

En la fase de fortalecimiento se logró que las personas participantes se apropiaran con más profundidad de las categorías. Las apreciaciones en torno a las relaciones de género se expresaban de forma más homogénea y cercana a la equidad. Sin embargo, fueron apropiaciones de naturaleza discursiva, pues en la práctica se observaban comportamientos estereotipados; por ejemplo, mujeres y hombres se sentaban de manera separada y ellos se negaban a asumir roles atribuidos a ellas.

La elaboración de dos audiovisuales y de una galería de fotos, cuyo fin fue la promoción de la equidad de género, favoreció el desarrollo de una mirada crítica de sus propias prácticas e incrementó los niveles de compromiso con sus pares en el entorno escolar.

Literatura

En la fase de iniciación, a través de las opiniones de las y los participantes se percibió que en la construcción de género influyen en gran medida los estereotipos y roles socialmente asignados a uno y otro sexo. Al mismo tiempo, se constató que identificaban valores y actitudes específicos para mujeres y hombres.

En el caso de las niñas y las mujeres, se distinguieron características como ser educadas, tranquilas y hacendosas, por lo que se consideraron las principales responsables de las tareas en el hogar. Entre las voces que lo evidencian se destacan las siguientes:

Niña es buscar mandados y cocinar.

Ser niña es ser amable y cariñosa.

Es jugar a las muñecas, lavar, planchar, ayudar a nuestras madres.

Para los niños y los hombres se destacó que debían ser valientes, fuertes y caballerosos, lo que se vinculó con la responsabilidad de trabajar en la calle y asegurar la economía del hogar. Los discursos sobre este sexo refirieron como características:

Ser valientes, cuidar a la familia.

Como niño debo botar la basura y buscar el pan.

No jugar a las casitas.

También se evidenció algún nivel de aceptación para compartir las diferentes actividades domésticas con las mujeres, pues se mencionó:

Los niños deben ayudar a su mamá a hacer los mandados.

Mi papá friega y lava porque mi mamá atiende a mi hermanita recién nacida.

Los dos (madre y padre) pueden tener los mismos trabajos.

En la fase de fortalecimiento se comprobó el incremento en el nivel de familiarización de las y los escolares con las categorías abordadas, lo cual se evidenció con las siguientes construcciones realizadas por las personas participantes:

Equidad es lo que iguala a las hembras y los varones de acuerdo con sus cualidades físicas.

Estereotipo es lo que la sociedad impone para los diferentes sexos.

El género es diferente al sexo, pues este último se refiere a las características biológicas.

Los roles son las actividades que la sociedad quiere que hagan niños y niñas.

Cabe señalar que las expresiones manifestaban sus deseos de transmitir a otras y otros coetáneos los conocimientos adquiridos sobre la temática central de los talleres:

Quiero que participemos en un programa televisivo para niños.

Hacer actividades donde se muestre a otras personas los juegos que hacemos.

Estas voces reflejan el interés del grupo por transformarse en promotoras y promotores de salud, en particular con la temática de género en el ámbito escolar; además, indicaron su intención de continuar el vínculo con este proyecto.

Respecto a los productos de los talleres, se obtuvieron dos cartas, cuatro narraciones, el mismo número de mensajes educativos, tres historietas, un cuento y dos curiosidades. En cuanto a las cuatro modalidades, se describen los hallazgos a continuación.

Música

En la fase de iniciación las y los participantes establecen una asociación de la apariencia y el sonido de los instrumentos con alguno de los dos sexos. Las niñas identificaron los sonidos agudos y el timbre débil con lo femenino, mientras que los niños asumieron al trombón como instrumento fuerte que tocan los hombres y asociaron los sonidos graves y el timbre fuerte con lo masculino: “los varones tocan el trombón porque es más ‘hombrón’”.

Al explorar la posibilidad de que uno u otro sexo ejecute algún instrumento, tanto las niñas como los niños señalaron que ambos pueden tocar el violín, la guitarra, la flauta y el clarinete y cualquiera puede asumir el rol de la dirección de la orquesta. Ellas se identificaron con instrumentos como el violonchelo, el arpa y las castañuelas, mientras que los niños lo hicieron con el contrabajo y la trompeta.

Además, se observó que cuando la dirección de la orquesta fue asumida por un niño existió la primacía de instrumentos de las familias viento metal y percusión. En el caso de las niñas que asumieron este rol, la orquesta se formó con preferencia de instrumentos de las familias viento madera y cuerdas frotadas.

La exploración de los estereotipos a través de la canción infantil con enfoque femenino “Hormigueta retozona”, mostró que las niñas

y los niños identificaron a la mamá como la que “hace” y al papá como el que “ayuda”. Así, las labores hogareñas y de cuidados se vincularon con alguna figura femenina: mamá, tía, abuela y a los hombres se les relacionó con el rol directriz en la casa. En este sentido no se consideran las tareas correspondientes al hogar como un trabajo: “mi mamá las hace porque mi papá trabaja”.

La exploración del estereotipo masculino con la canción “Marinero quiero ser” mostró que las niñas y los niños aceptaban la idea de que el hombre sea quien “conquiste” a la mujer y señalaron que es raro que sea de forma inversa. Ellas se sintieron cómodas en el rol de “conquistadas”, pero no en el de “conquistadoras”.

Finalmente, la canción adivinanza mostró que la variante femenina del oficio fue seleccionada en las situaciones que requerían de alguna enfermera, costurera, peluquera o doctora, mientras que la masculina fue elegida cuando se necesitaba de algún bombero, carpintero o doctor. Es decir, sólo la profesión médica fue considerada para mujeres y hombres.

En la fase de fortalecimiento, y a partir de lo aprendido en los talleres de esta modalidad artística, las niñas y los niños compusieron la canción titulada “Ponte los espejuelos”, cuya letra muestra la aprehensión del enfoque de género en el grupo de estudio:

Ponte los espejuelos

Porque somos diferentes tú y yo,
como mamá, como papá
y podemos ser iguales a la vez,
ante la sociedad.
Ponte mis espejuelos, ¡póntelos!
y tendrá la vida color.
Ponte mis espejuelos, ¡póntelos!
y construye un mundo mejor.

Teatro

En la fase de iniciación, para la categoría identidad de género se obtuvieron criterios sobre las diferencias entre lo que significaba “ser mujer” y “ser hombre”, las que comprendieron lo fenotípico y lo conductual. Una de las principales diferencias radicó en la “fragilidad” de la mujer y la “fortaleza” del hombre. Para este grupo los aspectos que dotan a las personas de feminidad y masculinidad, son esenciales:

Mujeres

A las muchachas las caracteriza la limpieza, la dulzura, la fineza.

Hombres

Demostrando que no tienen miedo, los hombres se sienten más hombres.

Los hombres pueden ser sensibles y eso no quiere decir que no sean masculinos...

En la categoría roles de género se aceptó la asignación de ciertos comportamientos a las personas según su sexo y de acuerdo con cada cultura y sociedad. También se compartió la idea de que las mujeres y los hombres participen en las tareas del hogar, así como de la feminización del poder. Además, se observó la especificidad de los roles asociados con la paternidad y con la maternidad.

Mujeres

No siempre son iguales los trabajos de hombres y mujeres, los de hombres son más forzados...

Hombres

Mi mamá hace trabajo de hombres, como cambiar una pila de agua y eso quiere decir que lo pueden hacer otras mujeres.

Por otra parte, en la categoría estereotipos de género se identificó que existen atributos asociados con la feminidad y masculinidad. En el primer caso se consideró que las mujeres son más cercanas al amor y a la sensibilidad; mientras que en los hombres destacó la infidelidad y la inexpresividad de sentimientos. Respecto a la maternidad y a la paternidad, se colocaron como otros escenarios donde se expresan estereotipos de género.

Mujeres

A las mujeres les gustan esos detalles, la suavidad, las delicadezas.

Hombres

Los hombres son falta de respeto y son guapos, rudos, enamorados, mujeriegos (cambio de pareja).

Los hombres son los que enamoran, lo que está bien es eso.

En la fase de fortalecimiento se escribió una obra de teatro, la cual representó el grupo y se constató que incluía ideas diferentes a las debatidas en la fase de iniciación, pues se mostraron otras posibilidades de caracterizar a mujeres y hombres. Así, se evidenciaron

algunos cambios de opinión sobre los atributos asociados a la feminidad y masculinidad, entre ellos que las mujeres también son fuertes y los hombres pueden cuidar a las y los hijos. No obstante, aún se mantenían algunos estereotipos vinculados a la maternidad, sobre todo entre las adolescentes.

En todas las categorías que emergieron se observó un sustrato psicosocial propio de la edad a la que pertenecían las y los participantes: miedo al ridículo, alta significación de las opiniones de la otredad y de la aceptación grupal, así como dificultades para la apropiación y expresión de criterios personales, sobre todo cuando eran divergentes o disonantes al interior del grupo. Lo anterior podría influir en la aprehensión y reforzamiento de las construcciones de género que se desarrollan desde edades anteriores.

Otros resultados

Como productos generales se produjeron un logotipo, marcadores de libros y un cartel con la misma imagen, un libro de bolsillo y el Manual de Buenas Prácticas.



El marco conceptual de la investigación es acorde con las posiciones teóricas de los estudios que definen la identidad de género como un fenómeno socialmente construido, permanentemente inacabado y sujeto a las múltiples y diversas influencias que ejercen los distintos marcos de acción dentro de los cuales las personas interactúan en su vida cotidiana.^{20,21}

Aunque no se encontraron estudios que utilicen la metodología que se presenta en este artículo, los resultados obtenidos en la caracterización de representaciones compartidas son similares a los presentados en investigaciones nacionales e internacionales, los cuales muestran que la identidad, los roles y los estereotipos de género son construcciones sociales que marcan los procesos de la vida cotidiana.^{22,23}

Los resultados obtenidos demuestran que los factores que participan en la socialización de género son múltiples, por lo que las formas de “ser mujer” y “ser hombre” son diversas y acordes con diversas figuras-modelos, como la madre o el padre. Además, para la construcción de su identidad de género, cada persona tiene como referencia a la familia, al grupo social de pertenencia, a los pares, a las instituciones (el Estado, las religiones, la escuela, los medios de comunicación e incluso los servicios de salud) y a la cosmovisión de la cultura a la que pertenece.³

Así, se comprobó la influencia que ejercen las personas que rodean a las niñas y a los niños en la construcción de su identidad de género,² pues en el análisis de las voces y observaciones se constató la importancia de las relaciones familiares, escolares, comunitarias e institucionales, en lo que ellas y ellos identifican como femenino y masculino.

En cuanto a los resultados en la categoría roles de género, se observó la idea de compartir las tareas entre mujeres y hombres, aun cuando la realidad reflejaba hogares con sobrecarga de trabajo femenino.

En alguna medida, lo anterior se relaciona con la definición de la socialización del cuidado, entendida como el proceso de construcción de la subjetividad de un modo afín a cierto sistema de relaciones sociales preexistente, con el objetivo de garantizar su continuidad.

La socialización ocurre fundamentalmente por dos caminos: el primero es la identificación con las personas significativas de nuestro entorno, especialmente la madre y el padre, pues queremos que nuestro ser se asemeje a ella y a él. La segunda vía que socializa es la práctica de vivir y las actividades que realizamos en la producción de nuestra existencia, por lo que el trabajo -remunerado o no- es un factor de socialización de primer orden.²⁴

En este sentido, desde la perspectiva de la EP, esta investigación pretende transmitir a las niñas y los niños la idea de compartir las tareas de cuidado en la casa, con la premisa de que todas y todos los integrantes de la familia realicen diferentes actividades.

Algunos estereotipos de género podrían limitar las potencialidades de expresión, vistas en sus comportamientos, lo que reprimiría el ejercicio de una vida plena futura. Y aunque no necesariamente llegan a cumplirse en su totalidad, influyen en el juicio y valoración social y personal.³

De esta forma, el constructo género es punto de partida y de llegada. En el primer caso, debido a que las diferencias entre lo femenino y lo masculino implican múltiples formas de desigualdad y de inequidad en las relaciones entre mujeres y hombres. En el segundo caso porque orienta hacia una sociedad más justa, en la que se garantice la igualdad y equidad de derechos entre unas y otros.²⁵ De ahí que el nombre del proyecto de investigación donde se inserta este estudio sea “Espejuelos para el género”, cuya frase promocional es: “Una mejor manera de ver la vida”.

Los resultados coinciden con investigaciones realizadas en otros contextos para sujetos adolescentes, respecto a que no existe una condición natural/biológica que simbolice la superioridad social de los hombres, sino que deviene de la “naturalización” de algunos roles y estereotipos de género. De esta manera, dichos mandatos permanecen en las pautas culturales y se transmiten a las y los niños desde muy temprana edad, a través de los modelos sexuales estereotipados que se continúan socializando a pesar de los cambios sociales.²⁵

La limitación fundamental de un estudio cualitativo consiste en que los resultados no deben generalizarse, pues se circunscriben a la población que formó parte de la investigación. Lo anterior no implica que no puedan ser extrapolados contextualmente y ponderar su importancia al abordar el tema género

desde edades tempranas, teniendo claridad de que dos componentes fundamentales son la identidad y el rol de género.²⁶

Por lo tanto, al trabajar estos temas desde la infancia se propicia la preparación de las niñas y los niños para la educación sexual, en función de su salud integral. Por otra parte, observar de forma directa el fenómeno en la interacción cotidiana entre las personas educadoras y las educandas, en el medio institucional donde se desenvuelven ambas partes, donde llega el aprendizaje familiar y social, resultó un aporte importante para conocer la naturaleza de lo social y las relaciones entre las niñas y los niños.²⁷

De este modo, se identificaron las lecciones aprendidas: el carácter multidisciplinario del equipo de investigación permitió el desarrollo de la temática desde miradas distintas y con diversos enfoques, lo que se considera una fortaleza para abordar el tema de género. Además se considera como una aportación abordar esta categoría desde la niñez, pues es una etapa en la que se consolida la formación de la identidad de género, ya que aún no se concretan ideas preconcebidas de lo que es natural. Asimismo, la actividad lúdica permitió constatar el valor del juego como una vía para utilizar técnicas participativas e indagar sobre la temática central en el grupo de estudio.

También se observó que el trabajo realizado con niñas, niños y adolescentes respecto a la relación entre el género y los beneficios para la salud, es un abordaje novedoso y necesario, debido a que las personas nacen en el contexto familiar, se desarrollan en este y en otros espacios sociales como la escuela y la comunidad, por lo que reciben un legado cultural e histórico de símbolos que se expresan en tradiciones, costumbres, normas y valores. Lo anterior aporta para que cada persona construya un grupo de representaciones y significaciones de lo que se espera de ella, aspectos que tienen influencia en su salud.

En este sentido, es fundamental cuestionar dichos significantes desde edades tempranas y en los diferentes contextos sociales, con el fin de concientizar sobre los efectos del género en las prácticas de salud de mujeres y hombres.

Conclusiones

En las características de las representaciones compartidas sobre género se observa un abordaje transmitido socialmente y cargado de estereotipos asociados a la feminidad y masculinidad. La percepción sobre los roles de género apunta a la idea de compartir las tareas entre las mujeres y los hombres, pero la realidad aún es distinta a los discursos emitidos en esta investigación.

Por otra parte, la identidad de género, que incluye lo fenotípico y lo conductual, todavía se vincula a estereotipos de género tradicionales que asignan a las mujeres y a los hombres determinadas características que se convierten en expectativas. En este sentido, se reconoce que el género es una temática cuya complejidad requiere la mirada integral de diversos enfoques y disciplinas.

Debido a lo anterior, resultó novedosa la utilización de manifestaciones artísticas para el abordaje del enfoque de género en niñas, niños y adolescentes desde la interdisciplinariedad y se afirma que esta experiencia puede ser reproducida en otros contextos.

La creación de 17 productos artísticos, en los que se exhibió la aprehensión del enfoque de género, permitió mostrar mensajes educativos a las y los participantes, con lo cual se evidenció la adquisición de conocimientos que podrán incorporar a su vida cotidiana y a su experiencia de “ser mujeres” y “ser hombres”.

Finalmente, derivado del cuestionamiento al tema del cuidado y su socialización, así como su vínculo con la categoría género, en las sesiones de cierre de los talleres niñas, niños y adolescentes participantes mostraron el interés por trabajar la promoción de la equidad de género en el ámbito de la salud.

Agradecimientos

A Roxana González López, Coordinadora CGIC y Proyecto Desarrollo RRHH y GIC y OPS/OMS Cuba, por la colaboración para el financiamiento de actividades y materiales impresos.

A Adriana Castro González y Amanda Maciel Morales Vásquez estudiantes de Diseño Industrial del Instituto Superior de Diseño, por el diseño realizado del logotipo, el cartel y el libro de bolsillo.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa-Bayal MA. La construcción del género desde el ámbito educativo: una estrategia preventiva [Monografía en Internet]. País Vasco: Instituto Vasco de la Mujer; 2010. [Consultado 28 de febrero 2013]. Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.net/u72-nahikcon/es/contenidos/informacion/nahiko_materialak/es_ponencia/adjuntos/ANGELES%20ESPINOSA%20La%20construcci%C3%B3n%20del%20g%C3%A9nero%20desde%20el%20%C3%A1mbito%20educativo.pdf
2. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del Siglo XXI. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
3. Liendo E. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. 3ª ed. México. D. F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2008.
4. Guibert Reyes W, Prendes Labrada MC, González Pérez R, Valdés Pérez EM. Influencia en la salud del rol de género. Rev Cub Med Gen Integr. 1999; 15(1):7-13.
5. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of Health [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [Consultado 31 marzo 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
6. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Salud Publica Educ Salud. 2001; 1(1):19-22.
7. Alfonzo Rodríguez. AC. Violencia contra las mujeres. Alerta para el personal de salud. 2ª ed. Cuba: Editorial de la Mujer; 2015.
8. Amable Ambrós ZA, Peña Gácita M, Cabrera Matamoros R, Clarke Columbié CS. Hacia una ruta de Salud [Monografía en Internet]. Cuba: Universidad de La Habana; 2010 [Consultado 25 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Zoraida1.pdf>.
9. Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; [Consultado 31 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
10. Ministerio de Salud Pública. Informe Nacional sobre el cumplimiento de los ODM en Cuba. Cuba: MINSAP; 2010.
11. Artilles Visbal L, Alfonso Rodríguez AC. Género: bases para su aplicación en el sector de la salud. La Habana, Cuba: OMS-OPS; 2011.
12. Lozano L, Lozano A. La influencia de la música en el aprendizaje. Memorias del IX Congreso Nacional de Investigación Educativa. Mérida, México: ITESM; 2009, [Consultado 8 febrero 2013]. Disponible en: http://www.ruv.itesm.mx/convenio/catedra/recursos/material/cn_04.pdf
13. Calzado D. El Taller. Una alternativa de forma de organización del profesional de la educación. [Tesis]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona"; 1998.
14. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
15. Concepción y metodología de la educación popular. Selección de lecturas Tomo II. La Habana: Editorial Caminos; 2003.
16. Alejandro Delgado M, Romero Sarduy MI, Vidal Valdez JR. ¿Qué es la educación popular? La Habana: Editorial Caminos; 2008.
17. Torres Esperón JM, Martínez Trujillo N, Rodríguez Washington N, Díaz Bernal Z, Lozano Lefrán A, González Escalona N, et al. Manual de Buenas Prácticas "Espejuelos para el género". Editorial de Ciencias Médicas. La Habana; 2013
18. Torres Esperón JM, Lozano Lefrán A, Rodríguez Washington N. Formación de promotores por la equidad de género desde la infancia. Rev Cub Sal Púb [En línea]. 2013 [Consultado 26 febrero 2013]; 39(Supl). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_sup_13/spu05su213.htm
19. Pupo Ávila NL, Carvajal Rodríguez C. Estrategia metodológica para la formación de las niñas y los niños como promotores de salud en las familias. Rev Cub Sal Púb [En línea]. 2009 Dic [Consultado 4 marzo 2013]; 35(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Swain J. The money's good, the fame's good, the girls are good: The role of playground football in the construction of young boy's masculinity in a junior school, British Journal of Sociology of Education. 2000; 21(1):95-109.
21. Vázquez Andrade B. Romper con estereotipos de género desde la infancia. ALAI, América Latina en Movimiento. [en línea] 2010-04-09, [Consultado 24 marzo 2013]. Disponible en <http://alainet.org/active/37341&lang=es>
22. Vasallo Barrueta N. Desde otra perspectiva. La Habana: Editorial de la Mujer; 2011.
23. Caricote E. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. Educere. Revista Venezolana de Educación. 2006 Sep; 10(34):463-470.
24. Izquierdo MJ. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Donostia: emakunde; 2003. Disponible en: http://sidoc.puntos.org.ni/isis_sidoc/documentos/04225/04225_00.pdf
25. Cerruti Basso S. Salud y sexualidad desde una perspectiva de género [en línea] 2010 [Consultado 8 junio 2013]; [aprox 5 pantallas] Disponible en www.guiagenero.com/GuiaGeneroCache%5CPagina_Medios_Comu_00.
26. Bacallao J, Alerm A, Artilles L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educativa. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2002.
27. De Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Psicólogas y psicólogos por el cambio. Promoción de la salud con perspectiva de géneroⁱ

Lic. Clara Attardo[@]

Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino
Ministerio de Salud de la Nación. Argentina

Docente
Universidad Nacional de General Sarmiento

Investigadora
Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires

primerapagina93.blogspot.com



Introducción

El presente trabajo propone reflexionar sobre las diversas formas en que los Estudios de Género son una herramienta teórico-práctica adecuada y eficaz que permite realizar intervenciones de promoción en el campo de la salud comunitaria. De esta forma, se retoman los principales aportes de estas áreas y después se vinculan para exponer la manera en que operan como instrumentos de trabajo para las y los profesionales de la Psicología. En este sentido, es pertinente destacar la importancia del abordaje disciplinar realizado en estos ámbitos de inserción, los cuales se despliegan más allá del dispositivo clínico.

Por lo tanto, el propósito de este artículo es rescatar y colocar el campo de la promoción de la salud como un terreno en el que es necesario y deseable que las y los psicólogos desplieguen sus recursos sin temor a perder la especificidad disciplinar.

En este sentido, resulta fundamental visibilizar que existen maneras hegemónicas del ejercicio de la Psicología, así como otras disciplinas que suelen ser desvalorizadas y desjerarquizadas. Por lo general las resistencias, la falta de difusión y de valoración de las “otras” formas de inserción están vinculadas con el carácter crítico y transformador que representan. La intención es mostrar algunos ejemplos de abordaje y así aportar a la construcción de la especificidad de un campo de trabajo: psicólogas y psicólogos laborando en promoción de la salud y apropiándose de la perspectiva de género como una herramienta que promueve la equidad en las intervenciones.

Contribuciones de los Estudios de Género

Uno de los objetivos centrales de esta disciplina, y que permite diferenciarla de una mera recopilación de experiencias de los sexos, es el interés en la promoción de cambios en las relaciones de

poder entre las mujeres y los hombres. Es decir, tienen la pretensión ética de lograr equidad e igualdad de oportunidades entre unas y otros.

Los Estudios de Género aplicados en el campo de la subjetividad coadyuvan a crear estrategias para que ambos sexos deconstruyan y reconstruyan saberes, imaginarios y sentidos que forman parte de sus procesos de subjetivación, en tanto reproducen inequidades y relaciones de poder injustas y opresivas, en particular para las mujeres.^{1,2}

Este proceso puede ser conmovedor y doloroso, pues requiere la labor de las sociedades en su conjunto, la cual es difícil ya que toca redes ideológico-políticas que se configuran de manera particular en las y los sujetos y se anudan con las diferentes clases sociales, razas, religiones y etnias a las que pertenezcan.

La propuesta de este trabajo es reflexionar sobre los aportes que ofrecen la categoría género y el concepto de promoción de la salud, así como los elementos que podrían contribuir a que el trabajo del personal de Psicología no reproduzca inequidades entre las mujeres y los hombres.

Promoción de la salud

Este concepto relativamente nuevo se desarrolló en el marco de la denominada “Nueva Salud Pública”, movimiento que surgió en las décadas de los años 60 y 70 como respuesta a la reducción de las acciones sanitarias a aspectos meramente asistenciales, con preeminencia del modelo biomédico de alta especificidad y alto costo económico.³

Una de las estrategias de dicho movimiento es la definición de promoción de la salud, que cobró importancia en la década de los años 80 en países industrializados como Canadá. Dicho concepto hace hincapié en el impacto de las condiciones de vida sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de las poblaciones. En este sentido, se concibe la salud como un proceso complejo condicionado histórico-socialmente y atravesado por tensiones, resistencias y relaciones de fuerza inherentes a las tramas de poder,

¹ El antecedente de este artículo es la monografía de graduación de la autora del Diplomado Interdisciplinario en Estudios de Género, en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

© Correo electrónico: clarapsi@gmail.com
www.clarattardo.blogspot.com.ar

las cuales se manifiestan en y entre diversos grupos sociales.

Así, en 1986, en territorio canadiense se realizó la I Conferencia Internacional de Promoción de la Saludⁱⁱ, considerada como fundacional en esta materia, cuyo concepto es definido en la Carta de Ottawa:

(...) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por lo tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.⁴

Esta perspectiva requiere de políticas públicas intersectoriales, pues desde este marco la salud se concibe en términos amplios y su efectivización excede al sector que la involucra directamente. Es decir, tiende a fomentar la construcción de estrategias integrales con la participación de diversos sectores, los cuales tendrán como desafío negociar y concertar intervenciones que viabilicen la construcción de procesos promocionales de la salud. Lo anterior se relaciona con el objetivo de favorecer el respeto por la singularidad y fortalecer la autonomía de las y los sujetos.^{3,5}

Para lograr lo anterior es necesario impulsar medios de vida saludables que, con base en la Carta de Ottawa, incluyan aspectos como la paz, la justicia social, la igualdad entre las mujeres y los hombres, el acceso a una vivienda digna y un ecosistema protegido, entre otros.^{6,7}

Psicólogas y psicólogos trabajando en promoción de la salud

El objetivo de este intercambio es visibilizar el campo de la promoción de la salud como un espacio de intervención en el que es posible, necesario y deseable que las y los profesionales de Psicología se inserten. Al hacerlo se facilitará la construcción de nuevos dispositivos de trabajo que se ajusten a los requerimientos de las personas en nuestras comunidades.

Esa profesión se puede ejercer sin desterritorializarse, en particular cuando se trabaja en espacios comunitarios y en promoción de la salud. Por lo tanto, se mantiene el campo específico de intervención y de forma simultánea se realiza una orientación diferente a la clínica.

Los ámbitos de intervención comunitarios, el sector de la Salud Pública, los espacios municipales, las organizaciones de la sociedad civil y los diferentes estamentos públicos ofrecen oportunidades de trabajo e inserción profesional, las cuales son escasamente aprovechadas, a pesar de que el personal de Psicología puede aportar herramientas pertinentes para promover transformaciones colectivas y singulares. A su vez, estos espacios permiten crear dispositivos de abordaje con alto impacto poblacional.

En específico, trabajar en promoción de la salud implica que se pueden reconocer y rescatar aquellas creencias, mitos e imaginarios sociales que construyen las subjetividades, con el fin de visibilizar y transformar los malestares, las inequidades y las formas opresivas de existencia que impactan en la salud de las personas.

Estos modos de abordaje tienden a generar transformaciones en las condiciones de vida y garantizar la satisfacción de los derechos para promover comunidades más saludables. De esta forma es posible intervenir de forma individual y grupal para promover la sensibilización, la capacitación y la reflexión de las comunidades, así como fomentar transformaciones que generen lazos y redes de inclusión social.

ⁱⁱ Conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

Cabe señalar que no se trata de dispositivos terapéuticos, sino de otros espacios y otras modalidades con alta potencialidad transformadora y creativa que deben destacarse y jerarquizarse en la formación disciplinar, como modos de intervención que promueven cambios subjetivos y sociales.

En este sentido, los Estudios de Género ofrecen herramientas conceptuales pertinentes para este tipo de trabajo y además tienen gran potencial transformador, pues pretenden lograr la equidad en las relaciones sociales entre las mujeres y los hombres. Así, la perspectiva de género aporta una mirada diferente y se enlaza con los abordajes que buscan garantizar el cumplimiento y respeto de los derechos.



Clara Attardo

Para alcanzar este objetivo se deben visibilizar las implicaciones de los conceptos con los que se trabaja. Por lo tanto, es pertinente preguntarse qué aporta la perspectiva de género al campo de la promoción de la salud y si este contempla un abordaje sensible a las necesidades comunitarias y los determinantes sociales en salud. Además, valdría la pena dilucidar si el género propicia alguna diferencia en la mirada de las y los psicólogos en el campo de referencia.

En un principio, si bien la promoción de la salud es sensible a los determinantes sociales visibilizando cómo las condiciones de vida de las personas impactan en sus experiencias cotidianas, en las maneras de cuidar su salud, en las formas de ser asistidas, en el acceso al sistema de salud, en los modos de enfermar y de morir, no necesariamente se visibilizan las inequidades de género como determinantes en salud que vulneran de manera diferencial a las mujeres y a

los hombres. Por lo general, las vulnerabilidades diferenciales son invisibles y se desconocen las modalidades específicas que de forma cotidiana utilizan ambos sexos para cuidarse y cómo la subjetivación de género impacta en las estrategias de autocuidado.

En este sentido, si el trabajo del personal de Psicología en el campo de la promoción de la salud no contempla los procesos de salud-enfermedad-atención diferenciales por sexo y género, se pueden propiciar estrategias inequitativas y poco saludables. Por ejemplo, se corre el riesgo de no visibilizar el impacto de las denominadas “causas externas” en la morbi-mortalidad de los hombres. Es decir, las causas de enfermedad y muerte vinculadas a la violencia con impacto en la salud masculina en edades muy jóvenes, por motivos prevenibles y evitables.

Dos experiencias para compartir

Estos modos de enfermar y morir vinculados a la subjetivación de género masculina, encarnan ideales de valentía, fuerza y temeridad, por lo que también ponen en riesgo a las mujeres, quienes con frecuencia viven las consecuencias de situaciones de abuso de poder por parte de los hombres, expresadas a través de la violencia de género.

Otro ejemplo de la pertinencia de la perspectiva de género en el campo de la promoción de la salud es la planificación de acciones para la prevención del VIH/sida, en específico las vinculadas a la promoción del uso del preservativo como método de cuidado sexual. En este caso, si no se toman en cuenta los determinantes subjetivos de género que inciden en la decisión de no utilizarloⁱⁱⁱ dichas estrategias fracasarían, ya que no es suficiente garantizar el acceso igualitario a la información (por ejemplo, cómo colocar un preservativo). Por lo tanto, es necesario profundizar en el impacto diferencial del VIH/sida en mujeres y hombres, y la forma en que se les habilita para ejercer y disfrutar de su sexualidad, así como la manera en que influyen el (auto)cuidado.

Debido a lo anterior, es fundamental reconocer las maneras en que las personas cuidan su salud de forma cotidiana con el fin retomar y fortalecer sus estrategias. Así, se debe visibilizar que el campo de la salud no sólo es la asistencia, la curación y la rehabilitación de malestares o enfermedades, también es indagar en las prácticas que utilizan los sujetos para sentirse saludables.

Finalmente, se propone incluir el concepto de equidad⁸ para pensar las intervenciones en promoción de la salud, considerando que los determinantes diferenciales por género de los procesos salud-enfermedad-atención impactan en mujeres y hombres de manera particular.⁹ Las estrategias socio-sanitarias que no tengan en cuenta este nivel de diversidad, es decir, que continúen afirmando que ellas y ellos requieren de intervenciones idénticas, no podrán ser efectivas y correrán el riesgo de reproducir relaciones asimétricas de poder.

La metodología participativa se trabajó en dos espacios que permitieron visibilizar los aportes que el personal de Psicología puede realizar en materia de promoción de la salud e incorporando la perspectiva de género. Además, se realizaron en el ámbito de la salud social comunitaria y dan cuenta de cómo se implementó el marco teórico-metodológico seleccionado.

La primera acción se desarrolló en el sector sanitario y la segunda correspondió al campo de la promoción de la salud, resultado de un trabajo de índole intersectorial. En este sentido, se consideró pertinente incluir esta experiencia en dicho ámbito, pues fue consecuente con el desarrollo y los preceptos de esta área.

Es importante aclarar que en los dos trabajos de campo colaboré como psicóloga en los equipos interdisciplinarios, lo que me permitió observar cómo en el encuentro entre disciplinas se complejizan las miradas y las intervenciones, y se crean condiciones para realizar aportes específicos en la Psicología.

Talleres de Educación para la Salud con perspectiva de género

El espacio de trabajo fue el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 38, perteneciente al Área Programática del Hospital “Carlos G. Durand” de la ciudad de Buenos Aires (Bs.As.) y en el cual colaboré como residente del área de Educación para la Salud.

La población que asiste a este CeSAC pertenece a los sectores socioeconómicos medio-bajo y bajo de Bs.As y acuden personas migrantes del interior de Argentina y países limítrofes, así como personas provenientes de la misma ciudad.

El CeSAC está ubicado en una región que en términos generales tiene buenos promedios en sus indicadores sociodemográficos, económicos y sanitarios.¹⁰ Sin embargo, al analizar de forma detallada esta información se observa que no refleja que muchas de las personas residentes en este sector habitan viviendas precarias, como

ⁱⁱⁱ Como las desigualdades de poder que existen en la pareja y que dificultan a las mujeres negociar el uso del condón o los obstáculos inherentes a las expectativas sociales respecto del ejercicio de la sexualidad masculina.

edificios “tomados” de forma no legal, donde carecen de servicios sanitarios y condiciones de vivienda digna. Son mujeres y hombres que viven en una situación de vulnerabilidad y exclusión social, en un área en la que predomina la población perteneciente a las clases media y media-alta.

Este tema es complejo, pues las situaciones de inequidad y exclusión que viven las y los residentes de esta región contribuyen a su invisibilización, lo que dificulta la posibilidad de crear redes sociales más allá de su círculo inmediato. En particular, quienes asisten al CeSAC son en su mayoría mujeres jóvenes, niñas y niños. Este perfil es acorde con el tipo de oferta de este centro de salud a la población antes descrita.

Los temas que se abordaron de forma habitual se relacionaron con las necesidades en salud de la primera infancia y con el cuidado y asistencia a las mujeres que transitaban por el ciclo reproductivo. Esta modalidad de atención tiende a entender la salud en un modo asistencial y su abordaje es biomédico.

Asimismo, resulta fundamental rescatar que estas propuestas convivieron y se articularon con incipientes e innovadoras miradas y estrategias de intervención, las cuales buscaban interrogar y complejizar el modelo biomédico y generar prácticas con mayores grados de integralidad. En este sentido, se contemplaron la asistencia, la promoción y la prevención en salud, lo que ampliaría las intervenciones a otras franjas etarias y propiciaría un trabajo que incluyó el concepto de “ciclo de vida”.

Lo anterior permitió crear estrategias en salud que se anticiparan a etapas posteriores de la vida y también estimularan la participación de diversos sectores poblacionales como los hombres y las personas adultas mayores, además se fomentó el trabajo interdisciplinario y en equipo.

Así, como producto de esta interrelación institucional entre diversas ideas y prácticas en salud, la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud se insertó a través de espacios de reflexión, información y sensibilización que permitieron contribuir a la apropiación del derecho a la salud de las y los usuarios del CeSAC 38.

En este marco, una vez a la semana se realizaron talleres de Educación para la Salud, los cuales estuvieron a cargo de un equipo interdisciplinario compuesto por residentes. Las actividades se articularon de acuerdo con los días y horarios en los que se realizaba la entrega de leche a través del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación.^{iv}



Clara Attardo

La población destinataria del proyecto fueron las familias que acudían al centro de salud y las temáticas se relacionaron con la salud integral, lo que favoreció la participación de las personas que acudían al taller, quienes también recuperaron sus saberes, conocimientos y experiencias. El dispositivo utilizado fueron los talleres grupales con metodología participativa; las reuniones tuvieron una duración de entre 30 y 40 minutos, y los temas se renovaron cada mes.

Desarrollo de los talleres. Género y salud

En el espacio descrito se realizaron talleres que abordaron los temas de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida; además, se proporcionaron otros enfocados en reflexionar sobre los estereotipos de género expresados en las familias, en la crianza y en la consulta médica, entre otros ámbitos.

^{iv} Este programa garantiza la entrega de leche para las niñas y los niños de 0 a 5 años, para las mujeres embarazadas y para quienes amamantan a sus hijas e hijos. Además, se toma en cuenta el déficit nutricional que esta población pueda presentar.

Mediante la incorporación de la perspectiva de género se intentó transversalizar todos los temas abordados. Por ejemplo, respecto a la alimentación saludable se reflexionó sobre el rol de las mujeres y los hombres en la crianza de las niñas y los niños, promoviendo la distribución equitativa de actividades y cuestionando mitos y estereotipos de género que reforzaban el papel de ellas como las únicas calificadas para el cuidado y la crianza, con lo que se naturalizaba que las tareas domésticas y la alimentación saludable eran exclusivamente responsabilidades femeninas.

Por otra parte, se promovió la participación de los hombres en los talleres con el fin de cuestionar la idea de que un taller de alimentación y crianza sólo es para las madres y se destacó la importancia de su participación.

Otra tarea fue debatir de forma permanente acerca de los modelos de familia únicos y hegemónicos, vinculados con la concepción de "normalidad". Lo anterior fue fundamental, pues no se deseaba constituir dispositivos normativos que transmitieran formas hegemónicas de crianza, sino abrir el espectro a las múltiples experiencias que viven las comunidades. En este sentido fue importante evidenciar los aspectos metodológicos de esta investigación, la forma en que se trabajó, los recursos que estuvieron disponibles y las herramientas que promovieron la reflexión sobre estas temáticas.

Así, las características de la población participante fueron la base para decidir cuáles herramientas eran más adecuadas para la investigación, pues los dispositivos no son universales ni tienen la misma pertinencia y utilidad para todas las personas y situaciones. Por ejemplo, si no están familiarizados con el trabajo grupal, la toma de la palabra, la expresión de la propia opinión y recién comienzan a reflexionar sobre los temas, se deben ajustar las dinámicas y son imprescindibles los recursos lúdicos, la utilización del humor, la empatía, el respeto por los intereses y opiniones de los sujetos, etcétera.

En este espacio se trabajó con poblaciones socialmente invisibilizadas, a las que se otorga escaso valor a sus opiniones y necesidades. Este fenómeno es frecuente en las mujeres, sobre todo de los sectores más frágiles e históricamente vulnerados. También es común que en grupos mixtos a las mujeres se les dificulte tomar la palabra en relación con los hombres e incluso cuando sólo se encuentran ellas, muchas no se atreven a hablar. Por lo tanto, un dispositivo que promueve la salud con perspectiva de género y equidad debe incluir la escucha de todas las

voces, así como el encuentro entre las personas y la reflexión sobre sus experiencias y necesidades.

Las condiciones para que esto acontezca tienen que construirse en el espacio grupal e institucional, con el aporte de recursos por parte de las y los profesionales. En particular se debe poner atención en asegurar la importancia del lugar del otro y el respeto de sus opiniones, con el fin de orientar la resolución de problemas cotidianos. En grupo se debe procurar el rescate de los recursos de las y los sujetos, su puesta en palabras y el reconocimiento en este espacio colectivo.

Como ejemplo de lo anterior, se retoma una situación acontecida en este proceso, la cual permitirá reflexionar sobre la incorporación de la perspectiva de género en la promoción de la salud. En uno de los encuentros donde todas las participantes eran mujeres jóvenes y madres en su mayoría, la consigna era pensar en actividades que les interesaría realizar en su tiempo libre, por lo que se propuso indagar en sus gustos. La respuesta general fue el silencio, lo que propició que el grupo cuestionara si en realidad ellas tenían tiempo libre y si se percibían con derecho al mismo.

Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre el uso del tiempo de mujeres que trabajan fuera y dentro del hogar, quienes realizan labores de crianza de niñas y niños, cuidado de las personas adultas mayores y de la salud de las y los otros, además llevan a cabo todas las tareas domésticas. En concordancia con lo anterior, se requiere analizar cómo pensar e incluir lo impensado para muchas mujeres: sus propios deseos y proyectos.

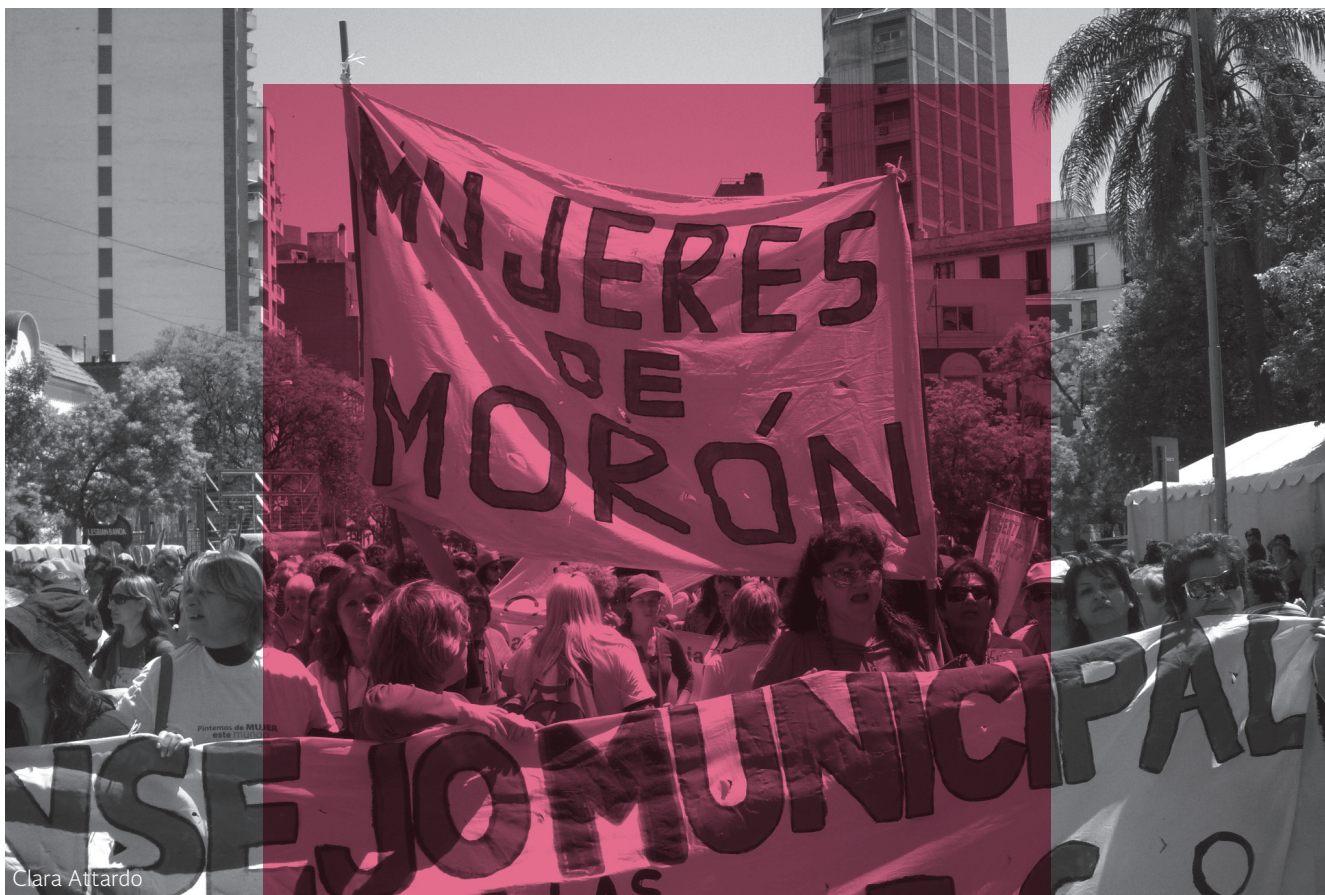
Las marcas de subordinación de clase y de género que se inscriben en estas singularidades se ponen en juego en el espacio grupal y en el marco de una institución sanitaria que muchas veces las reproduce. Por lo tanto, el abordaje de estas temáticas es complejo, pero las instituciones no son monolíticas ni homogéneas y donde opera la reproducción de los dispositivos de poder hay resistencias y producción creativa, una condición de posibilidad para transformaciones subjetivas.

De esta forma, es vital rescatar de este proceso la aidez que construyeron muchas mujeres por estudiar, retomar carreras y conseguir empleo, y así crear tiempos y espacios para ellas mismas y para sus gustos.

Esta experiencia se desarrolló en el marco de un proyecto que se llevó a cabo en el municipio de Morón, provincia de Buenos Aires, e institucionalmente se ubicó dentro del Presupuesto Participativo. Por medio de este proceso de participación ciudadana, las y los vecinos definen dónde y en qué invertirá la entidad, lo que orienta las prioridades, las obras y las acciones que desarrollará el gobierno municipal de forma anual.

El Presupuesto Participativo consiste en la promoción de asambleas vecinales en las que planifican proyectos que expresan las necesidades, los deseos y las ideas de la ciudadanía. Además, se realiza la votación de las propuestas y a las ganadoras se les asigna un presupuesto municipal con el fin de que sean ejecutadas. Cabe señalar que ciudadanas y ciudadanos mayores de 14 años pueden participar en el diseño de los proyectos y su implementación cuenta con el seguimiento y participación de la comunidad que los planificó y votó.

En este sentido, el proyecto “Jóvenes en acción por la No Violencia” fue propuesto por mujeres y hombres jóvenes pertenecientes a Morón Sur y para su realización se convocó a dos áreas municipales: la Dirección de Políticas de Género y la Dirección de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Cada entidad nombró una persona para que coordinara el proyecto, labor que realicé en representación de la primera institución.



De esta forma, a partir de la iniciativa de ambas áreas se conformó un equipo de trabajo integrado por una coordinadora, un coordinador y cuatro talleristas, quienes operaban con la juventud participante. Asimismo, se realizaron encuentros de planificación con las y los adolescentes que crearon el proyecto. Este proceso permitió incluir aspectos centrales para la ejecución como la viabilidad, el impacto posible, la continuidad, las poblaciones destinatarias, los tiempos y los objetivos alcanzables.

Desarrollo del proyecto

Los objetivos se enfocaron en sensibilizar y formar personas jóvenes en la prevención de la violencia en sus distintas formas. Se trabajó para que se convirtieran en formadoras de sus pares en la promoción de modelos alternativos a la violencia, con el fin de fomentar vínculos democráticos que interroguen los modos asimétricos de ejercicio del poder. El proyecto constó de tres etapas que se desarrollaron en el transcurso de un año.

La primera etapa fue la realización de talleres con mujeres y hombres jóvenes que cursaban el cuarto año de la escuela secundaria, para lo cual se seleccionaron dos escuelas públicas y el mismo número de privadas. Se decidió trabajar con ambos tipos de instituciones, pues la temática de la violencia atraviesa los sectores sociales y el Estado debe abordar esta problemática de manera integral en todos los espacios sociales, no sólo en los públicos o en los considerados vulnerables. El derecho a vivir sin violencia es de toda la población, por lo que el papel del Estado es fomentar políticas universales que garanticen los derechos de forma igualitaria.

En esta etapa se trabajó con las siguientes temáticas: los noviazgos violentos, la violencia familiar y la social y la construcción de alternativas al modelo de la violencia. El periodo de trabajo tuvo una duración de dos meses.

Durante la segunda etapa se convocó a las y los jóvenes que hubieran participado en los talleres para que formaran parte de una capacitación, el objetivo fue instruir a sus pares en la prevención en violencia. Así se conformó un dispositivo de abordaje denominado “Formación de Formadores/as”.

En el proceso de capacitación se profundizó en las temáticas de género, los tipos de violencia, los noviazgos violentos, la violencia familiar y la social y las alternativas a este tipo de manifestaciones. Además se incorporó la coordinación de grupos y la planificación de talleres participativos. Este proceso tuvo una duración de tres meses.

En este punto es vital subrayar que para el desarrollo de esta etapa se constituyeron dos grupos de trabajo con las y los jóvenes. Cada uno se integró con participantes pertenecientes a una escuela pública y una escuela privada. El objetivo fue generar el encuentro entre quienes provenían de diferentes lugares y ámbitos.

Con el fin de garantizar la viabilidad de este espacio las reuniones se convocaron en lugares próximos a sus escuelas, inmediatamente después del horario de salida y con una frecuencia semanal. Cada grupo fue coordinado por el mismo personal que trabajó en la primera etapa y que acompañó a las y los jóvenes durante todo el proyecto, lo cual fue fundamental, pues se constituyeron en sus referentes.

En la tercera etapa, las personas capacitadas pudieron multiplicar los talleres en sus escuelas y se enfocaron en mujeres y hombres jóvenes del primer año de la educación secundaria y de reciente ingreso al último ciclo de educación obligatoria en Argentina. De esta forma, se convirtieron en referentes de sus pares, con la posibilidad de construir un rol distinto al que tenían en los procesos de enseñanza-aprendizaje habituales, lo que les constituyó en protagonistas de estas acciones. Esta etapa se realizó en un período de dos meses.

En particular, esta experiencia permitió comprender la importancia de trabajar a mediano y largo plazo estas temáticas, pues en los grupos se fortalecieron los procesos de reflexión y transformación que se promueven. Cabe señalar que la primera etapa se integró con 280 personas jóvenes, de las cuales 40 decidieron formarse como multiplicadoras de los talleres, cifra que se mantuvo estable durante todo el proyecto.

Finalmente, es fundamental señalar que fueron las mujeres y los hombres jóvenes quienes coordinaron talleres de reflexión sobre la temática de la violencia para 280 de sus pares.

Reflexiones sobre el trabajo de prevención de la violencia con jóvenes

Entre los diversos planteamientos derivados de esta experiencia se destacan tres ejes de reflexión permanentes: metodológico, conceptual y personal. Respecto al primero, se cuestionan cuáles son las formas de trabajo más pertinentes, qué herramientas se deben implementar de acuerdo con las características de las personas participantes y los aconteceres grupales. En cuanto al eje conceptual, las interrogantes giran en torno a las ideas y las ideologías que se abordan en los talleres, así como en las y los autores que se retoman en las intervenciones

sobre la temática de la violencia. Finalmente, en el ámbito del trabajo personal analizamos cuál es la implicación de cada persona en estos temas y cómo las moviliza a continuar en esta labor.

Primer eje de trabajo: consideraciones metodológicas

Esta experiencia se caracterizó por el esfuerzo creativo de planificar dispositivos ajustados a las y los jóvenes, por lo que su opinión fue fundamental. De este modo, es interesante retomar las herramientas de trabajo que fueron diseñadas conforme iban sucediendo los encuentros y que eran modificadas en el transcurso. Por ejemplo, en la etapa de formación de personas multiplicadoras, los temas abordados en ambos grupos eran similares, pero los modos de intervención eran diferentes.

Así, un grupo tendía más a la dispersión, por lo que eran más eficaces las herramientas estructuradas y concretas, como el uso de carteles en grupos pequeños para conformar mapas conceptuales y con consignas concretas a partir de la lectura de un texto. El otro grupo era más rígido y estructurado, por lo que las dramatizaciones y ejercicios lúdicos favorecían la participación.

Otro tema de discusión fue ubicar el lugar que se daba a la narración de experiencias personales de las y los participantes. En el encuadre de trabajo se aclaró que no se trataba de un enfoque terapéutico y que el objetivo era formar personas multiplicadoras de los talleres que estuvieran bien informadas y sensibilizadas para prevenir los diversos tipos de violencia. Sin embargo, estos temas movilizan y promueven el despliegue de vivencias, las cuales eran rescatadas y expuestas de forma verbal.

La violencia es un tema delicado, por lo que se trató con cuidado. Así, durante todo el proyecto se evitó la presencia del cuerpo docente en los talleres, excepto que las y los jóvenes desearan y expresaran lo contrario; además, las personas que participaron como talleristas se mantuvieron en cada grupo hasta el final del proceso y no se propició el intercambio. Esto favoreció al encuadre de trabajo y el vínculo de confianza necesario para este tipo de temática.

Los acontecimientos grupales orientaban la tarea de forma permanente y se evaluó cada encuentro para tomar decisiones respecto a los pasos a seguir. En este sentido, se crearon puentes entre las personas participantes y los recursos institucionales que pudiera proveerles el Municipio para consolidar los lazos y promover en la juventud la apropiación del espacio público, en tanto ciudadanas y ciudadanos.

Estas acciones fortalecieron a estos grupos de jóvenes y a sus escuelas.

Finalmente, se enfatiza que también se trabajó con docentes y personal directivo, por lo que los resultados de esta experiencia fueron devueltos a cada institución educativa.

Segundo eje de trabajo: reflexión sobre el concepto de violencia

Incluyó la selección y discusión de los conceptos con los que se abordó la temática de la violencia. Las ideas y los discursos no son neutrales, en ellos subyacen concepciones ideológicas que deben elucidarse para no reproducir sesgos de género e inequidades en la distribución del poder en las intervenciones. Por lo tanto se realizaron reuniones semanales centradas en el debate y la planificación, en las cuales se evidenciaron y cuestionaron los paradigmas con los cuales se trabajó una temática tan sensible y compleja.

El modo de abordaje propuesto concebía la violencia como una problemática social que amerita ser analizada de forma interdisciplinar. Así, se integró un equipo con personal de Psicología, una comunicadora social y un pedagogo, quienes cuestionaron los mitos que conciben la violencia como una problemática individual y como producto de patologías y adicciones.

Por lo anterior, se decidió reflexionar sobre las relaciones abusivas de poder que subyacen a los vínculos violentos y se concluyó que son producto de las inequidades sociales y de poder entre las mujeres y los hombres. Cabe señalar que se trabajó con la perspectiva de género para cuestionar dichas relaciones de poder en las familias, en las parejas, en las instituciones a las que pertenecen las y los participantes, así como al interior de los grupos de jóvenes.

En esta experiencia fue central el esfuerzo de cuestionar de forma permanente a las y los autores con los que se trabajó, así como las ideologías y los mitos que aparecían, lo que permitió promover alternativas a los modelos de la violencia.

Tercer eje de trabajo: resonancias personales

Finalmente, se trabajó con el impacto personal que ocasionaba el abordaje de este tipo de problemáticas. Durante las reuniones de planificación del proyecto se dedicó un espacio para reflexionar sobre las resonancias personales que implica la temática de la violencia.



Clara Attardo

Hallazgos y discusión

El encuentro entre las y los jóvenes de diversos sectores sociales requirió el esfuerzo de gestión y de visibilización, así como la exposición verbal de los prejuicios y resistencias que lo obstaculizaban. Por ello, fue reconfortante vivir este proceso de conocimiento mutuo, de interrogación de estereotipos en un momento social de altísima fragmentación y violencia vinculada con el no respeto por las diferencias.

También se desmintieron los mitos y prejuicios que colocan a la juventud como desmotivada y desinteresada en participar comunitariamente, pues las y los jóvenes se comprometieron con la prevención y construcción de modelos alternativos a la violencia. Incluso se manifestó con emoción que “el mundo se puede cambiar” y “¡podemos cambiar el mundo!”.

Un aspecto interesante fue el descubrimiento de que cada institución educativa presentaba una forma específica de vivir la violencia y de resolverla. En algunas de ellas era invisible y velada, pero existía fuerza e insistencia a través del consenso. Fue difícil cuestionar con las y los jóvenes este tipo de violencia, ubicada en el orden de lo simbólico y la complejidad fue mayor respecto a modos más

explícitos y evidentes como las peleas, los golpes y los insultos.

El autoritarismo, el abuso de poder y la violencia institucional eran acompañados por narrativas que los legitimaban, las cuales estaban encarnadas en las subjetividades de las mujeres y los hombres, lo que generó resistencia a los cambios. Por lo tanto, es vital señalar la necesidad de visibilizar y cuestionar todos los tipos de violencia, incluyendo la simbólica. También resulta interesante develar las formas en que este tipo de ejercicios se presentan en las instituciones, en los sectores sociales en los que se insertan las y los jóvenes, así como en la historia institucional.

Asimismo, se destaca que las experiencias de trabajo desarrolladas en este apartado permitieron generar transformaciones en las personas participantes: diferentes miradas, posicionamientos, motivaciones y deseos surgieron a partir del encuentro con otras y otros.

Debido a los buenos resultados y la repercusión en la comunidad, al siguiente año de la experiencia narrada, el proyecto “Jóvenes en acción por la no violencia” se transformó en un programa institucional del municipio de Morón y las acciones realizadas adquirieron un rango de mayor institucionalización y jerarquía y se garantizó su continuidad.

Conclusiones

De acuerdo con las experiencias descritas y analizadas, se afirma que el campo de la promoción de la salud puede ser fortalecido por los aportes del personal de Psicología, que comprometido con la transformación de la realidad inequitativa construye de forma creativa herramientas y dispositivos de intervención que se ajustan a las necesidades y características de las comunidades, con el fin de transformar condiciones de vida injustas.

Los Estudios de Género aportan a la promoción de la salud saberes sobre las subjetividades de mujeres y hombres, lo que se plasma en prácticas en salud tendientes a transformar las inequidades de poder entre unas y otros.

Entanto se conciba el proceso salud-enfermedad-atención como social, colectivo y multideterminado, se podrán promover cambios en las condiciones de vida, impulsar la satisfacción de los derechos y lograr comunidades más saludables.

Una gran parte de las intervenciones en el campo de la promoción de la salud requiere de un abordaje interdisciplinario y este tipo de dispositivos conviven, se mezclan, entran en conflicto y borran los límites disciplinares, lo que implicaría cierta angustia y sensación de no tener un anclaje. Sin embargo, es interesante atravesar por estas experiencias y apropiarse de los intercambios que resulten.

Como resultado de estos encuentros el personal de Psicología que participó en los proyectos, utilizó nuevas herramientas de trabajo, diferentes a las tradicionales y propias de su disciplina, para aplicar otras que enriquecieron su formación y agudizaron sus oídos y miradas. Por todo esto es fundamental que psicólogas y psicólogos apuesten por el cambio y por espacios de trabajo que les vinculen con el campo de la Salud Pública, los Estudios de Género y el trabajo interdisciplinario.



Clara Attardo

1. Bonder G. Los estudios de la mujer y la crítica epistemológica a los paradigmas de las ciencias humanas. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; 1985.
2. Fernández AM. La mujer de la Ilusión. Buenos Aires: Paidós; 1993.
3. Czeresnia D, Machado De Freitas C. Presentación. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. (Organizadores). Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 11-17.
4. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá. Organización Mundial de la Salud; 1986.
5. Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. (Organizadores). Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 47-64.
6. Marchiori Buss, P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. (Organizadores). Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 19-46.
7. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas articulaciones prácticas. En: Spinelli H (Compilador). Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1990. p. 11-47.
8. Sen A. Desigualdad de género y teorías de la justicia. Mora 2000; 6: 4-18.
9. Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: Políticas Públicas, Mujer y Salud. Popayán, Colombia: Universidad Nacional del Cauca-RSMLAC; 2004. p. 27-39.
10. Buenos Aires Ciudad. Análisis de la Situación de Salud [Internet]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; c2015 [Consultado 1 junio 2015]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>



Desciframos

Mtra. Silvia del Pilar López Hernández

Maestra en Salud Pública
Universidad Veracruzana

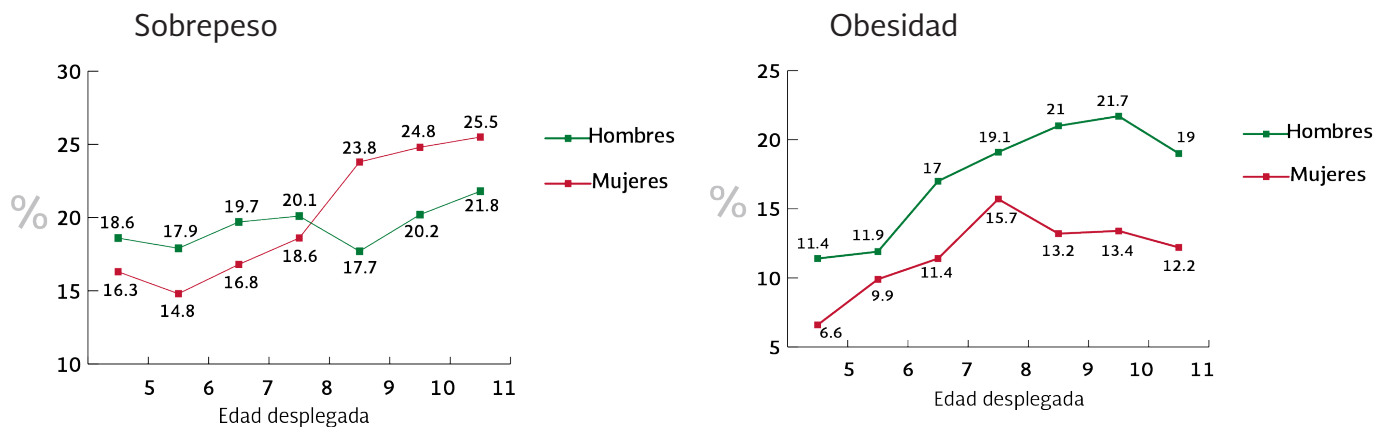
La Subdirección de Documentación de Inequidades, perteneciente al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, tiene como una de sus líneas de acción “fomentar que la información en salud sea desagregada por sexo y edad” sobre todo respecto a los principales problemas de salud pública. Además, se considera importante que los datos y sus fuentes sean analizados desde la perspectiva de género.

En esta ocasión, se presentan avances del documento “Epidemiología del sobrepeso y la obesidad con perspectiva de género”, que ofrece un panorama más puntual de la situación de mujeres y hombres mexicanos en relación con ambas condiciones.

Niñas y niños (5 a 11 años)

En este grupo etario se encontró que hay diferencias por sexo y edad con respecto al sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, las mujeres muestran menor sobrepeso y obesidad en relación con los hombres, con excepción del periodo de inicio de la pubertad (de 8 a 11 años), en el que se observó un incremento de la primera condición en las mujeres.

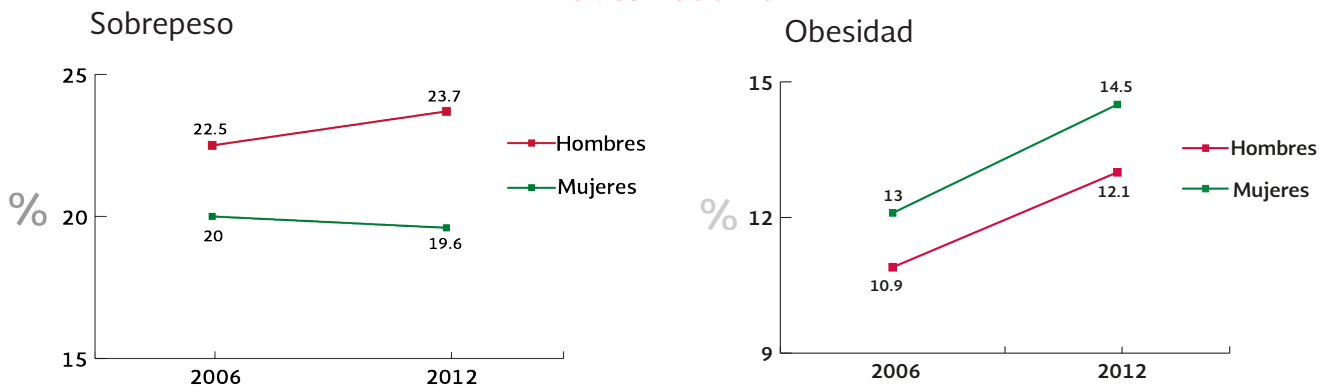
Gráfica 1. Porcentaje de sobrepeso y obesidad. Población de 5 a 11 años, por edad desplegada y sexo. México, 2012



Adolescentes (12 a 19 años)

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para el año 2012, en México la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de 35.8% para las mujeres y 34.1% para los hombres. Como puede observarse en la gráfica 2, la proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres adolescentes (23.7%) que en hombres del mismo grupo etario (19.6%), y respecto a la obesidad los datos revelan que en esta etapa de la vida el porcentaje de mujeres con esta condición fue menor en relación con los hombres (12.1% y 14.5% respectivamente), y se puede observar que la tasa tiende a incrementarse.

Gráfica 2. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres adolescentes. México 2006-2012

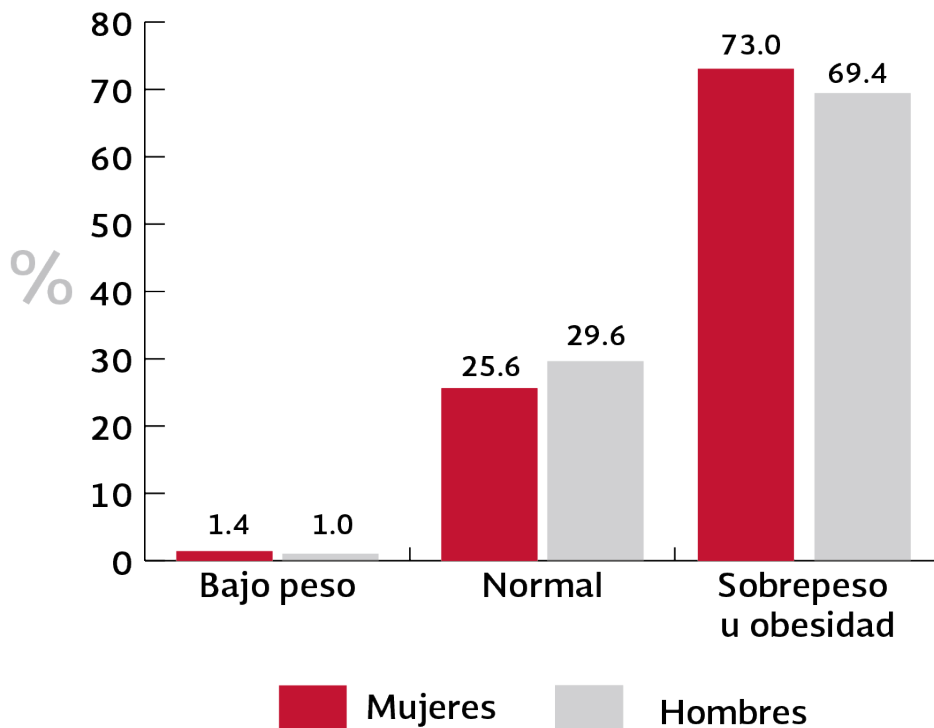


Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

Mujeres y hombres en la etapa adulta (20 años o más)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que entre las mujeres adultas existe mayor proporción de sobrepeso y obesidad respecto a los hombres del mismo etario (Gráfica 3).

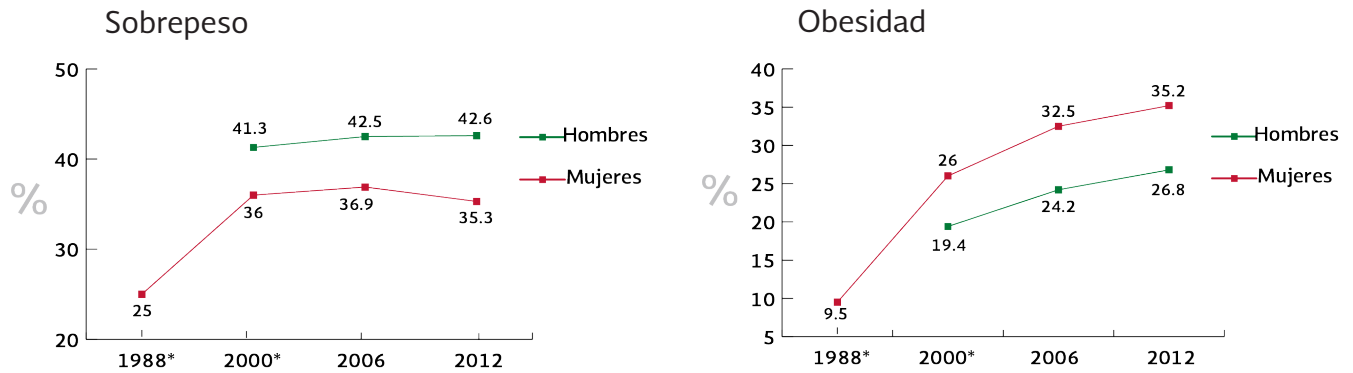
Gráfica 3. Índice de masa corporal en mujeres y hombres adultos. México, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. (INSP).

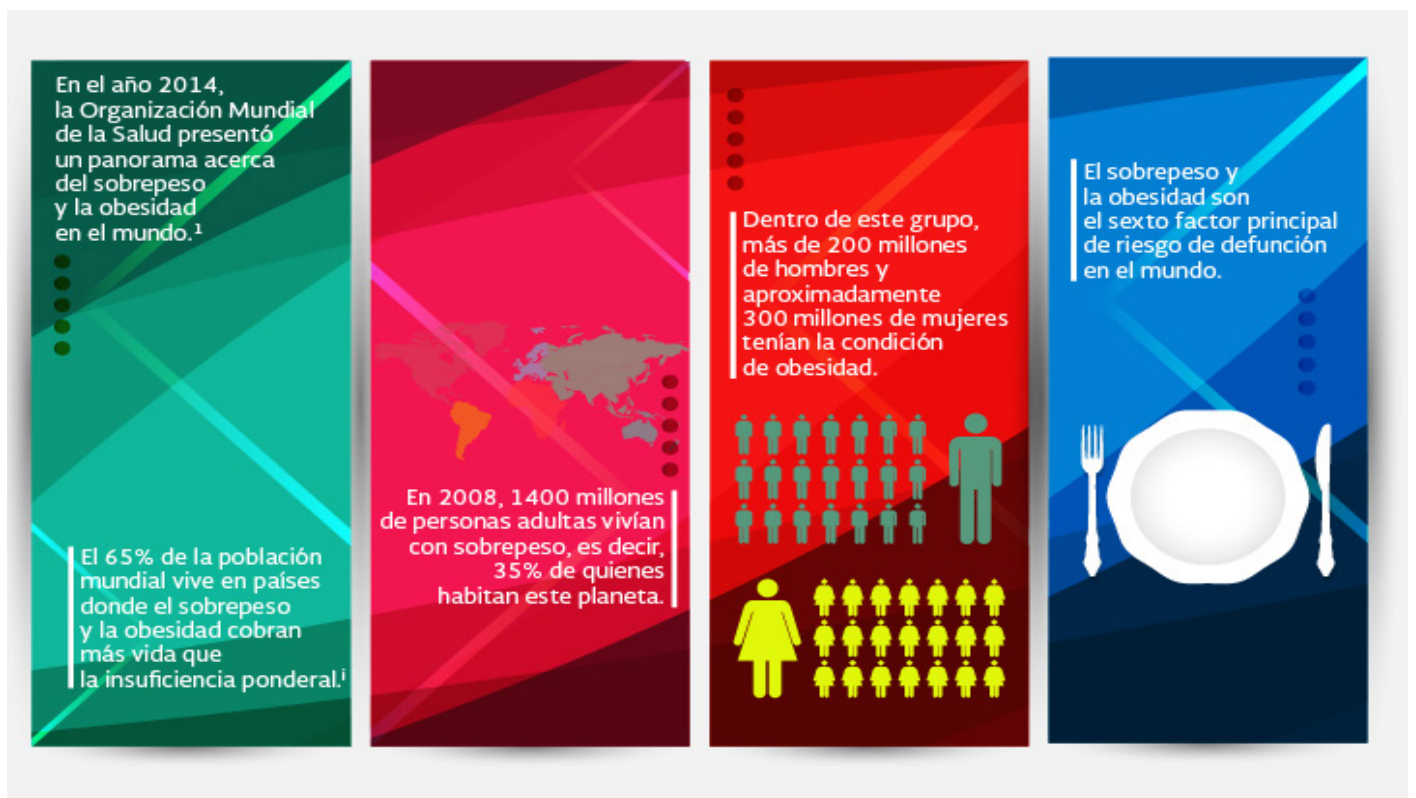
En las diferentes ediciones de la ENSANUT, al comparar los datos de sobrepeso y obesidad se observa que entre los años 1988 y 1999 los hombres tuvieron mayor porcentaje de sobrepeso respecto las mujeres, lo cual se acentúa en 2006 y en 2012 inicia un decremento en la prevalencia de esta condición entre ellas (Gráfica 4). En cuanto a la obesidad, los datos de las encuestas referidas, indican que las mexicanas tienen mayor prevalencia respecto a los hombres y para ambos sexos esta condición se ha incrementado en un periodo de 24 años, como puede observarse en la gráfica 4.

Gráfica 4. Tendencias de sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres mayores de 20 años de edad. México, 1988, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSANUT, 1988. INSP.
ENSANUT, 1999. INSP.
ENSANUT, 2012. INSP.

*En el caso del sobrepeso y la obesidad, para las mujeres se utilizó la ENSANUT de los años 1988 y 1999. Para los hombres, esta encuesta nacional empezó a medir esta condición a partir de la edición del año 2000.



¹ La insuficiencia ponderal es una medida de desnutrición tanto moderada como grave

Referencias bibliográficas

1. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2015 [Consultado 15 junio 2015]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>, mayo 2014

Entrevista
Dra. Ma. Luisa Magaña Aquino
Coordinadora estatal de Salud Reproductiva
Servicios de Salud de Querétaro
Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Yessica Sánchez Rangel



Soy una mujer imperfecta, en construcción, en crecimiento, con oportunidades y desafíos en la vida, con limitaciones en mi historia, en mi infancia, en mi crecimiento como mujer y como profesional. Me asumo e identifico como un ser humano que sigue en la búsqueda incansable de ser mejor persona y prestadora de servicios de salud, para poner mi conocimiento al servicio de la gente, sobre todo de la más desprotegida, pues son quienes nos ocupan en esta institución de la salud.

Así se presentó la coordinadora estatal de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Querétaro; una mujer de imagen fuerte que ha trabajado durante varias décadas por la salud de las y los mexicanos. En esta ocasión, presentamos esta entrevista que nos permitirá conocer las experiencias de vida y profesionales de esta servidora pública.

¿Por qué decidió estudiar Medicina y Salud Pública? ¿Qué la motivó a desarrollarse en estos ámbitos?

Nací en Zapotiltic, un pueblo del sur de Jalisco y antes de ingresar a la carrera de Medicina existieron varios procesos y barreras, pues desde los inicios de mi vida hubo limitaciones y carencias, como las que hay en cualquier pueblo. Sin embargo, decidí que renunciaría a repetir las historias de vida que conocía y que ahora percibo como de terror, porque se ponen barreras y no permiten el crecimiento y el desarrollo de las personas y de la sociedad.

El primer interés hacia la carrera de Medicina se dio entre los diez y once años, cuando mis hermanas, hermanos y yo, por la carencia de servicios de salud en mi pueblo, éramos atendidos y curados por mi mamá con plantas medicinales. Creo que conocí un doctor hasta los doce años y también fue la primera vez que fui a consulta, porque no había más.

En aquella época estaba el Movimiento Nacional de Salud Popular, en el cual participé entre los diez y doce años. Así conocí un mundo más allá de mi realidad, lo que me abrió los ojos y me permitió soñar con la posibilidad de volar fuera del contexto familiar y personal, pero sobre todo del pueblo. Entonces me involucré en el campo de la medicina natural y conocí más de 80 plantas, sus propiedades, sus dosis y para qué servían, por lo que comencé a medicar.

Sin embargo, no sabía cómo diagnosticar; aún así, cuando tenía entre trece y quince años las personas llegaban conmigo y llevaban el diagnóstico médico para que yo las recetara. Me decían: “tengo amibiasis” y les contestaba: “entonces te vamos a dar chaparro amargo” y también me pedían: “quiero planificar la familia, pero no quiero tomar hormonas”, entonces les daba una micro dosis de ruda. Pero yo quería apropiarme del conocimiento necesario para hacer diagnósticos y se despertó en mí el interés por estudiar, pues sabía que desde el ámbito empírico iba a ser poco menos que imposible.

Una medicina más social

¿Cómo fue ese camino hacia la Medicina?

Tuve la suerte de ingresar a Medicina en la Universidad de Guadalajara (UdeG), institución que me permitió incursionar en este campo más social: la Salud Pública. La intención es regresar a la sociedad lo que me ha dado; en la UdeG el cuerpo docente nos decía: “la responsabilidad que viene después de esto es que vas a ser una profesional y tienes que devolverle todo lo que puedas a la gente”.

Estudí Medicina porque sabía que cuando pudiera diagnosticar y medicar iría con las comunidades más desprotegidas. Para cumplir con el servicio social elegí la sierra, el municipio más pobre, Cuautitlán de García Barragán. Ahí enfrenté la realidad de la población indígena, náhuatl, con todas las limitaciones que tenía.

Me enamoré tanto de la población, de la gente, que todavía recuerdo y vibro. Voy a visitarles cada año y me cimbro, porque me transformé y me identifiqué mucho con esas mujeres y esos hombres. Además, trabajé cosas maravillosas que implicaron la organización con la población, con muchos temas en materia de Salud Pública que incluían acciones como cocinar y aprender a cultivar soya, hacer cooperativas, organizaciones, conocer plantas y también tenía grupos que ahora se llaman “de ayuda mutua”.

Al concluir el servicio social, tuve trabajo al día siguiente. En ese entonces ya había presentado mi examen profesional y mi tesis, sólo era cuestión de liberar mis papeles, por lo que decidí adentrarme más allá de Cuautitlán de García Barragán y llegué a Chacala, una comunidad con una realidad más cruda. Pese a todo lo que había aprendido en la otra delegación me di cuenta que mi patria, mi pueblo y mi gente tenía muchas situaciones limitantes que, por mucho conocimiento, corazón y pasión que le ponga una a la carrera hay circunstancias de estructura que son mayores y que nos rebasan.

¿Cómo ingresó al ámbito de la Salud Pública?

Al llegar a Chacala empecé a soñar con la posibilidad de hacer algo más, en otros niveles y dimensiones. En esa época conocí más de cerca el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y me inscribí en un curso de verano, quería saber si era lo mío y ahí encontré personas

maravillosas, compañeras y compañeros de todo el país.

Mientras estaba en ese curso concluyó mi contrato y hubo cambio de gobierno, por lo que ya no me dieron espacio en mi trabajo. Siempre he pensado que no fue por falta de recursos, sino que había hecho mucho ruido en la comunidad, pues la población indígena se estaba empoderando y exigiendo lo que no les llegaba: medicamentos y materiales de curación. Además, redignificamos la unidad de salud y movilizamos a la gente.

Al concluir el programa académico regresé a Jalisco y ya tenía un empleo, contactado mediante un amigo entrañable. De esa manera llegué a la Sierra Gorda de Querétaro y el mismo día en que tuve la entrevista para el empleo, el director de la Jurisdicción me confirmó que mi puesto de trabajo sería con él, en el área de Salud Reproductiva.

En Querétaro mi vida cambió en todos los ámbitos. Empecé a considerar otras posibilidades y desde que llegué a Jalpan le dije a mi director: “me encantó el trote del INSP y quiero hacer Salud Pública” y él me contestó: “pues aquí tienes mucho para que te entrenes”. Estuve dos años y ocho meses en la sierra, donde aprendí mucho.

En el año 2000 tuve la oportunidad de estudiar la maestría en Salud Pública en el INSP. Dos años después concluí mis estudios, deseaba regresar a Jalpan, pero la directora de Servicios de Salud me indicó que me necesitaba en Querétaro. Así llegué a Salud Reproductiva, primero al Programa de Planificación Familiar (PF) y seis meses después me ofrecieron la jefatura del área. Por supuesto que me resistía, porque sabía el reto que implicaba, pero acepté y me propuse identificar mis potencialidades y mis capacidades.

Cuando tomé ese puesto había 15 personas en el área, pero era muy cuadrada y venía de una institución muy rígida. Ahora me río y hasta me censuro, porque de un equipo de 13 personas sólo terminamos la secretaria, el capturista y yo. Tal vez el nivel de exigencia era demasiado o quizá no sabía tratarles, o les quité del nicho de confort. A los seis meses ya no tenía equipo y fue un reto reconstruirlo con personal experto en cada uno de los temas.

Me mantuve en el liderazgo del programa hasta 2006, cuando se deslindó de forma parcial el área de Cáncer cervicouterino y de mama, así como el programa “Arranque parejo en la vida”

(Salud materna y perinatal). De tal forma que me quedé con el Programa de PF, Violencia y lo poquito que podíamos hacer respecto a Género, Climaterio y Menopausia, así como Salud Sexual y Reproductiva.

El trabajo con cáncer cervicouterino: un giro de tuerca

Entre los años 2003 y 2004 se planeó una estrategia para el fortalecimiento de la atención al cáncer cervicouterino. Al llegar a Querétaro identifiqué baja incidencia de este padecimiento, pero una tasa de mortalidad muy alta, lo que cuestioné por la poca correlación que existía entre los diagnósticos citológicos y la morbilidad de las queretanas. Además, observamos que mujeres que se habían realizado el papanicolaou por cuatro años consecutivos, siempre tenían resultados negativos, nivel 2 o reacciones inflamatorias y a los cuatro meses estaban muriendo por esta enfermedad. Había demasiadas inconsistencias, por lo que propuse una estrategia que nos permitiera identificar esta patología de una forma más efectiva.

De este modo, planteamos hacer colposcopías además de citologías y si había lesión, en ese mismo momento se hacía biopsia, cuyo resultado estaba disponible 72 horas después. Ya teníamos diagnósticos histopatológicos con cánceres *in situ* o VPH; aunque la colposcopia era entonces muy cara y poco practicada, nos permitía ver la lesión, hacer la muestra y la biopsia, enviarla a análisis patológico –se contrató una persona sólo para la lectura de muestras- y en un periodo de 24 a 48 horas teníamos los resultados de biopsia e histopatología. Así, tras 120 horas esa mujer ya estaba en tratamiento.

Fui criticada y censurada por el “desperdicio de recursos”, pero creo que si una mujer se salvó, valió la pena toda la inversión. Decidí cambiar a las y los citotecnólogos por especialistas en patología, pero no había suficientes profesionales y quien se especializaba en esta área cobraba muy caro y no trabajaba a destajo, como lo requiere la institución. Entonces seguimos haciendo lo que podíamos con colposcopia, diagnóstico histopatológico y tratamiento con las y los médicos de colposcopia, oncología o con quienes lo tuviéramos que hacer.

Debido a nuestros resultados, nos prestaron una unidad móvil nacional y Querétaro compró tres unidades más, montamos colposcopios, contratamos especialistas, se adiestró al personal y también incluimos la mastografía. Nos acabamos la unidad móvil que tenía la

Federación; la partimos en dos porque la metimos en comunidades casi inaccesibles, pero así identificamos muchísimas lesiones en los lugares más desprotegidos. Incluso he dicho que ese cascarón tendríamos que triturarlo con honores, por las historias de vida que se transformaron con el diagnóstico oportuno de cáncer.

También posicionamos la “Ruta por la vida”, que era el tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama en las mujeres y la etiquetación de recurso único que, desde que tengo conocimiento, en la historia de Querétaro ha sido el único programa que se ha considerado prioritario y al que se ha otorgado dinero del gobierno estatal. Fueron millones de pesos, lo que implicó que se politizara con los efectos que se podrían esperar: suponían que me estaba robando el dinero, pero la historia dice lo contrario.

Lo anterior derivó en que a inicios del 2007 me separaran del ámbito del cáncer cervicouterino, aunque con el tiempo hubo problemas y me pidieron que regresara. En ese periodo desapareció “Ruta por la vida”, pero el fortalecimiento llegó desde el nivel federal e implicó el posicionamiento del trabajo en materia de cáncer de mama con un Programa de Acción Específico y una Norma Oficial.

Por otra parte, en el año 2011 tuve ciertas fricciones con algunas autoridades porque en ningún hospital se consideraba la anticoncepción postevento obstétrico (APEO). A los seis meses dejé de colaborar en el programa de PF y me propuse demostrar a los hospitales que sí se podía hacer APEO con éxito, por lo que me fui a campo. Esa época fue interesante porque en un periodo de tres meses se incrementaron las coberturas de APEO, lo que en muchos años no se había alcanzado. Ese trabajo lo repliqué en otro hospital y seis meses después regresé a PF.

Violencia, género y salud reproductiva

¿Podría compartir algunas de sus experiencias de trabajo respecto a las temáticas de violencia y género?

Hasta donde conozco, Querétaro fue pionero en materia de violencia familiar y también en el programa “Igualdad de Género”, en el que hemos trabajado para la transversalización de la perspectiva de género en todos los programas prioritarios y en todo lo que tenga que ver con salud.

Picando piedra, he incorporado la perspectiva de género en la medida de lo posible. En PF hemos

abordado las masculinidades, las paternidades y la inclusión de otros elementos que transversalizan el género. Por ejemplo, hoy fuimos a Jalpan a entregar las constancias y clausurar el cuarto grupo de este año del diplomado en materia de inclusión de la perspectiva de género, al que se inscribieron 120 personas.

Prevención del embarazo adolescente: trabajando desde la Psicología

¿Durante todos los años que ha trabajado en salud reproductiva, ¿hay alguna experiencia que sea paradigmática para usted?

Por supuesto, desde el año 2002 y hasta 2008 insistí en que se proporcionaran recursos para el área de salud sexual y reproductiva, porque en ese tiempo no había apoyos de la Federación. Hasta 2008 los obtuve con un proyecto que era una utopía para mí: una estrategia más cercana a la población adolescente.

En ese año le presenté al secretario de Salud estatal un estudio de costos en el que le demostré con evidencias que estaba costando más de 20 millones de pesos atender la consulta prenatal, el parto, los abortos y las cesáreas de 10 mil embarazadas en Querétaro, en el supuesto de que todo fuera “normal” y que no hubiera ninguna complicación en las madres, ni en las y los recién nacidos. Le solicité la décima parte de ese presupuesto y con base en los argumentos presentados otorgó 600 mil pesos para contratar a cinco profesionales y comprar cuatro proyectores y cuatro computadoras portátiles.

Se dudó de la contratación de personal de Psicología, pues cuando las y los psicólogos comenzaron a trabajar temas de salud sexual y reproductiva en campo, el personal médico sintió invadido su terreno.

Fue una lucha muy interesante, pero valió la pena. La tarea consistía en hacer exactamente lo propuesto y establecido en los Programas de Acción Específicos (PAE), pero acudiendo directamente con las y los jóvenes, situación diferente a la de los “servicios amigables”, los cuales se instalan, pero la población objetivo no llega a ellos y cuando los buscan ya no es hora de consulta, o no está el personal médico.

La apuesta fue que para ser eficientes no tendríamos que esperar que las y los adolescentes acudieran a los servicios, sino que tendríamos que salir a buscarles. Así, capacité a un equipo de ocho especialistas en Psicología, dos para cada jurisdicción. Honestamente tenía miedo

de dejarles hablar de temas álgidos, como las infecciones de transmisión sexual o el embarazo. Por lo tanto, hasta que me cercioré de que las partes teórica y práctica estaban consolidadas, salieron al trabajo de campo. Fue un proyecto cuya metodología en algún momento documentaré y evidenciaré cómo funcionó para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

El antecedente de este proyecto fue la colaboración de personal de Psicología en una experiencia vinculada con la violencia y en el apoyo que recibimos en salud sexual y reproductiva. Al respecto, cuando empezaron a llegar los preservativos femeninos todo mundo juraba que era una cosa horrible, espantosa, una bolsa que nadie utilizaría; pero una psicóloga trabajó en el municipio de Mealco, comunidad indígena otomí de Querétaro, y ahí fue donde consumieron los preservativos femeninos. No lo podía creer, todos los mitos y tabúes que tenía acerca de las mujeres indígenas, como que no se iban a tocar y menos iban a hurgarse para colocar el preservativo fueron derruidos.

Me di cuenta que sí funciona, siempre y cuando se ofrezca información completa, verídica y oportuna. Las personas indígenas son muy inteligentes y saben tomar decisiones respecto al cuidado de su cuerpo y de su vida. También creí en el potencial de las y los psicólogos para hacer la labor de sensibilización.

En realidad el personal médico no es idóneo para hacer promoción y educación para la salud, la mayoría no lo sabe hacer, habla con demasiados tecnicismos y la gente no les entiende. En este proyecto también colaboraron un antropólogo, maestro en Salud Pública, y un técnico superior universitario en Urgencias Médicas, ambos con sensibilidad en el tema.

En el trabajo se requirió de gestiones con el profesorado de los niveles de secundaria y medio superior. Aunque al principio el equipo fue censurado, los datos señalan que dos años después de que iniciamos el proyecto en cada uno de los municipios se observó que la tasa de embarazo iba en franco descenso; pero si dejábamos de acudir en un periodo de uno, dos o tres años se incrementaba de nuevo.

En Querétaro ocho personas hicieron lo que cientos de médicas y médicos no habíamos logrado. Por supuesto que modificar la tasa de embarazo en adolescentes no es fácil y menos en comunidades o municipios con una densidad de población tan grande. Sin embargo, logramos

incidir en Querétaro y San Juan del Río, lo que se reflejó en la disminución de la tasa estatal.

Se impartieron talleres de diez horas frente a grupo y se desarrollaron temas como el género, los derechos sexuales y reproductivos, la violencia en el noviazgo e intrafamiliar, el riesgo reproductivo, las implicaciones en el embarazo adolescente, los métodos de planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual.

Para sensibilizar a las personas con prejuicios y falta de empatía con las y los jóvenes y “hacer más humanas” a quienes estábamos en el proyecto de adolescentes se aplicó el enfoque del doctor Roberto Tapia Conyer y su equipo de especialistas, y también nos inscribimos en una maestría en Desarrollo del Potencial Humano. Esta decisión permitió que se diera un cambio radical respecto a las herramientas prácticas, metodológicas y pedagógicas para ser más eficientes.

Los resultados están ahí: personal más sensible, humano y empático. Quince personas graduadas de la maestría en Desarrollo del Potencial Humano estamos en proceso de elaboración de la tesis para lograr la titulación y todas trabajamos en materia de salud sexual y reproductiva.

Otro proyecto que tengo en mente es crear un espacio para compartir las experiencias y estrategias que han funcionado en Querétaro, creo que vale la pena darlo a conocer a las compañeras y compañeros de otras entidades. Cuando reviso los resultados se me enchina la piel: son las y los jóvenes quienes están teniendo una vida sexual activa con todos los riesgos que implica en materia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si bien, se han incrementado sus conocimientos en tres grandes temas, aún hay mucho que hacer al respecto.

El primero de esos temas se refiere a la diferencia de VIH y sida, pues la población joven no la sabe a ciencia cierta, lo que les coloca en una condición de vulnerabilidad, tampoco usan un método de planificación familiar, lo que incide en embarazos y la exposición a ITS. El desconocimiento del uso correcto de la anticoncepción de emergencia, es el segundo tema común. El tercero es la identificación y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es que con la información que ya poseen tomen mejores decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad y a la determinación de cuándo tener hijas e hijos.

Hay trabajo importante por realizar, pero estamos en el camino y en posición de compartir estas experiencias con otras entidades. A cinco años de haber iniciado la estrategia es evidente la tendencia a la reducción de embarazos en población adolescente. Como se señala en Salud Pública, indicadores de impacto no se ven de la noche a la mañana, podrás observar los de procesos, de resultados, pero los de impacto son más difíciles.

Esta estrategia la hemos llevado al Instituto Queretano de las Mujeres, así como a ciertos municipios donde se inscriben proyectos y se trabaja con adolescentes. Para mí es todo un éxito que ya esté en la agenda, en el lenguaje de las autoridades y de las diferentes instituciones. Sin quitarle mérito a todo el esfuerzo que se ha hecho a nivel nacional desde las políticas públicas para reposicionar la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar en todo el territorio nacional.

Documentar experiencias

¿Ha sistematizado y publicado estos proyectos estratégicos de trabajo que han marcado la diferencia en Querétaro?

En realidad no, y debo reconocer que una de mis limitaciones tiene que ver con la escritura. Me apasiono con el trabajo y me doy poco espacio para dar a conocer cosas extraordinarias. Con la experiencia de “Ruta por la vida” documentamos al menos dos mil casos de mujeres con lesiones precursoras a cáncer y de no haber tomado el riesgo de realizar ese proyecto de fortalecimiento, hoy no estarían vivas

Al ver las cifras, me percaté de cuántas y cuántos jóvenes pudieron haberse embarazado, quienes con el apoyo de los servicios de salud evitaron ese desafío en sus vidas y no tuvieron que cambiar sus proyectos. Además, en materia de violencia familiar tenemos diversas bases de datos que desde hace años queremos sistematizar. Hemos hecho perfiles del agresor, hemos modificado la herramienta de detección de violencia incluyendo todas las variantes de la Norma Oficial y tomamos en cuenta otras variables que tampoco hemos dado a conocer, pues el tiempo nos ha ganado.

Esto es un poco de lo que he hecho, reitero que muchas no están documentadas, pues no tengo la disciplina de escribir, aunque deseo hacer cosas diferentes en este contexto. Creo que vendrán tiempos mejores, podremos hacer cosas más significativas y compartirlas con otras y otros colegas.

Retos para el futuro

¿Cuáles son los desafíos que vislumbra en su futuro? Y me refiero tanto al ámbito personal como al profesional.

En el ámbito personal, veo la posibilidad de estudiar algún doctorado que contribuiría a mi trayectoria e implicaría más retos para el trabajo dentro de esta institución, donde me visualizo en el área operativa y dando consulta. Dentro de los próximos quince años me veo dentro de la Secretaría de Salud, en el campo que sea, en el nivel que sea, pues soy un ser humano al servicio de la gente.

Si hay oportunidades de crecer en cualquier otro nivel y si considero que puedo hacerlo, las tomaré. Pero si no se dan las cosas tampoco va a pasar nada y tendría que buscar algún otro espacio que me permita crecer, como el ámbito académico, para documentar lo que se ha hecho y retomar historias exitosas que podamos compartir.

De forma paralela, me he desempeñado en el campo de la docencia, por lo que me puedo ver en alguna institución educativa. Creo que ambiciono poco y de lo poco que ambiciono, lo que me dé la vida será muy satisfactorio, lo aceptaré y aportaré las potencialidades que pueda para desempeñar el puesto que me sea asignado.

Honestamente a algunas ofertas y propuestas les he tenido miedo, no al trabajo, sino a las condiciones y al contexto, por eso las he rechazado. Me han ofrecido algunas posibilidades en la Ciudad de México, pero me da pavor, en particular la multitud, los tumultos, la densidad de población y el tráfico. Vengo de una comunidad muy pequeña donde se goza de mucha libertad y oxígeno. Llegar al Distrito Federal me emociona, pero si no tuviera tanta gente y tantos automóviles sería otra cosa. Aunque no me veo en esa ciudad, tampoco lo descarto.

Dentro de todas estas actividades exitosas y logros, ¿cuáles son algunos de los desafíos que han surgido en el ámbito institucional?

Los desafíos y bloqueos más grandes han sido con colegas de la profesión médica, con personas con nivel jerárquico superior al mío, quienes dicen que “no se puede” y la negativa es absoluta. Entonces les digo que se vale equivocarnos, hay que hacerlo. No puedes decir que no se puede si no lo has intentado, hay que aventarse. A veces tengo eco, otras no; cuando lo logro, trato de sacar el mayor provecho posible con los mejores resultados.

Cualquier “sí” es un desafío para mí, para aplicar todo el potencial y demostrar que es posible. En buena medida la actitud de las personas, la sensibilidad y la formación son fundamentales: si mi jefa o jefe pertenece al ámbito clínico su prioridad será esto, pero si son personas salubristas y de visión macro darán preponderancia a las masas y no a lo micro. Sin embargo, esto es así: hay que aceptar lo que tengamos y trabajar con ello

En cinco palabras díganos qué elementos claves institucionales, federales, estatales requiere para poder avanzar en sus actividades y proyectos.

El recurso humano es fundamental, alguien que me ayude a documentar o dedicarme un poco a este campo, con el fin de evaluar periódicamente los avances y redireccionar a tiempo cuando no vamos tan bien. También se requiere recurso económico para fortalecer los programas, por ejemplo el de “Climaterio y Menopausia”, que es un reto enorme y aunque está en el Seguro Popular, no es un programa prioritario. Debo señalar que en este tema hay un trabajo extraordinario por hacer y va de la mano con otros programas como los de personas adultas mayores y enfermedades crónicas no transmisibles.

En salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, sería ideal contar con un ejército de personal de Psicología. Hemos llegado a tener un equipo de veinte personas, que han hecho la diferencia en Querétaro. Además se requiere de computadoras portátiles y proyectores, material didáctico y vehículos para que el personal de Psicología se pueda mover con sus bebés virtuales, sus condones y todo lo que utilizan en su labor.

En resumen, serían recursos humanos, económicos, profesionalización de mis colaboradoras y colaboradores, y le seguiría apostando a la capacitación y a la especialización en temas álgidos, así como a la sensibilización para el personal. Esta última parte es fundamental y coyuntural para la incorporación de la perspectiva de género en salud y es determinante la inclusión de los hombres.

Asimismo, sería ideal tener una oficina digna. Desde 2012 se solicitó un espacio, hasta abril de 2014 logramos que nos dieran refugio en un espacio paralelo a las oficinas centrales, pero no contamos con muebles de oficina.

Sus experiencias en el ámbito de la salud le han planteado la necesidad de trabajar con conceptos que han sido fundamentales en su labor, por lo que pido que defina algunos de ellos. Empecemos con la salud.

Creo en un concepto más relacionado con la persona, con el ser y con el estar: estoy bien y soy saludable en el contexto histórico y cultural donde me tocó vivir. Además, es importante subrayar que la salud transversaliza situaciones que implican un trabajo más profundo, más filosófico e incluso en el campo espiritual. Para mí, esta cuestión de valores cobra un peso muy importante en una disciplina tan noble.

Con todo lo que implica y con el respeto que me merece, creo cada vez menos en la utopía de OPS. Para mí, una salud social es aquella en la que todas y cada una de las personas tendríamos que poner nuestro grano de arena para hacer de esta sociedad un lugar de mayor armonía, paz, con espacios de corresponsabilidad donde pueda compartir mis conocimientos como profesional de la salud y ponerlos al servicio de las personas enfermas.

La salud va mucho más allá de un concepto, tiene una esencia más profunda, tiene una mayor relación con un estilo de vida, una forma de ser y estar de las personas, en vínculo con el contexto donde vive

¿El siguiente concepto es Salud Pública, ¿qué nos puede decir al respecto?

Tiene que ver con la gente, con las masas, con lo macro, por lo tanto va mucho más allá del ámbito curativo y se ubica en el preventivo. De esta forma, a través de la prevención primaria evitamos enfermar, en la medida de lo posible, para no invertir recursos en atención curativa. Atiende grupos de población y realiza diagnósticos científicos para poder puntualizar hacia dónde tendrían que moverse las políticas públicas de este país y los programas prioritarios. También orienta sobre lo que podemos hacer a nivel personal, como comunidad y cada una de las entidades federativas, en los diferentes niveles y contextos de México.

En este país tan diverso tenemos heterogeneidad de patologías, hay algunas que si se desatienden se va a pagar un costo muy alto. Un ejemplo es el caso de las y los adolescentes, pues por un lado intentan ejercer sus derechos sexuales y por el otro no miden los riesgos a los que se exponen. Por lo que en un futuro, siendo personas adultas jóvenes podrían vivir con alguna ITS.

¿Por qué es importante el trabajo comunitario en el ámbito de la salud?

56

Es determinante. Por principio de cuentas le devolvemos el poder a la gente y la hacemos corresponsable de la condición en que vive. Hemos puesto a las personas en un nicho de confort, si seguimos en ese camino no serán capaces de moverse si no se les sensibiliza y si no se es incluyente. Hay que devolver el poder a la gente, para que desde el reconocimiento de sus potencialidades como comunidad, puedan moverse hacia una condición diferente que les permita ver un mundo distinto.

Si no sabemos trabajar con la comunidad, no la hacemos corresponsable para que asuma la parte que le corresponde en el ejercicio de su ciudadanía. Empoderar a la población, reconocerla y dignificarla podría hacer la diferencia si se invierte en esta respuesta social organizada.

¿Por qué y para qué trabajar con perspectiva de género en salud?

Incorporar la perspectiva de género es determinante para entender que en su ejercicio de ciudadanía mujeres y hombres son sujetos de derechos que tienen las mismas potencialidades. Además, también deberían tener las mismas oportunidades, así como un salario igual por un trabajo igual.

Trabajar con perspectiva de género en todos los niveles, es una de las acciones afirmativas de las que mucho se habla y otra forma de devolver el poder y la dignidad a la mujer, pues ha sido poco valorado su esfuerzo y contribución en el crecimiento y desarrollo de este país.

Es un trabajo titánico y es un acierto, por lo que incorporo la perspectiva de género en la medida de lo posible.

En este sentido, ¿cuál sería la importancia de trabajar los temas de masculinidades y paternidad?

La masculinidad tiene relación con modificar la forma de ser y actuar como hombre, con todas

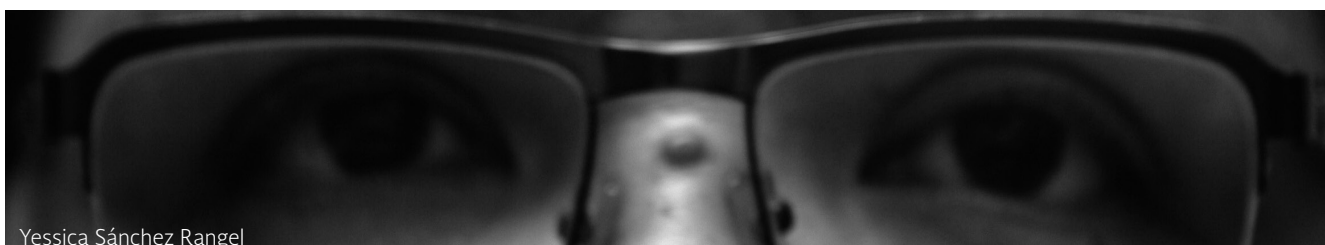
estas ideas de lo que implica ser y comportarse como tal. Por lo general, estos comportamientos se reproducen en el ejercicio de la paternidad y en la educación hacia las hijas e hijos. Pero si se cambia el “chip” en la estructura de los hombres, podría lograrse cierto equilibrio con las mujeres.

Es cierto que en la actualidad muchos hombres no ocupan aún el papel de ser el educador de las y los hijos, es una tarea que se atribuye a las mujeres. Pero no se necesita dar lecciones, el ejemplo es fundamental: si un papá hace el trabajo que le corresponde, como lavar su ropa, el niño lo está observando y en cuanto pueda seguramente hará una parte del trabajo doméstico que normalmente hacen las mujeres sin remuneración, lo cual las ha puesto en una condición de desventaja respecto a los hombres, quienes siguen siendo aceptados como sujetos que salen a la calle y que son proveedores.

Trabajar este binomio paternidad-masculinidad es esencial, el reto más difícil de lograr es que los hombres actúen en función de los conceptos teóricos aprendidos. Pero también a nosotras nos toca soltar muchas cosas que nos hemos apropiado; por ejemplo, tenemos que compartir el trabajo de cuidado de otras personas para insertarnos en un empleo. El acceso de las mujeres al ámbito laboral se ha obstaculizado por la falta de oportunidades.

Tenemos que preparar a las nuevas generaciones para ser un país que piensa y actúa diferente, donde mujeres y hombres seamos incluyentes en todo lo que nos toca hacer.

Con su voz grave, potente y segura, Ma. Luisa Magaña compartió la pasión que impulsa su trabajo cotidiano y que le ha permitido soñar y asumir retos que parecían imposibles de cumplir, utopías como ella misma los llama. Los obstáculos y desafíos han consolidado su vocación como salubrista pública y el camino que tiene delante de ella incluye el compromiso de sistematizar, escribir, publicar y difundir sus experiencias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Su objetivo es compartir con sus colegas su visión y el espíritu que la caracterizan.



Yessica Sánchez Rangel

Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual

Mtra. Izchel A. Cosío Barroso

Magíster en Antropología y Desarrollo.

Universidad de Chile

Consultora independiente en género y salud



Los autores de este libro son César Antonio Coria Mercado, Ricardo E. Ayllón González y Juan Antonio Ornelas Vázquez, quienes señalan que esta publicación surgió en el marco del proyecto “Porque te quiero me cuido”, financiado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) e implementado por Género y Desarrollo A.C. (GENDES), organización civil que promueve procesos de reflexión, intervención, investigación e incidencia desde una perspectiva de género y desarrollo humano.

En coherencia con el enfoque metodológico participativo-vivencial, este documento recibe su nombre como resultado de un proceso de validación de talleres y materiales con adolescentes y jóvenes de los estados de Querétaro y San Luis Potosí, quienes manifestaron su deseo por ejercer una sexualidad libre de estigmas y discriminación. Lo anterior derivó de la reflexión sobre las formas en que las creencias de género incrementan las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para adquirir VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En aras de reducir el estigma, la discriminación y la homofobia en las relaciones afectivo-eróticas e impactar en el goce de una salud sexual, esta guía tiene como propósito principal sensibilizar e incrementar los conocimientos, habilidades y actitudes de la población adolescente y joven para la prevención del VIH, sida e ITS desde una perspectiva de género con énfasis en las masculinidades.

Para lograrlo, la iniciativa se centra en el enfoque de prevención combinada, que refiere la articulación de estrategias comportamentales, biomédicas y estructurales que operan desde una lógica de proceso y que requieren de vinculación institucional, capacitación y sensibilización a la población objetivo, del diseño de una estrategia de educación entre pares, sesiones de seguimiento con las y los promotores, instituciones, instancias y organizaciones, así como de un plan de acción en redes sociales y capacitación para las personas que replicarán el modelo.

El punto de partida es la reflexión entre pares en relación con sus prácticas de riesgo, a partir de sus contextos comunitarios inmediatos. La finalidad es convertirlos en promotoras y promotores que concreten propuestas de acciones para el autocuidado de su salud sexual, como la exigencia a los servicios de salud de insumos de prevención, de diagnósticos oportunos, de atención de calidad y tratamiento temprano para el VIH y otras ITS.



Desde esta lógica, los autores pretenden que la implementación de la guía también genere cambios en las leyes y las políticas públicas, para contribuir al ejercicio del derecho a la salud sexual de las y los adolescentes y jóvenes desde su posición de sujetos de derecho.

La iniciativa considera que la educación, en particular la generación de conocimiento, es un componente esencial. De acuerdo con lo anterior, la guía se divide en cuatro bloques temáticos:

- 1) Sexualidad y género
- 2) Sexualidad y relaciones afectivo-eróticas
- 3) Salud sexual, VIH, sida e ITS
- 4) Estigma, discriminación y alternativas para el autocuidado

Cada bloque corresponde a una sesión reflexiva, con una estructura metodológica que requiere de un objetivo, un marco conceptual y una serie de técnicas participativas que incorporan preguntas detonadoras. El fin es construir conocimiento situado acerca de las categorías y los entendidos socioculturales que adolescentes y jóvenes tienen acerca de su sexualidad, con énfasis en la salud.

En mi opinión, este material plantea dos retos: el primero, que las personas adultas involucradas en el equipo facilitador, o como acompañantes del proceso, cubran los conocimientos mínimos requeridos para el perfil que necesita la instrumentación de la guía. En un primer momento se propone que sean profesoras y profesores de bachillerato, quienes no necesariamente tendrían sensibilización en materia de género ni formación en Derechos Humanos con énfasis en derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes. Sin duda, debe asegurarse un acompañamiento sostenido, porque la sensibilización y el interés en ciertos temas implican

cambios estructurales y demandan reflexión, conciencia y compromiso continuo, no necesariamente con otras personas, sino en el interior de cada sujeto.

El segundo reto es la sostenibilidad de la iniciativa. Por lo regular, la primera implementación resulta exitosa, pero una vez que el equipo facilitador concluye su participación, las personas involucradas también dan por terminado el asunto. Si la guía propone operar desde la lógica de proceso, sería deseable que se hubiera retomado la experiencia de los autores para incorporar consejos que permitan resolver problemas de desarticulación.

De acuerdo con CENSIDA, las estadísticas del año 2014 indican que en nuestro país 80.2% de los casos de VIH correspondió a los hombres y 19.8% a las mujeres; además, 2.1% ocurrió en personas menores de 15 años de edad y 33.5% en jóvenes de 15 a 29 años.¹ Estas cifras son congruentes si se considera que en México el derecho a la salud sexual de adolescentes y jóvenes es poco respetado e incluso negado. En ese sentido, resulta fundamental generar y difundir herramientas educativas flexibles y adaptables a contextos y poblaciones diversas, como las que ofrece esta guía.

Esta iniciativa representa un grito de libertad por parte de jóvenes y adolescentes; es un material de trabajo alternativo para fomentar la prevención en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se propician cambios de comportamiento, pues se parte del hecho de que los y las adolescentes y jóvenes son sujetos con capacidad de agencia, por lo que a través de sus vivencias se pueden identificar estrategias adecuadas para que vivan una salud sexual libre de estigmas, discriminación y homofobia.

Sin duda, la “Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual” invita a una relectura sobre las intervenciones con adolescentes y jóvenes, y reta a iniciar un proceso de implementación.



Esta guía se encuentra disponible de manera gratuita en:
www.gendes.org.mx/info/

Referencias bibliográficas

1. La epidemia del VIH y el sida en México. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida; 2015 [Consultado 1 junio 2015]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

Reseña

Tribus urbanas y grupos indígenas. El imaginario social y la cultura como determinante en la concepción de la salud y la enfermedad

Luis Antonio Reyna Martínezⁱ

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Nuevo León



ⁱ El autor de la reseña es médico, cirujano y partero egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estudió la Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos. Actualmente es candidato a doctor en Imagen, Arte, Cultura y Sociedad; por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Asimismo, cuenta con un diplomado en "Diversidad cultural, patrimonio inmaterial y comunicación", por parte de la UNESCO-UNAM. Desde hace varios años combina el arte, la comunicación popular y la salud pública.

Hace algún tiempo me llamó la atención que en una televisora regional de Monterrey, mi ciudad natal, se difundiera una campaña con el eslogan “Más cultura, más valores”, que incluía video cápsulas de personas realizando actividades relacionadas con las Bellas Artes, como performances artísticos, danza contemporánea, entre otras. Después, tuve conocimiento de que fue una estrategia de respuesta a varias protestas de ciertos grupos poblacionales que acusaban a la televisora de transmitir exclusivamente “programas basura” o “sin contenido cultural”.

Esta situación la transpolé a otra ocasión, cuando planeé ir a la Cineteca Nacional, pero mi acompañante protestó diciéndome “es que no traigo ganas de ver nada de cine de arte o cultural”.

Además, desde hace tiempo, uno de los principales objetivos de los anteriores Planes Nacionales de Salud y del actual Programa Sectorial de Salud, ha sido lograr una “cultura saludable”. Y esta es entendida como el conjunto de comportamientos enfocados a reforzar, mantener y recuperar la salud poblacional, así como evitar condiciones (por no decir enfermedades) que afecten a la salud de las personas. Entonces, si la cultura se está representando al mismo tiempo como actividades relacionadas con Bellas Artes, como un determinado género cinematográfico que se presenta fuera de las cadenas de cine comercial y como un objetivo de la salud pública, ¿qué es la cultura y qué tiene que ver con la salud?

María Luisa Quintero Soto realiza en esta obra un extenso y atinado compendio de definiciones de la cultura y la salud de varias personas autoras. Aunque estos conceptos parecen representarse en dos esferas en apariencia disociadas en la significación cotidiana, la autora logra sintetizar múltiples visiones teóricas desde distintos ángulos y formas de pensar, y las concreta en el plano práctico. De esta forma, comprende el entrelazamiento de estas esferas en el imaginario de grupos sociales rurales y urbanos, representados por grupos indígenas mazatecas y mazahuas en Oaxaca y en el Estado de México, así como grupos “rastafaris” y “darks” del Distrito Federal. Aunque debo señalar que son pertinentes algunas críticas constructivas al resultado de la obra, las cuales se comentan al final de esta reseña.

El estudio se enfocó en el imaginario asociado a los conceptos de salud y enfermedad, por lo que se escudriñó en las matrices y conexiones

entre “los elementos de la experiencia de los individuos y las redes de ideas, imágenes, sentimientos, carencias, contexto histórico-social-cultural que dan construcción de sentidos subjetivos atribuidos al discurso, al pensamiento y a la acción”.¹ En otras palabras, la investigación se centró en los significados sociales de estos conceptos.

Al referirse a la cultura, la autora señala que cada pueblo organiza su realidad de manera específica y tiene la finalidad de dar respuesta a los fenómenos que enfrenta históricamente. Las acciones de las personas que conforman su realidad organizada, y el conocimiento que se genera a través del enfrentamiento a los diversos fenómenos, se transmite a través del tiempo con la intención de preservar y dar continuidad a dicho pueblo. Así, la cultura comprende las formas de nacer, de vivir y de morir; es decir, se puede definir como la grabación en la memoria de lo que se ha vivido en la colectividad.

Muy pronto, la autora resuelve gran parte de las preguntas planteadas al principio de la reseña, pues señala que la cultura es la forma “cómo se expresa la naturaleza humana”. De este modo, si en mi ciudad natal existen, en efecto, los denominados programas de televisión “basura”, con sus respectivas estrategias de respuesta que aluden más a la estética de las Bellas Artes, es porque son parte de la realidad social de ese lugar y por lo tanto, existen consumidores de ambos tipos de emisiones televisivas. Lo mismo sucede con los géneros cinematográficos y demás elementos que integran nuestra realidad, los cuales son y conforman la cultura, y se representan a través de distintas formas de grabado de la memoria colectiva.

Cuando nos enfocamos en un tema como la salud, la significación teórica y práctica del término (significación social) oscilarán de acuerdo con el grupo cultural en turno que ponga en circulación ese signo.

En varias ocasiones se ha intentado unificar y globalizar el significado que se le da a la salud. Respecto a este concepto, la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), máxima institución oficial de salud pública a nivel mundial, deja pendientes muchas áreas para la reflexión y con oportunidades de mejorarla.

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.² De forma simultánea considera a la enfermedad

como “la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar”.² Sin embargo, en nuestra cotidianidad se suelen reducir los significados de la salud y enfermedad a estados contrarios: salud es no estar enfermo y viceversa.

Entre las controversias de esta definición, hay que tomar en cuenta que el concepto de salud de la OMS fue acuñado en 1946 y desde entonces no ha sido modificado de manera oficial ni adaptado a los distintos contextos sociodemográficos. Otro punto de polémica es la conceptualización de la salud como estática y no como un proceso dinámico, y además contiene un valor utópico totalitario. De acuerdo con lo anterior, la salud se alcanzaría si existiera un “completo estado” en planos tan complejos como el físico, mental y social. Lo anterior convierte casi en imposible asegurar que en algún momento de la vida, una persona lograría estar sana.

El compendio de la autora sobre las diversas definiciones y críticas a los conceptos de la salud y la enfermedad se concreta en una definición que considero es bastante acertada:

se refiere a un equilibrio del ser humano, de su organismo biológico y de las representaciones de su cuerpo en relación con factores biológicos, medioambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso. (...) la salud aparece como un estado de tolerancia y de comprensión física, psicológica y social, fuera del cual, toda otra situación es percibida como enfermedad.¹

Esta definición se coloca en un plano generalizado de una presupuesta significación social; pero, si nos trasladamos al nivel de los distintos pueblos que conforman nuestra realidad, las mismas variables socioculturales que determinan a cada uno de ellos harán lo mismo con las conceptualizaciones de la salud y la enfermedad. Aunque quizá los términos “pueblo” o “comunidad” no sean los más adecuados para ejemplificar la intención de la autora, pues aluden a la dimensión geográfica, cuando en realidad se pretende comprender la significación social de grupos culturales definidos.

La diversidad cultural que otorga la variabilidad a los signos que componen todas las realidades existentes, depende precisamente de la diferencia. Quintero Soto señala: “el carácter sociohistórico de la cultura produce la

diferenciación entre las diversas formaciones sociales. La cultura por tanto, es la diferencia”.¹ La formación social hacia el interior de un grupo poblacional o cultural, con sus respectivas similitudes, construye su identidad a la par de la identificación de diferencias hacia el exterior, en relación con otros grupos culturales.

Al interior de los grupos culturales se asigna significado a los distintos signos, como el de salud y enfermedad. La función de estos es servir como sistema de interpretación de la realidad, para comprender y enfrentar los fenómenos cotidianos. Así, el significado social y cultural es un mediador entre las personas y el mundo.

En el estudio de los grupos poblacionales rurales y urbanos tratados en este libro se reafirmaron conocimientos ya establecidos. Por ejemplo, de forma general las poblaciones rurales tienen una conceptualización de la salud como un equilibrio del cuerpo y de su medio ambiente, así como un respeto más profundo al conocimiento ancestral y natural. En contraste, las poblaciones urbanas suelen asociar la salud con estados biológicos, infecciosos y medicalizados.

El grupo mazateca de Oaxaca relaciona el proceso de la salud con una condición de higiene en la casa y en el trabajo, con la alimentación a cierta temperatura y con las condiciones climáticas durante sus actividades cotidianas. Además, mujeres y hombres depositan su confianza en médicos tradicionalistas.

Algo similar ocurre con la población mazahua del Estado de México, con la diferencia que su cercanía geográfica a zonas urbanas provoca un énfasis de la conceptualización de la salud y la enfermedad que incluye el acceso a servicios de salud alopáticos institucionales.

En cuanto a la población citadina, fue representada por grupos denominados “tribus urbanas”, que para fines de la investigación son mujeres y hombres jóvenes y adolescentes, quienes se agrupan en pandillas o bandas y visten de modo parecido y llamativo. En particular, la autora se centró en el caso de las y los “rastafaris” y “darks” del Distrito Federal.

La doctrina de la identidad de las personas “rastafaris” tiene sólidas bases raciales y religiosas, por lo que los conceptos de salud y enfermedad están muy ligados a la naturaleza y, en cierta medida, son contrarios a las conceptualizaciones y prácticas de instituciones oficiales.

Respecto al grupo de mujeres y hombres “darks”, a pesar de que su filosofía identitaria está basada en las corrientes artísticas y su estética, la conceptualización de la salud y la enfermedad no dista mucho de otros grupos urbanos, a diferencia del primer grupo.

Finalmente destaco que en el primer capítulo se realiza el recopilado de personas autoras y de conceptos sobre la cultura, la salud y la enfermedad, así como de los imaginarios sociales. Por lo anterior, considero que este apartado es una joya que convierte esta obra en una lectura de consulta imprescindible para quien se interese en el área de la salud. En particular, resulta muy útil para tomadoras y tomadores de decisiones de la salud pública, tanto de instituciones gubernamentales, como del sector académico y de las organizaciones de la sociedad civil.

Sin embargo, respecto a las particularidades de los grupos culturales que se retomaron como casos, a pesar de que se ofrece una imagen muy interesante de estos, considero que las conclusiones resultan superficiales y con un sesgo desde el punto de vista del modelo médico alópata hegemónico de la conceptualización de la salud. Por ejemplo, una de las conclusiones de la autora es:

podemos decir que los grupos indígenas son una población muy vulnerable con respecto a la salud, es decir, que hay más probabilidades de que se enfermen o no cuenten con una salud total. (...) ellos todavía acuden a curanderos, yerberos o brujos de sus pueblos (...), es necesario que estas comunidades tengan

acceso a los servicios médicos básicos y crear conciencia en ellos para que acudan a estos servicios reiterando que es para su bienestar y para que de esta manera cuenten con una buena salud...¹

Otro ejemplo es el aparente prejuicio en cuanto a las prácticas al interior de los grupos culturales, como en la ideología “rastafari” en torno a la mariguana, la cual conecta la naturaleza corpórea y terrenal con entidades metafísicas, elementos que forman parte de su constructo de salud. Sin embargo, la autora señala al respecto “al fumar mariguana creen que no afectan su salud, porque lo conciben como parte de sus creencias al interior del grupo, por lo que poco a poco debe tomarse en cuenta entre las tribus urbanas acerca de sustancias nocivas para su salud”.¹

El trabajo realizado para la elaboración de esta obra es muy oportuno y siempre necesario, pues en apariencia, las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud son esferas disociadas que no permiten el entrelazamiento entre ellas. Sin embargo, como se muestra en el libro, es posible conjugarlas en trabajos de investigación que puedan servir como base de la comprensión de fenómenos sociales que determinan los factores asociados a problemáticas de Salud Pública.

Referencias bibliográficas

1. Quintero M. Tribus urbanas y grupos indígenas. El imaginario social y la cultura como determinante en la concepción de la salud y la enfermedad. México: Universidad Autónoma del Estado de México- Miguel Ángel Porrúa; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet] 2006 [Consultado 01 junio 2015]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Diplomado "Género, Violencia Familiar y Adicciones"



8ª Generación

Inicia: 11 de febrero de 2015

Duración: 144 horas

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Dirección General de Servicios Médicos

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Ciudad Universitaria, México, D.F.

Teléfono (52-55) 5622 0028

El objetivo es capacitar a profesionales con un enfoque de salud mental en el manejo preventivo, detección temprana y derivación oportuna de casos de adicción y violencia familiar desde una perspectiva de género. Dirigido a personal de las áreas de salud, social y educación.

capacitacion@cij.gob.mx

gitzel@unam.mx

Facebook: [cij.official](https://www.facebook.com/cij.official)

Twitter: [@cij_oficial](https://twitter.com/cij_oficial)

Diplomado Universitario en Sexualidades Humanas Fase 1. Educación



22ª Generación

Inicia: 7 de marzo de 2015

Duración: 120 horas

Coordinación de Educación Continua

Facultad de Filosofía. Universidad Autónoma de Querétaro

16 de Septiembre No. 57 (Patio de los Naranjos, planta alta)

Centro Histórico, Querétaro, Qro. C.P. 76000

Este espacio académico posibilita el estudio de las sexualidades humanas, a través de un abordaje integral, sistemático, laico y enmarcado en los Derechos Humanos. Asimismo, busca formar y capacitar a profesionales que incidan en la promoción de la educación integral para las sexualidades humanas, en todos los ámbitos de la sociedad: familias, escuelas, clínicas y centros de trabajo, entre otros.

diplosex.uaq@gmail.com

filosofiadiplomados@yahoo.com.mx

Facebook: [educacion.continuafiluqa](https://www.facebook.com/educacion.continuafiluqa)

Twitter: [@DiplosFilUAQ](https://twitter.com/DiplosFilUAQ)

Cursos a distancia "Género, igualdad y políticas públicas " Módulo " Estadísticas e indicadores de género: Introducción"

Curso en línea

Del 30 de marzo al 29 de mayo de 2015

División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)

El objetivo de este curso es fortalecer las capacidades de las personas productoras y usuarias de estadísticas e indicadores, a través de la incorporación del género. El fin es orientar la producción de estadísticas que consideren este enfoque y mejorar su uso en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas.

<http://sigcaportal.cepal.org/>



65

V Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades. Patriarcado en el siglo XXI: cambios y resistencias.

Del 14 al 16 de enero de 2015

Fundación CulturaSalud-EME

Núcleo de Género y Sociedad Julieta Kirkwood, Departamento de Sociología, FACS, Universidad de Chile

Centro Interdisciplinario de Estudios de Género CIEG, Departamento de Antropología, FACS, Universidad de Chile

Auspiciado por MenEngage y ONU Mujeres

Patrocinado por UNICEF Chile

Campus Juan Gómez Millas. Universidad de Chile

Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, comuna de Nuñoa, Santiago de Chile.



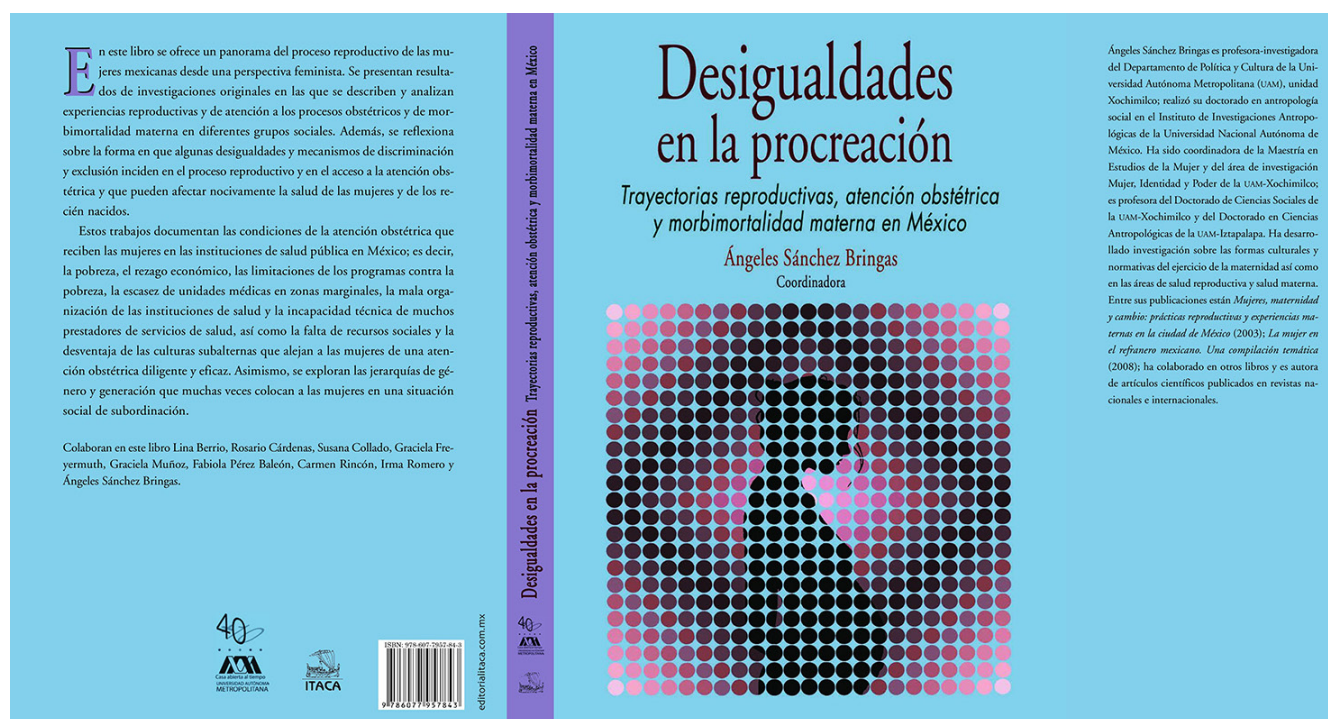
Este coloquio se propone actualizar el estado del arte de los estudios de masculinidades y las acciones transformadoras por la igualdad de género que incluyen a los hombres, para debatir sobre el patriarcado y las relaciones de género en el contexto actual. Asimismo, busca problematizar categorías, enfoques y abordajes, y proponer lineamientos y desafíos para la investigación, la acción y las políticas públicas.

<http://www.coloquiomasculinidades.cl/>

Presentación de los libros *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México y Carga de la enfermedad en México, 1999-2010. Nuevos resultados y desafíos.*

La Feria Internacional del Libro del Palacio de Minería (FIL-Minería), realizada del 18 de febrero al 2 de marzo de 2015, fue el marco de la presentación de dos libros que se perfilan como indispensables para las personas que están inmersas en la temática de género en salud y que permitirán profundizar en dos tópicos centrales: la morbilidad materna y la carga de enfermedad.

La primera publicación, *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, coordinado por Ángeles Sánchez Bringas y publicado por Ítaca y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)-Unidad Xochimilco, también fue presentado el día 25 de febrero en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social y contó con los comentarios de Silvia Loggia, integrante del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y de Luis A. Villanueva, director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, quienes coincidieron en señalar la importancia de este libro para las personas que trabajan en políticas públicas en salud y subrayaron que es fundamental vincular los esfuerzos académicos con el trabajo institucional.



La segunda presentación del libro “*Desigualdades...*”, se llevó a cabo el día 1° de marzo durante la FIL-Minería, en esta se escucharon las voces y opiniones de Raffaella Schiavon, directora en México de International Pregnancy Advisory Services, Ángeles Sánchez Bringas y Dora Cardaci, profesoras e investigadoras de la UAM-Unidad Xochimilco, quienes discutieron sobre las diversas aportaciones de esta publicación y destacaron la variedad de temas abordados por las autoras: Graciela Freyermuth Enciso, Guadalupe Fabiola Pérez Baleón, Rosario Cárdenas, Susana Collado, Irma Romero, Carmen Rincón y Lina Rosa Berrio Palomo.

En ambos eventos se estableció con claridad que este libro ofrece un panorama del proceso reproductivo de las mujeres mexicanas desde una perspectiva feminista. Además, se describen y analizan experiencias reproductivas y de atención a los procesos obstétricos y de morbilidad materna en diferentes grupos sociales. Lo anterior, permite reflexionar sobre la manera en que algunas desigualdades, mecanismos de discriminación y exclusión inciden en el acceso a la atención obstétrica y afectan de forma nociva la salud de las mujeres y sus hijas e hijos recién nacidos.

Por otra parte, el día 26 de febrero la FIL-Minería albergó la presentación del libro *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*, el cual fue comentado por Marcela Eternod Aramburu, secretaria ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres y María Elena Medina Mora, directora del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Cabe señalar que esta investigación tiene su antecedente en el estudio de carga de la enfermedad en mujeres, realizado en el año 2005 para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

La publicación señala las causas y factores de riesgo que afectan a mujeres y hombres en México, desde la infancia hasta la adultez. El trabajo investigativo se extendió por todo el territorio nacional e incluye una diversidad de escenarios geográficos y demográficos, por lo que destaca que entre 1990 y 2010 se observa la disminución de las tasas de mortalidad infantil y derivadas de enfermedades infecciosas.

Lo anterior implica que en esta primera década del segundo milenio, las enfermedades crónicas no transmisibles y los efectos de la violencia y de la pobreza se constituyen en las causas de muerte más frecuentes entre mujeres y hombres durante todo el ciclo de vida. Es decir, aunque la esperanza de vida se ha incrementado en el transcurso de los últimos 20 años, esto no se ha reflejado en una mayor calidad de vida de la población, pues las personas viven más tiempo, pero lo hacen con malestares o discapacidades derivadas de alguna afección.

"*Carga de la enfermedad...*" es de la autoría de Rafael Lozano Ascencio, Héctor Gómez Dantés, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, María Guadalupe Ruelas González, Julio César Montañez, César Campuzano, Francisco Franco y Juan José González Vilchis.

Con información de boletines de prensa de Itaca y del Instituto Nacional de Salud Pública.



Presentación del libro

Carga de la enfermedad en México, 1990-2010
Nuevos resultados y desafíos

Presentan
María Elena Medina Mora
Marcela Eternod Aramburu
Rafael Lozano

XXXVI Feria Internacional del Libro del Palacio de Minería

26 de febrero
19:00 hrs.

Salón de la Academia de Ingeniería
Tacuba No. 5, Centro de la Ciudad de México

 Instituto Nacional de Salud Pública

Conferencias sobre género en salud en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Con el propósito de generar espacios para el intercambio de experiencias, la reflexión y el debate en torno a temas vinculados con el quehacer del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), la Dirección General de esta institución inició en el mes de marzo de 2015, una serie de sesiones que se llevan a cabo los días viernes, en un horario de 9 a 11 horas y tienen como sede el auditorio del primer piso de sus instalaciones, ubicadas en Homero 213, colonia Chapultepec Morales.

De esta forma, el 13 de marzo, el doctor Ricardo Juan García Cavazos, director general del CNEGSR, inauguró estas jornadas con la conferencia “Panorámica de la programación embrio-fetal y enfermedades de la persona adulta”. Una semana después, el doctor Antonio González Chávez, jefe de la Unidad de Medicina Interna del Hospital General de México, impartió la ponencia “Diabetes gestacional, resistencia a la insulina y síndrome metabólico en el embarazo, ¿cuál es la diferencia?”

Por su parte, el consultor internacional en género y salud reproductiva, doctor Ricardo León González Portillo, compartió con el personal del CNEGSR la conferencia “Experiencias latinoamericanas exitosas en la incorporación de la perspectiva de género en salud”. Finalmente, y para concluir esta primera etapa, el doctor Mauricio Mendieta Albornoz, médico gineco-obstetra ofreció la plática “Los claroscuros de la anticoncepción”.

Derivado del éxito de estas sesiones entre el personal del CNEGSR, en los meses de abril y mayo continuará la serie de conferencias ofrecidas por mujeres y hombres expertos en la temática del género en salud.



Invitación para publicar

Género y Salud en Cifras te invita a colaborar con investigaciones relacionadas con el tema del género en salud, pues se enfoca en distintos análisis para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo al otorgar estos servicios.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas, inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.
2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 y 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.
3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.
4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.
5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.
6. Incorporar a pie de página sólo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).
7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.
8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice (1, 2, 3). Para consultar este tipo de citación se sugieren los siguientes hipervínculos:
 1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>
 2. Versión en Power Point: <http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD *en Cifras*

www.cnegsr.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."