

www.cnegsr.gob.mx

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

VOLUMEN 9 **N**úm. 3

GÉNERO Y SALUD en Cifras



GOBIERNO FEDERAL

SALUD



Significado de la menopausia y el climaterio. Experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano Gabriela Pineda Hernández

La salud sexual y reproductiva de los hombres en la andropausia

María de Lourdes Tokunaga Bravo

La salud en la vejez desde una mirada de género Mayra Niño Zúñiga

Reseña del libro Amar a madrazos. El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes

Oliva López

Reseña del libro 100 Razones para vivir Mario Gómez Zepeda e Hilda González Almaraz



Información y quejas: 01800 OMATERNA 01800 0 6 2837 6 2 En caso de emergencia durante el embarazo, el parto o el puerperio, los hospitales de la Secretaria de Salud, el IMSS y el ISSSTE tienen la obligación de dar atención a todas las mujeres, sin importar si son o no derechohabientes.







SECRETARÍA DE SALUD

GÉNERO Y SALUD en Cifras - Vol. 9 • Núm. 3

Septiembre - Diciembre

2011

SECRETARIO DE SALUD

Salomón Chertorivski Woldenberg

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Maki Esther Ortiz Domínguez

CONSEJO DIRECTIVO

Olga Georgina Martínez Montañez Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas Raffaela 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

Cecilia Robledo Vera Ma.Guadalupe López García Colaboración en la recopilación de materiales de este número: Ma. Adriana Ulloa Hernández

Comentarios y Correspondencia:

gysenc@gmail.com o cecilia.robledo@salud.gob.mx.

GÉNERO Y SALUD *en Cifras* - Vol. 9 • Núm. 3, Septiembre-Diciembre 2011. Publicación cuatrimestral editada y distribuida 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. gob.mx. *Editoras responsables*: Cecilia Robledo Vera y Ma. Guadalupe López García. *Diseño editorial*: María Adriana García Hernández. *Impreso por*: Impresora y Encuaderandora Progreso,S.A de C.V. (IEPSA), Calz. San Lorenzo 244, 09830, México, D.F. Este número se terminó de imprimir el mes de julio de 2012 con un tiraje de 2300 ejemplares.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 sean utilizados 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 Portuga).

Colaboración en la recopilación de materiales de este número: Ma. Adriana Ulloa Hernández

Fotografía de Portada: Guadaluoe López García . Acervo del **CNEGSR** - Secretaría de Salud. Fotografía de contraportada: Miriam F. Villanueva Cázares. Acervo del **CNEGSR** - Secretaría de Salud.

Contenido

Presentación — Dra. Aurora del Río Zolezzi - Directora General Adjunta de Equidad de
Género del CNEGSR
Artículos
Significados de la menopausia y el climaterio. Experiencia corporal en un grupo de Mujeres en el medio urbano ——— Gabriela Pineda Hernández
La salud sexual y reproductiva de los hombres en la andropausia María de Lourdes Tokunaga Bravo
La salud en la vejez desde una mirada de género ————————————————————————————————————
Reseña de libros
Amar a madrazos. El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes ———————————————————————————————————
100 razones para vivir Mario Gómez Zepeda e Hilda González Almaraz
Para Descifrar
Para Compartir
NotiGénero —————



Presentación

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS cierra su noveno año de vida con un tema relevante a nivel mundial: la transición demográfica con una tendencia al envejecimiento de la población, con impacto sobre el desarrollo de los países en todos sus ámbitos y en la salud de sus habitantes. Como un aporte a la reflexión que se ha hecho de ese fenómeno global, este número aborda la salud en la vejez y en la madurez en mujeres y hombres, en especial, lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, concretamente con la menopausia y la andropausia.

Los artículos que aquí se presentan abordan esos aspectos desde distintas disciplinas, al exponer una serie de datos, análisis y propuestas de políticas públicas y programas de atención que analizan desde la perspectiva de género, para entender mejor cómo las inequidades en salud inciden en el envejecimiento y en la calidad de vida de mujeres y hombres.

En el primer artículo, Significados de la menopausia y climaterio. Experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano, Gabriela Pineda Hernández examina con un enfoque antropológico, la forma en que un grupo de mujeres de la Ciudad de México interpreta los discursos sociales y médicos existentes sobre la menopausia, al otorgar una visión propia a los reajustes psicológicos, afectivos, corporales y sociales que ocurren en sus vidas en dicho ciclo. La autora considera fundamental que las políticas públicas en salud consideren la propia experiencia de las mujeres para la atención de necesidades específicas en esa etapa y para desencadenar mecanismos de autoconciencia, autocuidado, apoyo y acción en la etapa denominada como madurez o mediana edad.

En el segundo artículo, La salud sexual y reproductiva de los hombres en la andropausia, Lourdes Tokunaga Bravo, desde su visión como profesional de la medicina, revisa los cambios fisiológicos que los hombres experimentan en la edad madura, comprendidos en el proceso denominado andropausia. Pese a la evidencia científica y a que es un tema que cada vez adquiere mayor presencia en el ámbito de los servicios de salud y en espacios de difusión, la andropausia no se concibe como una etapa de transformación natural ni como el suceso que genera diversos cambios que pueden afectar la salud integral y la calidad de vida de los hombres. La especialista expone las manifestaciones clínicas, detección y tratamientos médicos; a su vez, hace un análisis de la construcción de la masculinidad como un factor que impide el reconocimiento y la aceptación de los varones, y de la sociedad en su conjunto, de esa transformación natural en los hombres, como parte de su salud sexual y reproductiva.

Por último, en La salud en la vejez desde una mirada de género. Mayra Niño Zúñiga, desde una visión que le da el trabajo social, presenta una serie de datos sobre la salud de mujeres y hombres en la vejez y revisa cómo los elementos sociales, culturales y los papeles tradicionales desempeñados por ambos inciden en la morbilidad y mortalidad en esa etapa. La autora se apoya en estadísticas, aunque hace énfasis en la importancia de contar con datos cualitativos para conocer el nivel de incidencia del género como determinante social de la salud y para que sean utilizados en el diseño y elaboración de políticas públicas y programas sectoriales que tengan mayor cobertura e impacto en dicha población. De igual forma, señala cómo las mujeres están en desventaja social en esta etapa, pues el trabajo doméstico y de cuidados sigue siendo responsabilidad casi exclusiva de ellas.







En la sección de "Reseña", en esta ocasión se presentan los comentarios de dos libros. El primero es Amar a madrazos. El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes, de Ale del Castillo y Moisés Castillo, escrito por Oliva López Sánchez, quien da cuenta del análisis de la y el autor, a través de testimonios de mujeres y hombres jóvenes, sobre la violencia en el noviazgo, un problema que se ha incrementado, como lo indican las estadísticas; de ahí la importancia de consultar esta obra.

El segundo libro reseñado por Mario Gómez Zepeda e Hilda González Almaraz, es 100 Razones para vivir una publicación de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, con el apoyo de la Fundación Cim*Ab y la aportación literaria de José Cohen, quien a partir de la poesía retoma los testimonios de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. La obra incluye, además, información sobre cáncer de mama y un directorio de instituciones de salud con el fin de que las mujeres busquen orientación y apoyo para prevenir o atender ese tipo de cáncer.

La sección "Para Descifrar" incluye datos estadísticos sobre los temas centrales de los artículos además de algunos referentes a la violencia en el noviazgo. En la sección "Para compartir" se presenta la guía ¡Vive saludable despues de los 40! Lo que debes saber sobre climaterio, menopausia y osteoporosis, editada por el CNEGSR; en tanto que "Notigénero" contiene información de diversas actividades en el ámbito de la salud, con enfoque de género, y su referencia electrónica para quien desee obtener más información.

Esperamos que los materiales presentados sean de utilidad para mejorar la calidad de los servicios médicos, y para promover la igualdad y el trato equitativo y no discriminatorio de las personas adultas mayores; asimismo, para que hombres y mujeres estemos conscientes de los cambios naturales que viviremos o ya vivimos en la etapa de vida que, sin duda, se está convirtiendo en la más larga de nuestra existencia.

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva







SIGNIFICADOS DE LA MENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO. EXPERIENCIA CORPORAL EN UN GRUPO DE MUJERES EN EL MEDIO URBANOⁱ

Gabriela Pineda Hernández"

Introducción

La comprensión que exige los cambios del propio cuerpo durante las diferentes etapas de la trayectoria de vida, sin duda es uno de los elementos que liga a las mujeres con la búsqueda de información para entender las transformaciones acontecidas en él, su magnitud o su naturaleza. El interés principal de este análisis está en reflexionar sobre la propia experiencia de las mujeres, en contraste con la influencia que ejerce el discurso médico, sobre aquellos cambios vividos entre los 40 y 45 años; cuando en dicha etapa, aproximadamente, los ciclos de ovulación comienzan a presentar irregularidades debido a la disminución de estrógenos, siendo tan bajo el nivel que finaliza la menstruación y sobreviene la menopausia, hecho enmarcado en un evento más amplio llamado climaterio.iii

La menopausia es sin duda un hecho importante en el ciclo de vida de las mujeres, y en el constructo de "ser mujer", al presentarse una serie de cambios socioculturales y psicológicos determinados por la finalización de la etapa reproductiva, el ejercicio de nuevos roles, la constitución de diferentes arreglos familiares y económicos, el cuidado de la salud, la disminución o pérdida de capacidades relacionadas con el envejecimiento, y la búsqueda de objetivos y planes de vida, por sólo citar algunos.

A lo largo de la historia han existido distintos discursos sociales y médicos sobre la menopausia, algunos dirigidos a producir una concepción normativa del cuerpo, a partir de reducir la experiencia corporal a la presencia de una determinada sintomatología, siendo la característica del punto de partida para "aliviar" aquello que fue pensado como una enfermedad. Si bien se debe considerar lo anterior, es fundamental analizar la experiencia corporal y las diferentes significaciones de dicho proceso, elementos en los que se centrará este ensayo.

i El presente ensayo retoma información contenida en la tesis "Una revolución en mí... Saberes y prácticas sobre el cuidado de la salud durante la menopausia y el climaterio", que la autora presentó para obtener el grado de maestra en Estudios de la Mujer, por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.¹

ii Licenciada en antropología física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia; especialista y maestra en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correspondencia: gabriella.pineda@hotmail.com

iii El climaterio suele dividirse en tres fases: premenopausia o perimenopausia, período en que se presentan manifestaciones endócrinas, biológicas, clínicas y psicológicas; menopausia y, por último, postmenopausia, período posterior a los 12 meses siguientes a la ocurrencia de la menopausia, cuando puede presentarse osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, entre otras.²



El saber biomédico sobre la menopausia y el climaterio

La definición más clásica de acuerdo con las ciencias biomédicas, describe a la menopausia como un evento fisiológico que se presenta en todas las mujeres y se establece a partir del último período menstrual, el cual se identifica después de 12 meses de amenorrea. La edad de la menopausia puede variar entre poblaciones por los hábitos alimentarios, formas de vida, así como por factores genéticos o biológicos. Desde 1990, en México se ha encontrado que se presenta en un promedio de edad entre los 48.2 y 48.5 años.3 A pesar de que la menopausia pueda describirse de manera tan exacta, se enmarca en un evento más amplio denominado climaterio, el cual abarca la etapa de transición entre el período reproductivo y el ya no reproductivo en la mujer, extendiéndose desde la madurez hasta la senectud.

Derivado del bajo nivel de estrógenos existe un conjunto de síntomas, conocidos dentro de la literatura biomédica como síndrome climatérico; algunos de los más frecuentes son los sofocos o bochornos, trastornos del sueño, resequedad vaginal, problemas urinarios y cambios en el estado de ánimo. Es importante decir que aunque en algunas mujeres se manifiestan determinados síntomas, éstos no se relacionan de manera exclusiva con la menopausia debido a causas multifactoriales, tales como el propio proceso de envejecimiento o diferencias culturales; un claro ejemplo de esto es el caso de Japón, donde no existe una palabra que describa los llamados bochornos.*

De igual manera, se ha evidenciado que la presencia de síntomas puede estar relacionada con aspectos como el estatus de la mujer dentro del grupo familiar, la ausencia de una actividad laboral fuera de casa, así

- iv Cuando la menopausia se presenta a edades tempranas –antes de los 40 años- se describe como menopausia prematura o precoz, si se presenta después de los 55 años se denomina menopausia tardía, y si es por consecuencia de una enfermedad o histerectomía, se califica como menopausia artificial o quirúrgica.
- V Con respecto a las manifestaciones relacionadas con la menopausia y el climaterio, en Japón se reporta principalmente la rigidez de hombros; en Taiwán, es manifestado el dolor de espalda y el cansancio; en Líbano se menciona la fatiga y la irritabilidad.⁴ Estudios en regiones rurales y urbanas de México han encontrado que del 31-50% de las mujeres en la etapa posmenopáusica presentan sofocos o bochornos y sudores nocturnos.⁵

como los estereotipos asignados a las mujeres en la cultura occidental donde se valora la juventud, la productividad, la actividad sexual y la fertilidad, entre otros; sin embargo, estudios antropológicos han revelado que el significado de la menopausia varia entre los contextos socioculturales, mostrándose de manera más positiva principalmente en aquellos no occidentales.⁶

Aunque médicamente se reconozcan principalmente tres síntomas derivados de la baja producción de estrógenos: bochornos, vaginitis atrófica y osteoporosis, manifestaciones como el cansancio, el insomnio, el dolor muscular, la depresión, la irritabilidad o la incontinencia urinaria, la disminución de la libido y la atrofia de la mucosa vaginal siguen presentándose en la experiencia de muchas mujeres en esta etapa.

Ante esto ¿qué tipo de medidas se emplean desde el sector biomédico? Una es la llamada terapia hormonal (TH) con varios compuestos hormonales, terapéutica motivo de múltiples debates en cuanto a los beneficios y desventajas que reporta su utilización. Los efectos adversos siguen asociándolos al cáncer de mama y endometrial, mientras que las principales ventajas aludirían a la disminución de las manifestaciones mencionadas antes, así como a la reducción de riesgos cardiovasculares y de la osteoporosis, por lo que se recomienda una prescripción bajo vigilancia médica, tomando en consideración el historial médico de cada mujer.

La menopausia como enfermedad

Si bien la TH es considerada como una de las diversas prácticas terapéuticas que desde la biomedicina se utilizan para tratar algunas de las manifestaciones relacionadas con la menopausia y el climaterio, se debe mencionar que este tratamiento cobra especial relevancia en el escenario histórico de cómo la menopausia comienza a considerarse una "enfermedad" que debía ser tratada médicamente.

El discurso de la menopausia como una "enfermedad" se posiciona de manera amplia en los años sesenta cuando en Estados Unidos se presentó la comercialización de estrógenos sintéticos -es decir, la TH- de fácil administración y bajo costo. Mc Crea⁷ señala que Robert A. Wilson, con la publicación de su libro *Femenine Forever*, funge como uno de los

personajes principales en esta cruzada por la utilización de los estrógenos para "tratar" o "curar" la menopausia, al describir este proceso como una enfermedad deficitaria similar a la diabetes.

Dicho tratamiento estrogénico crearía un efecto preventivo contra enfermedades como el cáncer de mama y uterino, además de otros problemas relacionados con el envejecimiento; debido a ello, empezó a considerársele también como la "píldora de la juventud". Wilson no sólo expuso a las mujeres los efectos negativos que la menopausia produce en ellas, sino también la forma en la que afectaría a su familia y en particular a su esposo; por lo que la mujer que utilizara estrógenos podría "cumplir con sus obligaciones de esposa" y seguiría siendo femenina por siempre. Las críticas a la terapia no tardaron en aparecer, ya sea desde aquellos grupos de mujeres que cuestionaron las formas de dominación implícitas en la comercialización de la terapia, hasta la evidencia médica que comenzó a señalar los efectos secundarios que estaba produciendo.

La revisión de los discursos acerca de la menopausia y el climaterio permite confirmar que no son hechos exclusivamente médicos; sino que deben ser vistos como experiencias bio-psico-sociales dentro de un contexto y tiempo histórico específico. Al respecto, una de las mayores contribuciones de los grupos feministas ha sido la posibilidad de entender y vivir de otra manera las expresiones del cuerpo, al develar las condicionantes que el género inscribe en él.

Es importante cuestionar el lugar ocupado por el saber y la experiencia directa de las mujeres al momento de interpretar los cambios ocurridos durante la menopausia y el climaterio, y no sólo privilegiar el conocimiento que ofrece la ciencia biomédica.

Trabajos como el de Pelcastre han evidenciado el proceso de medicalización de la menopausia, al expresar que "el discurso médico al integrarse en la representación de la menopausia, actúa en dos sentidos, hacer que las mujeres usen los servicios de salud por este motivo y, a su vez, su uso refuerza la representación que se tiene de ellas". Si bien el discurso médico produce ese doble efecto que continúa considerando a la menopausia como una enfermedad, el uso de los servicios de salud, desde la experiencia subjetiva de las propias mujeres, no forzosamente las lleva a pensar que la menopausia deba ser tratada como tal.

En este sentido, es fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre las mujeres y quienes prestan los servicios médicos durante esta etapa de la trayectoria de vida, ya que la institución médica "no sólo se encarga de transmitir conocimientos, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado"; por ello, es primordial que desde ese espacio se eliminen los estigmas que rodean al período del climaterio.

Cuerpo, género y experiencia

Las exigencias socioculturales sobre el cuerpo de las mujeres explican la construcción de la menopausia como una patología, al igual que la visión negativa de otros acontecimientos de la mediana edad o incluso el proceso de envejecimiento. Susan Bordo apunta que "las más poderosas revaloraciones del cuerpo femenino han mirado no hacia la naturaleza o la biología, sino hacia el cuerpo culturalmente inscrito e históricamente ubicado". ¹⁰ En este sentido, la teoría social feminista ha cuestionado desde diferentes posturas los imperativos sociales que recaen sobre el cuerpo de las mujeres elaborando una crítica hacia la noción de cuerpo biológicamente determinado y ahistórico, mostrando que la biología no es destino y que debe ser repensada.

La categoría género ha servido para profundizar la reflexión de cómo los cuerpos son interpretados culturalmente asignándoles comportamientos y atributos femeninos o masculinos. Teresa De Lauretis, citada por Preciado, 11 señala que el género

No es un simple derivado del sexo anatómico o biológico, sino una construcción sociocultural (...) el efecto del cruce de las representaciones discursivas y visuales que emanan de los diferentes dispositivos institucionales: la familia, la religión, el sistema educativo, los medios de comunicación, la medicina, la legislación; pero también de fuentes menos evidentes, como el lenguaje, el arte, la literatura, el cine y la teoría.

En este ensayo utilizo la categoría género en dicho sentido; es decir, como un sistema de relaciones sociales desde donde se desprenden discursos que se trasmiten y se reproducen, logrando con ello enriquecer la discusión al develar prácticas simbólicas y mecanismos socioculturales construidos alrededor del cuerpo y la salud de las mujeres; pero también, abriendo camino a conocer la multiplicidad y la resignificación de experiencias.

Al respecto, la menopausia puede considerarse como un evento que desencadena un proceso reflexivo, una vivencia que irrumpe de manera múltiple cuyo lugar de expresión es el cuerpo, sitio desde donde se enuncia y construye la experiencia; vi por eso no es posible hablar de la menopausia como un fenómeno general, sino de "experiencias menopáusicas". En este sentido, ese evento fisiológico no puede entenderse sin el contexto sociocultural dentro del cual se ubica, de ahí que existan variaciones en los saberes que cada mujer expresa al respecto.

Buscando conocer la forma en que las mujeres describen su experiencia corporal y los significados atribuidos a la menopausia y el climaterio, en la siguiente parte se presentan algunas reflexiones recopiladas del trabajo con ocho mujeres de un área urbana, vii caracterizadas por ser habitantes de la Ciudad de México, pertenecer a la clase media, tener entre 46 y 53 años de edad, cinco de ellas con formación académica en el nivel de licenciatura, dos con secundaria terminada y una con tercer grado de primaria; estas tres últimas sin trabajo remunerado. Todas realizan actividades del hogar, la mayoría son casadas, una es divorciada y otra no cuenta con una pareja estable, además de ser la única del grupo que decidió no tener hijos/as.

Este es un estudio de tipo exploratorio que no buscó generalizar sus hallazgos; en este sentido, se debe señalar que en una investigación de tipo cualitativo, un "grupo de uno" puede ser tan esclarecedor como una muestra grande, 14 pues no se valora tanto la cantidad, sino la profundidad que se puede lograr a través del diálogo en una o varias sesiones. Por ello, el acercamiento metodológico privilegió el uso de la entrevista en profundidad, técnica que permite



vi Dicha noción proviene de la antropología simbólica Turneriana, donde se le entiende como el "vivenciar" y "pensar hacia atrás", pero también "querer o desear hacia delante", establecer metas y modelos para la experiencia futura.¹³

vii Los nombres de las mujeres entrevistadas fueron modificados para mantener la confidencialidad de los datos.

rescatar las experiencias vividas al funcionar como un acceso directo a la subjetividad de las/os actores sociales frente a una determinada problemática. VIII

Menopausia: ¿enfermedad o proceso natural?

Al revisar el material de las entrevistas pude observar que la mayoría de las informantes, al relatar su experiencia corporal, se refería a la menopausia como algo natural; pero a su vez, como una enfermedad. Buscando comprender por qué predominan estos discursos, en el análisis de los testimonios retomo la noción de padecimiento, construida por Arthur Kleinman, quien señala que el padecimiento apunta a una experiencia subjetiva desde donde la persona establece el significado de aquello que está viviendo corporalmente, por lo que refiere percepciones y experiencias personales que, de igual modo, impactan en quienes le rodean, ya que el padecimiento forma parte de un entramado social en el que cada cultura determina su traducción. 15,16

En ese sentido, el padecimiento es traducido -fundamentalmente desde las ciencias biomédicas- en una enfermedad, al reconfigurarlo como una alteración exclusiva de la estructura biológica o funcional¹⁷ que es necesario medicar. Por tanto, la menopausia como objeto de ese proceso, evidencia, igual que en otras etapas de la vida de las mujeres, el poder del saber biomédico sobre los cuerpos al reducirlos a su biología a manera de control.

Todas las mujeres entrevistadas, en un primer momento, mencionaron que la menopausia era un evento normal y/o natural. Sin embargo, sus prácticas y la forma en que relataron las manifestaciones físicas que experimentaron no siempre corroboraban esta visión. Aunque en ningún momento calificaron al climaterio o la menopausia como una enfermedad, todas utilizaron expresiones que podrían aludir a un estado patológico mediante la utilización de conceptos como decadencia física, trastorno y alteración. Sobre esto, una de ellas señaló:

La menopausia es algo natural que las mujeres vivimos, es algo normal que sí nos causa muchos trastornos emocionales y de salud (...) te mueve todo tu estado natural, tu forma de ser, pero no por eso estás loca (*Estela*, 46 años).

viii Para más información del proceso metodológico de este trabajo véase "Una revolución en mi... Saberes y prácticas sobre el cuidado de la salud durante la menopausia y el climaterio".¹ De manera interesante, otra de las mujeres asoció la menopausia con el embarazo, mencionando que a pesar de que este último es un proceso natural, no todas las mujeres lo experimentan sin complicaciones. Asimismo, el envejecimiento fue relacionado con la menopausia al considerarlo como otro evento que ocurre de manera natural en el cuerpo, el cual también carga con una fuerte estigmatización social, ya que ambos suelen vincularse a ideas como la soledad, la enfermedad y la muerte. *Isabel* narró al respecto:

La vejez se ve como algo natural, hay compañeras que dicen ¡ya tengo 50 o 60, ya me van a dar la credencial de López Obrador! Pero les dices de la menopausia y les cuesta trabajo hablar de eso (*Isabel*, 49 años).

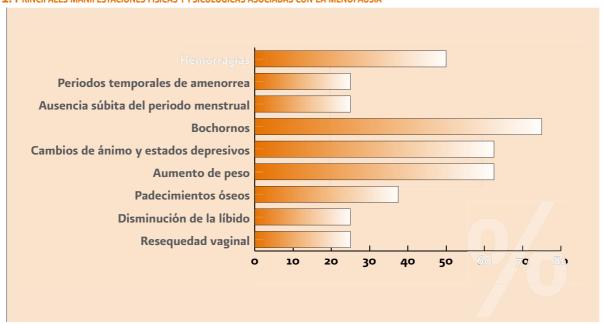


en el medio urbano

Otro comentario al respecto fue el de Regina:

En un momento pensé ¡estoy en mi último ciclo de vida! Como cuando fuimos adolescentes en etapa reproductiva, pero ¡sí te cuesta! Porque ya no estás tan joven (*Regina*, 49 años).

Las principales manifestaciones físicas y psicológicas de los eventos que caracterizan el inicio del proceso climatérico mencionados por el grupo de mujeres que participaron en la investigación fueron principalmente los bochornos, identificados como calores y sudoraciones, y en menor medida resequedad vaginal, disminución de la libido, ausencia súbita del periodo menstrual y amenorrea (Cuadro 1).



CUADRO 1. PRINCIPALES MANIFESTACIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS ASOCIADAS CON LA MENOPAUSIA

En las entrevistas, el grupo de mujeres describió una experiencia corporal particular ante cada una de estas manifestaciones físicas y psicológicas, así como una serie de prácticas utilizadas como terapia para su tratamiento. Los siguientes son algunos testimonios que buscan dar cuenta de la experiencia corporal de las mujeres frente a dos de las manifestaciones más reportadas: los bochornos y los cambios de ánimo.

"Sentía mucho calor y me preguntaba: ¿serán los bochornos característicos de la menopausia?"

Los bochornos, calores y sudoraciones son originados por la disminución de estrógeno y progesterona que se produce durante el periodo climatérico, lo que conlleva al desajuste en la regulación de la temperatura corporal. Existen datos que refieren que a nivel mundial, aproximadamente el 70 por ciento de las mujeres en etapa de climaterio experimentan las tres manifestaciones antes mencionadas.¹⁸

A pesar de que los bochornos son una manifestación altamente reconocida durante el período climatérico, es interesante conocer un poco más sobre la manera en que las propias mujeres viven este malestar y qué es lo que se espera sentir de acuerdo con la información proporcionada por las y los médicos, así como por los medios de comunicación.

Si bien la mayoría de las mujeres del grupo sabía que el origen de los bochornos era la menopausia, otras expresaban dudas ya que lo que sentían no se asemejaba a lo que habían descrito sus amigas y hermanas. Al respecto, *Isabel* relata que este cambio fue anticipado por otras mujeres de la siguiente forma:

Escuché de una de las compañeras del deportivo que los bochornos le daban a las doce de la noche, que era tanto el bochorno ¡que se bañaba con agua fría! Y yo me preguntaba ¿yo también tendré qué hacer eso? (*Isabel*, 49 años).





De igual manera, la figura materna representó un pilar importante para entender los cambios corporales. En este sentido, *Delia* comentó:

Mi mamá siempre nos platicaba de sus bochornos, la ponían de muy mal humor, no quería estar con mi papá, le decía ¡quítate! Y puros pleitos, no solamente nos contaba, lo veíamos nosotras [refiriéndose a sus hermanas] ya estábamos grandes, mi mamá ahorita tiene 73 años y yo creo que como a los 50 o 55 años le empezó a suceder esto (**Delia**, 47 años).

Por su parte, **Yolanda** fue muy enfática al describir las dificultades sociales y laborales que, desde su punto de vista, pueden traer consigo manifestaciones como la sudoración excesiva. La pena y el hecho de ser juzgada son las dos características que resaltan en su descripción:

Los bochornos es una parte por la cual no he decidido regresar a trabajar en una estética (...) delante de la gente si empiezas a sudar ¡la pena que te da! Y que digan ¿y ésta qué? y te limpias y el sudor es mucho, ¿no? al menos a mí esa es la pena que muchas veces me da (**Yolanda**, 49 años).

Los testimonios anteriores revelan que las expresiones y cambios corporales que se presentan durante la menopausia se encuentran condicionados por los discursos y representaciones disponibles para interpretarlos, mostrando que "las relaciones sociales definen las maneras en las que percibimos y monitoreamos nuestros cuerpos, nombramos y clasificamos nuestros síntomas (...) en el contexto particular de nuestra vida". ¹⁷

"Sentir que ni yo misma me entiendo". Cambios de ánimo y estados depresivos

El cese de la menstruación se ha descrito como un hecho que irrumpe en la vida de las mujeres provocando algunas veces desajustes emocionales por el valor que social y culturalmente se ha otorgado a la capacidad reproductiva. Esta y otras situaciones conducen, en algunos casos, a estados depresivos que podrían pensarse como inherentes al proceso climatérico, ya que se tiende a homogenizar las experiencias de las mujeres etiquetándolas y estigmatizándolas, aun desde las y los profesionales médicos, como "irritables", "histéricas", "locas", "intolerantes", "menopáusicas".

Estela describe la difícil situación por la que atravesó con su pareja e hijos, fundamentalmente por la falta de



comprensión y el desconocimiento que ellos tenían de los cambios de ánimo que pueden experimentarse durante el climaterio, ella señaló:

Mis hijos y mi esposo no me entendían al principio porque como hay cambios de humor, pues me decían ¿qué te está pasando? ¡Estás bien loca; ¡de todo te enojas, todo tiras! y yo pues empezaba a llorar. Poco a poco les empecé a explicar y me escuchaban, les decía "métanse a Internet, lean un libro para que me entiendan". Fue una etapa muy difícil, casi de pleitos constantes con mi compañero y con otra gente (**Estela**, 46 años)

En las palabras de **Yolanda** nuevamente encontramos la influencia de otras mujeres y de los medios de comunicación como referentes importantes para significar su propia experiencia y caracterizar aquello que sentía como depresión. Así nos explicó:

Una cuñada que tengo me platicaba que cuando pasó la menopausia duró como dos años que no quería salir, tenía mucho miedo, se la pasaba llorando en la cama (...) Me he sentido así, sin querer salir porque me siento muy triste, y alguna vez oyendo en el radio sobre lo que era la depresión, yo dije sí, a lo mejor eso es lo que tengo (...) Yo siento que si no tuviera esos síntomas de depresión sería una persona más activa, más productiva, porque cuando uno está depresivo ni con uno mismo puede ¡eh! (Yolanda, 49 años).

"ACTUALMENTE **EL ESTIGMA SOCIAL** HACIA LA MEDIANA **EDAD ES CADA VEZ MÁS CUESTIONADO POR LAS MUJERES** QUE LA VIVEN, AL **ENTENDER QUE LAS REPRESENTACIONES NEGATIVAS SON** PRODUCTO DE UN **ENTRAMADO SOCIOCULTURAL QUE VA CONDICIONANDO SU EXPERIENCIA**"





Aunque desde el campo biomédico existen argumentos que apuntan a que los trastornos depresivos y los cambios de ánimo tienen que ver con las alteraciones endócrinas y hormonales en esta etapa, otros estudios han señalado que estos determinantes no son los únicos que pueden entrar en juego en esta situación, 19-21 por lo que la depresión en la menopausia sigue siendo un tema de debate. En este sentido, es importante considerar que en esta etapa, si bien pueden reconfigurarse de forma positiva los proyectos de vida, como se verá en el siguiente apartado, igualmente inician procesos dolorosos, como los diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas, el fallecimiento de familiares y la pareja, el síndrome del nido vacío, hechos que pueden ser vividos por algunas mujeres como pérdidas que pueden dar lugar a estados depresivos.

"Llega la menopausia y se piensa que es el fin, ¡pero no lo es!"

La importancia que se otorga a la juventud y a la fertilidad como esencia del "ser mujer" en algunas sociedades occidentales, son características que hacen que el "valor" de las mujeres pueda verse vulnerado en la mediana edad, así como en otras etapas de la trayectoria de vida. Al respecto, diversos análisis han mostrado que el cese de la capacidad reproductiva puede representar un hecho liberador, pero también puede significar un momento difícil a veces enunciado por algunas mujeres con la expresión "dejar de ser mujer". 22-27

Variables como el estrato socioeconómico, el estado civil, el número de hijas/os, el lugar de residencia o el proyecto de vida, son factores claves para determinar la manera en la que cada mujer se posiciona frente a la ausencia de la capacidad reproductiva. Actualmente, debido a los avances científicos y tecnológicos, aunados al cambio en los roles sociales, las mujeres pueden decidir el final de su etapa de reproducción, ya sea planificando el número de hijos/as que desean tener o utilizando anticonceptivos definitivos (como la oclusión tubaria bilateral).

De acuerdo con la información recopilada en el grupo de mujeres entrevistadas, el "dejar de ser mujer" debido a la ausencia de la capacidad reproductiva se consideró una idea antigua. Sin embargo, la desvalorización de las mujeres a partir del cese del período menstrual fue comparada con la problemática que puede presentarse con la pérdida de partes del cuerpo asociadas al género y a la diferenciación sexual, como es el caso de una cirugía por cáncer de mama. Asimismo, se señaló que la adquisición de nuevos roles sociales y actividades ha otorgado diferentes fuentes de valor a las mujeres, más allá de la posibilidad de gestación.

Delia agregó:

Sé que provoca mucha inestabilidad emocional porque se cree que se va a dejar de ser mujer (...) Yo creo que son mitos. Puede ser que la menstruación es como un sello o una marca que te dice que eres mujer, pero para mí ser mujer es un complemento de todo, el ser la mamá, la esposa, la profesionista, la amiga (**Delia**, 47 años).

De igual manera, en este grupo se observó que actualmente el estigma social hacia la mediana edad es cada vez más cuestionado por las mujeres que la viven, al entender que las representaciones negativas son producto de un entramado sociocultural que va condicionando su experiencia. Sobre esto *Regina* mencionó:

Sí ha cambiado la imagen de las mujeres en esta etapa (la mediana edad), pero en la medida que nosotras mismas nos aceptemos sin pena: "¿estás en la menopausia?", "Sí, estoy en la menopausia y no es malo" (Regina, 49 años).

Otro testimonio similar fue el de Estela:

La sociedad ha hecho que se vea que ser una mujer menopáusica, es ser una mujer acabada en todos los sentidos: ¡no puede trabajar, no puede estudiar, no puede ni siquiera ser una mujer completa! (...) Tenemos que luchar para que no sea así, tenemos que leer más, organizarnos (Estela, 46 años).

Con *Regina y Estela* se mostró una intención por eliminar ideas y expresiones peyorativas: menopáusica, histérica, loca, entre otras, principalmente dentro del ámbito de sus relaciones afectivas y familiares; hecho que, a decir de las informantes, podría cobrar más fuerza si desde las propias mujeres comenzara a romperse el prejuicio sobre el período climatérico informándose y hablando mucho más del tema, no reduciéndolo a un "tema de mujeres" y, por supuesto, con una aceptación más positiva de los eventos que se producen en esta etapa.

Los hallazgos anteriores dejan ver que en este grupo empieza a formarse un proceso de autosignificación y creación de otro orden simbólico donde comienzan a cambiar las subjetividades; en otras palabras, consideramos que las cosas no son lo que son, sino lo que significan, fundamentalmente para aquellos/as que las viven.28 El nivel socioeconómico medio, así como el nivel educativo alto de las entrevistadas, son elementos que les han permitido el acceso a diferentes fuentes de información. las cuales han contribuido distanciamiento de representaciones negativas con los que se caracteriza a la menopausia y el climaterio.

La construcción de un nuevo tiempo vivencial

Por mucho tiempo la menopausia fue un evento poco conocido, ya que la esperanza de vida de las mujeres se encontraba por debajo de la que se registra en nuestros días. Con el paso del tiempo, fenómenos como la transición demográfica, el incremento y el acceso a los servicios de salud, y los cambios en el perfil epidemiológico de la población, entre otros, llevaron a que la esperanza de vida de las mujeres mexicanas en la actualidad se ubique en los 77.8 años, ²⁹ que es mayor a la de los hombres (73.1 años). Este hecho tiene notables implicaciones para el sistema de salud, principalmente en la cobertura de necesidades médicas específicas de cada grupo; pero además, este cambio demográfico ha colocado a las mujeres frente a un tiempo histórico distinto, al igual que las relaciones familiares, afectivas y laborales.

Para todas las mujeres que participaron en la investigación, el proceso climatérico fue visto como una transición en sus vidas. Este momento se consideró idóneo para elaborar o retomar proyectos que por mucho tiempo se dejaron en segundo lugar ya que se priorizó su rol de esposas y madres. De igual forma, se plantea el reencuentro con la pareja o la búsqueda de un compañero, de acuerdo con lo expresado por **Yolanda**:

Esta parte de mi vida para mí es importante porque tengo el tiempo y he estado haciendo cosas que deseaba hacer, como estudiar. Se van los hijos y dices ¿qué está pasando? Te consume el trabajo, entonces en esta etapa ya te das un espacio para decir, a ver ¿qué he hecho de mí? (**Yolanda** 49 años).

El testimonio siguiente deja ver que también para algunas informantes, decisiones como la soltería, la unión libre o condiciones como el divorcio o la viudez, han llevado a muchas mujeres a formar nuevos vínculos sociales y afectivos:

Quiero bajar de peso, cambiarme a una casa más pequeña cuando tenga la oportunidad de hacerlo, quiero conseguirme un novio -risas- y dedicarme a viajar, a viajar con una pareja estable que me haga sentir bien (*Mercedes*, 52 años).

Sin embargo, es importante decir que esto puede no resultar sencillo, pues -a decir de ellas- para las mujeres la juventud, la belleza y la fertilidad continúan siendo exigencias sociales.

Analizar el proceso climatérico desde una visión antropológica de la experiencia corporal, no sólo lleva a considerar los distintos cambios físicos que se presentan; de igual manera, revela algunas de las interrogantes y reflexiones que enfrentan las mujeres en este período, llevándolas a asumirse como personas que desean reposicionar sus vidas para buscar nuevos objetivos y librarse de los estereotipos.

Conclusiones

En este ensayo se buscó evidenciar la forma en que las mujeres entrevistadas intentan resignificar los discursos sociales y médicos existentes sobre la menopausia, al otorgar una representación personal a los reajustes psicológicos, afectivos, corporales y sociales que ocurren en sus vidas. Como se describió, existe dificultad para definir la vivencia de procesos, en este caso del climaterio y la menopausia, en tanto intervienen no sólo la experiencia física directa, sino también los referentes biomédicos y culturales que los describen como un estado que conlleva pérdidas sociales y de funciones biológicas, mostrando que a pesar del rechazo a la concepción patológica con la que suelen abordarse los cambios físicos y hormonales, es difícil encontrar otra traducción.

Al respecto, el análisis de los testimonios dio cuenta de la ambigüedad presente en las palabras de las mujeres al intentar describir su experiencia sobre la menopausia y el climaterio, ya que el tránsito que recorren para significar los cambios corporales, afectivos y psicológicos experimentados, no sólo se ve influido por su propia vivencia, sino también por aquellos discursos sociales y médicos asignados a esta etapa de la vida, en donde la medicalización del proceso climatérico es un factor fundamental de dicha percepción.

Asimismo, todas las informantes mencionaron haber recurrido a otras mujeres como hermanas, amigas, compañeras de trabajo y, en menor medida, a su madre, para explicar lo que vivían corporalmente. La experiencia de sus madres fue un elemento importante para algunas entrevistadas al momento de resignificar la idea que tenían de la menopausia y del cuerpo mismo, ya que consideraron las complicaciones físicas, así como las prácticas terapéuticas que ellas emplearon. No obstante, si bien el contacto con otras mujeres sirvió como referente para la comprensión del proceso climatérico, al final fue el saber proveniente de la medicina académica el que se privilegió en este grupo.

Es importante enfatizar que el contexto social y cultural en el que cada mujer se inscribe hace que la menopausia y el climaterio se vivan de manera diferencial, ya que variables como el estrato socioeconómico, la escolaridad, el lugar de residencia y el acceso a diferentes medios de información son elementos cruciales en la construcción del significado que tendrá para cada mujer, así como para determinar las acciones que cada una derivará para traducir y manejar su experiencia corporal.

Como se apuntó antes, el aumento en la esperanza de vida es un aspecto fundamental en el estudio de la menopausia y el climaterio, debido a que a partir de dicho cambio, cada vez son más las mujeres que experimentan el periodo postmenopáusico. En este sentido, se vuelve indispensable el perfeccionamiento de políticas públicas y estrategias que permitan a las mujeres de 40 años y más acceder a servicios médicos y sociales con un enfoque que considere su propia experiencia y dé cuenta de sus necesidades específicas durante esta etapa.

Finalmente, este trabajo pretende motivar a seguir con el estudio de la experiencia de las mujeres en esta etapa, ya que desde ahí es posible obtener información que pueda desencadenar mecanismos de autoconciencia, autocuidado, apoyo y acción, elementos cruciales durante la etapa denominada como madurez o mediana edad, donde la menopausia es tan sólo un elemento que se conjuga con el contexto y circunstancia particular en la que se desarrolla la vida de cada mujer.



Referencias Bibliográficas

- Pineda HG. "Una revolución en mí..." Saberes y prácticas sobre el cuidado de la salud durante la menopausia y el climaterio (Tesis de maestría). México: Maestría en Estudios de la mujer. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2011.
- Abernethy K. Menopausia y hormonoterapia de reposición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 1999.
- 3. Malacara J. Menopausia: nuevas evidencias, nuevos enigmas. Revista de endocrinología y nutrición (México). 2003; 1 (2): 61-72.
- 4. Brockie J. Alternative approaches to the menopause. Reviews in gynaecological practice. 2004; 5: 1-7
- 5. Michel J, Mahady G, Veliz M, Soejarto D, Caceres A. Symptoms, attitudes and treatment choices surronding menopause among the Q'eqchi Maya Livingston, Guatemala. SOC SCI MED. 2006; 63: 732-742.
- 6. Avis NE. Women's health at midlife. En: Williams SL, James DR, editors. Life in the middle. Psychological and social development in middle age. UK: Academy Press; 1999: 115-145.
- 7. McCrea, FB. The politics of menopause: the "Discovery" of a deficiency disease. En: Caplan AL, McCartney JJ, Sisti D, editors. Health, disease and illness. Concepts in medicine. Washington, D.C: Georgetown University Press; 2004: 187-201.
- 8. Pelcastre BE. La menopausia y sus consecuencias en la salud reproductiva. En: Bronfman M, Denman C, editores. Salud reproductiva. Temas y debates. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 413.
- 9. Gil V. Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México, México: UAM-Xochimilco, 2004: 91.
- 10. Bordo S. El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. La Ventana, Revista de estudios de género. 2001; 14: 78.
- 11. Preciado B. Testo yongui. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A.; 2008: 83.
- 12. Komersaroff PA, Rothfield P, Daly J. Mapping menopause: objectivity or multiplicity?. En: Komersaroff PA, Rothfield P, Daly J, ed. Reinterpreting menopause. Cultural and philosofical issues. New York: Routledge, 1997: 3-17.
- 13. Geist I. Antropología del ritual. Victor Turner, México: INAH-ENAH; 2002:85.
- 14. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
- 15. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry, Berkeley: University of California Press,
- 16. Young A. The Anthropology of illness and sickness. ANNU REV ANTHROPOL. 1982; 11: 257-85.
- 17. Cardaci D., Sánchez Bringas A. ¿Cómo es mi cuerpo ahorita? Enfoque biomédico y la construcción social de la gestación. Zona Franca, Revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres. 2007; 16: 3-14.
- 18. Guttuso T., Kurlan R. Efectos de la gabapentina en los bochornos que experimentan mujeres posmenopáusicas. Revista del Climaterio (México). 2008; 11(64): 165-175.
- 19. Ojeda L. Menopausia sin medicina: más allá del mito, sexo, dieta y salud. Barcelona: Paidós; 2006.
- 20. Greer G. La mujer completa. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.; 2000.
- 21. Sempere Pérez J., Mouriño Sánchez C., González Hidalgo M. Menopauisa y depresión. Revista Psiquiatría Pública (Madrid). 1998; 10 (4):1-2.
- 22. Pelcastre BE. "Tu incapacidad de ser mujer..." La menopausia y su representación. En: Torres M, compiladora. Nuevas maternidades y derechos reproductivos. México: COLMEX; 2005:129-169.
- 23. Rosales AL. Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: Mujeres en Cancún, Quintana Roo. En: Torres M, compiladora. Nuevas maternidades y derechos reproductivos. México: COLMEX; 2005:171-200.
- 24. Madden RM, Hidalgo AL. Menopausia: una nueva forma de neocolonialismo Ideológico y económico. Med leg Costa Rica. 2004; 21 (1): 23-30.
- 25. Giraudo N, Dreyer C, Bakalar K, Discacciati V. ¿Qué les pasa a las mujeres en la menopausia? Nexo. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2003; 23 (1): 3-10.
- 26. Sánchez S. El abordaje social y cultural de la menopausia. Aportes para la reflexión en programas de cooperación y trabajo comunitario. Experiencias en Brasil y Argentina. Quadern CAPS. 2003; 31: 85-89.
- 27. González AG. Coexistencia de discursos sociales y experiencias de mujeres en la Ciudad de México. (Tesis de doctorado). México: Doctorado en Ciencias Sociales. Área de concentración: mujer y relaciones de género, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2008.
- 28. Sendón de León V. ¿Qué es el feminismo de la diferencia? En: Sendón de León V. Marcar las diferencias. Discursos feministas ante un nuevo siglo. Barcelona: Icaria; 2002:11-48.
- 29. Consejo Nacional de Población. En 2010, la esperanza de vida de los mexicanos es de 75 años. CONAPO Boletín. 2010; 5:1-2.



REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES EN LA ANDROPAUSIA María de Lourdes Tokunaga Bravo i **Género y Salub** en Cifras 16



Introducción

Alrededor de los 40 años, los seres humanos pueden presentar diversos cambios fisiológicos que tienen que ver con la baja producción de las hormonas sexuales; pareciera que esta transformación fuese exclusiva de las mujeres cuando cesa la menstruación y termina su etapa reproductiva, evento denominado "menopausia". Sin embargo, también los hombres viven transformaciones, aunque más lentas y prolongadas que reciben, en conjunto, el nombre de "andropausia". Por los síntomas clínicos que caracterizan a dichos sucesos, éstos son percibidos como enfermedades que marcan el inicio de la vejez, el deterioro físico, la disminución de la actividad sexual y la terminación de la función reproductiva, hecho representado como si se dejara de "ser mujer" y "ser hombre", no sólo simbólica, sino físicamente.

La vivencia de la menopausia y la andropausia se relaciona con la salud integral y la calidad de vida de mujeres y hombres, por lo que el personal de la salud y la población en general se deben preparar para el cuidado de la salud y la atención en esa etapa.

Aunado a ello, la transición demográfica que está experimentándose a nivel mundial, con el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población, apremia a los gobiernos a establecer políticas y programas adecuados para adultos/as mayores que consideren todos estos cambios tanto en sus características sociales, como en las biológicas. De ahí la pertinencia de hablar sobre la andropausia, pues -a diferencia de la menopausia- ha sido poco estudiada y no se le ha dado la importancia en el ámbito médico como un aspecto de la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Este artículo es una reflexión sobre el planteamiento anterior y tiene por objetivos revisar desde una perspectiva de género los factores que intervienen en el desconocimiento y no reconocimiento de la andropausia—tanto por personal de la salud como por hombres adultos—, identificar y prevenir los riesgos para la salud relacionados con este cambio fisiológico, y contribuir a que sea considerado en programas específicos como un aspecto central de la salud sexual y reproductiva de los hombres.

La salud de los hombres en la etapa de la vejez

En la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimientoiii se concluyó que la tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible ante el aumento de la esperanza de vida y los marcados descensos de los índices de fecundidad. 1-4 Datos demográficos a nivel mundial indican que la población adulta mayor aumentará a razón de dos por ciento cada año, y que el crecimiento anual del grupo de 60 años y más llegará a 2.8 por ciento entre los años 2025 y 2030,4 estimándose que en los próximos 25 años, el aumento de las personas de más de 60 años de edad irá acompañado del descenso de la población menor de 15 años.4 En el mismo sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) destaca que para el año 2050, el envejecimiento de la población incidirá en el crecimiento de la economía, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, el envejecimiento repercutirá en la salud, los servicios para atenderla, la composición de las familias, las condiciones de vida, la vivienda y la migración. A mediados del Siglo XXI, se prevé que el cociente de dependencia potencial disminuirá a cuatro personas en edad de trabajar por cada persona mayor de 65 años.⁴

Un dato interesante a observar es la proporción hombremujer que se va reduciendo significativamente a medida que aumenta la edad: por cada 55 hombres hay 100 mujeres entre el grupo etario de 80-90 años; 35 hombres por cada 100 mujeres mayores de 90 años, y sólo 26 hombres por cada 100 mujeres de 100 años y más. Dicho fenómeno se debe a que la esperanza de vida de los hombres es entre siete y ocho años más corta que la de las mujeres; 1,3,5 incluso, en algunos países, esa diferencia es de 12 a 13 años. 1,5 Para el año 2050, se estima que a nivel mundial, las mujeres tendrán una esperanza cinco años mayor que la de los hombres, y en Latinoamérica llegará a 5.5 años. 4

ii Los términos internacionalmente acuñados, pero poco manejados, para "menopausia" y "climaterio" son perimenopausia y posmenopausia. En este artículo se utilizarán los primeros dos concentos

iii Efectuada en Madrid en el 2002 y convocada por la ONU.

Además de las diferencias por sexo en la esperanza de vida, las enfermedades a las que se enfrentan las personas mayores presentan tasas mucho más altas que las de la población de otros grupos de edad.⁶ Por otro lado, la longevidad sin una adecuada medicina preventiva está aumentando la discapacidad de las personas adultas debida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otros padecimientos degenerativos. Esa situación se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad, pero alcanza niveles altos luego de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional son mayores.

En ese contexto, la proporción de hombres en los grupos etarios de mayor riesgo se incrementará, por lo que es previsible que la prevalencia de discapacidad por enfermedades cardiovasculares tenga el mismo comportamiento.3, 6 Se estima que para el año 2020, la enfermedad coronaria y el infarto serán la primera y segunda causa de discapacidad en los hombres.^{4,6} En cuanto al cáncer de próstata, una de las neoplasias más frecuentes en los hombres a nivel mundial, en México en 2008, fue la primera causa de muerte por tumores malignos con una tasa de 9.5 por cada cien mil habitantes.⁷

El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor tiene además diversos efectos sociales y económicos, pues la demanda de atención tiene costos más elevados y periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, por lo que en este momento se requiere ampliar la infraestructura hospitalaria. Asimismo, se debe tomar en cuenta que este segmento de la población es vulnerable al carecer de un ingreso fijo o empleo formal que le garantice la protección social y médica. 1,6

Lo anterior hace necesario aplicar estrategias enfocadas para modificar los agentes conductuales y realizar detección temprana de las enfermedades concomitantes al proceso de envejecimiento, lo cual evitaría o limitaría algunos daños a la salud y disminuiría la prevalencia de discapacidad. Para ello, es necesario capacitar y actualizar a las y los prestadores de servicios de salud en la identificación de riesgos y realizar las medidas pertinentes para modificarlos, involucrando a los hombres en el autocuidado de su salud.

Los principales factores de riesgo de muerte o enfermedad que debieran modificarse antes de envejecer son el consumo de tabaco, de comida en exceso (sobre todo si contiene grasas saturadas y sal), de bebidas alcohólicas y la inactividad física. Si estos hábitos se modifican se podrá tener con mayor probabilidad una vejez activa y saludable.

La andropausia: proceso natural

Desde el punto de vista biomédico, el envejecimiento del ser humano es el proceso natural que inicia antes del nacimiento y continúa durante toda la vida; no todas las personas envejecen de la misma manera, pues en esa transformación interactúan factores genéticos, influencias extrínsecas como el medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo y la calidad de vida. De igual forma, involucra al sistema endócrino y reproductor de mujeres y hombres.^{8,9}



Foto: Campaña "La Homofobia está out". Acervo del CENSIDA

Los principales cambios de este último aspecto se dan con la declinación de las hormonas sexuales. Los ovarios producen las hormonas femeninas (estradiol y progesterona), mientras que los testículos generan las hormonas masculinas (testosterona). Las mujeres en la etapa del climaterio presentan menopausia por la disminución y posterior cese de la producción de hormonas (hipofunción ovárica), en tanto que los hombres presentan una reducción lenta y progresiva en la producción de testosterona en los testículos (hipofunción gonadal). Si en las mujeres se habla de una deficiencia estrogénica, en los hombres se presenta una deficiencia androgénica, a la cual se identifica como andropausia.

Se calcula que un hombre tiene al inicio de su vida cerca de 700 millones de células de Leydiq -productoras de la hormona testosterona-, pero a partir de los 20 años, pierde anualmente seis millones de ellas; la disminución del volumen y el peso de los testículos es mínima, irregular y difícil de detectar en la exploración física, por lo que suele pasar inadvertida. Esta pérdida celular acarrea un declive progresivo de la producción de la hormona testosterona y generalmente se manifiesta en algún momento después de los 50 años de vida; condición relacionada con las disfunciones sexuales, en especial la disfunción eréctil y el bajo deseo sexual.9 Este proceso fisiológico de envejecimiento gonadal es variable pues, si bien la masa de los testículos disminuye, en algunos hombres puede ocurrir hipogonadismo franco -el cual puede determinarse en la sangre- mientras que otros preservan gran parte de la función testicular.

El concepto de andropausia se deriva de las raíces griegas andros (andrei) varón y pausis (pausei) suspender o detenerse, y denota el momento en que la "masculinidad" o "virilidad" se suspende. 10 Este significado lleva a una concepción inapropiada, pues representa la "terminación" de la actividad sexual y de la reproducción, cuando se trata de un proceso fisiológico natural relacionado con la madurez y el envejecimiento, caracterizado por ser paulatino y largo, que no termina abruptamente con la capacidad de procrear -como en el caso de las mujeres con la llegada de la menopausia-; los cambios hormonales, físicos y psicológicos que ocurren de manera gradual pueden afectar la actividad sexual, pero sin suprimirla. 9

Para explicar mejor esa etapa en la vida sexual y reproductiva de los hombres, se han propuesto otros términos: climaterio masculino, menopausia masculina,

- iv Dilatación de las venas del cordón espermático.
- Torsión del cordón espermático del que se sostiene un testículo al resto del tracto genital.

andropenia, síndrome de ADAM (Androgen Decline in the Aging Male, por sus siglas en inglés) o PADAM (Partial Androgen Deficiency of the Aging Male) y, últimamente, LOH (Late-Onset Hypogonadism) o SLOH (Symptomatic Late-Onset Hypogonadism). Una alternativa de uso más científico sería el de Hipogonadismo de Inicio Tardío (HIT), 10 pero el término más común sigue siendo el de andropausia, al tratar de equipararlo con el de menopausia.

Manifestaciones clínicas de la andropausia

El síndrome de andropausia se caracteriza por signos y síntomas clínicos fácilmente reconocibles: fatiga, disminución de la libido –deseo sexual- y alteraciones en las erecciones -frecuencia y duración-, especialmente las nocturnas; cambios en el estado de ánimo, disminución de la actividad intelectual -área cognitiva- y de la habilidad para la orientación espacial; depresión, ansiedad e irritabilidad; reducción de la masa muscular -con la consecuente baja en la fuerza física-, escasez del vello corporal y alteraciones de la piel, así como desgaste de la densidad mineral ósea (osteopenia).9

Entre las patologías que se pueden desarrollar está el síndrome metabólico o síndrome X, caracterizado por aumento de la grasa abdominal, principalmente la grasa visceral, elevación del colesterol total y lipoproteínas de baja densidad, incremento de la resistencia a la insulina y aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. El incremento del tejido adiposo que se presenta en el sobrepeso se relaciona con elevado nivel estrogénico y bajos niveles de andrógenos.^{8,10,11,12-15}

El alcoholismo y la obesidad podrían provocar aparición temprana de manifestaciones clínicas semejantes a la andropausia, e incluso 20 años antes, en varones con factores de riesgo tales como varicocele, vivo biopsia testicular, historia de torsión testicular, vivo tratamiento de cáncer testicular y otros traumas gonadales. Todos estos elementos producen deterioro en la función celular testicular y la consecuente declinación en la secreción de testosterona con la aparición progresiva de sus manifestaciones. 8,10,11, 14-16

A medida que se envejece, la frecuencia de los riesgos es más alta, sin que necesariamente sea igual en todos los hombres.^{9,10} Aquí cabría preguntarse ¿por qué los varones siguen teniendo los riesgos más altos de sufrir la mayoría de las frecuentes causas mortalidad?, ¿por qué la esperanza de vida de los varones de cualquier edad sigue siendo menor que la de las mujeres en prácticamente todos los países? y ¿qué aspectos impiden a los hombres llevar a cabo acciones de prevención y atención a sus problemas de salud en la etapa de la andropausia?

Género, masculinidad y andropausia

A pesar de que las mujeres tienen mayores tasas de morbilidad y discapacidad, los hombres mueren antes,⁶ sin que se entiendan cabalmente las razones de dicha mortalidad prematura. Desde los aspectos fisiológico y psicosocial, los determinantes de la salud de los

hombres, a medida que envejecen, están intrínsecamente relacionados con el género, el cual se define como el

Conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer (formas de comportamiento, valores, actividades a realizar, su lugar en el mundo) que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de las cuales las personas construyen sus identidades. Establecen relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general.¹⁷

A partir del género se construyen los modelos de feminidad y de masculinidad; en éste último se relaciona el significado de "ser hombre" con la fuerza física y emocional, se sobrevalora y estereotipa la actividad sexual y los papeles de proveedor económico y protector de la familia, y se fijan las características del hombre como activo, intrépido, arriesgado, aventurero y agresivo, que no requiere ayuda y que puede resistir el dolor físico. 6,18,19-21

La masculinidad tradicional es definida en relación con la feminidad atribuida a las mujeres, a quienes se les considera débiles física y emocionalmente, con una sexualidad pasiva, y con los roles de dependiente económica y cuidadora de las y los hijos. En esta concepción, predominante en la mayoría de las culturas, se limita a los hombres a expresar sus emociones, como la tristeza, el miedo o la ternura y a tomar medidas para el autocuidado de su salud, ya que hacerlo representaría un signo de debilidad. De acuerdo con ello, los hombres son quienes menos acuden a los servicios de salud, más cuando se trata de problemas relacionados con su sexualidad, ante el mandato social de que "debe responder siempre" a su pareja.

La biología y las diferencias físicas y fisiológicas tienen un peso importante en la construcción social y cultural de la

masculinidad y la feminidad. De acuerdo con la concepción predominante del "deber ser", para los hombres la llegada de la andropausia puede significar "dejar de ser hombre", más cuando existe disfunción eréctil, y para las mujeres, con la menopausia, "dejar de ser mujer", una situación similar se da cuando hay extracción del útero o una mastectomía total.

En nuestra sociedad, cuando mujeres y hombres se salen de sus guiones de género se les ha cuestionado; sin embargo, las transformaciones sociales, culturales, económicas y de desarrollo dificultan cada vez más asumir esos guiones estereotipados. Al respecto, Barrios, ²¹ afirma que

Muchos varones no se sienten capaces de responder satisfactoriamente a las exigencias del sistema patriarcal y falocrático, pues ellos mismos, los supuestos beneficiarios del poder, viven confundidos, desvalorizados, con virilidad disminuida y frustración crónica. Esto ha provocado que los hombres, hoy más que nunca, vivan crisis relacionadas con la dificultad de ser hombres, lo que tiene que ver con la obligación social de ser "todo un hombre", y con la cancelación de muchas de sus potencialidades para poder desempeñar el papel asignado. Por otro lado hay que desmitificar que la desigualdad social entre géneros sólo perjudica a las mujeres, pues origina malestar y sufrimiento a ambos sexos.

Con todo, la vejez es interpretada como la pérdida de los atributos masculinos y femeninos; de ahí que la depresión, la ansiedad y el suicidio, sin una cultura de autocuidado y prevención, sean cada vez más frecuentes en esa etapa de la vida de los hombres.^{6,18,19-21}

En esta época de transición y de nuevos papeles de hombres y mujeres en la sociedad, que van más allá de la masculinidad y la feminidad tradicionales, los hombres deben comprender y aceptar emociones tales como ternura, tristeza o compasión (consideradas típicamente femeninas), simpatizar y tener comunicación asertiva con otros hombres y mujeres, y con sus parejas; resolver conflictos de manera no violenta, y ser más conscientes en el cuidado de su salud y de la salud de otras/os.²¹ De igual forma, se debe reconocer que los hombres pueden ser un grupo de población en situación de vulnerabilidad, al reproducir patrones, normas y estereotipos de género, como el hombre "macho", "fuerte" y "viril".



Los hombres que han reinterpretado o que asumen una masculinidad más equitativa e igualitaria en relación con las mujeres, no sin conflictos, pero sí con mayores recursos para superarlos, son más libres y por consiguiente gozan de una mejor salud física, mental y sexual, ¹⁴ lo que se puede reflejar en una mejor calidad de vida.

Detección de la andropausia

Para detectar o confirmar un diagnóstico de andropausia, se recurre a la historia clínica de los pacientes y la exploración física y se recomienda el apoyo de parámetros bioquímicos, con el fin de confirmar cualquier resultado anormal. También se emplean cuestionarios que exploran ciertos campos relacionados con el Síndrome de ADAM o LOH. Un ejemplo es el siguiente:

Cuestionario sobre la sintomatología de la andropausia

- 1. /Ha disminuido su apetito sexual?
- 2. ¿Siente falta de energía?
- ¿Han disminuido su fortaleza y fuerza física?
- 4. ¿Ha perdido estatura?
- 5. ¿Ha notado una disminución de las ganas de vivir?
- 6. ¿Se siente triste e irritable?
- 7. ¿Son sus erecciones poco potentes?
- 8. ¿Ha notado una disminución en su habilidad por los deportes?
- 9. ¿Se queda dormido después de cenar?
- 10. ¿Ha notado una disminución de su capacidad para el trabajo?

Cuestionario para escrutinio de ADAM, adaptado de: Morley, JE de la Universidad de Saint Louise Missouri. Jaspersen GJ. Andropausia. Mitos y Realidades. Boletin del Colegio Mexicano de Urología A. C. Enero-dic 2004; 19(1):36-40.

La primera y la séptima pregunta, que se refieren a la actividad sexual, infieren síntomas clave. Si la respuesta a estas dos preguntas, o tres del resto, es afirmativa, puede decirse que el Síndrome de ADAM o LOH se está instaurando.

Sin embargo, la eficacia de la información obtenida mediante este tipo de cuestionarios es limitada y parcial, pues se requeriría de datos que informen sobre el contexto socioeconómico cultural en el que vive cada hombre a quien se le aplica, lo que difícilmente es documentado por el personal médico, pero posibilitarían precisar el diagnóstico y atenderle integral y adecuadamente.

Por otra parte, cabe enfatizar que este cuestionario se centra en aspectos marcadamente relacionados con la masculinidad hegemónica que concibe al ser hombre con ciertos atributos como fuerte, proveedor, deportista y, sobre todo, da mayor peso a la actividad sexual para el diagnóstico del Síndrome de ADAM o LOH. Todo ello indica que en el cuestionario se reproducen ordenamientos y mandatos sociales de dicha masculinidad, por lo que resulta necesario revisarlos y adecuarlos o generar nuevos instrumentos de apoyo al diagnóstico de este síndrome, sin que ello implique el reforzamiento de estereotipos y roles tradicionales de género adversos a la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Tratamientos médicos y autocuidado en la andropausia

Si bien la andropausia es un proceso natural y no una enfermedad, la Terapia Hormonal (TH) se utiliza para inhibir –o controlar- padecimientos adyacentes por la baja producción de las hormonas. Su manejo depende de las necesidades de cada paciente y de los síntomas manifestados. 8,10,11,12-16

El método con andrógenos exógenos debe estar apoyado en el criterio clínico y pruebas bioquímicas; si los niveles de la testosterona sérica –valoración a nivel clínico- son normales, pero no hay deseo ni actividad sexual, la terapia puede estar justificada. Para hombres que tienen simultáneamente hipogonadismo y disfunción eréctil, la TH se indica de tres a seis meses. Si no hay mejoría y no existen otras secuelas de la hipotestosteronemia, vi el procedimiento se debe suspender.

En los varones de más de 40 años que requieran del tratamiento se ha recomendado realizar un tacto rectal y determinar los valores de antígeno prostático específico vii. El cáncer de próstata y el de mama son contraindicaciones absolutas para la TH con andrógenos; además de que los síntomas de obstrucción urinaria son una contraindicación relativa pero no absoluta para la TH.

Una vez iniciado el tratamiento, es necesario vigilar el estado de los pacientes cada tres meses, durante el primer año, para evaluar la respuesta (clínica y bioquímica). En el seguimiento se debe realizar el tacto rectal para detectar una probable hiperplasia (crecimiento) prostática; y determinar la cantidad de hemoglobina, triglicéridos y colesterol. Si los niveles de testosterona son normales, los estudios se pueden repetir cada año. De igual forma, a los pacientes mayores de 60 años se les debe practicar una Densitometría Ósea de Cuerpo Completo (DEXA por sus siglas en inglés), para descartar una probable osteopenia u osteoporosis.

Más allá de los tratamientos médicos, la importancia del autocuidado preventivo es fundamental para la salud integral de los hombres y para minimizar los riesgos en la etapa de la andropausia. Se requiere de una dieta diaria con alimentos, frutas y vegetales ricos en antioxidantes y fitonutrientes -o en forma de una medicación suplementaria-, y consumo de pescado. El ejercicio diario durante 30 minutos mejora la función cardiovascular e

incrementa las hormonas en el cuerpo. A su vez, en ciertos casos podría ser necesario el apoyo psicológico o la terapia sexual.

Salud sexual y reproductiva de los hombres

La salud reproductiva se entiende como el "estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos";²² incluye la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. En su atención están involucrados el sector salud, con políticas públicas que garanticen ese derecho, las y los profesionales en la atención directa, y la población en la prevención y autocuidado.

Dado el patrón de envejecimiento de la población mexicana y sus efectos sobre la salud y condiciones de vida, para propiciar una vejez activa, saludable y productiva se requiere fortalecer las acciones públicas dirigidas a la promoción de la salud, a la detección temprana y atención médica oportuna de las patologías frecuentes en todas las etapas y cambios biológicos y fisiológicos de los seres humanos. En el caso de los hombres en la adultez y vejez, por las implicaciones en su salud integral y calidad de vida, la identificación del síndrome de ADAM debe formar parte de la atención en la salud sexual y reproductiva y no verse de manera aislada.

Asimismo, resulta imprescindible reforzar la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud y atención médica, pues se debe "reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud".6

De ahí la importancia de revisar aquellas ideas, creencias y prejuicios que impiden a los hombres solicitar orientación o acudir a los servicios médicos para el cuidado de su salud y para el reconocimiento de la andropausia o síndrome de ADAM como un proceso natural, diferente a la menopausia, que forma parte de su salud sexual y reproductiva y que puede ser una circunstancia para la resignificación de la masculinidad²³ y mejorar integralmente la calidad de vida.

vii Proteína producida en la próstata.





vi Disminución de los niveles normales de la hormona testosterona.

La andropausia y la calidad de vida. Propuestas

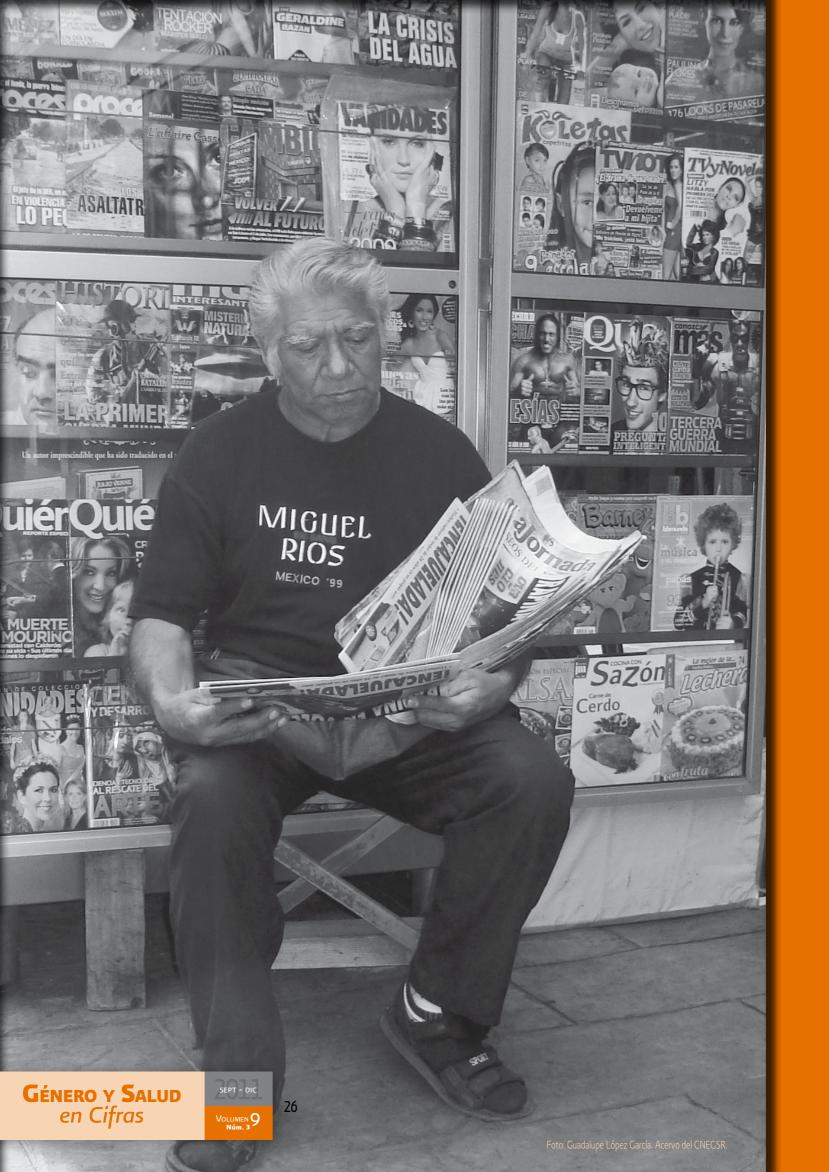
Los cambios biológicos y fisiológicos que se experimentan en el cuerpo conllevan también un giro en la forma de vida y en las aspiraciones personales de mujeres y hombres; en el caso de la andropausia y la menopausia se genera incertidumbre, temor o vergüenza, debido a las construcciones culturales y sociales que rodean a estos fenómenos fisiológicos y a la vejez en su conjunto; sin embargo, se trata de una etapa más en el ciclo de vida que puede ser igualmente productiva y satisfactoria que las demás. La andropausia para los varones puede significar una valiosa oportunidad para compartir y aprender experiencias vitales que mejoren su desarrollo físico, mental y espiritual.¹⁶

Para la atención a la salud de las personas en esta etapa de vida, es pertinente cambiar de paradigma con la intervención de tres actores fundamentalmente: el Estado, con políticas públicas con enfoque de género para la salud sexual y reproductiva, tanto en la prevención como en la atención de enfermedades o problemas relacionados con los cambios del organismo; las y los profesionales de la salud, debidamente capacitados en la orientación, manejo y atención de mujeres y hombres en todas sus etapas de desarrollo sin reproducir estereotipos de género ni discriminar o maltratar a personas adultas mayores y, sobre todo, la participación activa de mujeres y hombres, conscientes de la responsabilidad que tienen en el autocuidado de su salud.

En ese sentido, en la atención a la salud integral de los hombres se requiere promover la investigación con enfoque de género sobre el síndrome de hipogonadismo, con estudios concretos sobre el envejecimiento en la salud de los hombres de acuerdo con la etnia,⁶ edad, ubicación geográfica y contexto sociocultural; diseñar sistemas de orientación y consulta adaptados a las características y necesidades específicas de hombres; incluir líneas de atención telefónica exclusivamente para varones, reforzadas por una red de grupos de autoayuda, con orientación y asesoramiento psicológico para situaciones de depresión, estrés o crisis y educación para la salud, así como la promoción de la salud como un derecho.



EL RETO DEL SECTOR SALUD ES LLEVAR A CABO PROGRAMAS EDUCATIVOS CON LA POBLACIÓN, ESPECÍFICOS PARA MUJERES Y PARA HOMBRES, CON EL PROPÓSITO DE CAMBIAR LA PERCEPCIÓN DE LA MENOPAUSIA, LA ANDROPAUSIA, EL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ, Y PROPICIAR EL AUTOCUIDADO.



Referencias Bibliográficas

- 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud de las personas Mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009: 1-28. Disponible en http://www.mayoressaludables.org/sites/default/files/plan de_accio_n_sobre_la_salud.pdf
- 2. Osuna CJ. Globalización y Envejecimiento. Revisión. Rev Venez Endocrinol Metab 2009; (7)1: 3-13.
- 3. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social Para Servicio de los Trabajadores del Estado. Programa de Atención del Envejecimiento 2007-2012 (Versión de trabajo): 1-44. Disponible en http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/transparencia/TransparenciaSolicitudes/solicitudes/archivos/00002900 06062008 RESC.PDF
- Population Division, DESA, United Nations. World Population Ageing 1950-2050 (Resumen Ejecutivo) (ST/ESA/SER.A/207); 2002: XIV-XIX. Disponible en http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/10 spanexec.pdf
- 5. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento. México; 2008: 1-56.
- 6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Conservar la Salud a lo largo de la vida. Ginebra; 2001: 1-73. Disponible en http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf
- 7. Sistema Nacional de Información en Salud. Estadísticas por Tema (Mortalidad). Disponible en http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html
- 8. Pérez MC, editor. Proyecto de las Recomendaciones de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Andropausia o Hipogonadismo de Inicio Tardío de la Sociedad Latino Americana para el Estudio del Hombre Maduro (LASSAM) [folleto]. Cd. Delicias; 2005: 1-16.
- 9. Acuña CA. Hipogonadismo masculino. Disfunción sexual y envejecimiento. Rev. Urol. Colomb. 2008; XVII(1): 71-82.
- 10. Pérez MC, Ureta SS, Vargas DI, Fragas R, Torres LO, Silva HJ. El Síndrome de Andropausia. ¿Qué es? ¿Cómo se trata? ¿A quién? Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y vigilancia. Rev Mex Urol 2003; 3(2): 65-74.
- 11. Jaspersen GJ. Andropausia. Mitos y realidades. Colegio Mexicano de Urología [Boletín]. 2004: 19(1): 36-40.
- 12. Tenover J. Declining testicular function aging men. International Journal of Impotence Research. 2003; 15(4): S3-S8.
- 13. Valzachi GR, Knoblovits P, Giudice C, Gueglio G, Damia O. El Dilema de la Andropausia y el Reemplazo Hormonal en el Hombre Mayor. Asociación de Andrología Panamericana de Endocrinología. Buenos Aires; 2003: 1-10. Disponible en http://www.aapec.org/trabajo/listadodetrabajos/trabajo10.htm
- 14. Bassol S. Aspectos clínicos de la Andropausia. 2002: 1-4. Disponible en http://members.tripod.com/~fmuacut/mt102.htm
- 15. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ. et al. Investigación, tratamiento y monitoreo del Hipogonadismo de inicio tardío en el hombre. Recomendaciones de la ISA, ISSAM, EUA y ASA. Rev. Arg. Andrología. 2010; 19(1): 14-23.
- 16. Katchadourian HA, compilador. La Sexualidad Humana. Andropausia ¿Qué hacer? México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía para La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, 2ª. Ed. México; 2011: p. 13.
- 18. Rodríguez MY. Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos. Género y Salud en Cifras. 2009; 7(2): 3-14.
- 19. Wilson J. Papel de los Andrógenos en el comportamiento del Género Masculino. Endocrine Reviews. 1999; 20(5): 726-737.
- 20. Gutmann M. Ser Hombre de verdad en la Ciudad de México: Ni macho ni mandilón. México: El Colegio de México; 2000.
- 21. Barrios D. Resignificar lo masculino. México: Vila Editores; 2003.
- 22. Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva. Proyecto de Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdffiles/EB113/seb11315a1.pdf
- 23. Los programas de Salud reproductiva tienen que incluir hombres [entrevista a Margaret E. Greene] Population Reference Bureau (PRB); 2008: Disponible en http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2003/LosProgramasDeSaludReproductivaTienenQueIncluirALosHombres.aspx

LA SALUD EN LA VEJEZ DESDE UNA MIRADA DE GÉNERO

Mayra Niño Zúñigaⁱ







Introducción

El cambio demográfico que se experimenta a nivel global con el aumento de la esperanza de vida, y la disminución de los niveles de fecundidad y de mortalidad, entre otros factores, se ha caracterizado por el incremento progresivo de la población adulta mayor, ii con respecto al total de la población. Este proceso conlleva una serie de transformaciones en todos los ámbitos de desarrollo, tanto económicos, como políticos y sociales, lo que apremia a los gobiernos a revisar las políticas públicas y programas de acción de salud pública.

En la vejez, las personas tienen un grado de vulnerabilidad más alto y su calidad de vida puede disminuir a causa de padecimientos crónicos, incurables y progresivos, por discapacidades motrices o mentales, con lo que aumenta la demanda de atención médica y de cuidados a largo plazo, además de cargas económicas y emocionales para las y los adultos mayores, sus familias y su entorno social.²

Este artículo presenta un panorama actual sobre aspectos relacionados con la salud en la vejez y las diferencias entre mujeres y hombres, no sólo porque se da una proporción numérica mayor de las primeras que de los segundos, en esa y las demás etapa del ciclo de vida, sino por las desigualdades sociales, económicas y culturales entre ambos, situación que alude al géneroⁱⁱⁱ y que repercute en el bienestar físico y emocional de las personas.

Este es un trabajo exploratorio cuyo fin es sensibilizar a la población en general y a las y los tomadores de decisiones en políticas de salud, sobre la importancia de contar con datos desagregados por sexo y de la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos, que consideren variables que incluyan al sexo y al género para explicar la composición e interrelación de elementos que influyen en la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Su trascendencia reside en que las estadísticas son una de las bases para diseñar y aplicar políticas públicas acordes

con las necesidades específicas de la población y para fomentar una cultura en la que se revalore a la vejez y se busquen mejores oportunidades de desarrollo y crecimiento personal de quienes viven esa etapa.

Transición demográfica: un fenómeno irreversible

Se denomina transición demográfica al cambio progresivo de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados, con el consecuente aumento de la esperanza de vida de las personas. Dicha transformación ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento.³

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) señaló que en el año 2000 la población mundial mayor de 60 años era de 629 millones y prevé que en el año 2050 llegue a dos mil millones, al registrarse un crecimiento anual del dos por ciento, ritmo más alto que el resto de la población. El segmento de mayor crecimiento es el de los mayores de 80 años, quienes entre las personas mayores constituían al año 2000 el 12 por ciento, estimándose que en el año 2050 representen el 20 por ciento del total de adultas/os mayores. El organismo multilateral estima que probablemente ya no se repetirán las sociedades con pirámides demográficas on población joven en la base y adulta/mayor en la cúspide. El organismo multila de la desenva de mográficas en la cúspide.

En el caso de México —y en América Latina— se experimenta un proceso de transición demográfica más rápido que en países desarrollados, con lo que el paso de una "sociedad joven" a una "sociedad envejecida" ocurrirá en un periodo más corto. ^{5,6} De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, ³ entre 2000 y 2050 la proporción de adultos/as mayores en México se cuadriplicará, al pasar de siete a 28 por ciento; es decir, una de cada cuatro personas será mayor de 60 años.

ii En el caso de México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Art. 3, Fracc. I, establece que las personas adultas mayores son aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en trénsito en el territorio nacional. 1

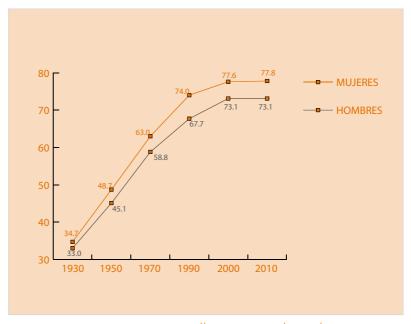
iii Concepto que se refiere a la construcción sociocultural de la masculinidad y feminidad, tomando como base el sexo de las personas, como se verá en el apartado "Vejez y género".

iv La estructura por edades de una población es la manera en que se encuentran repartidos sus habitantes en los distintos intervalos de edad, su representación más conocida es la pirámide poblacional.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)⁷ refiere que esta transición inició en los años treinta con el descenso en la tasa de mortalidad, década a partir de la cual la longevidad ha aumentado drásticamente. Otro componente que contribuyó a ese cambio fue el acentuado declive en los años setenta de la tasa de fecundidad, al transitar de 6.8 hijas/os por mujer a 2.9 hijos; aspecto que además de ser determinante en la reducción del crecimiento de la población, ha acotado un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y el desplazamiento de generaciones numerosas hacia los grupos de edad centrales.

En cuanto a la esperanza de vida, en la década de los treinta era de 33 años para hombres y 35 para mujeres, en el año 2010 se llegó a 73.1 años para los primeros y casi 77.8 años para las segundas, con un promedio de 75.4 (Figura 1).

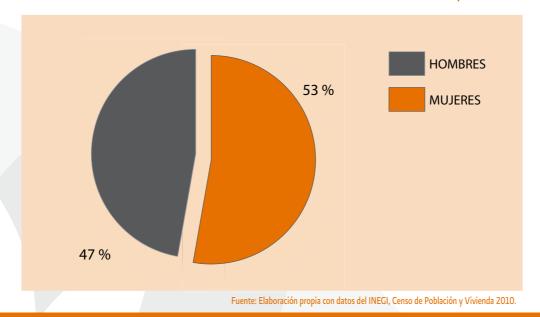
FIGURA 1. ESPERANZA DE VIDA SEGÚN SEXO. MÉXICO, 1930-2010



Fuente: http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P

El Censo de Población y Vivienda 2010⁸ reportó 112 millones 336 mil 538 habitantes en México. 54 millones 855 mil 231 son hombres y 57 millones 481 mil 307 son mujeres, con una relación hombres-mujeres de 95.4 por cada 100. Del total de la población, 10 millones 55 mil 379 tienen 60 años y más, lo que representa casi el nueve por ciento de su población. De estos, cuatro millones 679 mil 538 son hombres (47%), y cinco millones 375 mil 841 son mujeres (53%), como se aprecia en la Figura 2.

FIGURA 2. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES. MÉXICO, 2010



Conforme avanza la edad, la proporción de mujeres se va haciendo mayor, como se puede apreciar en la Figura 3.

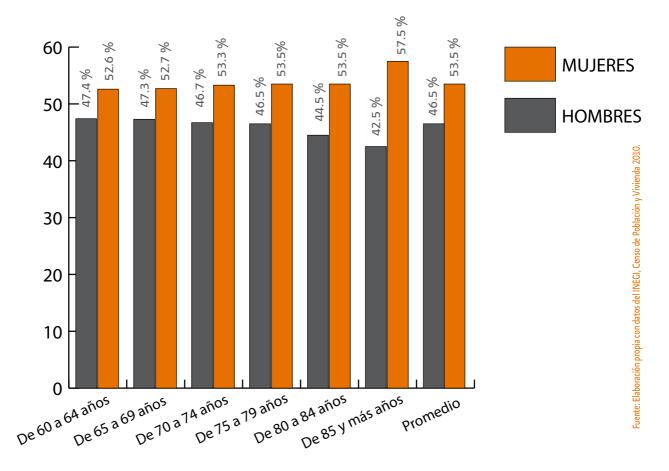


FIGURA 3. PORCENTAJE RELACIÓN HOMBRES-MUJERES POR GRUPOS DE EDAD

En general, las cifras hablan de un cambio drástico que influye en las estructuras económicas y socio-sanitarias, en las relaciones de familia y entre generaciones, en las formas de vida cotidiana, en la salud y en el desarrollo de los países, ^{4,9} y habrá que prepararse ante la restructuración de la sociedad y su población; más cuando en México existe un alto índice de pobreza e inequidades socioeconómicas que afectan principalmente tanto a mujeres como a hombres de todas las edades, pero de manera diferente.

Envejecimiento y vejez: transformación multifactorial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 1984 el concepto "adulto mayor" para referirse a las personas –mujeres y hombres- de 60 años y más, y evitar de esta manera expresiones despectivas relacionadas con la forma en que se interpreta el proceso de envejecimiento individual: vieja/o o anciana/o, entre otras. En sus documentos, el organismo utiliza también los términos "personas mayores" o "personas de edad"; pero fue a partir de 1996, cuando la ONU denomina a ese grupo poblacional "personas adultas mayores" (PAM), definición aceptada en México.¹

Si bien el envejecimiento demográfico de la población supone un cambio en la estructura por edades y provoca el aumento de la edad media del conjunto, el envejecimiento humano es un proceso biológico, psicológico y social, determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales, tales como los genéticos, el cuidado del cuerpo,

v Resolución A/RES/50/141, 30 de enero de 1996, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

las condiciones socioeconómicas, la educación, la ocupación laboral, las diferencias generacionales y la personalidad;^{10,11} además de las formas de vida, la pobreza y el género, de ahí que se considere un proceso individualizado y multifactorial.¹²

Por otro lado, la vejez -estado que supone la última etapa de la vida- tampoco es homogéneo para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica; pues también intervienen en su concepción criterios psicológicos, individuales, colectivos, sociales y culturales, entre ellos los estereotipos negativos que definen a la vejez como sinónimo de dependencia, deterioro, depresión, aislamiento, fragilidad, rigidez mental o carga económica, lo que inciden en actitudes de prejuicio y discriminación hacia las personas mayores.

Panorama de la salud de la población adulta mayor en México

La diversidad de factores que inciden en el envejecimiento debe ser tomada en cuenta para revisar la salud de las personas mayores, entendida ésta –de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)- como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, ¹³ por lo que, a su vez, la salud se convierte en un indicador fundamental para valorar la calidad de vida vi de las personas mayores.

Al igual que el envejecimiento, ¹² el estado de salud, la esperanza de vida saludable y la presencia de enfermedades crónicas en las mujeres y hombres mayores está determinado por diversos factores como los biológicos (cromosomas sexuales, hormonas, sistema antioxidante, sistema reproductivo), políticos (leyes e instituciones públicas que propician la inequidad de género), cultural (actitudes hacia el envejecimiento con privilegios hacia algún sexo), sociales (nivel educativo, servicios médicos y seguridad social, viudez, soledad, redes de apoyo social formales e informales) y económicos (ingresos, condiciones de la vivienda, alimentación, trabajo). ¹²

En el año 2000, la esperanza de vida saludable —que mide los años de vida que una persona puede vivir sin

discapacidad— era de 55.2 a 63.1 años en hombres y de 61.0 a 67.3 años en mujeres.¹⁶ A nivel general, las cinco principales causas de pérdida de años saludables fueron las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías.¹⁶

Las enfermedades crónicas durante la vejez han tenido comportamientos distintos, tanto por épocas, como por sexo, por grupos de edad, por regiones geográficas u otros aspectos. En años recientes, se ha presentado la siguiente tendencia, de acuerdo con el Cuadro 1, con datos generales, y el Cuadro 2, desagregados por sexo.

Cuadro 1

Principales causas de egreso hospitalario en población de 60 años y más. México, 2008

TASA POR 100 MIL HABITANTES DE 60 AÑOS Y MÁS

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO	TOTAL	TASA
Diabetes mellitus no insulinodependientes	63 164	719.63
Insuficiencia renal crónica	54 892	625.39
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	27 804	316.77
Fractura de fémur	23 985	273.27
Colelitiasis	22 752	259.21
Diabetes mellitus no especificada	20 578	234.45
Hiperplasia de la próstata	19 670	224.10
Hipertensión esencial (primaria)	19 392	220.93
Otras enfermedades cerebrovasculares	18 818	214.39
Hernia inguinal	18 335	208.89

Nota: La selección es con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Fuente: SINAIS-SSA, Egreso Hospitalarios 2008. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la Población en México 2005-2050.

Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2011/adultos0.doc



iv La calidad de vida se entiende como la percepción de las personas de su propia posición en la vida en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Se incluye la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales, el contexto cultural y su relación con las características de su entorno. A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia. 14

v El INEGI define "discapacidad" como las diferencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive.¹⁵

Cuadro 2

Principales causas de egreso hospitalario en población de 60 años y más para cada sexo, México, 2008

TASA POR 100 MIL HABITANTES DE 60 AÑOS Y MÁS

SEXO Y PRINCIPALES CAUSAS DE ENGRESO HOSPITALARIO	TOTAL	TASA
Hombres		
Insuficiencia renal crónica	28 678	714.84
Diabetes mellitus no insulinodependientes	28 117	700.86
Hiperplasia de la próstata	19 670	490.30
Hernia inguinal	14 326	357.10
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13 964	348.07
Enfermedad isquémica crónica del corazón	10 732	267.51
Diabetes mellitus no especificada	9 593	239.12
Otras enfermedades cerebrovasculares	9 146	227.98
Neumonia, organismo no especificado	8 633	215.19
Otras enfermedades del sistema digestivo	7 835	195.30
Mujeres		
Diabetes mellitus no insulinodependientes	35 047	735.44
Insuficiencia renal crónica	26 214	550.08
Fractura de fémur	16 547	347.23
Colelitiasis	15 215	319.28
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13 836	290.34
Hipertensión esencial (primaria)	11 671	244.91
Diabetes mellitus no especificada	10 984	230.49
Otras enfermedades cerebrovasculares	9 672	202.96
Neumonia, organismo no especificado	9 116	191.29
Insuficiencia cardiaca	8 932	187.43

Nota: La selección es con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Fuente: SINAIS-SSA, Egreso Hospitalarios 2008. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la Población en México 2005-2050.

Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2011/adultos0.doc

De acuerdo con los datos estadísticos, las enfermedades crónico degenerativas afectan de manera similar tanto a mujeres como a hombres, pero la longevidad de las mujeres las hace más proclives a padecer enfermedades crónicas durante el envejecimiento como la osteoporosis –de ahí las fracturas de fémur- la diabetes mellitus, la artritis, la inconteniencia urinaria, la depresión y Alzheimer; en tanto que los hombres mueren a más temprana edad y tienen más probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares¹² y por hiperplasia de la próstata.

En cuanto a la mortalidad en las personas mayores, en el año 2007, las principales causas de muerte en hombres mayores de 65 años fueron en primer lugar, las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas por la diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; en tanto que para las mujeres la primera causa también fue el grupo de enfermedades isquémicas del corazón, seguida de la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas e infecciones respiratorias agudas bajas (Figuras 4 y 5).

FIGURA 4. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE HOMBRES DE 65 AÑOS Y MÁS, MÉXICO, 2007. TASA POR CADA 100 MIL HOMBRES EN ESE GRUPO DE EDAD

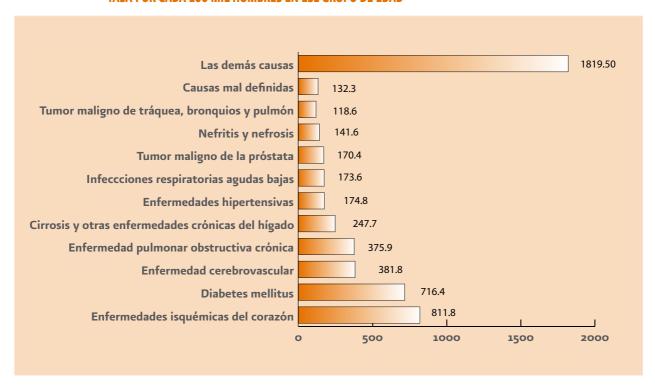
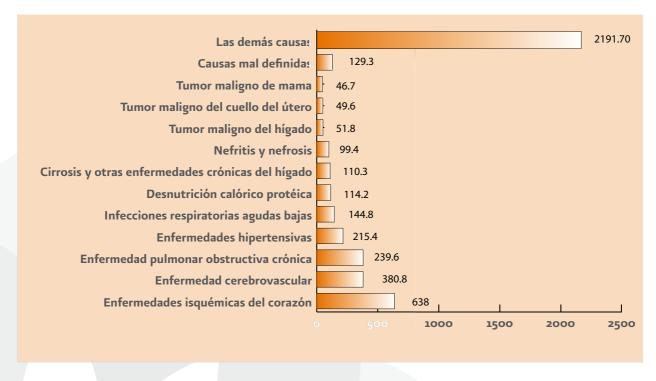


FIGURA 5. ONCE PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE MUJERES DE 65 AÑOS Y MÁS, MÉXICO, 2007. TASAS POR CADA 100 MIL MUJERES EN ESE GRUPO DE EDAD



Fuentes Figuras 4,5: Elaboración propia con Base de Datos de Defunciones 2007, INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

Vejez y género

La perspectiva de género en salud busca reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, las distinciones socioculturales y los papeles y actividades desempeñadas por hombres y mujeres afectan diferencialmente su salud en todo el ciclo de vida. Estas diferencias construidas históricamente se traducen en desigualdades, riesgos, necesidades, contribuciones y al impedimento o acceso y control sobre los recursos en salud.^{12,17}

Desde este enfoque se establece que, además de los factores biológicos, las mujeres están en mayor riesgo frente a patologías crónicas y discapacidad; en tanto que los hombres pueden llegar a morir a temprana edad debido a que no se detecta a tiempo padecimientos que originan muerte prematura, ya que participan menos en acciones preventivas o de atención a la salud,¹² además de que en su muerte "prematura" influyen mucho las originadas por lesiones accidentales y homicidios.

El porcentaje de población con discapacidad en el grupo de 60 a 84 años en mujeres es de 24.6 y en hombres de 23.0; en tanto que en el grupo de 75 años y más llega a 60.4% en mujeres y 56.4% en hombres. Lo anterior hace que la población adulta mayor requiera una atención más frecuente de los servicios de salud(tanto públicos como privados).

Además de la salud, la desigualdad de género se manifiesta en ámbitos como la educación, al presentar —a nivel nacional— un porcentaje más alto de analfabetismo en mujeres de 60 a 74 años (21.5%) y de 75 años y más (37.7%) que en hombres de esos grupos (16.7% y 28.8% respectivamente).¹⁸



Un dato más es la actividad económica de las personas mayores. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo¹⁹ indica que en México hay 3.7 millones de personas adultas mayores que cuentan con empleo o buscan incorporarse en el mercado laboral, representando 8.3 por ciento del total de Población Económicamente Activa del país (PEA).

Para el segundo trimestre de 2010, de la PEA de 60 años y más, 98% estaba ocupada, y de ésta 70% eran hombres y 30% mujeres. La tasa de desempleo abierto era de 2%, y por sexo, la desocupación era mayor en los hombres (3.9%) que en las mujeres (0.9 por ciento). En tanto, casi dos terceras partes de adultos/as mayores (65.7% mujeres y 34.3% hombres) forman parte de la Población No Económicamente Activa. 19

La situación descrita deja a las adultas mayores en riesgo de mayor pobreza que los hombres, pues como se ve en el Cuadro 3, apenas el 9.7% cuenta con una pensión o jubilación, frente a 51.5% de los hombres. Lo anterior muestra una gran inequidad social, ya que las mujeres, "por su papel reproductivo no tienen continuidad en el mercado laboral y cuando se encuentran dentro de él, sus empleos son precarios y sin seguridad social", ²⁰ o sus pensiones son bajas. En todo ello, se deben considerar las diferencias que existen en los ámbitos rurales y urbanos y en las diferentes etnias.

CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 60 Y MÁS AÑOS POR TIPO DE INACTIVIDAD SEGÚN SEXO. MÉXICO, 2009			
TIPO DE INACTIVIDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Totales	100.0	100.0	100.0
Estudiantes	0.1	0.1	0.1
Quehaceres domésticos	47.1	5.0	68.8
Pensionados y jubilados	23.9	51.5	9.7
Incapacitados permanentes	2.2	3.6	1.4
Otros no activos	26.7	39.8	20.0
Fuente: INEGI, STPS. Encuesta naciopnal de Ocupación y Empleo.Segindo trimestre, 2009.			

Las actividades desempeñadas por las y los adultos mayores no económicamente activos reflejan cómo los papeles de género continúan en esa etapa de la vida. En los datos del Cuadro 3 se ve que las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos en 68.8%, en tanto que los hombres lo hacen sólo en 5%.

A su vez, por la alta esperanza de vida de las mujeres, éstas tienen mayor probabilidad de vivir solas y de depender económicamente de otros familiares. Sin embargo, relacionado con este último caso, existe un número considerable de mujeres mayores cuidadoras de las y los demás integrantes de la familia, actividad generalmente sin remuneración. Por ese entorno, las adultas mayores se han convertido en agentes del mantenimiento de la salud física, psíquica y emocional de la sociedad, desempeñando una función vital, pero afectando también su salud.

En el caso de los adultos mayores, la carga social y simbólica que implica ser el principal proveedor de la familia o representar "fortaleza" física y moral, les impide cuidar su salud. Es sabido, pero se debe reiterar, que son quienes menos acuden a los servicios médicos o a practicarse estudios preventivos.

Ante este resumido panorama, tanto organismos internacionales, ^{13,14,21,22,23} como en la legislación nacional y programas de atención, ^{1,24} establecen las bases para que los gobiernos instrumenten políticas públicas en favor de las personas mayores, así como para ofrecer los servicios adecuados y de calidad, de acuerdo con necesidades específicas de los grupos sociales y por las características de sexo, grupos de edad o etnia, entre otros factores.

Los instrumentos internacionales de mayor importancia en materia de salud para las mujeres son el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), reuniones convocadas por la ONU, cuyos acuerdos fueron asumidos por el Estado mexicano. Si bien no son exclusivos en la materia, son los más significativos en el campo de la salud en tanto derecho de las mujeres, además de ser mecanismos que buscan influir en el desarrollo de las leyes y prácticas nacionales. En ellos se convoca al tema de la salud de las mujeres de manera extensa, durante las distintas etapas de su vida -desde la niñez, hasta la vejez- y de forma integral -en distintas condiciones geográficas, sociales y étnicas- y aluden a la salud de las mujeres con capacidades diferentes.²⁵

El que México se haya sumado a dichos acuerdos y establecido una normatividad jurídica en favor de las personas adultas mayores, marca un compromiso político del Estado para garantizar el derecho a la salud de las y los adultos mayores, propiciando el acceso a los servicios en este campo, con calidad, calidez y con equidad de género, entendida como la garantía para contar con las mismas oportunidades, condiciones y trato-considerando las diferencias y necesidades específicas de mujeres y hombres- en dicho acceso, y para que les permitan mejorar su calidad de vida y evitar incapacitarse o morir por causas prevenibles y evitables.^{5,22}

Conclusiones

Pese a los avances en el campo de la salud de adultas/os mayores, se debe reconocer que los esfuerzos no han sido suficientes. Entre las dificultades para garantizar el derecho a la salud, se encuentra la carga desmedida de las familias que deben pagar por los servicios de salud, la insuficiencia de infraestructura en áreas rurales, la baja calidad en los servicios, el sistema de protección social de salud que aún no cubre a toda la población, así como la falta de coordinación y participación eficiente entre los niveles y áreas de gobierno.⁵

Se requiere, por tal motivo, una planificación del desarrollo, la cual exige tomar en cuenta el proceso del envejecimiento de la población para ampliar la cobertura en salud de este grupo etario, pues de no hacerlo a tiempo, se puede convertir en un problema de envergadura para el siglo XXI.9

Si bien las estadísticas aquí presentadas muestran la situación de morbilidad y mortalidad entre mujeres y



hombres en la etapa de la vejez, es importante complementarlas con otros estudios cuantitativos y cualitativos, tomando en cuenta factores de género, que permitan conocer más a fondo la situación de este grupo de población para identificar qué aspectos están relacionados con la biología, el medio ambiente o la pobreza. Lo que se buscaría con ello, sería diseñar y aplicar políticas públicas acordes con las necesidades específicas para compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos –en este caso para salud- entre mujeres y hombres, 17 y para generar condiciones de igualdad en la etapa de la vejez.

En ese mismo sentido, un elemento básico que se retoma en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia²⁶ es el empoderamiento de las mujeres, entendido como

Un proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertadas (Art. 5, Fracc. X).

El empoderamiento de las mujeres representaría una acción fundamental para mejorar las condiciones de vida de la población, incluyendo el campo de la salud, y avanzar hacia la igualdad de género en todas las edades. ¹⁷



Referencias Bibliográficas

- 1. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México. Diario Oficial de la Federación; 25 de junio del 2002.
- 2. Consejo Nacional de Población. Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México. México; 2011 (Serie Documentos Técnicos).
- 3. Zúñiga E., Vega D. Envejecimiento de la Población de México. Reto del Siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población; 2004.
- 4. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento de la población: hechos y cifras. Una sociedad para todas las edades [folleto]. Madrid; 2002.
- 5. United Nations. Population Ageing 2006. Disponible en http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006chart.pdf
- 6. World Health Organization. Ageing: Exploding the Myths. Geneva; 1999. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO HSC AHE 99.1.pdf
- 7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México; 2005.
- 8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en www.censo2010.org.mx
- 9. Villarreal MM. La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005 (Serie Población y Desarrollo: 64).
- 10. Fernández BR. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2004.
- 11. Cornachione MA. Psicología del desarrollo: Vejez. Córdoba: Brujas; 2006.
- 12. Mendoza VM. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En: Salgado VN, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 57-80.
- 13. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos de la OMS: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Suplemento de la 45ª. Ed. Ginebra; 2006.
- 14. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: Un marco Político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105. Disponible enhttp://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_enveiecimiento activo.pdf
- 15. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México; 2011.
- 16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis Metodológica y Conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. México; 2011. Disponible enhttp://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cpv2010.pdf
- 17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. 2ª. Ed. México; 2011.
- 18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México. Disponible enhttp://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi result/cpv2010 principales resultados1.pdf
- 19. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. México; 2010.
- 20. López G. Reflexiones finales. En: Salgado VN, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:207-211.
- 21. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Nueva York; 1982. Disponible enhttp://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf
- 22. Organización de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad. Nueva York; 1991. Disponible en http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1640.pdf
- 23. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York; 2002. Disponible en http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-1.pdf
- 24. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor. Manual de los derechos humanos y no discriminación del adulto mayor. México; 2003.
- 25. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. Seguimiento a los programas y líneas de acción para la atención de la salud de las mujeres del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud [Reporte]. México; 2008. Disponible enhttp://www.diputados.gob.mx/documentos/CEAMEG/REPORTE%20 FINAL%20DE%20SALUD.pdf
- 26. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación; 1 de febrero de 2007.



La salud en la vejez desde una mirada de género

RESEÑA



ALE DEL CASTILLO



MOISÉS CASTILLO

Amar a Madrazos El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes

Ale del Castillo y Moisés castillo Grijalbo, México, 2010, 280 pp.

Oliva Lópezi

Laura sólo alcanzaba a señalar sus heridas, una mordida en el cuello, una cortada de lado a lado del maxilar inferior, la cabeza descalabrada, su blusa blanca abierta exponía las cortadas sobre sus senos y lo mismo sucedía con sus piernas. Ese día Laura se había ido de pinta para verse con su novio y terminar con él. Después de vivir el peor día de su vida, despertó en un cementerio herida y bañada en sangre, se arrastró hasta salir del camposanto, luego atravesó una carretera y se rindió al dar vuelta a la calle para pedir ayuda.

El relato anterior es una de las 19 historias de mujeres y hombres que se incluyen en el libro *Amar a madrazos. El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes*, ideado a raíz del reportaje con el mismo nombre publicado en la revista emeequis, en su núm. 163 (16 de marzo de 2009), como un reflejo de la preocupación social por los altos índices de violencia que se dan en las relaciones de noviazgo.

Amar a madrazos... es un texto que no deja indiferente al o la lectora de esas narraciones de jóvenes mexicanas/os de distintos estratos socioeconómicos y lugares de esta gran urbe, migrantes y citadinas/os, cuya coincidencia es que han experimentado el "amor" con sus parejas erótico-afectivas y en su familia, a través de la violencia de todo tipo.

Los testimonios crudos son de jóvenes que, por distintas circunstancias sociales, abandono, maltrato, soledad, indiferencia, necesidad de sentir que le importan a alguien y por la inercia de creer que así se vive y así se muere, han experimentado las distintas caras de la violencia con quienes se supone les deben ofrecer amor, compañía, respeto y seguridad. La y el autor así lo expresan en la introducción del libro:

Ellos aman hasta los golpes. Aman de una manera enferma, aman aun cuando duele. Viven con el miedo de perder la vida y con la fuerza necesaria para sobrevivir un día más esperando que todo cambie. Aman entre mentiras y justificaciones, ocultan el dolor con blusas de cuello alto y mangas largas, maquillaje y la negación de la existencia de alguien que los lastima en el nombre del amor.

i Profesora-Investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, e integrante del Comité Editorial de Género y Salud en Cifras. Correspondencia: olivalopez@campus.iztacala.unam.mx

Con una estructura editorial que lo hace accesible y pedagógico, el y la autora buscan que el libro se convierta en "un material que pase de mano en mano, que proponga el debate, la reflexión y los espacios de diálogo entre mujeres, hombres, parejas y padres e hijos, con un objetivo común: evitar que la violencia en las relaciones se repita en cualquier ámbito y con cualquiera de sus manifestaciones."

Sin embargo, a mi parecer, ese propósito es rebasado, pues, en conjunto, *Amar a madrazos...* es una obra sólida de alto vuelo y mayores alcances que trasciende la investigación periodística de episodios transitorios y logra comunicar, a través de las historias que presenta, la gravedad y la relevancia que significa "amar a madrazos", para elevar esta expresión cotidiana y coloquial a la categoría de problema social. De igual forma, aporta una reflexión más, desde la mirada de las y los propios protagonistas, sobre un tema que sigue siendo una asignatura pendiente en México y en América Latina, pese a que forma parte de la agenda de las políticas públicas.

La violencia en el noviazgo: laberinto sin salida

Los testimonios incluidos en el libro, producto de la investigación periodística, son acompañados de conceptos y posturas teóricas, de la opinión de personas expertas en el ámbito jurídico y médico-psiquiátrico, y de información de instituciones públicas y de organizaciones de la sociedad civil, acerca de las características, causas y consecuencias de la violencia de género en el noviazgo; se complementa con datos de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007 (Envinov), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la que se entrevistó a más de siete millones 100 mil jóvenes solteras/os de entre 15 y 24 años que habían tenido relaciones de noviazgo en ese año. Los resultados fueron desalentadores:

- 15 por ciento de las y los jóvenes entrevistados (poco más de un millón) han experimentado algún incidente de violencia física en sus relaciones de noviazgo.
- 76 por ciento han sido víctimas de violencia psicológica.
- Del total de entrevistadas/os que han sido víctimas de violencia sexual, dos terceras partes son mujeres.



Los prologuistas de *Amar a madrazos*..., Ricardo Ruiz Carbonell y Luciana Ramos Lira, ubican la violencia entre parejas como parte de la violencia de género, la cual debe entenderse como la exacerbación de las desigualdades entre mujeres y hombres. Sin olvidar que ese fenómeno no es nuevo, históricamente las mujeres han sufrido violencia, resultado de factores de carácter cultural, social, legal y familiar, con la consecuente dominación que han ejercido los varones hacia las mujeres en una sociedad cuyas estructuras se sustentan en la sobrevaloración de lo masculino por encima de lo femenino.

La violencia ejercida contra las mujeres, indican Ruiz Carbonell y Ramos Lira, ocurre en cualquier espacio, público o privado, y es ejercida por cualquier persona, casi siempre varón y conocido por la víctima. Se puede tratar de algún familiar (padre, hermano, esposo/pareja) y, en mayor medida, por las parejas erótico-afectivas, como nos lo dejan ver la y el autor del libro en comento, con argumentos sustentados con las cifras de la Envinov.

Por otro lado, no podemos obviar que la violencia es utilizada como un mecanismo de poder que se ha ejercido contra otros grupos de población como las/os niños, personas con enfermedades incapacitantes y crónico no trasmisibles (como obesidad, diabetes y depresión), adultas/os mayores, migrantes, población indígena y contra quienes no responden a patrones de "normalidad social", como las personas homosexuales.

Los casos narrados en **Amar a madrazos**... nos muestran que la violencia de pareja y familiar es un fenómeno estructural que atraviesa las relaciones sociales, las marca y las condiciona. Ya no se trata de las agresiones que una persona ejerce sobre otra como producto del azar o como resultado de un trastorno psiquiátrico, como otrora se sostenía, ni como un fenómeno que competía solo a las/los de casa porque correspondía a la vida privada.

La violencia entre parejas jóvenes —como se documenta en este libro — está condicionada por diversos fenómenos relacionados con los imaginarios sociales sobre lo que significa ser hombre y ser mujer en una sociedad en la que los sistemas económicos, en particular la mercadotecnia, diariamente nos venden, a la par de cualquier producto: un estereotipo en el que las mujeres siguen siendo vistas como objetos sexuales, como incapaces, tontas y sentimentales.

En una sociedad cuyo sistema de valores sigue viendo a las mujeres como seres de segunda y como propiedad de alguien más, las manifestaciones de violencia hacia ellas, hacia nosotras, son frecuentes. Desafortunadamente, la que es cometida por parte de los hombres de su familia siempre ha existido, a través del incesto, la violación, el abuso sexual, el maltrato psicológico y los golpes; situaciones humillantes y altamente lacerantes para la vida física y emocional de quien ha tenido que vivir tales atrocidades, y que por años se han quedado como vivencias sufridas que transcurren detrás de la puerta como un hecho consabido y tolerado.

Las anteriores son experiencias que han de marcar la vida de mujeres y hombres que han vivido la violencia en el seno familiar y con la pareja como expresión de "afecto"; puesto que es evidente que en casa aprendemos una forma peculiar de amar: "a madrazos", por la fuerza, a través del chantaje, el abuso; o bien, con respeto, con responsabilidad.

La violencia como un problema social y de competencia del Estado

Verónica recuerda que en ese entonces su madre le restringía las salidas porque por esas fechas habían ocurrido tres asesinatos de chicas más o menos de la edad de Laura y el tema del feminicidio en el Estado de México estaba cada vez más presente en las noticias locales.

La violencia familiar es concebida como un hecho natural para resolver los conflictos familiares y de pareja, pues de acuerdo con la Envinov, 21.3 por ciento de las/os jóvenes declaró que en su casa había insultos y cerca de 10 por ciento dijo que también hubo golpes. Si a este escenario le sumamos las condiciones de crisis económica, de desempleo, de narcotráfico, de inseguridad social y de miedo gestado por la interrelación de estos fenómenos sociales, además de falta de oportunidades para las y los jóvenes de este país y del mundo, existe una alta posibilidad de que la violencia se presente en sus vidas.

Otra de las aportaciones del libro es que rompe con el clásico tratamiento periodístico que considera a ciertos fenómenos sociales de gran envergadura -por ejemplo, el de la violencia en la pareja- como un suceso que tiene como escenario el hogar y las relaciones erótico-afectivas, con la consiguiente imposibilidad de relacionarlos con causas sociales.

Con ello, el y la autora traen a la arena del debate público el tema con esos casos que solo constituyen la punta del iceberg; que guardan rostros, voces e historias de entre los 29 millones de jóvenes que hay en México, según los últimos datos del INEGI. La violencia hacia las mujeres y en el noviazgo no son un fenómeno ajeno al Estado, ni una excepción o una coincidencia de eventos; este libro nos convoca hoy a verlas como un problema social y de salud pública, construido en la entrañas de la cultura. El estado tiene la responsabilidad de prevenirlas y atenderlas.

"Estas cosas sanan, estas cosas pasan"

—Sí denuncié, no sé si te manden llamar, pero sí denuncié —dijo Laura [a Verónica, quien le llamó por teléfono para preguntar cómo estaba y si había denunciado a quienes la violaron y agredieron] sin escucharse convencida—. No te preocupes, ya olvídalo, estás cosas sanan, estas cosas pasan...

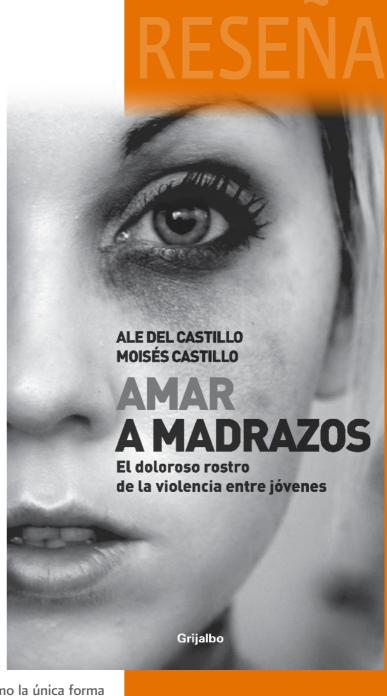
¿Cómo aprendimos a amar a madrazos? ¿Amor y violencia son experiencias concomitantes? ¿Por qué el amor puede verse atravesado por la violencia? Estas son con toda seguridad preguntas que nos podemos hacer cuando escuchamos y leemos los testimonios de violencia que han vivido las y los jóvenes en sus relaciones amorosas. Es común entre los jóvenes responder ante la pregunta ¿has experimentado algún tipo de violencia en tus noviazgos? frases como "Lo normal"; "un poco"; "nada importante" o, "sí, pero yo he tenido la culpa".

Cuando la violencia se concibe y se asume como un hecho normal, justificado, tolerado e inherente a la

naturaleza de las relaciones entre mujeres y hombres, o como la única forma de resolver los conflictos de pareja, es casi imposible analizarla de manera crítica y autocrítica, como un instrumento más para el mantenimiento de la subordinación de otra/o a quien se visualiza como débil e incapaz. Pero como los malos tratos han permanecido ocultos detrás de las puertas de los hogares y con el disimulo de quien considera que no es asunto suyo ver que una mujer o un hombre son violentados por sus parejas, hoy –parafraseando a Augusto Monterroso- nos sorprendemos como si, al despertar, el agresor/a (dinosaurio) hubiera aparecido de pronto; y no, lamentablemente siempre había estado ahí.

En los ámbitos profesionales de lo clínico, lo jurídico y lo legal destinados a atender los distintos niveles implicados en el fenómeno de la violencia vivida en las relaciones de pareja de la población joven, es necesario reconocer que a ésta subyacen fenómenos estructurales como -además de las relaciones de desigualdad social entre los sexos- ejercicios de poder cruzados por la dependencia emocional, económica y el miedo mismo.

En algunas circunstancias, la violencia en el noviazgo se confunde con el amor; pero en la mayoría de las ocasiones las personas la desconocen y se desatan



eventos que ocurren en escenarios de excesos y –paradójicamente- de carencias, como los casos presentados en *Amar a madrazos*... Ahí conocimos a Erika, cuya orfandad la llevó a aferrarse a Ricardo, un joven violento que la usaba como *pera* de boxeo, situación que la indujo a un intento de suicidio; a Iván y Raquel, cuyas vidas se vieron cruzadas por el crimen organizado, y a Laura, quien fue violada y golpeada hasta casi matarla por Abraham –su exnovio- y Gabriel, en complicidad con Amanda. También conocimos violencia de mujeres contra sus parejas hombres, como Diego; aunque la mayoría de las agresoras, a su vez, habían sido violentadas.

Los casos reunidos en *Amar a madrazos*... nos obligan a reflexionar sobre lo que el personal de salud y quienes les formamos estamos haciendo para prevenir y atender la violencia de género, considerada un problema de salud pública por su magnitud. Estoy convencida de la necesidad de incluir la detección, evaluación y atención de la violencia, en sus distintos tipos y ámbitos, como temas relevantes de los programas de las carreras dirigidas a formar profesionales de la salud.

Amar a madrazos... es -con toda seguridad- un libro obligado para quienes estudian la violencia de género, y un digno ejemplo de la investigación periodística que debe estar al servicio de la sociedad como un instrumento de transformación social.

Para terminar, solo quiero dejar a las y los lectores de *Género y Salud en Cifras* el cuestionario que la y el autor presentan para detectar posibles situaciones de violencia en relaciones de noviazgo:

TU PAREJA...

- 1. ¿Te cela por que te quiere?
- 2. ¿Te ha expresado que no le parece la forma en la que te vistes?
- 3. ¿Critica a tus amigos y trata de alejarte de ellos?
- 4. ¿Revisa las llamadas y mensajes de tu celular?
- 5. ¿Te llama todo el día con infinidad de pretextos para controlarte?
- 6. ¿Recibes nalgadas, pellizcos, empujones o jalones de cabello?
- 7. ¿Te pone apodos que te desagradan?
- 8. ¿Te grita o insulta?
- 9. ¿Te descalifica ante cualquier cosa que haces?
- 10. ¿Te insiste en tener relaciones sexuales para que le demuestres tu amor?
- 11. ¿Te amenaza con dejarte si no se hacen las cosas como él o ella dice?
- 12. ¿Te sientes maltratada/o emocionalmente por tu pareja?
- 13. ¿Tiene reacciones que te producen temor?

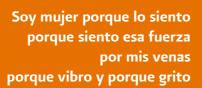
Si contestaste afirmativamente a una o más de una de las preguntas, podrías estar viviendo situaciones de violencia en tu relación.



100 Razones para vivirⁱ

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2011, 205, pp

> Mario Gómez Zepedaⁱⁱ e Hilda González Almarazⁱⁱⁱ



Sentir (Heidi)





A pesar de los avances de la ciencia médica, el cáncer de mama, en el ámbito mundial, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, con más de un millón de casos nuevos cada año. En México, con una frecuencia cada vez mayor, es uno de los principales problemas de salud de las mujeres, ya que la tasa de mortalidad ha tenido un incremento de 30 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 13.1 por 100 mil mujeres de 25 y más años en 1990, a 16.6 en el año 2009, cifra que se ha mantenido hasta 2011.

Un problema de salud en aumento y con alto impacto requiere de la respuesta de la sociedad en su conjunto, al reforzar la educación y la participación de las mujeres en el cuidado de su salud, con el fin de contar con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

En este contexto, 100 Razones para Vivir, publicación impulsada por la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), es un material que refuerza el acompañamiento a las mujeres que reciben un diagnóstico y empiezan su propia lucha contra el cáncer de mama. A esta visión se suma la participación del escritor José Cohen, quien mediante la poesía retoma los testimonios de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, en algunos casos de sus familiares, y se convierte en una guía de razones para seguir adelante.

- i Disponible en la página web del CNEGSR: www.cnegsr.gob.mx
- ii Subdirector de Cáncer de Mama, CNEGSR. Correspondencia:mario.gomez@salud.gob.mx
- iii Supervisora de Cáncer de Mama, CNEGSR. Correspondencia:hildagIza_11@hotmail.com

RESEÑA

Con este libro, el cual contó también con el apoyo de la Fundación Cim*Ab que animó a las mujeres a participar aportando sus testimonios y compartiendo esperanza, se busca además trasmitir fuerza, valor, compañía y autoestima a las mujeres que padecen cáncer de mama, a través de las narraciones de aquellas que han vivido el impacto de la noticia, el deterioro de su cuerpo y han salido avante ante esta enfermedad.

¿Cáncer? No, para nada. Pasaron muchas cosas por mi mente pero nunca que fuera cáncer. De hecho, nunca nadie de mi familia había padecido cáncer. Ni nadie conocido. Podía ser cualquier cosa, pero ¿cáncer? De ninguna manera (...) Y finalmente llegó la noticia. Era cáncer. Me lo dijo mi papá, médico también, con la mayor ternura, el mayor tacto, la mejor voluntad y todo el dolor posible en un padre. Era cáncer. Y empezaba una nueva etapa. Y aquí la historia va de vuelta. Otra historia. La misma, mi vida. Esa otra vida.

Heidi (Sentir)

La obra está dividida en cuatro apartados, el primero presenta diez testimonios de mujeres que han vivido el proceso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Cada una de ellas relata, desde su experiencia, las emociones y sentimientos con los que hace frente a la enfermedad. Cohen identifica el sentimiento que se destaca en cada testimonio, con lo que da nombre a cada uno: Sentir, Esperanza, Amar, Corazón, Aliento, Fuego, Ser, Sueños, Vida y Ternura.

Me gustan las letras, me gusta escribir, de aquel proceso doloroso lo escribí todo y dejé en cada página mi sufrimiento. Todavía conservo el cuaderno, tal vez nunca lo vuelva a abrir, tal vez sí. No lo sé, solo sé que en 5 años no he tenido valor (...) El proceso más difícil de mi vida lo pasé sola, acompañada de una pluma y un papel, mis compañeras de quimio y mis enfermeras se convirtieron en mi familia (...) Cuando pensé que todo estaba perdido, busqué dentro de mí y encontré a mi mejor compañera, la fe. No, la esperanza no muere al último; la esperanza nunca muere.

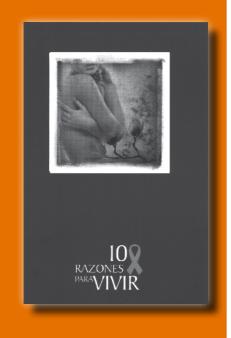
Anónimo (Esperanza)

En la segunda sección se recopilan los poemas que el autor escribe inspirado en el nombre que da a cada testimonio, como son los testimonios y versos que aquí se presentan:

Fe Conciencia Esperanza Ilusión en cada paso de mi ser

Esperanza (Anónimo)

En el tercer apartado se proporciona información sobre el cáncer de mama a través de una serie de preguntas de las más frecuentes, tales como, por qué puede dar y cuáles son los factores de riesgo que predisponen a una mujer



para enfermar de cáncer de mama; además de mencionar los factores protectores, las medidas para detectar el cáncer con oportunidad y los hallazgos que se pueden observar a través de dichas medidas. Se agrega información relacionada con el resultado anormal en una mastografía y los estudios que deberán practicarse para confirmar un diagnóstico de cáncer, así como las opciones de tratamientos. En ese mismo capítulo, se exponen las reacciones psicológicas que se presentan ante el impacto que puede ocasionar el diagnóstico confirmatorio, cómo reconocer y manejar las emociones que se presentan y algunas recomendaciones para favorecer la adaptación del cuerpo.

Por supuesto que mi historia es diferente. Todas son diferentes. Pero la mía es particular. El cáncer sacó a relucir una parte que yo no conocía de mí (...) Mucha gente piensa que durante las quimioterapias la gente debe de verse mal, sentirse mal reflejar un estado de tristeza y enfermedad. Yo decidí que así no sería (...) Por supuesto que no puedo decir que fue fácil, la quimioterapia es un proceso difícil que necesita todas las ganas y mucha fuerza. Sin embargo, sé que se puede salir adelante. A mí me ayudó a salir adelante lo que a tanta gente hunde en depresión: la vanidad.

Yolanda (Fuego).

El cuarto apartado es un directorio, por entidad federativa, de hospitales en los que se proporciona atención para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama; se incluyen otros datos de las unidades de atención médica que cuentan con equipo para la toma de mastografía de tamizaje, además de una relación de organizaciones que orientan y apoyan a mujeres con cáncer de mama.

En conclusión, esta obra, además de acompañar a quienes padecen o padecieron cáncer de mama, representa una guía de conocimientos generales sobre el cáncer de mama, con lo que se pretende motivar a la población femenina, según su edad, para tomar medidas de protección que permitan favorecer la práctica de acciones de detección temprana.

Padecer cáncer, cualquiera que sea la edad, educación o cultura, significa la pérdida de la salud y el ritmo normal de vida, lo que produce un gran desequilibrio tanto en la paciente como en su entorno social; la lógica se abandona, la integridad se fractura, la omnipotencia se acaba, la cotidianidad se rompe.

Durante los momentos de mayor ansiedad será difícil concentrarse en una lectura porque existe incertidumbre, miedo a lo inesperado, al dolor, al sufrimiento físico y emocional, a la condición familiar. Sin embargo, habrá espacios de reflexión y calma donde este volumen permita conocer la experiencia de otras mujeres en la misma condición, y sea este un incentivo para seguir adelante en la lucha diaria. Aquí se presentan cien razones para ello.

He decidido apoderarme de mis sueños Con mis sueños La sonrisa que me guía

Fuego (Yolanda)

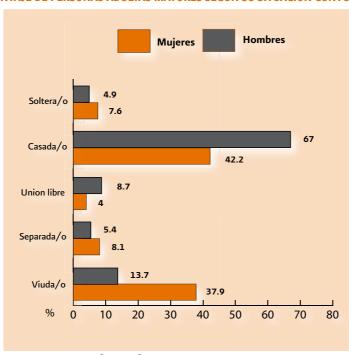
RESENA

PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO

Situación Conyugal

El porcentaje de mujeres sin pareja (solteras, separadas, divorciadas y viudas), en conjunto, es mayor que el de los hombres, y también supera al de mujeres casadas o en unión libre.

PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES SEGÚN SU SITUACIÓN CONYUGAL, POR SEXO. MÉXICO, 2010

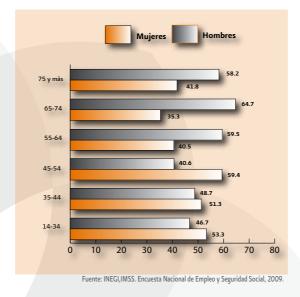


Fuente: Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2010. Base de datos. Nota: La distribución en ambos casos no suma 100% por el no especificado. INEGI: Mujeres y Hombres en México 2011

Población adulta mayor pensionada

Por otro lado, hasta los 54 años, la proporción de mujeres pensionadas es mayor que la de los hombres, pero al avanzar la edad, la tendencia se revierte hasta 30 puntos porcentuales. En el caso de las pensiones derivadas —no directas — las más representativas son por viudez, otorgadas a las esposas o concubinas de los trabajadores.

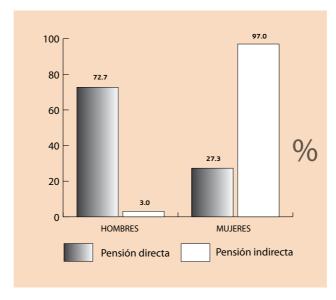
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN PENSIONADA POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, 2009



GÉNERO Y SALUD en Cifras



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS PENSIONADAS POR TIPO DE PENSIÓN SEGÚN SEXO, MÉXICO, 2009



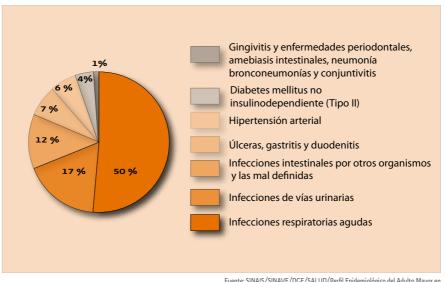
Fuente: INEGI, IMSS.Encuesta Nacional de Emplero y Seguridad Social, 2009.

Nota: comprende a las personas que tienen al menos una pensión, clasificadas de acuerdo a la declarada en el primer término. Las pensiones directas son por retiro, vejez o cesantia, invalidez y riesgo de trabajo, así como pensiones análogas. Las deriavdas incluyen pensiones por viudez, orfandad y ascendencia.

Causas de atención médica

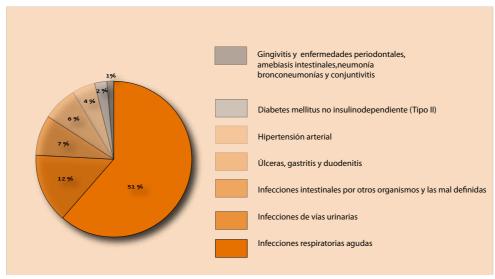
Las primeras diez causas de atención en mujeres y hombres son las mismas; aunque en el caso de la diabetes mellitus, la tasa de incidencia (por cada cien mil habitantes) en mujeres es de 1,528.9, en tanto que la de los hombres, de 1,395.10. En cuanto a las enfermedades isquémicas del corazón, la tasa en mujeres es de 361.3 casos y la de hombres de 477.7 casos.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS.MÉXICO.2009



Fuente: SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2010.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN HOMBRES MAYORES DE 65 AÑOS, MÉXICO, 2009

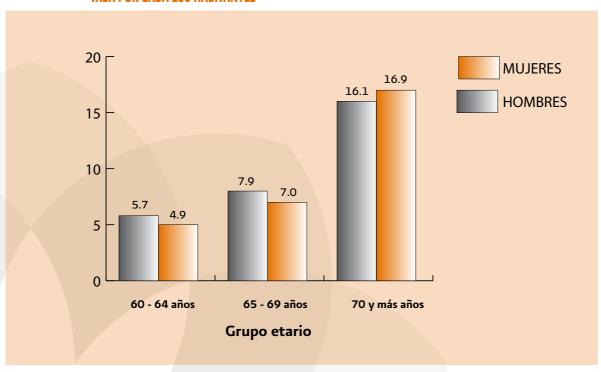


Fuente: SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2010.

Discapacidad

La prevalencia de discapacidad es más alta en mayores de 70 años. En los primeros dos grupos de la siguiente figura, la prevalencia de hombres es mayor, pero en el tercero, corresponde a las mujeres.

TASA DE PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD POR GRUPO ETARIO Y SEXO, MÉXICO,2000. TASA POR CADA 100 HABITANTES

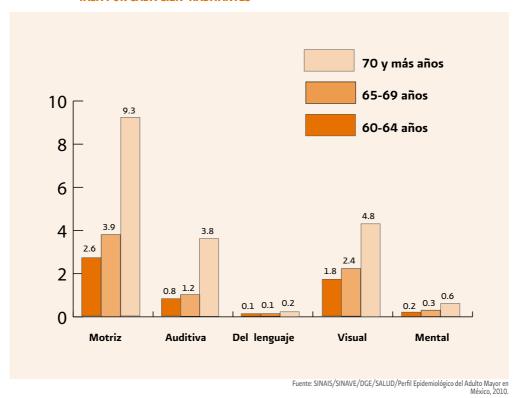


Fuente: SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2010.





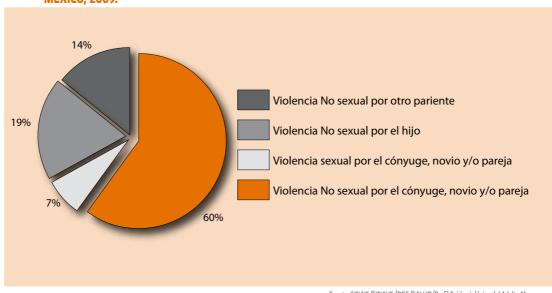
TASA DE PREVALENCIA DEL TIPO DE DISCAPACIDAD POR GRUPO ETARIO, MÉXICO, 2000 TASA POR CADA CIEN HABITANTES



Violencia

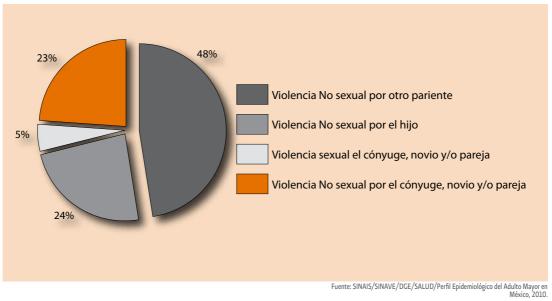
El principal tipo de violencia que viven las personas adultas mayores es la de tipo no sexual. En el caso de las mujeres, la principal persona agresora es el cónyuge, novio o pareja; en tanto que en los hombres es la ejercida por otro pariente.

PORCENTAJE DE MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS QUE VIVIERON VIOLENCIA SEXUAL Y NO SEXUAL, MÉXICO, 2009.



Fuente: SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México. 2010.

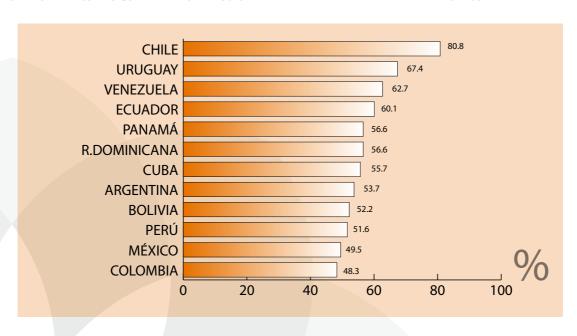
PORCENTAJE DE HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS QUE VIVIERON VIOLENCIA SEXUAL Y NO SEXUAL, 2009



Calidad de vida y menopausia

La Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio efectuó un estudio -dado a conocer en el 2008- con ocho mil mujeres entre 40 y 59 años en 12 países de América Latina para indagar sobre su calidad de vida en la etapa previa y posterior a la menopausia.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE VEN AFECTADA SU CALIDAD DE VIDA EN LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA



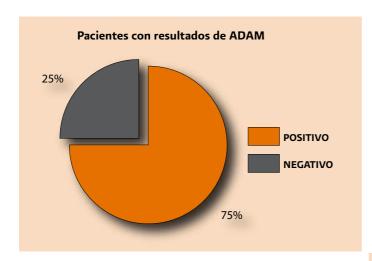
Fuente: Elaboración propia retomada de www.eluniversal.com.mx(Edición del 22 de octubre de 2008).

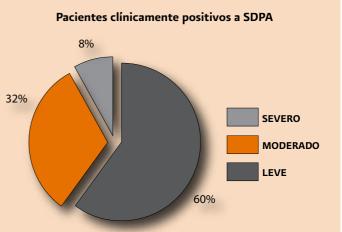


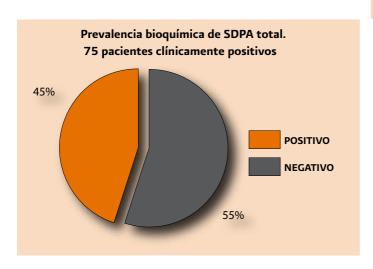


Síndrome de Deficiencia Parcial de Andrógenos

En el Hospital Juárez de México se efectuó un estudio sobre el Síndrome de Deficiencia Parcial de Andrógenos (SDPA), con cien pacientes de entre 40 y 70 años de edad, que acudieron a consulta externa de Urología del 1 de julio al 30 de agosto del 2005. Al aplicar el test ADAM (Androgen Decline of Aging Male), 75 por ciento resultó con SDPA. A los pacientes que dieron positivo se les aplicó el cuestionario AMS (Androgen Male Survey), en el que se detectó que el ocho por ciento tiene SDPA severo. A los 75 pacientes se evaluó su estado hormonal determinando el nivel sérico de testosterona, en el que 45.3 por ciento resultó con deficiencia parcial bioquímica de andrógenos. Las siguientes, son las gráficas de los resultados.



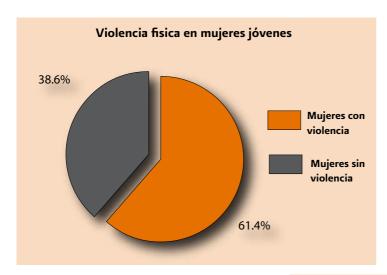


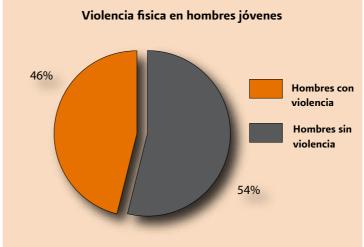


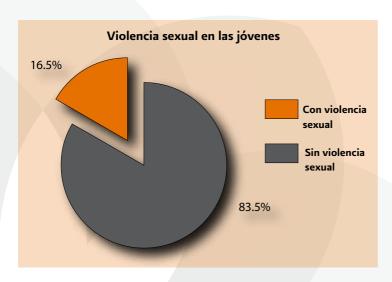
Fuente: Elaboración propia con Dela Cruz TJ, Viveros CC, Skrom KG, Lugo GJ, Moreno RR. Síndrome de deficiencia parcial de andrógenos. Rev Mex. Urol. 2006; 66(1):03-11

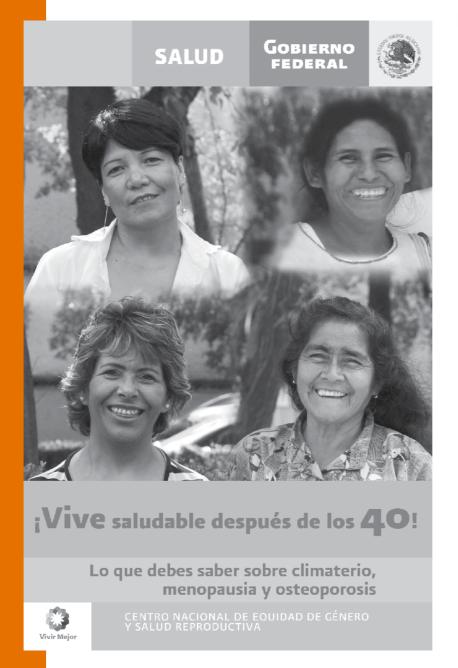
VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007 (Envinov) mostraron distintas actitudes de las y los jóvenes en una relación de pareja heterosexual y las creencias e ideas relativas al género. El 15 por ciento de las y los jóvenes han experimentado al menos un incidente de violencia física en alguna relación de noviazgo. Los incidentes de violencia tienen mayor proporción en zonas urbanas (16.4 por ciento), en comparación con las zonas rurales (13.2 por ciento).









¡Vive saludable después de los 40!

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), como parte de su quehacer institucional, editó el folleto "¡Vive saludable después de los 40! Lo que debes saber sobre climaterio, menopausia y osteoporosis", dirigido a mujeres de ese grupo de edad, con el fin de proporcionar información para promover el autocuidado y conocer y reconocer los principales signos y síntomas de la menopausia y el proceso climatérico.

Las medidas son fundamentales para que las mujeres acudan a solicitar orientación y los servicios médicos necesarios con el fin de prevenir o detectar tempranamente otras enfermedades que se pueden presentar durante ese período, puesto que también en ese grupo poblacional se presentan el mayor número de casos de cáncer de mama y cérvico uterino, así como de osteoporosis, síndrome metabólico y accidentes cerebrovasculares; los cuales, de no ser diagnosticados a tiempo pueden causar discapacidad en las mujeres.

El folleto se distribuye en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en las Clínicas de Atención Integral a la Salud de la Mujer en la Perimenopausia y Postmenopausia, ubicadas en los hospitales generales de Durango (Durango), Estado de México (Atizapán), Guerrero (Cd. Renacimiento), Morelos (Cuernavaca), Michoacán (Uruapan), Quintana Roo (Cancún), Tamaulipas (Cd. Victoria), Sinaloa (Sinaloa) y Sonora (Hermosillo).

PARA COMPARTIR

Climaterio y Menopausia

El climaterio es el periodo que abarca varios años antes y varios después de la última regla. En este periodo disminuye o fluctúa la actividad ovárica, hasta el cese permanente de la

La menopausia coincide con la fecha de la última regla; puede identificarse hasta transcurrido un año sin que se haya presentado el sangrado menstrual.

Estos son algunos de los cambios que puedes presentar

durante el climaterio:

- * Alteraciones menstruales 🐉 Bochornos y sudoraciones
- Cansancio
- 🔅 Disturbios del sueño
- # Depresión 🚁 Imitabilidad, nerviosismo y
 - ansiedad 🔅 Dolor de cabeza
 - 🎎 Alteraciones en la memoria Resequedad e irritación vaginal

 - 🐉 Dolor en la relación sexual 🔅 Disminución en el deseo sexual



¿Cuáles son los cuidados que debes tener durante

- Acudir al médico para una revisión por lo menos ura vez al año Evitar el tabaquismo Disminuir el consumo de alcohol
- Moderar el consumo de café o té
- Exponerte al sol durante 15 minutos diariamente Consumir a imentos con alto contenido de calcio Realizar ejercicio
- Disminuir el consumo de carnes rojas
- Disminuir de la dieta diaria azucar, sal y grasa
- * Aumentar el consumo de verduras, frutas y
- Controlar tu presión arterial, nível de colesterol y lípidos Recibir apoyo psicológico si es necesar o
- Revisa- tus senos por lo menos cada mes
- Realizar una mastografía al año
- Acudir a la toma del Papanicolaou

¿Qué es la terapia hormonal?

Es la administración de hormonas producidas sintéticamente y que son similares a las que producen los ovarios; estas hormonas y que son sumaies a las que producen los ovarios, estas montos se pueden administrar en tabletas, parches, invecciones, cremas.

¿Todas las mujeres pueden recibirla?

No, pues existen situaciones que impiden prescribirla a cualquier mujer:

- Tener o haber padecido cáncer de mama o de endometrio Presentar sangrado vaginal de causa desconocida * Tener várices
- Padecer enfermedades del higado
- Presentar dolores de cabeza intensos



La menopausia y el riesgo de sufrir osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad generalizada del hueso, que se caracteriza por la disminución de la masa ósea, se debe al envejecimiento y a la disminución de estrógenos relacionada con la menopausia. La osteoporosis puede ocasionar fracturas, las más comunes se localizan en la muñeca, columna y cadera. El riesgo de sufrir una fractura es de dos a tres veces mayor en la mujer que en el hombre.

Principales factores de riesgo que debes considerar:

- 緣 Haber presentado la menopausia antes de los 45 años
- ‡ Tener o haber tenido familiares con osteoporosis
- ★ Ser de constitución delgada y/o pequeña
- ☼ Ingerir ciertos medicamentos como corticoesteroides, heparina y anticonvulsivantes

¿Qué debes hacer para prevenirla?

- Tener una dieta con suficiente calcio (leche, yogurt, quesos y hortalizas de hojas verde)
- Realizar ejercicio por lo menos treinta minutos al día (caminar, subir
- escaleras, bailar)
- Acudir al médico periódicamente
- Realizarte una densitometría ósea
- En caso de requerir terapia hormonal, esta deberá ser indicada por un

¿Por qué es importante acudir al

En esta etapa de la vida aumenta el riesgo de presentar enfermedades

- Enfermedades del corazón
- Diabetes Presión arterial alta
- Obesidad
- Cáncer de mama y/o cérvicouterino

Para orientación gratuita acude al Centro de Salud más cercano. En la Secretaria de Salud existe personal calificado para brindarte la información que necesites.

rw.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx





GÉNERO Y SALUD en Cifras



Información de actualidad

El CNEGSR y la UNAM abren espacio museográfico con la exposición permanente "Sexualidad: vivirla en plenitud es tu derecho"

La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), unieron esfuerzos para abrir una sala en el Museo de las Ciencias Universum, con el objetivo de mostrar los componentes de la sexualidad humana, informar a las y los adolescentes para que tomen decisiones seguras y responsables que redunden en su salud integral, y fomentar la cultura de los derechos sexuales y reproductivos.

En la inauguración, en septiembre de 2011, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Mauricio Hernández Ávila, consideró fundamental dicho espacio al contar con información actualizada—en el formato interactivo que caracteriza a Universum— para la población adolescente, la cual se duplicó entre 1970 y 2009, al pasar de 11 millones a 21 millones 800 mil, representando el 20% de la población.

Los temas expuestos —anticonceptivos, derechos sexuales, diversidad sexual, embarazo, género, ITS y VIH/SIDA, placer, prevención, pubertad, sexo protegido, sexualidad, no violencia, entre otros— se tratan desde la perspectiva de género y la de derechos sexuales y reproductivos, considerando las dimensiones biológica, sicológica y sociocultural de la sexualidad. Los temas se presentan en las secciones "Yo"—autoconocimiento—, "Yo me cuido" —prevención e información— y "Yo, tú, las otras personas"—relaciones de pareja, violencia y derechos—, a través de medios—considerando a la población a la que va dirigida— como audiovisuales, historietas y *karaoke*.

Adicionalmente, el museo presenta la obra "Me látex mucho", comedia didáctica para adolescentes en la que se plantea el rol de la familia en la educación sexual a través de *Jorge*, un joven de 15 años que está por iniciar su vida sexual.

En la exploración y opciones museográficas — contenidos temáticos, secciones y apoyos técnicos — participó la dirección del Área de Salud Sexual y Reproductiva del CNEGSR.



i Información disponible en http://www.salud.gob.mx/ unidades/dgcs/sala_noticias/galeria/2011_09_05universum.htm y en la web de Universo: www. universum.unam.mx

Notigénero

CONGRESOS Y FOROS

Congreso Internacional "Comunicación y Género"

Grupo de Investigación Pensamiento Crítico, Comunicación y Derechos Humanos Sevilla, España, del 5 al 7 de marzo del 2012. Consulta en http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1947

III Congreso Internacional "Avances de las Mujeres en las Ciencias, las humanidades y todas las disciplinas"

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco México, DF, del 20 al 22 de junio del 2012. Consulta en http://www-azc.uam.mx/privado/difusion/adjuntos/Cartel%203C 18012011.pdf

Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Sexualidad: Ciencia y Arte del Nuevo Milenio"

Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASES)

Medellín, Colombia, del 10 al 13 de octubre del 2012. Consulta en

http://clases2012.com/clases2012/contenido.php?tbl_languaje=1&id_hit=632&id_option=0&id_item=0&id=4646

12° Foro Internacional AWID sobre los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo

Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID, por sus siglas en inglés) Estambul, Turquía, del 19 al 22 de abril del 2012. Consulta en http://americalatina.landcoalition.org/node/2268

SEMINARIOS

"Género y Política. Las Políticas de Identidad"

Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autonóma de México (UNAM). Ciudad Universitaria, México DF, del 31 de enero al 25 de mayo 2012. Consulta en http://www.pueg.unam.mx/index.php?option=com content&view=article&id=196&Itemid=113



Notigénero

DIPLOMADOS Y CURSOS

Curso de Verano 2012 "Debates contemporáneos de género"

Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México México, DF, del 18 de junio al 20 de julio de 2012. Consulta en http://piem.colmex.mx/index.php/curso-de-verano

Diplomado Internacional "Pareja y sexualidad. Estrategia y soluciones"

Sociedad Chilena de Sexología y Educación Sexual
Santiago de Chile, del 26 de mayo 2012 al 05 de enero del 2013. Consulta en
http://sociedadchilenadesexologiayeducacionsexual.bligoo.cl/diplomado-sexualidad-2012

IX Diplomado "Relaciones de Género. Construyendo la equidad entre mujeres y hombres"

PUEG-UNAM

Ciudad Universitaria, México, DF, del 7 de febrero al 4 de diciembre de 2012. Consulta en http://www.pueg.unam.mx/images/stories/pdf/convocatoriarg2012.pdf

Diplomado "Género, Violencia Familiar y Adicciones"

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM Tlalneplanta, Edomex, del 20 de abril del 2012 al 15 de febrero del 2013. Consulta en http://www.cij.gob.mx/pdf/C_VIOLENCIA.pdf

Diplomado en Formación Profesional para el abordaje interdisciplinario de la Violencia Sexual

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. México, D.F., del 12 de mayo del 2012 al 20 de abril del 2013. Consulta en www.adivac.org

Diplomado "Educando en Equidad, Sexualidad y Género"

Centro de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Aragón, UNAM Nezahualcóyotl, Edomex, del 26 de mayo del 2012 al 25 de mayo del 2013. Consulta en http://www.aragon.unam.mx/SUA/EC/pdf/tripticos/23 P SEXUALIDAD Y GENERO.pdf

CONFERENCIAS

Ciclo de Conferencias "Mujeres en la Ciencia"

Museo de la Mujer y Coordinación de la Investigación Científica de la UNAM México, DF, del 9 de febrero al 21 de Junio del 2012. Consulta en http://www.museodelamujer.org.mx/

Notigéner

59

Información para colaborar en Género y Salud en Cifras

La revista Género y Salud en Cifras está abierta a la colaboración de las personas interesadas en publicar artículos relacionados con la salud, desde la perspectiva de género. Todo trabajo recibido —ensayos, reseñas bibliográficas o artículos en los que se presenten los resultados de investigaciones o estudios— será objeto de una revisión técnica y la dictaminación de especialistas y del Comité Editorial. Los criterios básicos para publicar son:

- 1. Extensión mínima de mil palabras y máxima de cinco mil, con bibliografía y anexos. Escritos en Arial 12 puntos, a doble espacio y páginas numeradas. Como anexo se debe incluir una ficha curricular de la/s persona/s autoras, con el correo electrónico personal por si desea incluirlo en los créditos correspondientes.
- 2. Los textos deberán estar redactados con claridad, sencillez, sin tecnicismos innecesarios, respetando la estructura del formato utilizado (ensayo, artículo o reseña) y con los elementos básicos de un texto de divulgación (introducción, objetivo, desarrollo, conclusiones). Se sugiere emplear el lenguaje incluyente, no sexista, con términos neutros o referirse a ambos sexos, evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias.
- 3. Se utilizará el método de citación bibliográfica Vancouver y con notas de pie de página con formato de números romanos en minúscula. Los cuadros (datos estadísticos) o figuras (gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes) serán enumeradas y estar relacionadas con el texto central.

Correos para el envío de colaboraciones y ampliar la información:

gysenc@gmail.com cecilia.robledo@salud.gob.mx

