

GÉNERO Y SALUD

EN CIFRAS

Vol. 5 No. 2

Mayo - Agosto 2007



● **Presentación**

Yuriria A. Rodríguez Martínez

● **Sexualidad, género y climaterio: una relación por explorar**

Adriana Leona Rosales Mendoza

● **La medicina conductual como fuente de apoyo a la salud reproductiva: integración del personal de psicología al servicio de ginecología**

G. Tannia Dviedo González, Jackeline M. Cortazar Palapa, Sandra Flores González,
Judith Márquez Contró, Alfonso C. Carrera Riva Palacio

● **Género, una categoría analítica necesaria en el currículo de la carrera de medicina**

Luz María Ángela Moreno Teclacuillo

● **Una aproximación al valor del trabajo voluntario de las mujeres en salud**

María Beatriz Duarte Gómez, Haydée Martínez Ojeda

● **Para compartir**

Impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y la
severidad de depresión

Rosa Nayeli Poseros Saavedra, Margarita Saavedra, Juan Francisco Rodríguez Landa
Consultoras: María Luisa Cúido, Doris Verónica Ortega Altamirano

● **Para descifrar**

Porcentaje de mujeres atendidas por un médico al momento del parto
Dirección General de Investigación en Salud, SSA

● **Notigénero**



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD



Presentación

En este número, el boletín *Género y Salud en Cifras* presenta temas de particular importancia en tanto revelan necesidades y retos por abordar en el campo de la salud reproductiva. Es el caso del abordaje del climaterio por parte de los estudios sociales sobre la salud sexual y reproductiva y la perspectiva de género. Hasta ahora han predominado los estudios biomédicos que brindan algunas luces respecto a las posibles relaciones entre los cambios hormonales dados en torno a la menopausia y los cambios psicológicos como la depresión, la ansiedad y la fatiga, presentados como síntomas del climaterio. Sin embargo, considerando el enfoque integral característico de la atención a la salud reproductiva, actualmente se requiere conocer más sobre las dimensiones subjetiva y social que son parte de los significados y la experiencia que las mujeres viven en torno a esta problemática.

Por otra parte, la intervención psicológica en los servicios médicos de ginecología y obstetricia es en la actualidad una necesidad que debe ser documentada para poder identificar sus beneficios y las diferentes líneas de colaboración en el trabajo multidisciplinario requerido para la atención integral de la salud reproductiva.

En suma a lo anterior, hay que enfatizar que actualmente resulta fundamental avanzar en el análisis y las propuestas sobre la incorporación del género como una categoría indispensable en la formación de personal de salud, ya que como se ha venido documentado por parte de la academia y la Organización Mundial de la Salud, el género es un determinante social con un gran impacto en la salud de las mujeres y los hombres y en la inequidad en la atención y en el acceso a los servicios.

Y un cuarto tema de gran relevancia en la actualidad es el del trabajo voluntario en el ámbito de la salud, realizado principalmente por mujeres dentro y fuera de las instituciones de salud, en la familia y la comunidad. Hace falta reconocer su contribución económica a través del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y avanzar en propuestas equitativas de voluntariado para la atención a la salud así como de intervenciones que les brinden apoyo económico, psicológico, médico y social.

Este número del boletín *Género y Salud en Cifras* pretende patentizar la relevancia del género en el abordaje del climaterio por los estudios sociales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Poco se ha documentado sobre los valores y significados socioculturales que dan sentido social a la experiencia de las mujeres acerca del climaterio, y menos sobre sus vínculos con la sexualidad y el género. La tarea de este abordaje muestra la importancia de realizarlo desde la perspectiva de género, mismas que deben permear las políticas públicas en esta materia, como lo señala Adriana Leona Rosales Mendoza en "Sexualidad, género y climaterio: una relación por explorar". Si bien los estudios médicos han contribuido al conocimiento y tratamiento del síndrome del climaterio, el artículo de Adriana Rosales expone la necesidad de explorar las dimensiones subjetiva y de la relación de pareja (y los afectos) para comprender cómo interpretan y cuáles son los significados que atribuyen las mujeres al climaterio y la sexualidad y, de esa manera, tener una mayor comprensión de este fenómeno y establecer su tratamiento desde un enfoque más integral en los servicios de salud y las políticas públicas que lo sustentan. El incremento de la cobertura de métodos anticonceptivos de mujeres en puerperio.

En el tercer artículo, Luz María Ángela Moreno Tetlacuilo argumenta la necesidad de integrar la perspectiva de género en el currículo de la carrera de medicina, a partir de considerar la importante influencia que éste ejerce como generador de condiciones que afectan diferencialmente la salud de hombres y mujeres. Así, en "Género, una categoría analítica necesaria en el currículo de la carrera de medicina" la autora discute cómo las desigualdades y los estereotipos de género se reproducen en la educación, la investigación y la práctica médica, así como en la organización de los servicios de salud y de atención a ésta, presenta un análisis de los contenidos de las asignaturas y adelanta una propuesta general para la integración de la perspectiva de género en las asignaturas de Medicina General I y II, Internado y Servicio Social, así como en Salud Pública I-IV.

Considerando que las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el área de salud y en el voluntariado comunitario, y que son las principales gestoras y proveedoras

continúa en la pág. 39...

Directorio

Secretaría de Salud

Boletín *Género y Salud en Cifras*

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Vilalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Maki Esther Ortiz Domínguez

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Rafael Lozano Ascencio

Aurora del Río Zekizzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Senia Fernández Cantón

Javier Idrovo Velandía

Ma. de la Paz López Barajas

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Raffaella Schiavon Ermami

Ivonne Szasz Pianta

Margarita Velázquez Gutiérrez

Cecilia Robledo Vera

EDITOR

Alonso Restrepo

SECRETARIA TÉCNICA

Magda Luz Atrián Salazar

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

El tiraje consta de 2000 ejemplares y fue impreso por Circle Diseño; Av. Camo 522, Piso 12, Colonia Tlalpán San Ángel, C.P. 06090, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir en octubre de 2007.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 - 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVAS DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-08182321500-01

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores

Comentarios y correspondencia

Escribir a: mlarian@salud.gob.mx

Homero 215, 3er. Piso,

Colonia Chapultepec Merales,

C.P. 15570, México, D.F.

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

continúa presentación...

de atención dentro de la familia y la comunidad resulta fundamental reconocer la contribución económica que representa el trabajo no remunerado que realizan, lo cual constituye una forma encubierta de discriminación. Así lo manifiestan Duarte-Gómez y Martínez-Ojeda en su contribución a este número "Una aproximación al valor del trabajo voluntario de las mujeres en salud". Estas autoras se dieron a la tarea de analizar datos sobre trabajo voluntario en apoyo a instituciones que atendieron población no asegurada o con Seguro Popular en 2006 y presentan una aproximación a la magnitud del aporte del trabajo voluntario en el caso de la Secretaría de Salud, y el aporte real en el área de influencia del IMSS-Oportunidades, que presta servicios principalmente en áreas rurales.

Como se había anunciado, este número incluye por primera vez una nueva sección: Para Compartir. Lo que están haciendo los profesionales de la atención a la salud es digno de ser conocido. Y aun cuando lo que hayamos producido se habrá vuelto arcaico en unos años conserva su importancia al constituirse en antecedente para el trabajo de otros que nos siguen, al tiempo que documentarlo sirve para dar seguimiento y evaluar los logros y oportunidades en el ámbito de nuestra acción profesional. Bajo

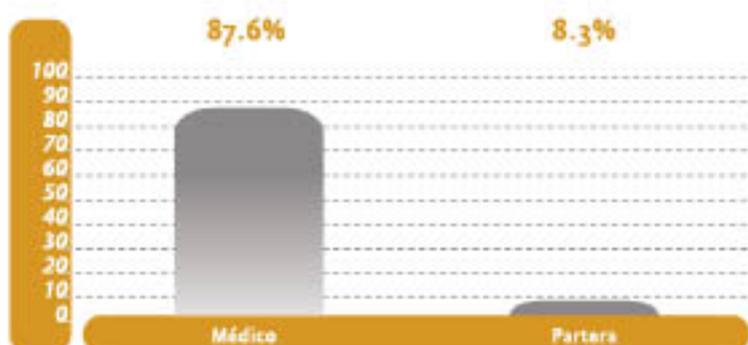
estas premisas, Poseros Ocampo y colaboradores comparten con nosotros la experiencia de una intervención hecha en el Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata," de la Jurisdicción Sanitaria V del estado de Veracruz, en mujeres embarazadas que presentaban depresión. Como parte de esta sección, los autores reciben sugerencias -producto de la consultoría solicitada a expertas en el tema- para aproximarse nuevamente al problema de salud que los motivó a sumergirse en un proceso de investigación acción. La reflexión sobre nuestra práctica profesional trasciende el conocimiento sensorial y conduce al conocimiento racional, lógico; así, la experiencia nutre al conocimiento y éste a su vez sirve a la práctica, en una espiral ascendente de investigación - reflexión - acción. Es posible que este ejercicio editorial coadyuve a mejores prácticas en la atención de la salud.

De esta manera, el boletín *Género y Salud en Cifras* abre la puerta a todas las personas interesadas en compartir su trabajo profesional en la promoción y la atención de la salud. Les invitamos a que den a conocer su trabajo y nutran esta sección con las ricas y diversas experiencias que, estamos seguras, se presentan día a día en los diferentes servicios de salud de nuestro país.

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez, Directora de Género y Salud, Dirección General Adjunta de Equidad de Género, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México

Para Descifrar

ENSA 2000

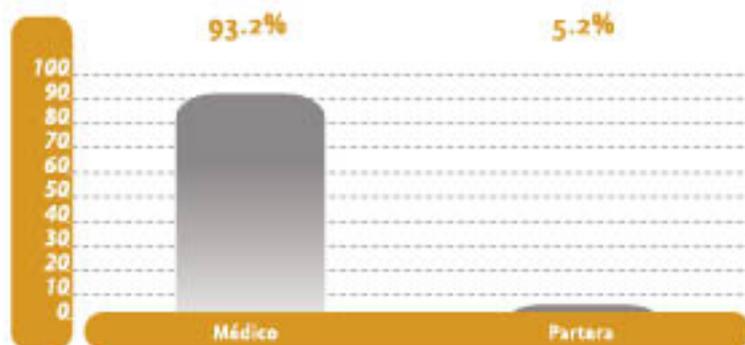


Porcentaje de mujeres atendidas por médico o por partera al momento del parto México, ENSA 2000

Médico	87.6
Enfermera	1.0
Promotora, auxiliar o asistente de salud	.3
Partera	8.3
Otro personal	0.6
Nadie	1.0
No responde	1.2
Total	100.0

ENSA 2000: Encuesta Nacional de Salud 2000

ENSANUT 2006



Porcentaje de mujeres atendidas por médico o por partera al momento del parto México, ENSANUT 2006

Médico	93.2
Enfermera	0.5
Promotora, auxiliar o asistente de salud	0.1
Partera	5.2
Otro personal	0.4
Nadie	0.7
No responde	0.0
Total	100.0

ENSANUT 2006: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Comparando los resultados de las últimas encuestas de salud ENSA 2000-ENSANUT 2006 se aprecia un incremento en el porcentaje de partos atendidos por personal médico en concordancia con las líneas de acción del Programa Arranque Parejo en la Vida, frente al descenso en la participación de la partera la enfermera, la promotora, entre otros.

Sexualidad, género y climaterio:

una relación por explorar

Adriana Leona Rosales Mendoza, Dra. en Ciencias Antropológicas.*

*Universidad Pedagógica Nacional. Unidad Ajusco.

Área Diversidad e Interculturalidad. México, DF.

El climaterio es una de las dimensiones menos abordadas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, al menos desde un enfoque social. Las mujeres que atraviesan por este periodo aumentan en la medida en que la esperanza de vida al nacer también crece, por lo que se requiere indagar más acerca de este proceso, no ya desde un enfoque médico o psicológico, sino desde uno que explore los prejuicios socioculturales y los significados que se han tejido para explicar este evento. La propuesta que se presenta aquí es la de reflexionar sobre el climaterio (y la menopausia) desde el género vinculado a la sexualidad, ya que las mujeres experimentan los cambios del ciclo de vida en forma corporal y biológica, pero también en un sentido social y cultural, dentro del cual los vínculos afectivos ocupan un lugar determinante. Con ello se pretende contribuir a la discusión sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el diseño de políticas públicas en el área de la salud.

Se requiere aclarar que en la ciencia médica existe una distinción entre las nociones de climaterio y menopausia, pues mientras que esta última se refiere al término de la menstruación, y ocurre entre los 48 y 55 años de edad en mujeres latinoamericanas,¹ el climaterio es un periodo mayor que comprende la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia, y puede durar en promedio diez años.² A la etapa en la cual disminuye la producción de las hormonas femeninas: estrógenos y progesterona, se denomina perimenopausia, y al periodo posterior al término del sangrado menstrual se le llama posmenopausia.³

Por otra parte, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, existían en México 5 172 000 mujeres de entre 45 y 59 años de edad, las

cuales (en teoría) estarían experimentando el proceso del climaterio. Sin embargo, y aunque ciertos programas de salud mencionan que se debe dar atención a las mujeres en este periodo de su vida, sólo un bajo porcentaje de ellas es atendido. El Programa de Salud Reproductiva 1995-2000 señala que todas las mujeres mayores de 49 años de edad son posmenopáusicas, por lo que sugiere “instrumentar acciones de información educativa y social, así como de prestación de servicios en diferentes niveles de atención para el manejo del síndrome climatérico y la condición posmenopáusica, con el fin de prevenir sus complicaciones”.⁴ A pesar de los esfuerzos recientes (en el año 2000 la Dirección General de Salud Reproductiva publicó un documento llamado “Menopausia: un nuevo inicio de vida saludable”), hace falta instrumentar acciones para abarcar a un mayor número de mujeres de diferentes estratos socioeconómicos y contextos étnicos y geográficos diversos, ya que, al parecer, las mujeres que pueden gozar de estos servicios son aquellas que habitan en las grandes urbes y de cierta posición económica; por ejemplo, laboratorios privados editan folletos para promocionar medicamentos para el climaterio y realizan eventos —a los que asisten personal médico y mujeres mayores de edad, de estratos medios y altos— en los cuales ofrecen no sólo los productos farmacéuticos, sino tratamientos completos de reemplazo hormonal en clínicas particulares de salud.⁵

En los objetivos específicos del Programa de Acción de Salud Reproductiva 2000-2006 se habla de “propiciar actitudes y prácticas que disminuyan los riesgos de enfermedades asociadas al climaterio y la postmenopausia”, y en la estrategia cuatro se menciona que se debe “mantener actualizada y vigilar el cumplimiento de la normatividad oficial en materia de planificación familiar, perimenopausia y posmenopausia”.⁶ En la actualidad, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva maneja

Correspondencia: Dra. Adriana Leona Rosales Mendoza, Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco.

Área Diversidad e Interculturalidad, Edificio D, cubículo 150.

Carretera Picacho-Ajusco # 24, Col. Héroes de Padlierna, 14200 Tlalpan, México, DF, México.

Correo electrónico: arosales@ajusco.upn.mx



una partida presupuestal para la atención del climaterio; sin embargo, durante el periodo 2000-2006 no existían metas particulares, aunque se definía un indicador* para estimar el porcentaje de consultas de premenopausia en el sector salud.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002: Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia de la mujer: criterios para brindar la atención médica,⁸ se establecen lineamientos para atender los factores de riesgo, así como para informar, educar y orientar mediante consejería. Además, se prescriben los aspectos requeridos para otorgar atención médica y esquemas de tratamiento en esta etapa del ciclo de vida. La prioridad de la Norma está puesta en los signos, síntomas y factores de riesgo durante el climaterio; sólo en un inciso se menciona que el enfoque de género debe estar implícito durante la consejería, y que se han de identificar problemáticas de índole familiar, social o laboral y canalizar con especialistas a la mujer en cuestión.

En el Programa de Acción de Salud Reproductiva 2000-2006 no se especifican cuáles son los trastornos del climaterio, si bien el Programa de Salud Reproductiva 1995-2000 considera como complicaciones del climaterio a la arteriosclerosis, la osteoporosis, la atrofia urogenital y las alteraciones psicológicas.⁹ La Norma Oficial arriba señalada (inciso 8.4) indica que el "hipoestrogenismo" es la causa de la mayoría de las alteraciones del síndrome climatérico que ocurren en este periodo: reducción de la fertilidad, alteraciones menstruales, inestabilidad vasomotora, alteraciones del tracto genitourinario, cambios psicológicos y en la sexualidad.

Dos de las llamadas complicaciones del climaterio: la atrofia urogenital y las alteraciones psicológicas guardan relación con la sexualidad y con ciertas condiciones genéricas, por lo que en la siguiente parte reflexionaré sobre estas

alteraciones y su vínculo con la sexualidad y el género durante el climaterio.

A pesar de que en la actualidad el tema de la sexualidad está saliendo del ámbito de "lo prohibido" debido, sobre todo, a la aparición del VIH-Sida a principios de los años ochenta del siglo pasado, es necesario abstraer a la sexualidad del ámbito de la enfermedad y del riesgo (infecciones de transmisión sexual -ITS-, embarazo no planeado) y empezar a pensarla como una capacidad personal y social que puede contribuir al pleno desarrollo de las personas. El ejercicio de la sexualidad femenina debe considerarse como un derecho sexual y reproductivo, cuestión nada fácil en una sociedad como la mexicana en la cual se sobrevalora la capacidad reproductiva y la maternidad, y en donde el debate sobre la ciudadanía sexual se antoja lejos. Por ello hablar de la posibilidad de que las mujeres experimenten placer más allá de su capacidad reproductiva resulta un reto y a la vez una afrenta a la moral, más aún si estas mujeres se encuentran en la etapa posmenopáusica. Pensar y ejercer la sexualidad no como un riesgo, sino como una posibilidad erótica es una necesidad inaplazable si queremos empezar a pensar en consolidar el concepto de "ciudadanía sexual".

Para abordar el tema de la sexualidad desde una perspectiva social es necesario mirar al género como condicionante de ideas, representaciones y prácticas, y tomar en cuenta también los vínculos afectivos que se establecen con la pareja, pues las relaciones humanas son complejas y no dependen exclusivamente de la biología, sino, sobre todo, de procesos subjetivos y culturales. En este sentido, se sugiere que algunas de las transformaciones que parecieran ser efecto de la anatomía y la fisiología como la supuesta pérdida del deseo sexual y su vinculación estrecha con la menopausia y el clima-

* El porcentaje de consultas de premenopausia se calcula en relación con el total de consultas otorgadas en el climaterio.



terio, no son un efecto directo de ella, sino el resultado de un complejo proceso en el que las representaciones de género juegan un papel importante. Al sentir cierto malestar (físico o psicológico) las mujeres que se hallan en el climaterio acuden con el médico, y la respuesta más común es que la causa de la depresión o la falta de deseo sexual es la menopausia y los procesos fisiológicos que conlleva. El médico rara vez pregunta acerca de otros aspectos de la vida de la mujer, es decir, no toma en cuenta el contexto sociocultural, relacional, emocional y de género en que este proceso se desarrolla.

La literatura médica se refiere a varios de los trastornos físicos relativos al climaterio; se habla de que durante el periodo premenopáusico aparecen irregularidades en el flujo menstrual, disminuye la fertilidad, y se reportan dolores de cabeza, fatiga, mareo e insomnio, los cuales son causados por una falta de equilibrio entre los sistemas endocrino y neurovegetativo.¹² En la posmenopausia se ha documentado la ocurrencia de bochornos, es decir, "una alteración vascular, súbita, periódica y sistémica, que dura por lo regular de 30 segundos a 5 minutos, iniciada en el cuello, cara, cabeza o tórax", que provoca aumento en la frecuencia cardíaca y en la temperatura corporal, así como sudoración.¹³ A nivel urogenital, se afirma, disminuye la lubricación vaginal y se incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades urinarias. Se ha encontrado que debido a la falta de estrógenos "se produce atrofia del epitelio vaginal (vaginitis senil), cuyas principales manifestaciones son comezón, inflamación, sensación de calor, dispareunia¹⁴, sangrado fácil y mayor susceptibilidad para infecciones vaginales".¹⁵ Otros de los trastornos asociados con el climaterio son el aumento en la presión arterial y la disminución de la masa ósea, lo que podría generar osteoporosis.¹⁶

En los textos de literatura médica revisados para la elaboración de este artículo (revisión que puede ser ampliada en futuras investigaciones) no hay consenso sobre si la supuesta disminución en la actividad sexual de las mujeres en el climaterio tiene relación con los niveles de estrógenos que son necesarios para mantener la estructura y funcionamiento de los músculos y el tejido vaginal.¹⁷ Tampoco se sabe, como señalan ciertos autores,¹⁸ si las alteraciones psicológicas que sufren algunas mujeres son ocasionadas por la disminución de hormonas femeninas. Un estudio reseñado por Cravioto¹⁹ y realizado por Campbell en 1976, halló que en la posmenopausia se produce depresión, ansiedad y fatiga, lo que fue relacionado con la disminución en

la producción de estrógenos, pues al mismo tiempo se demostró que las mujeres que eran sometidas a la llamada terapia de reemplazo hormonal mejoraban notablemente sus estados depresivos. En la terapia hormonal se utilizan estrógenos sintéticos en forma combinada con progestágenos, y a las mujeres a quienes se les extirpa el útero se les administran sólo estrógenos.²⁰ Dicha terapia es causa también de controversia, pues mientras que unos afirman que mejora notablemente los síntomas asociados al climaterio, otros señalan que puede provocar cáncer en el útero.

Las representaciones de género atraviesan los diversos ámbitos de la vida social, y la ciencia médica se encarga, muchas veces, de reforzar ciertas concepciones "negativas" de la mujer que vive el climaterio. Se construyen ciertos estereotipos para dar cuenta de ella, como el de la mujer acabada o jubilada que realiza actividades manuales y se ocupa del cuidado de los nietos o de preparar magníficas recetas de cocina, o el de la vieja amargada y deprimida, cuya ocupación principal es hablar de los demás y añorar el pasado. Dentro de estos estereotipos se promueve el de la mujer asexuada, pues se supone que en este periodo se ha satisfecho el rol sexual en la juventud, ya sea a través de la imagen de mujer

seductora o de mujer maternal. Se da por hecho que las mujeres de "cierta edad" no desean vincularse sexualmente, y que su cuerpo no es deseable para los varones.¹⁰ Otra vez se escatiman las dimensiones socioculturales e incluso biológicas del climaterio, pues es difícil saber si la disminución del deseo y el placer sexual se deben al impacto que los cambios hormonales tienen en el cuerpo femenino, al proceso natural de envejecimiento o a ciertos condicionamientos y representaciones de género que sitúan a las mujeres maduras como "viejas amargadas", "poco atractivas" o "abuelas graciosas".

En un estudio de corte cualitativo realizado en México sobre percepciones de la sexualidad durante el climaterio, encontré que, al parecer, las mujeres toman la menopausia como pretexto para no seguir teniendo relaciones sexuales con su pareja (esposo o concubino), porque al responsabilizar al cuerpo (y su fisiología) se liberan de la responsabilidad que representa esta decisión. Al analizar la relación entre sus prácticas sexuales y el tipo de vínculo que tenían con la pareja en términos de comunicación, afecto, respeto, comprensión y el hecho de "llevarse bien", se encontró que si este vínculo era estrecho, las mujeres manifestaban –en mayor medida– que tenían una sexualidad plena y placentera, y entre más distanciados estaban, las mujeres hallaban mayores síntomas asociados con el climaterio y decidían –con mayor frecuencia– no tener sexo.¹¹

Estos hallazgos podrían estar indicando que es relevante incorporar la dimensión de género –y la variable sexualidad– en los estudios sobre la menopausia y el climaterio, y que se requiere efectuar más investigaciones implementando metodologías cualitativas, ya que si bien los estudios médicos han contribuido al conocimiento y tratamiento del síndrome del climaterio, hay que explorar las dimensiones subjetiva y de la relación de pareja (y los afectos) para comprender cómo se interpretan y cuáles son los significados que se atribuyen al climaterio y la sexualidad.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité Científico. Washington, DC: OMS; 1994.
- 2 Cooke D. A psychosocial study of the climacteric. En: Broome A, Wallace L, Ed. *Psychology and gynaecological problems*. Londres: Tavistock Publications; 1984.
- 3 Muntané MD. *La menopausia, cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla*. Barcelona: Icaria; 1994.
- 4 Harlow S. La menopausia. En: Langer A, Tolbert K. *Sexualidad y salud reproductiva en México*. México, DF: Population Council, Edamex; 1996.
- 5 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/default.asp?c=702> [2006 agosto 15].
- 6 Secretaría de Gobernación. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. México, DF: Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal; 1996.
- 7 Organon México. Boletín Informativo de Laboratorios Organon 1997;2(4). Ver página web: organon.com.mx en la cual recientemente se empezó a promover la terapia de reemplazo hormonal masculina.
- 8 Programa de Acción de Salud Reproductiva 2000-2006. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf. [2006 agosto 08].
- 9 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002: Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia de la mujer. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html>. [2006 agosto 08].
- 10 Cravioto M del C. El climaterio. En: *Antología de la sexualidad humana*, Tomo II. México, DF: CONAPO, Porrúa; 1994.
- 11 Gannon L. Sexuality and menopause. En: Choi y Nicolson, Ed. *Female sexuality, psychology, biology and social context*. Gran Bretaña: University of Sheffield Biddles Ltd; 1994.
- 12 Rosales AL. Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: mujeres en Cancún, Quintana Roo. En: Torres M, comp. *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. México, DF: El Colegio de México; 2005: 171-200.

La medicina conductual como fuente de apoyo a la salud reproductiva:

integración del personal de psicología al servicio de ginecología y obstetricia

G. Tannia Oviedo González, M en Psicología,¹ Jackeline M. Cortazar Palapa, M en Psicología,² Sandra Flores González, Psicóloga,¹ Judith Márquez Contró, Psicóloga,¹ Alfonso G. Carrera Riva Palacio, MC.¹

¹ Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler.

² Maestría en Psicología, residentes de Medicina Conductual, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

El psicólogo es el profesional que estudia el comportamiento humano en diferentes ámbitos socio-culturales, en situaciones de salud y de enfermedad, por lo que sus labores pueden ser muy diversas. El personal de psicología clínica realiza evaluaciones, diagnósticos, ofrece tratamiento y lleva a cabo investigaciones relativas a distintas facetas del comportamiento humano. Sin embargo, sus funciones en los hospitales generalmente están limitadas a la evaluación y el tratamiento de pacientes en el área de consulta externa. Son pocos los nosocomios que cuentan con su participación activa en las áreas de hospitalización, quirófanos y otras. Así, en el Hospital General de Atizapán, y en algunos hospitales del Distrito Federal, se han integrado psicólogos residentes de la Maestría en Medicina Conductual, así como personal ya egresado de este posgrado, como una fuente importante de apoyo a las labores hospitalarias de diversos servicios médicos.

Este trabajo tiene como objetivo ilustrar cómo la integración de psicólogos y psicólogas especialistas en medicina conductual a un esce-

nario hospitalario puede enriquecer la labor médica, para el tratamiento integral de diversas problemáticas de salud. En el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Atizapán el personal de psicología se ha enfocado en el trabajo con puérperas hospitalizadas que padecen depresión y violencia. Se ha diseñado una herramienta de detección de violencia para mujeres hospitalizadas, y se han implementado intervenciones cognitivas conductuales tanto para la atención de mujeres sobrevivientes de violencia de pareja, como para fomentar el uso de métodos de planificación familiar en puérperas. El equipo de psicólogas, además, brinda apoyo al personal médico durante la atención de pacientes en situaciones de crisis por aborto, óbito y violación. Se desarrollan programas de capacitación y sensibilización para el personal médico, con el fin de mejorar la atención médica a las mujeres sobrevivientes de violencia. Estas actividades buscan abordar directamente dos graves problemáticas de género en nuestro país: la violencia de pareja y la grave falta de acceso a la información acerca de métodos anticonceptivos.

La medicina conductual

La medicina conductual es una rama de la psicología que se dedica a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de desórdenes físicos, así como en la validación de programas de salud.¹ De esta manera, Reynoso y Seligson² plantean que, de acuerdo con los fundamentos de la medicina conductual, el especialista en esta rama cuenta con las herramientas y habilidades para participar activamente en la realización e implementación de programas de prevención de enfermedades y de reforzamiento de conductas saludables. Quien se especializa en medicina conductual cuenta con las destrezas para ayudar a los pacientes a afrontar procedimientos médicos invasivos, a promover la aceptación de una enfermedad crónico-degenerativa, y a establecer un apego a la terapéutica médica. Asimismo, puede participar de manera activa en el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades, en la capacitación al equipo de salud y realizar funciones de investigación.

Correspondencia: G. Tannia Oviedo González. Calle 1847 No. 15 Col. El Parque. Delegación Venustiano Carranza CP 15960 México DF.
Correo electrónico: tanniaoviedo@hotmail.com



Lamentablemente, en México la mayoría de quienes ejercen la psicología clínica, sin ser especialistas, y que se encuentran insertos en escenarios hospitalarios se dedican principalmente a evaluar y a diagnosticar pacientes por medio de instrumentos psicométricos.⁸ Son pocos los hospitales que han integrado a sus equipos de trabajo a especialistas en medicina conductual, para enriquecer el trabajo en equipos multidisciplinarios, que puedan abordar problemáticas de salud desde distintos ángulos.

Labores de apoyo del personal de psicología a la salud reproductiva

En el Hospital General de Atizapán, se cuenta desde 2004 con la participación de personal de psicología en el servicio de ginecología y obstetricia. Psicología atiende situaciones que pueden desencadenar crisis, como son la pérdida fetal, la pérdida de un órgano, el haber sido sobreviviente de violencia sexual o de pareja, la resistencia al uso de métodos de planificación familiar, y acompaña al personal médico para brindar apoyo a pacientes o familiares a quienes se les comunican diagnósticos desagradables (por ejemplo, resultados positivos de enfermedades crónico-degenerativas, malformaciones en neonatos, muerte fetal o muerte materna). En situaciones de crisis como éstas, las pacientes presentan alteraciones emocionales que dificultan su atención médica. Cuando se presenta una crisis, las psicólogas del servicio están con el médico brindando acompañamiento y contención emocional a las pacientes y a sus familiares.

Psicología ha desarrollado, además, programas de capacitación para el personal de salud, que buscan sensibilizarlo para que ofrezca una mejor atención a las pacientes víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. Con estos programas también se busca conferir al personal médico las

habilidades necesarias para brindar primeros auxilios psicológicos a este tipo de pacientes. Estos programas han logrado mejorar el trato del personal médico hacia las pacientes haciéndolo más empático, y han conseguido que los médicos detecten y canalicen al área de psicología a las pacientes que requieren algún apoyo psicológico. El trabajo en un equipo multidisciplinario dentro del servicio de ginecología y obstetricia ha logrado incrementar la calidad y la calidez de la atención a las mujeres que acuden al hospital por presentar problemas relacionados con su salud reproductiva.

Estudios de género: depresión, puerperio y violencia contra la mujer

El servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Atizapán es el único escenario de la Maestría en Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde se llevan a cabo investigaciones y labores con enfoque de género. En este servicio se atienden problemas de salud de la mujer que, en muchos casos, son producto de la situación cultural y social en la que ellas viven. Tal es el caso de la violencia de pareja, problemática sociocultural que repercute drásticamente en la salud reproductiva de una mujer. La violencia de pareja en algunos casos dificulta el uso de métodos de planificación familiar, y puede tener consecuencias graves sobre madre e hijos, como infecciones de transmisión sexual, abortos no deseados, bajo peso del recién nacido, entre otros.⁹ La resistencia al uso de métodos de planificación familiar, sin embargo, no se deriva exclusivamente de situaciones de violencia familiar, sino que parte también de creencias y de mitos fuertemente arraigados en la sociedad.

Las investigaciones que se han realizado en este hospital para combatir estas dos problemáticas se describen a continuación.

Depresión, puerperio y violencia contra la mujer

Durante los primeros meses de trabajo de psicología en el servicio de ginecología y obstetricia se detectó sintomatología depresiva en numerosas pacientes hospitalizadas, aun antes del parto. Si bien la depresión posparto es un padecimiento psicológico relativamente común en las mujeres en puerperio (que se desencadena por cambios hormonales que ocurren después del parto), ésta se presenta por lo general días después del evento y puede dispararse y agravarse si existe depresión leve o moderada previa al alumbramiento.⁸ El alto número de pacientes observadas con síntomas de depresión previos al parto suscitó interés por conocer su prevalencia, así como las posibles variables asociadas a ésta, con el fin de dar atención psicológica oportuna a las pacientes, y prevenir tempranamente los graves efectos que puede traer consigo. Esta situación es considerada de alto riesgo, pues se sabe que la depresión puede agravarse en el posparto, y la persona puede atentar contra su vida o incluso contra la de quienes la rodean.

Para llevar a cabo esta investigación se analizaron los datos obtenidos del inventario de Depresión de Beck, y de una lista de cotejo de situaciones vitales, en una muestra de 102 puérperas, entre los 15 y los 42 años de edad. El 36.3% de las participantes fueron originarias del Estado de México; 33.3%, del Distrito Federal 30.4% de otros estados de la República. Se encontró que 65% de las pacientes presentaba depresión de leve a severa. En el ámbito mundial se ha documentado únicamente 10% de mujeres con depresión puerperal,⁹ lo cual pone de manifiesto la urgente necesidad de generar programas de atención para atender al elevado número de pacientes con síntomas de depresión que acuden al servicio.

El diseño de programas de atención psicológica debe fundamentarse en las causas que provocan la problemática en cuestión. Por esta razón buscamos conocer las situaciones vitales asociadas a la depresión en nuestra muestra. Los análisis estadísticos realizados mediante la prueba Ji-cuadrada revelaron que la depresión severa en mujeres en puerperio estaba asociada con el abandono y la violencia de pareja, sea ésta psicológica o sexual. Estos resultados concuerdan con investigaciones de otros países donde se ha encontrado una relación entre ser sobreviviente de violencia de pareja y sufrir padecimientos psicológicos como la depresión.⁸

Dada la fuerte asociación de la depresión en puérperas con situaciones de violencia de pareja, Psicología planteó la implementación de un programa para la atención de sobrevivientes de esta grave problemática de género. Sin embargo, una situación que dificulta desde su inicio el tratamiento de estas pacientes es la baja eficiencia de los servicios de salud para detectar la situación de violencia.¹⁰ A lo largo del trabajo con las pacientes que acuden al servicio, se ha observado que es difícil que las mujeres manifiesten

de forma clara y específica que viven en una situación de violencia. Generalmente, las mujeres se presentan a los servicios de salud sin hacer alusión acerca del problema que están viviendo con sus familiares. Por esta razón se decidió crear y diseñar una herramienta de detección de violencia, para su utilización en el área de hospitalización.

La estancia hospitalaria representa una oportunidad especial para poder evaluar situaciones de violencia intrafamiliar, pues este es un lugar en el que las pacientes se encuentran sin la compañía de la pareja o de familiares. Esto puede facilitarles el hablar libremente con el personal de salud. En México se han realizado instrumentos de evaluación de la violencia familiar; aunque su uso en el ámbito hospitalario es difícil. En general, los instrumentos de evaluación de la violencia son herramientas con un elevado número de reactivos que dificultan su aplicación y consumen mucho tiempo.¹¹ Considerando un tiempo promedio de respuesta de 30 segundos, la aplicación de un cuestionario de 70 reactivos se hace poco práctica en un escenario hospitalario con alto número de pacientes.

La herramienta de detección diseñada, por lo tanto, buscó simplificar la detección de la violencia familiar en las pacientes, integrando información e imágenes acerca del tema de la violencia y de sus consecuencias, en un instrumento autoaplicable con cuatro reactivos. Inicialmente se aplicó un instrumento piloto a una muestra de 1513 mujeres, en un lapso de tres meses. Todas las pacientes evaluadas eran residentes del Estado de México, contaban con habilidades de lectoescritura y

tuvieron una media de edad de 23.6 años. Se obtuvo un total de 384 (25.38%) mujeres detectadas con algún tipo de violencia, situación que se confirmó a través de una entrevista. Cabe mencionar que este instrumento piloto no especificaba el tiempo en el que se vivieron episodios de violencia, por lo que las pacientes hacían referencia en ocasiones a situaciones de violencia y de abusos sexuales sufridos durante la infancia. Se estima que en América Latina y el Caribe 50% de las mujeres sufren algún tipo de violencia dentro de la familia.¹⁰

Es probable que un alto porcentaje de las pacientes que han padecido situaciones de violencia en el transcurso de su vida requiera atención psicológica. Sin embargo, se decidió enfocar la atención en las pacientes que viven violencia en la actualidad, pues en éstas se podrían prevenir daños secundarios, como violencia física, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, entre otros. Para tal efecto, se decidió modificar la redacción del instrumento, acotando en las preguntas un límite de tiempo (últimos doce meses) de la violencia vivida, con el fin de detectar a las pacientes que viven violencia en la actualidad. Este instrumento se aplicó a 1 447 pacientes, en un periodo de tres meses. Todas las mujeres que participaron residían en el Estado de México, contaban con habilidades de lectoescritura y con una media de edad de 22.8 años. Con este instrumento el número de pacientes detectadas con algún tipo de violencia fue de 247 (17%). Esta cifra continúa siendo alarmante porque, si bien disminuyó el número de pacientes detectadas, un índice alto de pacientes que acuden al servicio viven esta problemática actualmente. La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM- 2003)¹¹ encontró que de 26 042 mujeres entrevistadas, 21.5% reportó vivir violencia con su pareja actual. Es evidente que la violencia hacia la mujer es ya un grave problema de salud pública en México y en el mundo, como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud.¹²

Existen muy pocos tratamientos psicológicos estructurados para las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.¹³ Lamentablemente, muchos esfuerzos de la psicología se han dirigido a la rehabilitación de los agresores, con resultados deficientes. Se ha visto que muchos hombres que han terminado los tratamientos psicológicos han reincidido en las agresiones a sus parejas, o bien hacia otras mujeres.¹⁴ Por esta razón se buscó desarrollar un programa de tratamiento psicológico enfocado en las mujeres. Esta intervención se estructuró con un enfoque cognitivo conductual, basada en trabajos publicados por diferentes autores.¹⁵⁻¹⁷ El objetivo fue entrenar a las pacientes en habilidades de afrontamiento para abordar y superar la situación de violencia, a través de psicoeducación, entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad, autoaceptación, reevaluación cognitiva, detención de pensamientos irracionales y solución de conflictos. Se ha demostrado que la psicoeducación refuerza la comprensión de la situación de la violencia y de las repercusiones que ésta tiene en la salud física y mental. El entrenamiento en relajación permite a las mujeres disminuir la ansiedad y el miedo que genera vivir en una relación donde existe violencia. El entrenamiento en asertividad y la autoaceptación ayudan a las pacientes a fomentar el respeto a sí mismas, a expresar sus pensamientos y emociones, así como a defender sus derechos como seres humanos. La re-

valuación cognitiva y la detención de pensamientos también facilitan la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión que se generan a partir de la situación de violencia. Finalmente, la técnica de solución de conflictos enseña a las pacientes a buscar diversas alternativas de solución a un problema.

Este programa piloto de atención psicológica se aplicó a tres mujeres mexicanas, con una media de edad de 36.6 años, casadas, con escolaridad secundaria. Las pacientes asistieron a nueve sesiones, dos de forma individual y siete grupales, en las que se cubrieron los temas mencionados. Para evaluar la efectividad del tratamiento se evaluaron la depresión, la ansiedad y la asertividad de las pacientes antes y después de tratamiento, y también se realizaron mediciones en el seguimiento que se brindó a los tres meses. Se usaron los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck, y el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, todos estandarizados para la población mexicana. Los resultados de estas mediciones señalaron que, después de la intervención, se presentó una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión. En cuanto a las conductas asertivas se observó un incremento modesto de las mismas. Este estudio piloto arroja buenas expectativas para la aplicación de este programa en grupos más amplios.

Estos estudios, relativos a la depresión y sus causas, y a la detección y tratamiento psicológico de las pacientes sobrevivientes de violencia familiar, contribuyen a la atención integral de una problemática de salud pública que puede resolverse de forma más eficaz a través de la formación de grupos de trabajo multidisciplinarios.



La mujer y el uso de métodos anticonceptivos

El no utilizar métodos de planificación familiar puede tener graves consecuencias en la salud reproductiva de la mujer, como embarazos no deseados, abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual, y embarazos de alto riesgo que en algunas mujeres llevan a la muerte.¹⁰ Además, el que las mujeres no utilicen métodos de planificación familiar puede tener severas consecuencias sociales y económicas, ya que con la sobrepoblación se generan problemas como la marginación, la pobreza, el desempleo y el hacinamiento.¹¹

La estancia hospitalaria es una oportunidad ideal para que las pacientes accedan al uso de algún método de anticoncepción, debido a la inmediatez del parto. A través del trato con las mujeres, en el servicio de ginecología y obstetricia se observó que muchas usuarias no aceptaban la utilización de métodos anticonceptivos después del parto. Como un primer paso para lograr una mayor aceptación se decidió analizar las razones por las cuales

las mujeres no consentían en el uso de algún método anticonceptivo tras el parto. Este análisis se realizó a través de un cuestionario estructurado con 12 preguntas, que se elaboró especialmente para este estudio. En total se evaluó a 50 púerperas, con edades entre los 15 y 42 años. Se encontró que la mayoría de las entrevistadas presentaba falsas creencias acerca de los métodos de planificación familiar. Algunos de los comentarios más comunes relacionados con sus creencias eran: “El DIU me puede alterar los nervios”, “las pastillas me vuelven loca”, “voy a subir de peso con el DIU”. A otras mujeres sus parejas les prohibían la utilización de estos métodos asegurándoles “si te operas vas andar de loca con otros”, reflejando de esta manera una situación de violencia psicológica. Muchas solteras no aceptaban el uso de anticonceptivos, argumentando que por el momento no lo consideraban necesario, pues mencionaban que, o bien se encontraban alejadas de su pareja, o preferían esperar a tener otra.

Algunas de estas creencias corresponden a los esquemas con los cuales las mujeres han crecido a lo largo de su vida y que pueden ser tomados como parte de su cotidianidad. La medicina conductual es especialmente efectiva en la reestructuración de creencias irracionales, por lo que se consideró importante llevar a cabo una intervención cognitiva conductual, en donde se desmintieran ideas erróneas acerca de los métodos anticonceptivos y se informara a las mujeres sobre sus derechos reproductivos. Las participantes que asistieron a la intervención fueron 66 púerperas, con edades de entre 15 y 43 años, que se encontraban hospitalizadas y que inicialmente no aceptaron ningún método anticonceptivo. Se brindó una intervención inicialmente grupal y finalmente individual. En la intervención grupal de 30 minutos se brindaba información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles en el hospital, describiendo sus mecanismos de acción, sus ventajas y desventajas. Posteriormente se realizaba la intervención de manera individual en aquellas pacientes que inicialmente no habían aceptado algún método. La técnica psicológica que se usó principalmente para esta intervención fue la reestructuración cognitiva, la cual sirve para modificar pensamientos o creencias que le impiden a una persona responder adecuadamente a las demandas de su ambiente. Esto se logra a partir del análisis lógico y real de sus problemas.



La cobertura de los métodos anticonceptivos en el servicio antes de la intervención era de 60%; sin embargo, tras su implementación se elevó a 79%. Se utilizó Ji-cuadrada para calcular la significancia estadística de la efectividad entre pacientes que se sometieron a la intervención psicológica y las que no, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias. Esto es relevante para las mujeres, debido a las implicaciones sociales y económicas que tiene la no utilización de métodos anticonceptivos.

Conclusiones

En México, así como en otras partes del mundo, lamentablemente, viejos atavismos en la cultura, la sociedad y la educación han colocado en una posición superior a los hombres respecto de las mujeres, lo que ha permitido a aquéllos ejercer poder sobre el género femenino. Lo anterior genera desigualdades en las oportunidades educativas, en actividades domésticas, y en la crianza de los hijos. Estas desigualdades, además, provocan pobreza, desempleo, marginación, y pocas oportunidades de superación para muchas mujeres.[■]

Las desigualdades por el género juegan un papel significativo en el desarrollo de programas de salud. Muchos de los padecimientos físicos de las mujeres tienen una relación importante con pensamientos y comportamientos que se han inculcado al género femenino. Callar todo aquello que no me agrada. Permitir que el otro decida por mí, por mi

cuerpo, por mi vida. Una buena mujer es sumisa y abnegada. Una "buena mujer" no exige sexo protegido. Una "buena madre" no utiliza anticonceptivos. Una "buena madre" es cuidadora de otros, pero no de sí misma. Una mujer violada es una provocadora o una prostituta. Este tipo de pensamientos, tan arraigados en nuestra cultura, desembocan en conductas de riesgo para la salud reproductiva en las mujeres, al dejar en manos del otro el cuidado y las decisiones acerca de su cuerpo. Dado que uno de los elementos de análisis para el trabajo en psicología es el pensamiento, es claro que mucho puede hacerse en torno a estos problemas de género desde la perspectiva de esta disciplina.

Al igual que en el caso de los problemas de género, existen múltiples escenarios en los que especialistas en medicina conductual pueden brindar apoyo para mejorar el desarrollo de programas de salud. Muchas enfermedades son producto de malos hábitos, de carencia de información, y de comportamientos de riesgo que bien podrían prevenirse a través de programas multidisciplinarios adecuados. Pensamos que el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital General de Atizapán, es un buen ejemplo de lo que un equipo multidisciplinario de profesionales de la medicina, de enfermería, trabajo social y psicología, puede lograr trabajando en conjunto. Esperamos que la labor del personal de este servicio sea un posible punto de partida para erradicar de nuestro país los problemas de género relacionados con la salud reproductiva de la mujer.



Referencias

- Schwartz G, Weiss S. What is Behavioral Medicine? 1977. *Psychosomatic Medicine*;39(6):377-81.
- Reynoso L, Seligson I. *Psicología clínica de la salud*. México, DF: El Manual Moderno; 2005.
- Piña-López JA. La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(1):192-205.
- Koenig L, Moore J. Women, Violence, and HIV: A critical evaluation with implications for HIV services. *Maternal Child Health J* 2000;4(2):103-9.
- Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walker D, Reynoso S, Langer A. Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. *Perinatol Reprod Hum* 2003;17(4):193-204.
- Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(5):455-60.
- Glangeaud-Freudenthal N, Boyce P. Postpartum depression: Risk factors and treatments. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(5a):531-532.
- Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychoterapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(5a):557-569.
- Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(3): 270-276.
- Pan HS, Ehrensaft MK, Heyman RE, O'Leary KD, Schwartz R. Evaluating partner abuse in a family practice clinic. *Fam Med* 1997;29(7):492-5.
- Castro R. Violencia contra las mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. México, DF: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004.
- Guerrero E. Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe español 1990-2000: balance de una década. Santiago de Chile: ISIS Internacional/UNIFEM; 2002.
- Olaiz G, Rico B, Del Río A, coord. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: OPS, OMS; 2002.
- Yllán F. Las intervenciones de la violencia. Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy? México, DF: Ipas; 2003.
- Jayne P. Las mujeres que sufren demasiado. México, DF: Océano; 2002.
- Echeburúa E, Corral P. *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI; 1998.
- Deviva JC, Zayfert C, Pigeon WR, Mellman TA. Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: Case studies. *J Trauma Stress* 2005; 18(2):155-9.
- Monson C, Rodriguez B, Warner R. Cognitive behavioral therapy for PTSD in the real world: Do interpersonal relationships make a real difference? *J Clin Psychol* 2005;61(6):1751-61.
- Secretaría de Salud. Programa de Acción Salud Reproductiva. México, DF: SSA; 2002.
- Donay F. Maternal survival in developing countries: What has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70(1):89-97.
- Salinas-Beristain L. Planteamientos mexicanos en Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Carta demográfica de México. *Revista Demos* 1996;40(9):141-2.

Género, una categoría analítica

necesaria en el currículo de la carrera de medicina

Luz María Ángela Moreno Tetlacuilo, MC, Maestra en Enseñanza Superior.¹

¹Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.

La Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), está atravesando por un importante proceso de revisión e innovación de su Plan de Estudios. El presente trabajo surge en este contexto, con el propósito de exponer la importancia que el género tiene en la producción de condiciones que afectan la salud de hombres y mujeres de manera diferencial y, en consecuencia, de fundamentar la necesidad de incluir la perspectiva de género en la educación médica.

El trabajo se realizó en atención a la convocatoria que la Comisión Encargada de la Revisión del Plan de Estudios emitió a la comunidad de la Facultad. La propuesta se desarrolla en tres partes: la primera, inicia con una breve exposición de la diferencia entre género y sexo, esboza escuetamente la incursión del género en el campo de la salud y, por último, presenta algunas experiencias de otras escuelas de medicina que han incorporado la perspectiva de género y salud de la mujer en su currículo. En la segunda se discute la importancia de incorporar la perspectiva de género en el currículo de la carrera de medicina. Finalmente, en el tercer apartado se hace un breve análisis de los contenidos de las asignaturas y se presentan una propuesta general y las conclusiones del trabajo.

Para estructurar el trabajo se realizó una extensa revisión de la literatura médica poniendo especial interés a la publicada en *Medline*. Empleando la perspectiva de género, se revisó el Plan de Estudios de la carrera, los Programas de las asignaturas de Medicina General I y II, Internado y Servicio Social y Salud Pública I-IV.

Generalidades

El perfil de salud de hombres y mujeres respecto a la morbilidad y la mortalidad refleja disparidades importantes; de acuerdo con fuentes nacionales e internacionales,² estas diferencias ocurren independientemente de las afecciones relativas a los aparatos de la reproducción.³ Algunas de estas diferencias tienen origen biológico, pero no es la única explicación, también se relacionan con factores socioculturales, tales como la clase social, la etnia, el género y, en la mayoría de los casos, la interacción de todos o

varios de ellos. Es decir, el análisis de los fenómenos de morbilidad y mortalidad en las poblaciones en un tiempo determinado no puede desestimar los enfoques de clase social, etnia y género, porque se encuentran vinculados y registrados de manera dinámica en lo individual y lo colectivo en un contexto histórico determinado.

Por ejemplo, en México las estadísticas de mortalidad desagregadas por sexo muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática, accidentes de vehículo automotor, homicidios y cáncer de pulmón son más elevadas en hombres; mientras que las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus son causas de muerte más frecuentes en las mujeres.⁴ En cuanto a la morbilidad, la depresión, la ansiedad,⁵ la violencia familiar y la anemia son enfermedades que afectan más a las mujeres; en el caso de los hombres, el alcoholismo, los accidentes y las enfermedades ocupacionales son más frecuentes.⁶ Todas estas diferencias se explican parcialmente por las condiciones de género.

El género es una categoría analítica de reciente incorporación en el estudio de la salud. Es una categoría relacional que interactúa con

Correspondencia: Luz María Ángela Moreno Tetlacuilo, Xochicaco # 536, Colonia Vértiz-Narvarte, Delegación Benito Juárez, 03600 México, DF, México.
Correo electrónico: luztetla@hotmail.com



la clase social, la etnia y la edad, y que se refiere "al conjunto de ideas y prescripciones culturales sobre lo que es propio de hombres y mujeres, a las relaciones, los conflictos y desigualdades entre hombres y mujeres construidas simbólicamente a partir de la diferencia sexual".⁴ Tiende a usarse como sinónimo de sexo; sin embargo, este último se refiere a las diferencias anatómo-fisiológicas de los sexos, y tiene carácter demográfico y descriptivo; mientras que el género tiene carácter explicativo, permite la generación de hipótesis e incluye factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales.⁵ El género es una construcción social e históricamente estructurada a partir de la simbolización de la diferencia biológica de los sexos, es -según Joan Scott- "un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos" y "es una forma primaria de relaciones significantes de poder", dos ideas que se encuentran analíticamente interrelacionadas. Esta autora reconoce cuatro elementos principales constitutivos del género que se encuentran relacionados entre sí; éstos son:⁶

1. Los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.

2. Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Dichos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente los significados de varón y mujer, masculino y femenino.

3. Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.

4. La identidad individual y grupal.

Por otro lado, Szasz reconoce tres elementos constitutivos del género: la asignación y la construcción subjetiva de las identidades, las relaciones de poder entre hombres y mujeres y las desigualdades y asimetrías entre los géneros.⁷

Aunque en general los conceptos de género aluden a hombres y mujeres, es importante hacer referencia a la existencia de puntos intermedios entre estos dos polos, entre los que se encuentran las mujeres lesbianas, los hombres homosexuales y los intersexos. También es necesario atender las relaciones de género que se dan entre mujeres y entre hombres (intra-généricas).⁸ Cabe hacer notar que, independientemente de cuál sea su característica, cada una de estas relaciones se encuentra atravesada por una lógica de poder de género.

Además, el género tiene un importante papel en la construcción social y simbólica del cuerpo y de la heterosexualidad, la forma dominante de sexualidad. También participa en la conformación de las normas sociales que controlan el cuerpo y la sexualidad femenina y masculina.⁹ De acuerdo con Lamas, "la cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo cotidiano, lo religioso"¹⁰ y, por supuesto, la salud y la enfermedad.

⁴ El término género también se usa como sinónimo de mujer o mujeres. Scott considera que este uso reduce el concepto porque no incluye a los hombres, siendo que la categoría género implica las relaciones sociales entre los sexos.⁵



Desde las últimas décadas del siglo pasado el género adquirió gran importancia en el análisis de la salud, como consecuencia de los acuerdos tomados en las diferentes reuniones y convenciones Internacionales.¹ Anteriormente, se abordaba la salud de las mujeres enfocándola, casi exclusivamente, hacia la planificación familiar y la salud materna e infantil, así denominada hasta 1994, y hacia la salud reproductiva a partir de 1995. Esta concepción ha evolucionado hacia un enfoque integral incluyendo los problemas de salud de otros órganos y sistemas diferentes a los reproductivos. Además, de manera reciente, se ha hecho evidente la importancia de incluir también la salud de los hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido al género como un importante determinante para la salud; considera que su incorporación es vital para el trabajo en salud y que las realidades de género tienen un impacto significativo en la salud a escala mundial. En marzo de 2002, la OMS emitió su "Política de salud y la importancia del género en la intervención e investigación en salud," en la que estipula la integración de la perspectiva de género en todas las facetas de su trabajo como una política y una buena práctica de salud pública. Se requiere que la información recolectada sea desagregada por sexo y se revise y analice con perspectiva de género como práctica estándar de todas sus políticas y programas.

El género tiene importancia no sólo como determinante de la salud, sino también en la organi-

zación y planeación de los sistemas y servicios de salud y en la provisión de éstos, así como en el campo laboral, en la educación médica, en el ámbito académico y en la investigación en salud en todas sus modalidades.

En México, la perspectiva de género se introduce por primera vez en 1996, etapa en la que se integra al Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.² Sin embargo, a partir del año 2000 ocurre un salto cualitativo. El gobierno incorpora la perspectiva de género a las políticas del Plan Nacional de Desarrollo, específicamente en el capítulo destinado a la política de desarrollo social y humano. Asimismo, en el Programa Nacional de Salud se reconoce la equidad de género como uno de los retos para elevar la salud de la población y se plantea una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el sector salud.³

Para llevar a cabo esta línea de acción se crea el Programa Mujer y Salud (PROMSA), cuyo objetivo es desarrollar un trabajo transversal que incluya la perspectiva de género en los programas de acción que emprenda la Secretaría de Salud en: a) la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación para prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud; b) la provisión de los servicios de salud; c) la enseñanza; d) la investigación; e) la revisión de las condiciones laborales de las trabajadoras del sector y f) el papel de hombres y mujeres en la atención de la salud doméstica y comunitaria.⁴ Actualmente, PROMSA se ha fusionado con la Dirección General de Salud Reproductiva bajo la denominación de Direc-



ción General Adjunta de Equidad de Género, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

A partir de lo anterior se explica la necesidad de formar recursos humanos para la salud que comprendan e integren en su quehacer la perspectiva de género. Una manera de lograr dicha tarea es mediante la incorporación de esta perspectiva al currículo de la carrera de medicina, tal como ha comenzado a suceder en algunas escuelas y facultades de medicina en otros países y en México.

Antecedentes

Entre los antecedentes y experiencias de otros países se puede señalar a Estados Unidos de América (EUA), donde se ha asumido un papel activo e interés de parte del Congreso, mismo que en 1992 solicitó una encuesta a las escuelas de medicina para determinar en qué proporción los contenidos de género y salud de la mujer habían sido integrados a los currículos, debido a evidencias del desconocimiento médico acerca de las necesidades de salud específicas de las mujeres. A partir de estas recomendaciones diversos organismos se han interesado en la incorporación del género y salud de la mujer en el currículo, entre ellos los Institutos Nacionales de Salud (NHI, por sus siglas en inglés) a través de su Oficina de Investigación en Salud de la Mujer (ORWH), la Asociación Americana del Colegio de Medicina (AAMC), el Consejo Americano de Medicina Interna (ABIM) y la Sociedad de Profesores de Ginecología y Obstetricia (APGO).¹⁰⁰

En atención a la solicitud del Congreso se han realizado diversas encuestas, entre ellas se pueden citar las llevadas a cabo por el Comité de Enlace de Educación Médica (LCME) de 1992 a 2000 y la efectuada por la Sociedad para la Investigación en Salud de la Mujer y la Escuela de Medicina de la Universidad de Cincinnati, las cuales informaron que entre 29 y 35 escuelas habían creado rotaciones y materias de libre elección en la clínica. Otras encuestas son la realizada por la AAMC en 1994 y la de la Sociedad para la Investigación en Salud de la Mujer y la Escuela de Medicina de la Universidad de Cincinnati en 2001, las cuales reportaron, respectivamente, que 14 y 30 universi-

dades habían incorporado contenidos sobre género y salud de la mujer en el currículo, observando que entre 1995 y 2001 había ocurrido un incremento de cuando menos el doble de escuelas de medicina que habían integrado esta perspectiva en su currículo, la de Stanford entre ellas.¹⁰¹ En 1995, el Consejo de Graduados de Educación Médica (COGME) remarcó que la deficiencia en la educación médica acerca de las necesidades específicas de la salud de las mujeres resulta en un cuidado inadecuado y fragmentado de su salud; recomendó, por tanto, enfocar la enseñanza de la salud de la mujer de manera integral trascendiendo el enfoque tradicional de limitarlo a la salud reproductiva. A su vez, recomendó el establecimiento de Centros o Programas colaborativos e interdisciplinarios en Salud de la Mujer en Centros Académicos de Salud.¹⁰²

Siguiendo esta recomendación, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EUA ha fundado 18 de estos centros denominados Centros Nacionales de Excelencia en Salud de la Mujer (CoEs), cuyo propósito es desarrollar modelos clínicos innovadores, currículos integrales y programas interdisciplinarios de investigación en salud de la mujer. Otras universidades en Canadá también han creado centros de este tipo.¹⁰⁰ Otra experiencia es la de la Universidad Aga Khan, en Pakistán, la cual a través del Departamento de Comunidad y Ciencias de la Salud ha integrado la perspectiva de género como parte de la atención primaria de la salud. En dicha institución los contenidos académicos sobre el tema se imparten durante los ciclos básicos de la carrera; algunos de los temas que se enseñan son “el rol de las mujeres en la salud” y “mujeres y ambiente”.¹⁰¹

Entre las universidades latinoamericanas que han seguido estas pautas se encuentran la de la Escuela de Medicina de la Universidad de Rosario, Argentina, que ha integrado la perspectiva de género y salud de manera transversal en su currículo y, en México, la Escuela de Medicina de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.¹⁰²

Aunque la Facultad de Medicina de la UNAM aún no ha incorporado esta perspectiva en su currículo, es importante mencionar que como institución de educación superior, la UNAM ya ha adoptado la perspectiva de género como una política institucional, lo cual ha quedado plasmado en el Estatuto General de la UNAM a partir del 31 de marzo de 2005.¹⁰³ Se trata de un gran logro que habrá de verse reflejado en las Escuelas y Facultades que la conforman, la de Medicina entre ellas.

En el campo de la educación médica se ha observado la presencia de sesgos de género¹⁰⁴ en la enseñanza y la literatura médicas, tales como mayor frecuencia de discriminación de género y acoso sexual hacia las estudiantes de medicina, las residentes y las graduadas. Las mujeres encuentran grandes obstáculos para ingresar a especialidades médicas consideradas de prestigio, por ejemplo, a la de cirugía.¹⁰⁵

El aumento de la matrícula femenina a escala mundial en la Facultad de Medicina, de la UNAM, la matrícula de este año supera el 60% conduce a repensar las necesidades específicas que las médicas enfrentan por su papel de género en cuanto a las responsabilidades que se les asignan para el cuidado y la crianza de los hijos y las actividades domésticas. En Suecia, por ejemplo, se están tomando ya acciones dirigidas a atender las necesidades específicas de género de las médicas y se han desarrollado residencias de medio tiempo.¹⁰⁶

La importancia del género en la educación médica

1. ¿Por qué se hace necesaria la inclusión de la perspectiva de género en el currículo?

Las ideas, las prescripciones, los conflictos, las desigualdades, las relaciones de poder, la división sexual del trabajo y las normas del control social del cuerpo y la sexualidad estructurados desde el género reverberan en el campo de la salud y tienen una gran influencia en el enfermar y morir

* Se refiere a las metáforas ideológicas que cumplen la función de perpetuar una manera masculina de mirar el mundo, el cuerpo humano y el proceso de reproducción.¹⁰⁷

de hombres y mujeres. Sin embargo, una gran proporción de los y las profesionales de la salud ignoran el papel que el género tiene en la evolución del proceso salud-enfermedad. Puesto que esta población de profesionales norma, aunque de manera inconciente, su práctica médica según las pautas dictadas por el género masculino y bajo el supuesto de la llamada “naturaleza” femenina y masculina, se puede decir que su ejercicio de la medicina tiene un sesgo de género. El reconocimiento de esta situación nos muestra la necesidad y la importancia de incorporar la perspectiva de género como parte de la educación médica en aras de una mejor salud para hombres y mujeres.

La subordinación e invisibilización de las mujeres se reproduce en la atención de la salud y frecuentemente sus necesidades específicas de salud se ignoran o se incluyen dentro de lo masculino. Esto sucede cuando la existencia de ciertas diferencias biológicas entre los sexos pasan inadvertidas para el personal de salud, debido a que, como extensión del androcentrismo presente en todas las esferas de la sociedad, en la educación y en la práctica médica se toma al hombre como referencia de las manifestaciones sintomatológicas y de la respuesta a los tratamientos, y se hace extensivo a las mujeres. Esto puede tener como consecuencia retraso en el diagnóstico y el tratamiento oportunos para las mujeres, por ejemplo, pasa desapercibido que algunas afecciones presentan cuadros clínicos distintos en hombres y mujeres para la misma enfermedad, como el infarto al miocardio;¹⁰⁸ se ignora la diferencia en el metabolismo de algunos fármacos;¹⁰⁹ la existencia de factores genéticos; la mayor o menor vulnerabilidad, como en el

caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y las diferencias en la edad de presentación de algunas enfermedades, según el sexo.⁸

También se ha observado que en un orden social patriarcal como el nuestro las relaciones de dominación/subordinación de los hombres sobre las mujeres generan condiciones de inequidad⁹ económica y social que afectan de manera importante la salud de ellas y su acceso a los servicios de salud.¹⁰ Además, los papeles de género, la división sexual del trabajo, la doble moral sexual, así como la asignación social de las mujeres y los hombres a los ámbitos privado y público, respectivamente, que otorgan mayor libertad a los hombres y restringen la sexualidad y libertad femeninas¹¹ son también condiciones que afectan diferencialmente su salud. Por otro lado, la construcción social de identidades femeninas y masculinas constituye subjetividades disímiles que explican comportamientos, prácticas, necesidades, intereses, conductas y actitudes divergentes que originan la exposición a riesgos distintos, así como el desarrollo de diferentes actitudes y vivencias del cuerpo y de la sexualidad.¹² El mayor apego a los estereotipos de masculinidad y femineidad afecta la evolución y el pronóstico de algunas enfermedades como el cáncer de próstata.¹³

En el campo laboral los hombres y mujeres por su condición de género están expuestos a riesgos de trabajo diferentes dando lugar a perfiles de salud distintos; los accidentes de trabajo, por ejemplo, son más frecuentes en los hombres. Tiende a considerarse que las actividades que realizan las mujeres carecen de riesgo laboral y se pasan por alto daños a la salud: en el caso de las enfermeras, lesiones de columna secundarias al manejo de los pacientes; entre las cultoras de belleza, la exposición a sustancias cancerígenas como tintes para el cabello, etcétera. El trabajo doméstico presenta diversos riesgos para la salud que no son tomados en cuenta debido a que el hogar es considerado un espacio "libre" de riesgos, por esta razón las amas de casa no son vistas como sujetos de riesgo laboral, pues no desempeñan un trabajo remunerado, razón por la cual muchas de ellas no disfrutan de seguridad social.¹⁴

Otro componente del género es la edad. A lo largo del ciclo vital las relaciones y los papeles de género cambian, lo mismo que las condiciones y los riesgos de exposición. Por ejemplo, las personas mayores se tornan más dependientes, hay cambios en la sexualidad y pierden poder económico, todo eso afecta de manera diferente la salud de hombres y mujeres. Por otro lado, cuando menos en nuestro país, existe un sesgo de género y edad en los servicios de salud, pues éstos centran su atención en las poblaciones joven y adulta, dirigen su atención hacia la salud reproductiva y dan poca importancia a los problemas de salud de los niños y niñas y de las personas adultas mayores.¹⁵

Como consecuencia de la clasificación binaria de los sexos que predomina en los sistemas de dominación masculina y que permea la práctica médica, los riesgos y necesidades específicas de salud que presentan los hombres homosexuales, las mujeres lesbianas y las personas que se encuentran en el rango de intersexos no son considerados.

La influencia del género se observa también en la organización de los servicios de salud y la atención médica. Diversos estudios han mostrado que las mujeres son maltratadas y discriminadas con mayor frecuencia y tienen mayor dificultad para acceder a estos servicios; muchas veces no se les reconoce como sujetos capaces de decidir sobre su salud.¹⁶ Por otro lado, existe la hipótesis de que la menor demanda masculina a estos servicios obedece en parte a horarios de los centros de salud incompatibles con sus horarios de trabajo; además, a ellos las instituciones de salud no los involucra en las actividades de salud ni en la responsabilidad del cuidado de la salud de la familia.¹⁷

Así, la desigualdad¹⁸ de hombres y mujeres a partir de sus papeles y relaciones de género explica en parte por qué los hombres mueren más

* La noción de inequidad de género tiene varias acepciones. La OPS le da un carácter ético y la define como la presencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Según esta institución, existe inequidad en salud cuando los recursos no se asignan ni se reciben según la necesidad y cuando el pago de los servicios no toma en cuenta la capacidad económica.⁸ Para Breilh, "la inequidad es un proceso de distribución desigual del poder, no solo de aquel que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías". Implica la apropiación del poder y la concentración del mismo en uno de los géneros, el masculino específicamente; La inequidad según este autor, es un proceso mediante el cual se produce subordinación y explotación.⁹ En este documento se adoptará el segundo concepto.

** Para Breilh, la desigualdad es una expresión observable típica y grupal de una inequidad. Por ejemplo la desigualdad de género en el acceso a los servicios de salud es producto de la concentración del poder económico y de dominación por parte de los hombres.¹⁰ Para la OPS, la desigualdad es también un concepto empírico producto de la inequidad.¹¹

frecuentemente por accidentes, homicidios, cirrosis hepática, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva, cáncer pulmonar y VIH/SIDA. Los factores antes mencionados también propician que muchas mujeres enfermen con mayor frecuencia de depresión, ansiedad y anemia; que sean objeto de violencia familiar y sexual, y más vulnerables al VIH. Además, en países menos desarrollados, una elevada proporción de ellas aún muere por enfermedades relacionadas con embarazo, parto y puerperio. Asimismo, las razones arriba señaladas explican por qué las mujeres no acceden a la detección oportuna del cáncer de mama y del cervicouterino, y los hombres a la detección temprana del cáncer de próstata.⁸

2. ¿Cuáles son las repercusiones de integrar la perspectiva de género al currículo de la carrera de medicina?

Las ventajas de incluir la perspectiva de género en el currículo de medicina son diversas, a continuación se señalan algunas.

La educación médica es un factor de cambio e innovación en constante evolución, siempre en busca de la preservación y mejoría de la salud de las personas y de la población. El género es una innovación reciente en el campo de la medicina que aporta nuevas explicaciones acerca del proceso salud-enfermedad-atención de hombres y mujeres,⁹ por lo tanto, incluirlo en el currículo

de medicina representaría un avance significativo para el diagnóstico y tratamiento dirigido a las necesidades y problemáticas específicas de cada género, lo que se vería reflejado en una mejor salud. En el campo de la investigación en salud se abre el camino para la generación de nuevas hipótesis y conocimiento de las determinantes de la salud y la enfermedad.

Además, una importante meta del perfil profesional de la carrera de medicina es que sus egresados sean capaces de prestar servicios de salud de la más alta calidad. Esto se verá reforzado si dentro del currículo se toman en cuenta las necesidades específicas de salud de mujeres y de hombres, así como las desigualdades entre y al interior de los géneros. Esta capacidad se optimizará si se considera al género como parte del análisis de los determinantes sociales que sustentan la atención de los y las pacientes. Asimismo, los principios éticos y humanistas que exigen el cuidado de la integridad física y mental de aquéllos aumentarán su potencial cuando se erosionen los estereotipos de género que las médicas y los médicos detentan. Dicha erosión se reflejará en la ausencia de discriminación y maltrato a las mujeres y hombres más vulnerables durante la atención médica.¹⁰

Dentro de la enseñanza de la medicina se considera relevante examinar y atender los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de las personas; sin embargo, generalmente no se consideran las necesidades femeninas y masculinas específicas porque la educación médica carece de perspectiva de género.¹¹ Los conocimientos teóricos desarrollados desde esta perspectiva¹² aportan importantes elementos conceptuales para el examen y la atención de estos problemas, dentro de los que se encuentran la depresión, la violencia familiar, el acoso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la violación que afectan de manera importante a las mujeres;¹³ asimismo, dentro de este grupo se encuentran también las adicciones y el alcoholismo que afectan principalmente a los hombres. También, la perspectiva de género puede proporcionar herramientas para conocer los riesgos específicos relacionados con esta problemática y ofrece estrategias para su prevención y detección, tomando en cuenta que aquéllos son problemas difíciles de detectar y de abordar porque se ocultan en el ámbito privado. Esto último propicia que el personal médico tienda a mantenerse distante de la problemática arriba mencionada por lo que se hace necesario deconstruir estas representaciones sociales durante la formación médica. En consecuencia, considerar la teoría de género¹⁴ en este rubro hace más íntegra la formación médica.

Por otra parte, la categoría de género¹⁵ es una herramienta analítica que abre nuevos horizontes en la generación de hipótesis novedosas y originales en torno a las condiciones que determinan la salud femenina y masculina, por ello, la investigación médica obtiene una faceta de originalidad y de integralidad e incrementa el ritmo de su avance en el conocimiento, si se utiliza esta categoría en la investigación médica.

⁸ "La perspectiva de género describe cómo opera la simbolización de la diferencia sexual en las prácticas, discursos y representaciones culturales sexistas y homófobos".

⁹ La teoría de género se encuentra en construcción, pero se puede decir que se ha desarrollado una teoría de alcance medio, aunque todavía quedan muchas hipótesis por verificar y una gran cantidad de vacíos por llenar. En el campo de la medicina este avance es todavía más incipiente.

¹⁰ La categoría de género es analítica y guía la investigación científica desde la perspectiva de género. Estudia el significado que las diversas culturas dan a la diferencia sexual; la red de interrelaciones e interacciones sociales construidas a partir de la simbolización de la diferencia sexual y su transformación histórica; los procesos psíquicos y sociales mediante los cuales se constituye la identidad y la subjetividad de género; las relaciones y la concentración del poder. Permite situarse en el debate teórico.



Por último, el éxito de las acciones en salud dependen en gran medida de un equipo de salud bien integrado; sin embargo, se ha observado que uno de los obstáculos que se presentan en la integración de éste son las relaciones estereotipadas de género, por ejemplo, se ha visto que las enfermeras tienden a cooperar menos con las médicas.²³ En consecuencia, para lograr un mejor equipo de salud es necesario deconstruir durante la formación médica los estereotipos de género que detentan los y las estudiantes de medicina.

3. ¿Existen diferencias biológicas relevantes entre los sexos, más allá del aparato de la reproducción, que todavía no se enseñan en las escuelas de medicina?

La enseñanza de la estructura y del funcionamiento normal del organismo humano será cabal si se toma en cuenta que puede haber algunas variaciones de acuerdo con el sexo; entre ellas se pueden mencionar diferencias en la estructura cerebral para el lenguaje;²⁴ mecanismos de defensa que varían de acuerdo con el sexo, debido a la existencia de doble cromosoma X en las mujeres; diferencias en el metabolismo de algunos medicamentos, y una diferente vulnerabilidad para algunos patógenos como el VIH y el virus de papiloma humano (VPH).²⁵ Sin una mirada más profunda y con perspectiva de género estos hechos se minimizan en la práctica cotidiana de la atención a la salud.

Ante una falta de perspectiva de género en la enseñanza de la salud pública, condiciones que obstaculizan la prevención de las enfermedades corren el riesgo de pasar inadvertidas; ese parece ser el caso del cáncer cervical,²⁶ las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el cáncer de próstata, entre otros. Tampoco serán visibles los factores de riesgo que se desarrollan como consecuencia de las condiciones de inequidad y las relaciones de desigualdad entre los géneros y que influyen en la evolución del proceso salud-enfermedad-atención de manera diferencial. Además, el establecimiento de prioridades de los problemas de salud pública sin esta perspectiva es parcial.

El Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Un breve análisis

El plan de estudios actual no incorpora la perspectiva de género en su estructura curricular en ninguno de sus apartados.²⁷ Una posible explicación es que esta perspectiva era relativamente reciente y poco difundida en México cuando se estructuró el Plan Único de Estudios. Los programas de las diferentes asignaturas tampoco incluyen contenidos de género, excepto “Salud en el Adulto Mayor” –correspondiente al Programa de Salud Pública IV– que incorpora algunos elementos.²⁸

Es importante destacar algunas ausencias relevantes: al climaterio se le da un espacio muy reducido, comparado con los otros temas, ¿acaso estamos reforzando los estereotipos de género que sólo valoran a las mujeres como madres y no como seres humanos independientes? No se revisa el tema de anticoncepción de emergencia, método

que evitaría embarazos no deseados -uno de los problemas de salud pública más importantes en las jóvenes- ya sea por falla del método anticonceptivo, por relaciones sexuales forzadas o por violación. No se toca el tema de sexualidad en ginecología y obstetricia ni en urología, lo que constituye una ausencia importante si se considera que varias de las afecciones del aparato reproductivo y el proceso de la reproducción están íntimamente relacionadas con el ejercicio de la sexualidad. La violencia física y sexual no se aborda en la clínica, a pesar de la importancia que el personal médico tiene en el diagnóstico de casos de violencia no explicitada por los y las pacientes.¹⁰ En urología no se revisan los temas relacionados con las mujeres, ¿por qué limitarlo a lo masculino? Tal vez algunas mujeres ante estos problemas decidan acudir al urólogo. En pediatría no se revisa el tema de abuso sexual y violación. Por último, en ninguna de las asignaturas se aborda el abuso sexual y la violación masculina, una muestra de desigualdad en salud hacia los hombres.

En cuanto a los contenidos de salud pública es necesario enseñar la importancia de desagregar por sexo y analizar con perspectiva de género la información de morbilidad y mortalidad e integrar clase social y etnia en el análisis. En la investigación se hace necesario enseñar a los alumnos la importancia del género en la observación, el planteamiento del problema, la generación de hipótesis y la selección de la población de estudio sin excluir a las mujeres. En el trabajo en comunidad, mostrar los posibles obstáculos que presentan las relaciones y los papeles de género para la participación de la comunidad en los programas de intervención. En salud en el trabajo es de suma importancia realizar el análisis de los riesgos y las condiciones de trabajo según el género. Lo mismo que en la enseñanza de la educación para la salud y en el establecimiento de prioridades de los problemas de salud pública. En el estudio de la epidemiología es indispensable tomar en cuenta la importancia que las relaciones de poder entre los géneros, la inequidad y la desigualdad tienen como determinantes del proceso salud-enfermedad-atención. Esta ausencia de la perspectiva de género en el currículo se extiende a la mayoría de las escuelas de medicina en México y Latinoamérica como lo demuestra el estudio realizado por Cardacci.¹¹

Propuesta

La educación médica se estructura al interior de un orden social y cultural de dominación masculina y se sustenta en la investigación científica desarrollada con una orientación androcéntrica. Consecuentemente, el currículo de la carrera de medicina se construye desde esta mirada y con una orientación biologicista dominante que deja en una posición marginal los aspectos psicosociales, con una visión esencialista de hombre y mujer que gira en torno a la "naturaleza" femenina y masculina. Esta posición ha reforzado, históricamente, la "naturalización" de la diferencia sexual, la clasificación binaria de los sexos y la aceptación de la heterosexualidad como única opción válida de sexualidad.¹²

La "naturalización" de la diferencia sexual, a su vez, refuerza las posiciones de dominación/subordinación entre los géneros, los papeles de género y la división sexual del trabajo. Desde este paradigma se diseña el currículo explícito e implícito de la carrera de medicina, lo que explica la presencia de un sesgo de género en la práctica médica. La deconstrucción del androcentrismo en la educación médica es un imperativo porque contribuirá

de manera relevante a mejorar las condiciones de la salud de mujeres y hombres de diferentes generaciones y orientación sexual. Lo arriba expuesto muestra la importancia y la necesidad de incluir la perspectiva de género en el currículo. Recapitulando, se pueden señalar, en primer lugar, la estrecha relación que el género tiene en la estructuración de condiciones que afectan de manera diferencial la salud de hombres y mujeres; y en segundo lugar, su influencia en la práctica médica la cual da lugar a sesgos de género en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades, así como en la organización y provisión de los servicios de salud. Se destacó también su importancia en el campo de la investigación médica consistente en la apertura de nuevos horizontes. Asimismo, se planteó la necesidad de incorporar la categoría de género en la investigación educativa ante la creciente matrícula femenina en las escuelas y facultades de medicina. Además, al incorporar la perspectiva de género en el currículo se dará cumplimiento a las recomendaciones de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud y se contará con egresados preparados que hagan posible la atención de la salud y la prevención de los problemas prioritarios con perspectiva de género, tal como lo plantea el Programa Nacional de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo en México.

Con base en estos argumentos se propone la integración de la perspectiva de género al currículo, abarcando la enseñanza de la salud de hombres y mujeres, a diferencia de lo que ha ocurrido en otras universidades en las que se ha excluido el estudio de las necesidades específicas de la salud de los hombres. Además, se pretende un estudio integral de la salud femenina y masculina más allá de la salud reproductiva.

¿De qué manera se integraría esta área en el currículo?

Será importante tomar como punto de partida el hecho de que los y las estudiantes de medicina se encuentran inmersos, como toda la sociedad, en un orden social patriarcal donde se construyen sujetos cuyas representaciones sociales^{***} dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo, y poseen ideas preconcebidas de lo que es “propio” de hombres y mujeres, y de las relaciones asimétricas entre los géneros de acuerdo con los diferentes contextos. Esta situación nos da la pauta para pensar que el objetivo educativo tendrá que centrarse en la deconstrucción de esas representaciones sociales e ideas.

El modelo educativo que brinda los medios para lograr ese objetivo es el socio-constructivista. Éste concibe al alumno como un sujeto epistémico, con capacidades cognitivas para la construcción de representaciones sociales, concebidas como producto de un proceso de actividad mental mediante el cual una persona o grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le otorga un significado específico. Tales representaciones determinan sus formas de actividad como una relación dialéctica entre pensamiento y acción. A su vez, dentro de este modelo se le otorga carácter social a la enseñanza, misma que se orienta al desarrollo gradual y polifásico de aprendizajes significativos.

En cuanto a la estructura curricular, se sugiere incluir la perspectiva de género como un eje transversal en el currículo, esto permitirá incorporarla en el mapa curricular como un eje horizontal y vertical, integrando los contenidos de las diferentes asignaturas correspondientes a cada ciclo escolar en torno al género, lo mismo que en todos los ciclos escolares que conforman el plan de estudios. De esta manera, el género se introducirá como una herramienta analítica para ir deconstruyendo gradualmente las representaciones sociales previas que los y las estudiantes tienen sobre la “naturaleza” femenina y masculina, los estereotipos, los papeles, las identidades, las relaciones, las prácticas y actitudes estructuradas desde el género, con el fin de resignificarlas y crear una nueva red de significados, valores y posiciones ante las inequidades y desigualdades de género, en lo general y, específicamente, ante el proceso salud-enfermedad-atención. Será necesario fundamentar la presencia de la perspectiva de género en toda la estructura curricular, es decir, en la construcción del perfil del egresado, en la misión de la carrera, en los objetivos generales de la licenciatura y en los objetivos de los programas de las asignaturas, sin dejar de lado el contexto en el que se desarrolla la práctica profesional.

La pedagogía crítica^{***} y el análisis político del discurso^{***} ofrecen, también, estrategias educativas que propiciarán el análisis y la reflexión para desentrañar y deconstruir los aspectos de género que se encuentran inmersos en los contenidos de las diferentes asignaturas. El eje de la enseñanza se centrará en la “desnaturalización de la diferencia sexual” y en el análisis de las condiciones de inequidad, las relaciones de poder y desigualdad entre los géneros y su influencia en la determinación del proceso salud-enfermedad-atención.

* (Véase Apple Michel 1986; Buenfil-Burgos Rosa Nidia 1995; Giroux Henry 1999)

** Forma de conocimiento elaborada socialmente que permite a la persona o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias. La representación social es una organización significativa de la realidad que funciona como un sistema de interpretación de la realidad que riga las relaciones de las personas con su entorno físico y social, a la vez que determina sus comportamientos y sus prácticas.

Mediante sesiones de debate distribuidas a lo largo del año escolar se discutirán los temas seleccionados que articulen o atraviesen diversas asignaturas. Basta mencionar algunos ejemplos de dicha estrategia. En el primer año de la carrera se imparte la asignatura de anatomía humana, cuyo objeto de estudio es la estructura del cuerpo humano biológico; en este caso la sesión de debate sería sobre la simbolización del cuerpo sexuado y su relación con la salud; asimismo, sería pertinente revisar algunas diferencias biológicas por sexo en bioquímica y en anatomía. Entre los contenidos del programa de salud pública se contempla la revisión de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y demográficas; en dicha situación, la sesión de debate abordaría las diferencias por sexo en los perfiles de salud y la discusión se centraría en las diferentes situaciones de riesgo de acuerdo con el género que influyen en la determinación de esos perfiles; en este seminario también se haría énfasis en la importancia de presentar y analizar las estadísticas de salud desagregadas por sexo. Cuando se abordan los problemas de salud en el trabajo, el debate se centraría en la división sexual del trabajo y sus consecuencias en la salud de hombres y mujeres. En las clínicas de ginecología e infectología se revisan los contenidos relativos a las ITS; este tema sería el motivo para estructurar una sesión en la que se debatiría sobre la relación que existe entre las ITS y el control de la sexualidad femenina, la doble moral sexual y la sexualidad masculina. De esta manera se continuarían abordando diferentes temas a lo largo de la licenciatura, con base en una revisión cuidadosa de los contenidos de las diversas asignaturas.

¿Quién se encargaría de la enseñanza?

Una primera consideración es que las profesoras y los profesores han sido educados y educadas dentro de los límites de un sistema patriarcal con todo lo que ello conlleva. Pero para que la enseñanza con perspectiva de género se plasme en la realidad se requiere contar con personal docente formado en esta perspectiva; para conseguirlo será necesario que las Facultades y Escuelas de Medicina emprendan programas de formación para profesoras y profesores en este campo. En la Facultad de Medicina de la UNAM se ha realizado ya un curso con este objetivo y pronto se llevará a cabo otro con apoyo de la OPS /OMS. Sin embargo, lo deseable es que estos esfuerzos se multipliquen.

En conclusión, incluir la perspectiva de género en el currículo de la carrera de medicina ofrece diversas ventajas y bondades, entre ellas:

- a) El estudiantado estará a la vanguardia del conocimiento, obtendrá nuevas y útiles herramientas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, con el fin de brindar atención, revisar la literatura, para investigar y para realizar una mejor historia clínica.
- b) Las personas usuarias de los servicios de salud podrán obtener una atención, de acuerdo con sus necesidades específicas de género, más igualitaria, sin maltrato ni discriminación, es decir, sin sesgos de género. Las mujeres se verán beneficiadas porque su salud será atendida de manera integral en todo su ciclo de vida considerando los riesgos de enfermedad y muerte en cada etapa y no sólo desde su papel reproductivo-materno. Al mismo tiempo, ellas recibirán atención como sujetos y su salud ya no será vista sólo en función de los demás. Igualmente, el estereotipo de género que ubica a las mujeres como únicas responsables del cuidado de la familia, incluyendo su salud, será resignificado por las médicas y los médicos y les permitirá comprender la importancia de involucrar a los hombres en esta tarea. La perspectiva de género en los servicios de salud dará elementos a los y las prestadores de estos servicios para identificar la situación de desventaja social que, como grupo, experimentan las mujeres. Si los médicos y las médicas tienen una perspectiva de género, ciertos aspectos del ámbito laboral serán visibles; tal es el caso de la modificación en el perfil de salud de las mujeres trabajadoras como consecuencia de la doble jornada de trabajo que su inserción en el campo laboral ha traído consigo.¹⁴

Por otro lado, la salud de los hombres en la etapa reproductiva recibe poca atención, y se ha observado que ellos tienen una menor participación en los programas de planificación familiar y de prevención de las enfermedades

crónico-degenerativas, en comparación con las mujeres. La perspectiva de género brindará a médicos y médicas otra dimensión sobre esta problemática y los llevará a considerar la necesidad de atender las necesidades específicas de los hombres en esta etapa y de reconocer la importancia de alentarlos a tener una mayor participación en los programas de salud reproductiva y de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas, para una vida más saludable.¹⁵ Además, la salud reproductiva y su atención se percibirán como un beneficio no sólo para las mujeres sino también para las parejas y la familia en su conjunto.¹⁶ En conclusión, mujeres y hombres se verán beneficiados.

- c) En el trabajo de comunidad la perspectiva de género aumentará el éxito de los programas, pues muchos de los problemas de salud tales como el alcoholismo,¹⁷ el tabaquismo,¹⁸ la violencia entre hombres, entre mujeres y de hombres a mujeres, los embarazos no deseados, las ITS, el VIH/Sida, la aceptación de las pruebas de detección temprana del cáncer cervical, del de mama y del de la próstata, tienen un fuerte componente genérico que hasta hoy se ha abordado escasamente. En cuanto al alcoholismo, la mayor proporción de grasa corporal y el menor porcentaje de agua presentes en el cuerpo femenino determinan una menor dilución del alcohol y se alcanzan niveles más altos de intoxicación en presencia de dosis menores de este licor, por lo que ellas llegan al estado de embriaguez más pronto y sufren daño hepático de evolución más rápida y mayor severidad en presencia de dosis acumulativas más bajas y menor tiempo de exposición, en relación con los hombres. Desde el género, el alcoholismo en los varones es socialmente aceptado e incluso se estimula y festeja como un signo de masculinidad; por lo general, los alcohólicos son arropados y protegidos por su entorno familiar y social. En cambio, se espera que las mujeres no consuman bebidas alcohólicas o lo hagan en menor cantidad; las que abusan del alcohol son estigmatizadas y rechazadas por la sociedad, por lo que frecuentemente ocultan el problema. Además, ellas suelen tener más pérdidas asociadas, en comparación con los hombres, tales como el abandono de su pareja y la familia, mayor riesgo de sufrir abuso sexual, tener relaciones sexuales no protegidas y, por tanto, presentar embarazos no deseados o adquirir ITS. Por otro lado, las mujeres que no presentan el problema, pero conviven con un familiar alcohólico llevan a costas una gran carga física y psicológica; socialmente

se les responsabiliza de prevenir y controlar el alcoholismo de su hijo o su pareja y de otorgarles cuidados; aunado a esto, se encuentran en mayor riesgo de sufrir violencia; las esposas tienen, además, mayor probabilidad de sufrir abuso sexual y adquirir ITS. Este proceso de desgaste tiene como resultado el deterioro de su salud física y mental.¹ En cuanto al tabaquismo, se ha observado que ellas son biológicamente más susceptibles a las sustancias del tabaco y, consecuentemente, su riesgo de desarrollar cáncer pulmonar es mayor que el de los hombres.²

d) También será un apoyo importante para la prevención y la educación para la salud; en este último rubro, la reflexión sobre los estereotipos de género puede ayudar a romper algunos de los tabúes de la sexualidad y el género.

e) Habría mejoría de las relaciones entre el personal de salud y la comunidad.

f) Se avanzaría hacia la ruptura del techo de cristal que se define, de acuerdo con Burin, como una superficie superior invisible y difícil de traspasar que impide a las mujeres seguir avanzando en su desarrollo profesional. Dicha superficie está constituida por rasgos difíciles de detectar, entre ellos se señalan el acoso sexual, condiciones de trabajo desfavorables y discriminatorias por ser mujer. Un rasgo de mayor invisibilidad aún es la internalización y apropiación, de parte de las mujeres, de los discursos sociales promotores de los estereotipos de género, los cuales las califican erróneamente como temerosas y desinteresadas para ocupar puestos de poder e incapaces de ejercer autoridad y poder ante situaciones difíciles. También se mencionan como parte de este techo de cristal la falta de modelos femeninos para identificarse y el hecho de que muchas de ellas consideran su carrera laboral como complementaria a su papel de madre-esposa.³

Se dice que este techo tiene carácter de invisibilidad porque no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos, ni tampoco códigos visibles que impongan a las mujeres tales limitaciones.⁴ La develación de estos rasgos es importante para que hombres y mujeres tomen conciencia del problema y así poder traspasar el techo de cristal con la participación y el acompañamiento de los hombres.

Consideraciones finales

Aunque este trabajo se ha limitado al análisis del currículo de la licenciatura de la carrera de medicina, es indispensable señalar que quedan algunos pendientes de suma importancia que será necesario abordar en trabajos futuros. Uno de ellos es trabajar en la integración de la perspectiva de género a los currículos de las diferentes especialidades médicas. Otro pendiente es la investigación acerca de las necesidades que por su papel en la maternidad y la paternidad tienen las médicas y médicos que se encuentran haciendo la especialidad o ya ejerciendo su profesión, con el fin de buscar estrategias que hagan compatibles el desempeño de tales actividades con su adecuado desarrollo profesional y laboral. Otro aspecto importante es el análisis del acceso limitado de las médicas a las residencias médicas más prestigiadas. Un antecedente de este tipo de esfuerzos es la tarea desarrollada por el Grupo de Trabajo *Trabajadoras de la Salud del Consorcio Nacional Mujer y Salud*, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud.⁵

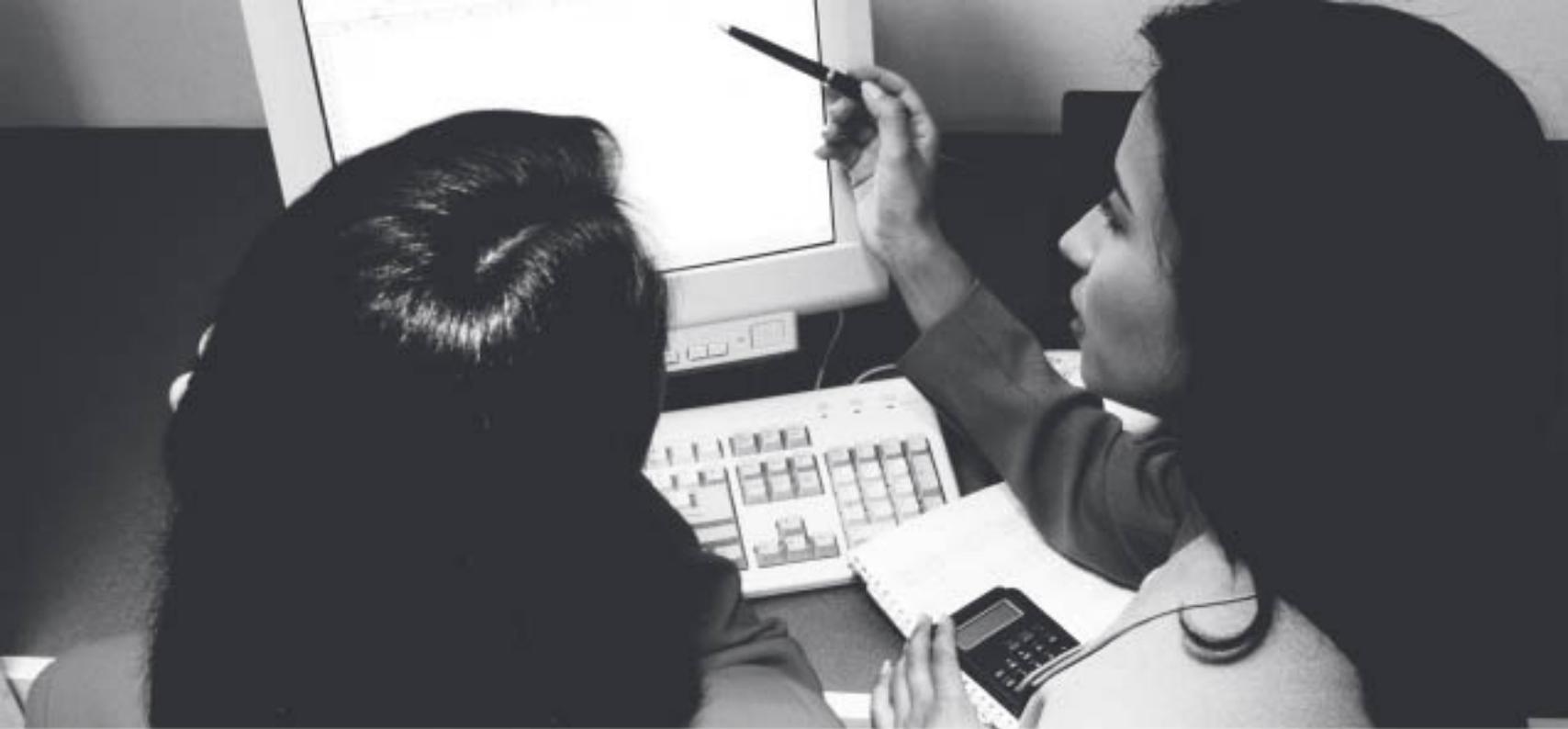
Agradecimientos

A las doctoras Marcela Ochoa y Pilar Paz, a la licenciada Blanca Valdés, a la Maestra Cecilia Robledo y a los doctores Arturo Aroch, Rafael González y Jaime Encinas, por sus valiosos comentarios y sugerencias al manuscrito.

Referencias

1. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México. Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2002. *Salud Pública Mex* 2004;46(2):169-85.
2. Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Lange A, Espinosa B, comp. *Género y políticas en salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 2003: 15-30.
3. Bronfman M, Gómez-Dantés H. La condición de la mujer y la salud infantil. En: Figueroa JG, comp. *La condición de la salud de la mujer en el espacio de la salud*. México, DF: COLMEX; 1998: 89-125.
4. Lara A. Introducción. En: Lara MA, Salgado de SVN, comp. *La salud mental de las mujeres mexicanas. Cállese son sus nervios, tómesse un teclito...* México, DF: Pax; 2002: VII-XX.
5. Jewles R. Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet* 2002; 359(9283):1423-9.
6. Lamas M. Comentarios a género y salud. En: López P, Rico B, Lange A, Espinosa G, comp. *Género y políticas en salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 2003: 31-40.
7. Cardaci D. El enfoque de la salud desde el género. *Revista Mujer Salud/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* 1999(3-4):72-78.

[†] Grupo de trabajo *Trabajadoras de Salud del consorcio Nacional Mujer y Salud*, Robledo-Vera C, coord. *Condiciones de vida y trabajo del personal de salud*. México, DF: Centro Nacional de Equipo de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2005: 14 pp. Documento interno de trabajo.



- 8 Lamas M. *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México, DF: Ed. Taurus; 2002: 214 pp.
- 9 Neijzer B De. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Genero Salud Cifras* 2003;1(3):37.
- 10 Secretaría de Salud. *Programa de acción: Mujer y Salud PROMSA*. México, DF: SSA; 2002: 58 pp.
- 11 Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. *La perspectiva de género en salud reproductiva*. México, DF: SSA; 1996: 27 pp.
- 12 Janet B. Women's health education initiatives: Why have they stalled? *Acad Med* 2004;79(4):83-8.
- 13 JoDean N, Jacobs MB. Integration of women's health into internal medicine core curriculum for medical students. *Acad Med* 2000;75(11):1061-5.
- 14 Rinto B A, Adams PH. Women's health in the medical curricula: Building support for the adoption of core competencies. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(3):528-9.
- 15 Phillips P. Evaluating women's health and gender. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(3):522-4.
- 16 Zaman B, Marvi K. Country Report on Teaching of Health Social Science-Pakistan. Paper presented at Sexuality and Reproductive Health and Fora on the Teaching of Health Social Science Conference; 1996 Jan 8-13; Cebu City, Philippines.
- 17 Habichayn H. El género como categoría transversal necesaria. *Zona Franca* 2003;11(11-12):4-8.
- 18 Cardaci D. ¿Ausentes o invisibles? Contenidos sobre las mujeres y los géneros en el currículo de licenciatura de universidades mexicanas. *Rev Estud Genero La Ventana* 2005;21:107-142.
- 19 Belausteguigoitia M. Informe de Actividades 2005. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM (PUEG). México, DF: Coordinación de Humanidades, UNAM; 2005: 19.
- 20 Castro R, Bronfman M. Teoría Feminista y sociología médica: bases para una discusión. En: Figueroa-Perea JG, comp. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, DF: El Colegio de México; 1998: 205-38.
- 21 Nora LM, Mc Laughlin MA, Fosson SE, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher R-M E et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: Perspectives gained by 14-school Study. *Acad Med* 2002;77(12):1226-34.
- 22 Risberg G, Hamberg K, Johansson E. Gender awareness among physicians -The effect of specialty and gender. A study of teachers at Swedish medical school. *BMC Med Educ* 2003;3(1):8.
- 23 Baxter N, Cohen R, McLeod R. The impact of gender on the choice of surgery as career. *Am Surg* 1996;72:1373-6.
- 24 Hochman JS, Tamis-Holland JE. Acute coronary syndromes. Does sex matter? *JAMA* 2002;288(24):3161-4.
- 25 Berg MJ. Biologic and molecular mechanisms for sex differences in pharmacokinetics, pharmacodynamics and pharmacogenetics: Part I. *Gen Base Med* 2002;11(17):617-29.
- 26 Rico B, Pamplona F. Equidad de género en salud. *Genero Salud Cifras* 2003;1:3-5.
- 27 Breilh J. De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica. En: Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 197-224.
- 28 Krieger N, Fee E. Men made medicine and women's health: The biopolitics of sex/gender and race ethnicity. En: Fee E, Krieger N, Ed. *Women's health politics and power: Essays on Sex/Gender, Medicine and Public Health*. New York: Bay Wood Publishing; 1994.
- 29 Hierro G. La doble moral burguesa mexicana vs. la nueva moral de la igualdad. En: Ramírez-Sóiz JM, coord. *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*. México, DF: CIIH-UNAM; 1990: 85-215.
- 30 Stansbury JP, Mathewson-Chapman-M, Grant KE. Gender schema and prostate cancer: Veterans' cultural model of masculinity. *Med Anthropol* 2003;22:175-204.
- 31 Editorial. The "GRAS" status of women's work. *J Occup Environ Med* 2001; 43(8):665-9.
- 32 Morals-Anduaga ME. Sexo y género en la tercera edad. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. *Género y políticas en salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 2003: 315-31.



- 33 Lucas de Oliveira FP, Grilo-Dinis S, Schralber LB. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *Lancet* 2002; 359(11):1681-5.
- 34 Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Rethinking the map of health inequalities. *Lancet*. Disponible en: <http://www.thelancet.com/search/search.isa>. [2004 marzo 22].
- 35 Barbieri T De. Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. *Rev Interam Sociol* 1990;27(2):147-78.
- 36 Ramos-Lira L, Saltijeral MT, Caballero MA. Violencia contra la mujer, salud mental y necesidades de atención. En: Lara MA, Salgado de SVN, comp. *La salud mental de las mujeres mexicanas. Cálmese son sus nervios, tómese un tecito...* México, DF: Pax; 2002: 1-24.
- 37 Oliva-Portolés A. Debates sobre el género. En: Amorós C, Miguel A De, ed. *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva Ediciones; 2005: 16-60.
- 38 Ortiz-Gómez T. *Medicina, Historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK Ediciones; 2006: 339 pp.
- 39 Gjerberg E, Kjolrod L. The doctor-nurse relationship: How easy is to be a female doctor cooperating with a female nurse? *Soc Sci Med* 2001;52:189-202.
- 40 Moreno-Tetlacuilo LMA. *Una propuesta educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino (tesis de maestría)*. México, DF: Facultad de Filosofía y Letras, UNAM; 2002.
- 41 Facultad de Medicina. *Plan Único de Estudios, Carrera de Médico Cirujano*. México, DF: Facultad de Medicina, UNAM; 2004.
- 42 Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social. *Programas Académicos de Medicina General I y II, Internado Médico y Servicio Social. Manuales Departamentales*. México, DF: Facultad de Medicina, UNAM; 2004.
- 43 Departamento de Salud Pública. *Programas Académicos de Salud Pública I, II, III, IV. Manuales Departamentales*. México, DF: Facultad de Medicina, UNAM; 2004.
- 44 Lara MA. *Investigación sobre el trabajo femenino y salud: avances y propuestas*. En: Figueroa-Pérez JG, comp. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México; 1998: 131-54.
- 45 Abrica J-C. *Las representaciones sociales: aspectos teóricos*. En: Abrica J-C. *Prácticas sociales y representaciones*. México, DF: Ediciones Coyoacán; 2004: 11-32.
- 46 Apple M. El currículo oculto y la naturaleza del conflicto. En: *Ideología y currículo*. España: Editorial Akal; 1986: 111-38.
- 47 Buenfil-Burgos RN. *Educación, posmodernidad y discurso (tres acercamientos)*. México, DF: Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados, IPN; 1995: 30p. Documento DIE 39.
- 48 Giroux H. *Modernismo, posmodernismo y feminismo. Pensar de nuevo las fronteras del discurso educativo*. En: Belausteguigoitia M, Mingo A, ed. *Géneros prófugos. Feminismo y educación*. México, DF: PAIDOS/PUEG, UNAM, CESU, UNAM/Colegio de la Paz Vizcaínas; 1999: 135-9.
- 49 Ortega MA. *Género y Salud*. *Genero Salud Cifras* 2003;1(2):7-8.
- 50 Gómez-Dantés H, Fernández S, Celia-Quintal G, Vazquez JL. *¿Cuáles servicios de salud demandan las mujeres derechohabientes del IMSS?* *Genero Salud Cifras* 2003;1(2):9-15.
- 51 Olaz G, Rojas R, Valdespino JL, Sepúlveda J. *Diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres*. *Genero Salud Cifras* 2003;1(2):16-9.
- 52 Medina-Mora ME. *La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México*. En: Lara MA, Salgado de SVN, comp. *La salud mental de las mujeres mexicanas. Cálmese son sus nervios, tómese un tecito...* México, DF: Pax; 2002: 71-84.
- 53 Romero-Mendoza MP, Medina-Mora ME. *Las mujeres y el consumo del alcohol*. *Genero Salud Cifras* 2003;1(2):20-22.
- 54 Natera G, Mora J, Tiburcio M. *Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares*. En: Lara MA, Salgado de SVN, comp. *La salud mental de las mujeres mexicanas. Cálmese son sus nervios, tómese un tecito...* México, DF: Pax; 2002: 105-129.
- 55 Burin M. *Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Disponible en: www.psiconet.com/foros/genero. [2007 febrero 3].

Una aproximación al valor del trabajo voluntario de las mujeres en salud

María Beatriz Duarte Gómez, Dra en C,¹ Haydée Martínez Ojeda, M en C,¹

¹ Dirección General Adjunta de Equidad de Género.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México.

Tal como lo plantea el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, de la Organización Panamericana de la Salud, las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en el área de salud y en el voluntariado comunitario y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. En efecto, la mayor parte de la atención de salud para fines de detección y tratamiento temprano de las enfermedades se presta fuera de los servicios y la proveen gratuitamente las mujeres en el hogar y la comunidad. Cabe resaltar, adicionalmente, la importancia del papel de las mujeres en el cuidado de los ancianos, los niños, las personas con enfermedades crónicas y las personas sanas. El que no se reconozca la contribución económica que representa el trabajo no remunerado que realizan predominantemente las mujeres en el cuidado de la salud constituye una forma encubierta de discriminación. Así, las formulaciones de políticas aparentemente neutrales como la "reducción de costos", "reducción del aparato del Estado" y "descentralización" con frecuencia esconden profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres.¹

Afortunadamente, y gracias a la labor de organizaciones sociales de mujeres en los ámbitos nacional e internacional, el reconocimiento del valor social y económico del trabajo voluntario de las mujeres ha ido permeando en los últimos años las políticas de salud. Esto se refleja en estudios, diagnósticos, asignación de presupuestos, programas y políticas en favor de la equidad de género. Una de ellas es la de crear cuentas nacionales paralelas que cuantifiquen el valor del trabajo voluntario en salud, aportado en su mayoría por mujeres. La Organización Panamericana de la Salud reconoce el aporte económico de las mujeres en el sostenimiento de los sistemas de salud por su trabajo no remunerado en apoyo a la salud familiar y comunitaria y promueve su visibilización.²

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género, se ha planteado como uno de sus objetivos visibilizar y valorizar (señalar el precio) el trabajo voluntario de las mujeres en el sector salud. Este trabajo se da en diferentes ámbitos o modalidades, siendo las más sobresalientes el trabajo de las mujeres como cuidadoras de la salud de los miembros de su

familia, el trabajo de promoción y prevención comunitaria en apoyo a las unidades de salud de las Secretarías Estatales de Salud (SESA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social para población no asegurada (IMSS-Oportunidades), y el trabajo de las voluntarias en los hospitales.

Sobre el tiempo dedicado al cuidado de la salud de la familia existen algunos estudios nacionales como el del trabajo doméstico no remunerado en México,³ basado en la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2002 realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y financiada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Dicho estudio mostró que la tasa de participación en trabajo doméstico es de 84.57% en hombres y 97.31% en mujeres; el promedio de horas semanales utilizadas en el cuidado de menores de edad fue de 13.10% en mujeres y de 7.3% en hombres, y cuidando personas con capacidades diferentes, de 9.2% y de 4.36%, respectivamente.

Este documento tiene como objetivos, a partir de la información disponible, visibilizar el trabajo comunitario voluntario en promoción y prevención vinculado a las unidades de salud del primer nivel

Correspondencia: Dra. María Beatriz Duarte Gómez. Privada Laureles # 100-A, Col. Gloria Almada de Bejarano, 62304 Cuernavaca, Morelos, México.

Comeo electrónico: maria_beatriz_duarte@hotmail.com

de atención y motivar el registro, la valoración social y económica, y la investigación respecto al tema, tanto dentro del sector salud como de los otros relacionados con la equidad, el género y el desarrollo social.

En un intento por impulsar este proceso, la Dirección General Adjunta de Equidad de Género dio un primer paso y solicitó a la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud, y al IMSS-Oportunidades la información sobre los siguientes aspectos acerca del trabajo voluntario en sus instituciones:

- Número de personas que realizan trabajo voluntario, preferiblemente diferenciada por sexo, edad, tipo de trabajo comunitario y entidad federativa.
- Horas semanales dedicadas al trabajo voluntario.
- Utilidad del trabajo.
- Valor económico (real o potencial) del trabajo.

Resultados

El IMSS/Oportunidades reportó 187 796 personas voluntarias en las 17 192 localidades de los 17 estados en los cuales prestan servicios, sin desglosar por entidad federativa, de las cuales 95% son mujeres. En el caso de la Secretaría de Salud, la obtención de la información fue parcial y se reportaron datos de solamente 11 de las 32 entidades federativas, con rangos que van desde más de 41 000 voluntarias en Zacatecas hasta 443 en Aguascalientes y de 8 horas semanales en Yucatán y Durango hasta 4 en la mayoría de los estados restantes. La única entidad federativa que notificó dar apoyo económico fue Michoacán (250 pesos mensuales). En todos los estados que enviaron información, la mayoría de las personas voluntarias son mujeres, excepto en Nayarit (765 hombres y 435 mujeres). Se destaca también Chiapas que tiene un porcentaje de voluntarios cercano a 41%. Sólo 6.6% de las personas que realizan trabajo voluntario en las SESA está compuesto por hombres y 5% en el IMSS-Oportunidades. En el cuadro I se presenta el resumen de los datos enviados por las instituciones referidas.

No se tiene información sobre la distribución de las horas semanales del trabajo voluntario, si es diario o una vez a la semana.

Cuadro I

Características del trabajo voluntario en apoyo a instituciones que atienden población no asegurada o con Seguro Popular. México, 2006

Información solicitada	IMSS-Oportunidades	Secretaría de Salud *
Número de personas voluntarias	187 796 (95% mujeres: 178 406)	81 940 (93.4% mujeres: 76 531)
Edad promedio (años)	30	Grupo mayoritario 26-35
Promedio de personas voluntarias por estado	11 000	7 449
Dedicación semanal (horas)	20-25 Promedio: 22.5	4-8 Promedio: 6
Tipo de actividad	<p>Visitas domiciliarias</p> <p>Identificación y derivación de embarazadas, desnutridos y personas con enfermedades crónico-degenerativas a las unidades de atención.</p> <p>Vigilancia y seguimiento de personas con tuberculosis, embarazo, desnutrición y enfermedades crónico-degenerativas</p> <p>Participación en campañas de vacunación</p> <p>Consejería en salud sexual y reproductiva</p> <p>Pláticas de promoción de la salud</p> <p>Promoción de saneamiento ambiental</p> <p>Registro de acciones realizadas, en el sistema de información</p>	<p>Apoyo al saneamiento ambiental: barrido de calles, lotes baldíos, control canino, abatización de insectos y descacharrización</p> <p>Educación para la salud: difusión y distribución de materiales en campañas nacionales, motivación para que la comunidad se capacite, asistencia a sesiones educativas, elaboración de material promocional en campañas, pinta de bardas, mantas, entre otras</p> <p>Apoyo en: reuniones del Comité de Salud, vacunación, acciones para certificación de comunidades, traducción en la unidad de salud, diagnóstico de salud, demostraciones culinarias</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>Gestión de apoyos para la unidad de salud y limpieza de la misma</p> <p>Referencia de pacientes a la unidad de salud</p> <p>Comunicación y coordinación con autoridades locales, municipales y jurisdiccionales</p> <p>Acompañamiento a embarazadas y seguimiento a menores de edad desnutridos</p>

*Datos de 11 de las 32 entidades federativas, proporcionados por la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud, 2006

Cuadro II

Aporte económico del trabajo voluntario de las mujeres al cumplimiento de las metas y objetivos de la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades. México, 2006

Institución	No. Voluntarias	Horas promedio semana	Total horas anuales por persona**	Total horas anuales de trabajo voluntarias	Total aporte anual (en pesos)	Gasto público en salud 2003***
IMSS-Oportunidades	178 406	23	1 170	208 735 020	3 615 290 546	4 663 000 000.2
SSA reportado*	76 532	6	312	23 877 984	413 566 683	
Total reportado****	254 938		1 482	232 613 004	4 028 857 229	

* Reporte de sólo 11 estados

** Multiplicamos no. de horas por 52 semanas

*** Estadísticas de recursos financieros públicos para la salud en México, 2003⁸

**** Suma de IMSS-oportunidades y SSA reportado

Valoración económica

Para valorizar el trabajo voluntario de las mujeres relacionado con promoción de la salud y prevención de la enfermedad se requiere contar con información sistematizada en todas las entidades federativas, la cual no está disponible en la Secretaría de Salud. Sin embargo, con los datos de que disponemos se realizó un ejercicio de aproximación al valor monetario de dicho trabajo aplicando un promedio de todos los estados, a sabiendas de las diferencias que existen entre ellos en tamaño, población, nivel de urbanización y aspectos geográficos y socioculturales que inciden en la cantidad de personas voluntarias, el tipo de trabajo y la dedicación semanal.

Para calcular el valor del trabajo voluntario, en este documento se tomó como base el valor asignado por hora en el trabajo de Pedrero,⁹

que fue de \$14.96 a precios de salario mínimo de 2002. Teniendo en cuenta el aumento en el índice de precios al consumidor (15.81% para 2006),⁸ esta cifra aumenta a \$17.32 en 2006 (cuadro II).

Para calcular el aporte anual, se multiplicó el número de horas anuales por persona X el número de voluntarias X \$17.32 (cuadro II).

Si bien los resultados de este ejercicio constituyen sólo una aproximación a la magnitud real del aporte del trabajo voluntario en el caso de la Secretaría de Salud -por falta de la información completa-, sí dimensiona el aporte real en el área de influencia del IMSS-Oportunidades, que presta servicios principalmente en áreas rurales. Según este ejercicio, el aporte voluntario de las mujeres a la salud pública comunitaria sería de cerca de 4 mil millones de pesos en total. Esto sin tener en cuenta el cuidado de la familia en el hogar y en las instituciones de seguridad social, algunas de las cuales exigen la presencia de un familiar para el cuidado hospitalario del enfermo.⁹

En el caso del IMSS-Oportunidades, el aporte del trabajo voluntario correspondería, si se compensara económicamente, a 77.5% del gasto en salud (Ramo 12) que el Estado destina a esta institución,⁸ situación que se explica por el número de voluntarias y de horas semanales que aportan a la salud comunitaria. En el caso de la Secretaría de Salud, la equivalencia en pesos del trabajo voluntario de las mujeres en los 11 estados que reportaron, no es despreciable (413 566 683 pesos) cantidad que obviamente crecería si se tuvieran los datos de todas las entidades federativas.



Conclusiones

1. Se requiere registrar y sistematizar la información sobre el trabajo voluntario en salud, caracterizándolo por estado, sexo y tipo de trabajo, con el fin de tener un diagnóstico completo, actualizado y más preciso.

2. La información incompleta sobre el trabajo voluntario en la Secretaría de Salud trae como consecuencia una gran dificultad para su visibilización, valoración y caracterización.

3. El tipo de trabajo voluntario ligado a las metas y objetivos institucionales está mediado por diversos factores (socioeconómicos, culturales y geográficos) sobre los cuales hace falta información más precisa. Sin embargo, los datos disponibles reflejan la mayor participación voluntaria en el área rural (IMSS-Oportunidades) y la constante del patrón del trabajo femenino en salud, salvo algunas excepciones que podrían ser explicadas por características culturales de las comunidades indígenas, como en el caso de Nayarit.

4. El aporte económico de las mujeres voluntarias al cumplimiento de las funciones de salud pública y de vigilancia epidemiológica comunitaria es importante, ya que son recursos que las instituciones no están erogando y que se requieren para el logro de los objetivos institucionales.

5. Paralelamente a los ejercicios de valoración del trabajo voluntario debe impulsarse la investigación en temas como: modalidades y dimensiones del trabajo voluntario de mujeres y hombres; motivaciones, recompensas y propuestas de incentivos; impacto sobre la salud de la comunidad, sobre el funcionamiento de las instituciones y sobre las personas que lo realizan; impacto sobre las instituciones de primer nivel de atención si se eliminara el trabajo voluntario.

6. Si bien el trabajo voluntario en promoción y prevención brinda satisfacción a quienes lo hacen, deberían ampliarse los incentivos y los estímulos, económicos o en especie (becas, subsidios, viajes, descuentos), máxime cuando la mayoría de las personas generosas y solidarias que lo realizan pertenecen a las comunidades de menores ingresos.

* Reporte de familiares de personas hospitalizadas

Referencias

- Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública* 2002;11(5):454-61. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989-00200500024&lng=en&nrm=iso. [2006 octubre 2006].
- Organización Panamericana de la Salud. Héroes de todos los días: celebrando la labor de los trabajadores de la salud. Las Américas: Grupo Ocupacional. Mujeres que realizan trabajos no remunerados en cuidados de la salud/enfermedad en los hogares. En: *Trabajando por la Salud*. Disponible en: <http://www.paho.org>. [2006 octubre 2006].
- Pedrero-Nieto M. Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la Encuesta Nacional sobre el uso del Tiempo 2003. México, D.F: INMUJERES; Agosto 2005.
- Banco de México. Información financiera. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/elInfoFinanciera/FSinfoFinanciera.html>. [2006 octubre 20].
- Estadísticas de recursos financieros públicos para la salud en México, 2003. *Salud Pública Mex [periódico en la Internet]* 2005 Feb;47(1):90-97. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100015&lng=en&nrm=iso. [2007 septiembre 18].

Impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y severidad de la depresión

Rosa Nayeli Poseros Saavedra,¹ Margarita Saavedra,² Juan Francisco Rodríguez Landa.²

1 Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata", Jurisdicción Sanitaria V, Servicios de Salud de Veracruz.

2 Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 150 millones de personas padecen algún tipo de trastorno del estado de ánimo,¹ dentro de los cuales la depresión es uno de los más frecuentes,² con una incidencia que va de 25% a 79%. Se estima que en nuestro país, hacia el final del siglo XX, 12% de la población del Distrito Federal cursó con trastorno depresivo o distimia. Por otra parte, la depresión es sexualmente dimórfica³ con predominancia en el género femenino,⁴ en una proporción 2:1 respecto de los hombres.

Una de las primeras clasificaciones poco utilizada en la actualidad, subdivide a la depresión en: a) orgánica o endógena, y b) reactiva o psicógena.⁵ Los síntomas de la depresión endógena u orgánica son originados por alteraciones neurofisiológicas y su aparición es independiente de factores contingentes; en tanto que la depresión reactiva es desencadenada por vivencias cotidianas de naturaleza diversa.⁶ La sintomatología es similar en ambos casos y se caracteriza, según el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV),⁷ por abatimiento psicomotor y del estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad, miedo, anhedonia, alteraciones del apetito, trastornos del sueño, decremento de la autoestima, sentimientos de culpa e ideas suicidas. Asimismo, la depresión debe distinguirse del duelo y la tristeza, los cuales representan emociones normales de la esfera afectiva, con una duración limitada y un factor desencadenante identificable, que en caso de no ser superados, pueden concluir en cuadros depresivos.⁸

La severidad y la prevalencia de diversas psicopatologías tales como depresión, ansiedad y psicosis aumentan en diferentes estados de la vida reproductiva de la mujer,⁹ destacando la necesidad de terapias farmacológicas, las cuales conllevan una serie de efectos secundarios que limitan su uso, en particular durante el embarazo. La administración de antipsicóticos¹⁰ y benzodiacepinas en mujeres gestantes es aceptable, aun cuando el desarrollo del producto puede presentar alteraciones.¹¹ Por su parte, la terapia con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina es recomendado en mujeres embarazadas;¹² sin embargo, se des-

conocen sus efectos a largo plazo.¹³ En consecuencia, se deben considerar los riesgos y los beneficios, tanto para la madre como para el feto, con el fin de dar un uso racional a los medicamentos psiquiátricos. La administración de fármacos anti-depresivos durante el embarazo es controvertida, toda vez que se carece de estudios que evalúen los efectos sobre el producto a largo plazo, de ahí la importancia de evaluar la eficacia de tratamientos no farmacológicos tales como la psicoterapia, los grupos terapéuticos de apoyo y el establecimiento de redes sociales para reducir la sintomatología depresiva durante el embarazo y el puerperio.

Justificación

La depresión durante el embarazo es subdiagnosticada, debido a que algunos síntomas son considerados como propios de la gestación y no como alteraciones del estado de ánimo, con lo que se pone en riesgo a la madre y al infante. La irritabilidad, la tendencia al aislamiento, la disminución de la autoestima y los sentimientos de culpa dificultan la interacción de la madre con los



demás miembros de la familia, favoreciendo en algunos casos la violencia intrafamiliar. Además, el desarrollo de sintomatología depresiva y la exposición a estresores durante el embarazo se asocia con productos pretérmino y de bajo peso corporal, que en consecuencia son más susceptibles a desarrollar enfermedades. Aunado a ello, las mujeres con depresión posparto presentan una disminución en su capacidad para atender y amamantar al bebé; la severidad es variable y debilita el lazo madre-infante. ■

La incorporación de mujeres embarazadas a un grupo de apoyo psicológico durante la gestación puede prevenir conductas o situaciones que ponen en riesgo la salud integral de la madre y el producto. Por otra parte, funciona como red de apoyo para madres solteras, madres adolescentes o en proceso de separación, además de fortalecer y promover los componentes básicos del programa Arranque Parejo en la Vida (embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano, niño o niña de 1 a 24 meses de edad bien desarrollado).

Por lo tanto, consideramos que el establecimiento de un grupo de apoyo psicológico durante el embarazo reduce la prevalencia y la severidad de la sintomatología depresiva, favoreciendo las relaciones intrafamiliares y mejorando la calidad de vida de la madre y de su hija o hijo.

Planteamiento del problema

En un estudio realizado en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Xalapa, Veracruz, se determinó que 37% cursaba con depresión durante el primer trimestre de embarazo (datos no publicados). Sin embargo, dicho porcentaje puede incrementar en otras poblaciones con nivel socioeconómico bajo, alto índice de embarazos en adolescentes, madres solteras y víctimas de violencia. Tal es el caso de la población que acude al Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata," perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria V. Lo anterior destaca la necesidad de determinar la prevalencia de depresión en mujeres gestantes y la implementación de terapias encaminadas a contrarrestar la sintomatología depresiva

y, de esta manera, reducir la probabilidad de aborto, de embarazos de alto riesgo o de productos pretérmino. Por lo tanto, durante el mes de octubre de 2005 se implantó el programa de estimulación prenatal y se conformó un grupo de apoyo.

Objetivo general

Determinar el efecto de un programa de estimulación prenatal sobre la prevalencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas.

Objetivos particulares

- Determinar la prevalencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal al Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata."
- Determinar el impacto de un grupo de apoyo psicológico sobre la incidencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas.

Material y métodos

El presente estudio incluyó 15 mujeres que acudieron a control prenatal en el Centro de Salud Urbano "Emi-

liano Zapata" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, las cuales se integraron al programa de estimulación prenatal y aceptaron participar en el estudio. Una semana después de integrar el grupo de estimulación prenatal, y antes de iniciar actividades, se aplicó la escala de Zung durante una entrevista no estructurada.

La escala de autoevaluación de Zung para depresión es utilizada para determinar la eficacia de tratamientos antidepresivos y de intervenciones no farmacológicas que pueden modificar el estado afectivo; consta de 20 reactivos cada uno evaluado de 1 a 4, dependiendo de la severidad del síntoma. Esta escala evalúa las alteraciones del afecto, así como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de la depresión. Esta escala fue aplicada nuevamente a los dos y cuatro meses después del inicio de actividades grupales.

El programa de estimulación prenatal fue similar al propuesto por otros autores,¹ e incluyó sesiones semanales de 90 minutos en las cuales se realizaron ejercicios de respiración, estiramiento y relajación con el objetivo de atemperar las molestias a la madre y fortalecer el vínculo madre-hijo(a). Además, se aplicaron técnicas de estimulación prenatal para favorecer el desarrollo de las áreas cognitiva, visual, auditiva y socioafectiva en los y las bebés, a través de música, movimiento, luz y relajación. También se incluyeron ejercicios para facilitar el trabajo de parto.

Resultados

De las 15 mujeres que ingresaron al programa de estimulación prenatal ocho lo abandonaron por cambio de residencia y conclusión del embarazo. Las siete restantes asistieron regularmente durante cuatro meses, lo que permitió realizar el seguimiento correspondiente. Este grupo tuvo una edad promedio de 24.3 años y un puntaje promedio de 55.6 en la escala de Zung, lo cual fue indicativo de depresión moderada. Dos meses después de iniciado el programa se redujo significativamente el puntaje, y a los cuatro meses 100% de las mujeres embarazadas careció de sintomatología depresiva.

Durante el estudio, la participación del grupo fue activa y entusiasta y se incrementó a lo largo del tiempo; lo antes mencionado se tradujo en una asistencia, constante y voluntaria, a las actividades programadas, además en el desarrollo de actitudes propositivas para el trabajo individual y grupal. Todas las mujeres manifestaron verbalmente una mejoría física y psicológica, con un aumento de expectativas de vida personal y familiar. Durante la intervención surgió la idea de crear un grupo posparto para continuar en una red de apoyo donde compartir experiencias e inquietudes.

Discusión

El hallazgo principal del presente trabajo fue que la integración a un grupo de estimulación prenatal representa una estrategia efectiva para reducir la severidad de depresión en mujeres embarazadas. En consistencia, otros estudios señalan la eficacia de diversos tratamientos no farmacológicos en el manejo de la sintomatología depresiva durante la gestación, tales son los casos de la acupuntura² y la nutrición. Esta última es necesaria para un buen funcionamiento cerebral del producto, mientras que una dieta deficiente puede incrementar los factores de riesgo para padecer depresión y contribuir a la aparición de desórdenes mentales.³ Por otra parte, la psicoterapia puede tener un papel crucial en la integración del contexto social y de esta manera reducir la sintomatología depresiva en pacientes que no responden al tratamiento farmacológico.⁴ Otra terapia antidepresiva es la privación de sueño, ya que resultados preliminares sugieren que puede ser benéfica en mujeres con desórdenes del estado de ánimo durante el embarazo y el posparto, además de representar un tratamiento alternativo en aquellas mujeres que no son candidatas para una intervención farmacológica o psicoterapéutica.⁵ En resumen, las intervenciones no farmacológicas pueden ser eficaces como antidepresivos durante la gestación y el posparto.

La depresión clínica es un trastorno común, crónico, recurrente y debilitante, con morbilidad severa asociada y mortalidad significativa.⁶ Dichas consecuencias se exacerban

en la depresión prenatal y el posparto toda vez que puede interferir en el desarrollo normal del feto o infante y tener consecuencias a largo plazo para la madre y la familia.¹ Los productos de madres deprimidas tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia, depresión mayor en la adolescencia y dependencia al alcohol cuando son adultos jóvenes,² además, de ser individuos con problemas sociales.³ Lo antes señalado destaca la necesidad de tratamientos antidepresivos para prevenir las consecuencias adversas de la depresión materna. En este sentido, también es reconocido que algunas variables psicosociales pueden ser determinantes en el desarrollo de depresión prenatal, por lo que el abordaje de las mismas representa una terapia alternativa o de prevención,⁴ como sería el caso de la integración del grupo de apoyo del presente estudio.

Hay pocos reportes sobre la salud mental materna durante el embarazo, en comparación con los realizados durante el periodo posnatal. Sin embargo, la depresión gestacional es un problema de salud tan importante como la depresión posnatal.⁵ Se ha reportado una continuidad de la depresión del embarazo al periodo posnatal en una tercera parte de los casos, pero no en otros, lo cual sugiere una etiología diferente.⁶ En consecuencia, la depresión durante el embarazo en algunas poblaciones puede ser un factor predictivo de depresión posnatal,⁷ la cual puede afectar de manera negativa la relación madre-hijo(a), así como el desarrollo social y cognitivo del bebé.⁸ Por ello, en las unidades de atención prima-

ria es necesario desarrollar intervenciones durante el embarazo, como la estimulación prenatal.

Conclusión

Nuestros resultados son los primeros que exploran el impacto de la estimulación prenatal como una intervención que reduce la sintomatología depresiva durante el embarazo y refuerzan la idea de que los tratamientos antidepresivos no farmacológicos son efectivos en mujeres gestantes. Sin embargo, considerando que las principales limitantes del trabajo fueron el tamaño pequeño de la muestra y la falta de un grupo control, se sugiere la realización de otros estudios para replicar los hallazgos en diferentes poblaciones, los cuales pueden enfocarse en el establecimiento de programas similares para promover la salud materna durante el embarazo y la lactancia y, mediante apoyo psicológico, facilitar la adaptación a los cambios físicos y emocionales propios de la gestación, mejorar la calidad de vida, fortalecer las relaciones intrafamiliares y el vínculo madre-hijo(a), con el objetivo de reducir los factores de riesgo psicosociales y biológicos durante el embarazo y el posparto.

Referencias

- 1 International Consortium of Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78:423-26.
- 2 Baldessarini RJ. Fármacos y tratamientos para trastornos psiquiátricos. Depresión y trastornos de ansiedad. En: *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 10ª edición. México, DF: McGraw-Hill; 2003; Vol III: 455-92.
- 3 Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
- 4 Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI et al. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000; 60(1):12-22.
- 5 Calderón-Narváez, G. Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México, DF: Trillas; 1985: 1-90.
- 6 Peralta V, Cuesta MJ. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *An Sist Sanit Navar* 2002;25 (3):7-20.
- 7 Contreras CM, Rodríguez-Landa JF, Gutiérrez-García AG, Bernal Morales B, Saavedra M. El estudio experimental de la ansiedad y la depresión. *Ciencia* 2003; 54(2):29-39.
- 8 Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful events and the onset on major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:837-45.
- 9 Haden A, Ed. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 10 Zandío M, Ferrín M, Cuesta MJ. Neurobiología de la depresión. *An Sist Sanit Navar* 2002;25 (3):43-62.

Referencias

- 11 American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4a ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- 12 Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002;167(11):1253-60.
- 13 Brown CS. Depression and anxiety disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 28 (2):141-68.
- 14 Iancu I, Horesh N, Lepkifker E, Drory Y. An epidemiological study of depressive symptomatology among Israeli adults: Prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40(2):82-9.
- 15 Patton SW, Misri S, Corral MR, Perry KF, Kuan AJ. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: Evaluating the risk. *Can J Psychiatry* 2002;47(10):959-65.
- 16 Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation*. Amitriptyline, alprazolam, clomipramine, diazepam, lithium, meprobamate, simethicone. 6a ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2002.
- 17 Vaswani M, Linda FK, Ramesh S. Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27(1):85-102.
- 18 Arnon J, Shechtman S, Ornoy A. The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000;37(3):205-22.
- 19 Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995;39(5):563-95.
- 20 Williamson HA, LeFevre M, Hector M. Association between life stress and serious perinatal complications. *J Fam Pract* 1989;29(5):489-96.
- 21 Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24.
- 22 Urizar GG, Milazzo M, Lec HN, Delucchi K, Sotelo R, Muñoz RF. Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biol Psychol* 2004; 67:175-82.
- 23 Van de Carr K, Van de Carr FR, Lehrer M. *Effects of a prenatal intervention program*. En: *Prenatal and perinatal psychology and medicine: A comprehensive survey of research and practice*. England: Parthenon Publishing Group; 1988.
- 24 Verry T, Weintraub P. *Nurturing the unborn child: A nine-month program for soothing, stimulating, and communicating with your baby*. New York (NY): Delacorte Press; 2002.
- 25 Manber R, Schnyer RN, Allen JJ, Rush AJ, Blasey CM. Acupuncture: A promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord* 2004;83(1):89-95.
- 26 Bodnar L, Wisner K. Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005;58:679-85.
- 27 Grote N, Frank E. Difficult-to-treat depression: The role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003;53:660-70.
- 28 Parry BL, Curran ML, Stuenkel CA, Yokimozo M, Tam L, Powell KA et al. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions? *J Affect Disord* 2000;60:1201-12.
- 29 Dawson G, Klinger LG, Panagiotides H, Hill D, Spieder S. Frontal lobe activity and affective behavior of infants of mother with depressive symptoms. *Child Dev* 1992; 63:725-37.
- 30 Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:343-61.
- 31 Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:932-40.
- 32 Weissman MM. The treatment of depressed women and their children. In: *Symposium American Psychiatric Association. The Depressed Woman: Contemporary Treatments*; 1998 May 31; Toronto, Ontario, Canada.
- 33 Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59(1):31-40.
- 34 Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:135-47.
- 35 Watson JP, Elliot SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
- 36 Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:99-107.
- 37 Green JM, Murray D. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. En: *Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994.
- 38 Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord* 2002;65(1):9-17.
- 39 Melhuish EC, Gambles C, Kumar R. Maternal mental illness and the mother-infant relationship. En: *Motherhood and Mental Illness 2, Causes and Consequences*. Cambridge: Wright Butterworth; 1988.
- 40 Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 1991;58:46-52.

Estimados colegas:

He leído con sumo interés y detenimiento su trabajo. Me gustaría hacerles algunas observaciones y sugerencias que podrán orientarlos en futuras investigaciones y coadyuvar a la socialización de temas tan importantes.

En primer lugar, el tema es relevante, pues pocos estudios se han abocado a hacer intervención en mujeres deprimidas y, mucho menos, en gestantes. Al respecto, es conveniente hacer la observación de que hasta ahora no hay mucha literatura que trate el tema de depresión en la mujer, dato curioso si se toma en cuenta que tal enfermedad ataca dos veces más a las mujeres en cualquier momento de sus vidas, comparadas con los hombres. De entre los estudios que pude obtener sobre ese tema, destacan los textos feministas que aportan sobre todo interpretaciones. Sería interesante investigar cuáles son las causas de esta preferencia genérica. Asimismo, el ahondar en por qué está tan extendido en la población este mal, así como sus consecuencias -las cuales ustedes, en su texto, alcanzan a pergeñar, así sea de manera somera-. Coincido con ustedes en que es necesario hacer más investigación sobre este trastorno, en especial en las mujeres, y más si se hace en territorio nacional. Igualmente, el que se le preste atención al estado psicológico de la gestante es un tema que no puede considerarse menor, y pienso que sería de mucha ayuda que pudieran multiplicarse los esfuerzos sistematizados para actuar en bien de la salud de éstas y de sus productos.

Con el fin de contribuir a mejorar su trabajo, me permito sugerir y señalar algunos puntos referentes a la metodología:

- El estudio informa que se trabajó finalmente con siete mujeres, muestra insuficiente para hacer pruebas estadísticas paramétricas, por un lado; y, por otro, el tamaño de la muestra puede acomodarse muy bien para hacer investigación cualitativa; ¿por qué no hacer grupos focales dentro del proceso de intervención? De esta manera tendrían más elementos para mejorarla y podrían ser muy útiles en el trazado y puesta en marcha de futuros trabajos.
- De igual forma, dejaría la evaluación del impacto del programa para cuando el tamaño de la muestra fuera más grande (si trabajan en equipo con otros centros de salud de la entidad federativa pueden reunir más de 30 gestantes) y estableciendo indicadores y metodología efectivos para medirlo.

En suma, el trabajo que han hecho es muy valioso; el tema, poco explorado y muy importante. En este sentido, ojalá hubiera más inquietudes por realizar intervenciones como ésta, de manera que pudieran plantearse hacer un estudio multicéntrico.

María Luisa Guido, M en C.
Subdirectora de Atención y Prevención de la Violencia
Dirección General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, SSA México
Correo electrónico: lguido@salud.gob.mx

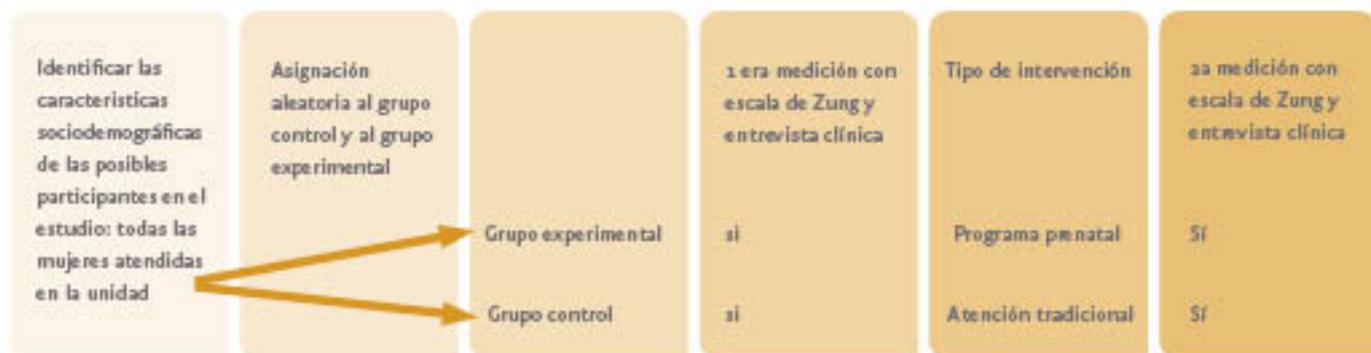
Lecciones del manuscrito Impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y severidad de la depresión

Las publicaciones periódicas cada vez toman mayor protagonismo en la actualización de los recursos humanos para la salud. La difusión de los estudios con hallazgos que podemos clasificar como aciertos aparecen constantemente en múltiples revistas. No obstante, hay un reconocimiento general de que se aprende menos de los aciertos que de los errores; y son precisamente estos últimos, los errores, los que nos dan la pauta para ampliar y mejorar nuestros problemas de estudio, así como los métodos para abordarlos.

Para el personal que está atendiendo y resolviendo las necesidades de salud de la población concreta en condiciones específicas y únicas, la reflexión sobre su práctica cotidiana puede ser una poderosa herramienta para tomar distancia de dichas condiciones de salud al ser ellos quienes las perciben de primera mano y crear respuestas insospechadas para superarlas.

El esfuerzo que hace el personal de salud para sistematizar su experiencia y su reflexión va más allá de lo que se puede esperar de la práctica de la atención a la salud, y en apoyo a dichos esfuerzos esta nueva sección "Para compartir..." de su boletín *Género y Salud en Cifras* le presenta sugerencias para fortalecer los estudios y los manuscritos que llegan a su redacción. Las lecciones aprendidas en sus revisiones concienzudas son para compartir, no sólo con los lectores especializados en el área de salud, sino también con todos los profesionales de la salud, en donde quiera que se encuentren, y con los pacientes y sus familiares.

Respecto al estudio hecho en la Jurisdicción Sanitaria V de Veracruz sobre el impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y la severidad de la depresión se recomienda aplicar un diseño con el siguiente esquema:



El diseño que les presentamos les permitiría conocer el impacto del programa desarrollado para atender la condición de salud de las mujeres observada en su Jurisdicción Sanitaria.

La pérdida de participantes en el estudio por el desgaste de la cohorte de las embarazadas captadas para la intervención implicó que el fenómeno de interés, la depresión en dicha población, no pudiera estimarse (evaluarse). Para conocer la incidencia y la prevalencia de la depresión se requeriría de un estudio con un tamaño de muestra mayor y otro tipo de diseño.

Doris Verónica Ortega Altamirano, M en C.
Investigadora en Ciencias Médicas "C"
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morales
Correo electrónico: dortega@insp.mx

Notigénero

AGOSTO

12th World Congress on the Menopause

Lugar y fecha: Madrid, España, del 19 al 23 de mayo de 2007.

Dirección: Meet and Forum.

c/ Laurel, 10 Bajo A 28005 Madrid.

Teléfono: 91 517 87 88.

Correo electrónico:

secretaria.tecnica@meetandforum.com

X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe

Lugar y fecha: Quito, Ecuador, del 6 al 9 de agosto de 2007.

Web: <http://www.eclac.org/mujer/>

Contacto: Red de Educación Popular entre Mujeres (REPEM) (Provisional) Ximena Machicao Barbero.

Correo electrónico:

macx@repem.org.uy

Teléfonos: (598)2-4080089

(598)2-4030599

Simposio 25 Años de Experiencia en la Lucha contra el Dengue

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, del 9 al 11 de agosto de 2007.

Especialidad: enfermedades transmisibles.

Dirección: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK).

Autopista Novia del Mediodía, Km. 6 1/2, La Lisa, Ciudad de La Habana.

Web:

<http://www.ipk.sld.cu/cursos/dengue2007/index.htm>

Más información: Profesora María G. Guzmán, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK), PO Box 605, Marianao 13, C.P. 17100, La Habana, Cuba.

Teléfono: (537) 202-0450. Fax: (537) 2046051. Correo electrónico:

lupe@ipk.sld.cu

2nd International Conference on Occupational Health Nursing

2007

Lugar y fecha: Siam city, Bangkok, Thailandia, del 23 al 27 de agosto de 2007.

Web: <http://www.ph.mahidol.ac.th>

Contacto: Assoc. Prof. Pimpan

Silpasuwan

Correo electrónico:

phpsl@mahidol.ac.th

SEPTIEMBRE

VI Congreso Latinoamericano de Errores Innatos del Metabolismo y Pesquisa Neonatal

Lugar y fecha: Punta del Este, Uruguay, del 16 al 19 de septiembre de 2007.

Contacto: Andrea Puppi. Teléfono:

(52) 408-1015. Fax: 408 1015.

Correo electrónico:

sllempn2007@personas.com.uy

From Abortion to Contraception

Lugar y fecha: Bucarest, Rumania, del 21 al 22 de septiembre de 2007.

Organiza: European Society of Contraception.

Dirección: ESC Central Office

Opalfeneweg, 3 B-1740 Ternat, Belgium

Teléfono: +3225820852.

Web: www.contraception-ESC.com

19va. Conferencia de la Sociedad Internacional de Epidemiología Ambiental (ISEE)

Lugar y fecha: México, Distrito Federal, del 5 al 9 de septiembre de 2007.

Sede: Hotel Sheraton, Centro Histórico.

Web:

<http://www.isee2007mx.org/registro.php>

4th World Congress World Institute of Pain (WIP)

Lugar y fecha: Budapest, Hungría, del 25 al 28 de septiembre de 2007.

Tema del congreso: 21st century pain medicine science, art, practice better education, better relief.

Sede: Budapest Sportarena.

Stefania ut 2.

1143 Budapest.

Contacto: Paula Brashear, Secretaria ejecutiva.

Correo electrónico:

paula.brashear@worldinstituteofpain.org

Web: www.worldinstituteofpain.org

<http://www.kenes.com/wip/gen.asp>

OCTUBRE

Congreso Latinoamericano y Caribeño sobre Análisis del Líquido Cefalorraquídeo

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, del 15 al 19 de octubre de 2007.

Especialidad: neurología.

Temática: líquido cefalorraquídeo.

Informes: Alberto Juan Dorta

Contreras, LABEL. Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez" y el ICBP Victoria de Girón. Avenida

31 y 146, Playa. La Habana, Cuba.

Teléfono: 2720635

Correo electrónico:

adorta@infomed.sld.cu

Congreso Internacional Inmunoterapia en Alergología Camaguey 2007

Lugar y fecha: Camaguey, Cuba, del 3 al 5 de octubre de 2007.

Especialidad: alergia e inmunología

Temática: inmunoterapia.

Dirección: Playa Santa Lucía,

Camaguey.

Web:

<http://www.sld.cu/sitios/cpicm-cmw/>

Más información: Olimpio Rodríguez

Santos, Heredia edificio D

apartamento 2 Reparto Boves,

Camaguey.

Teléfono: 255065.

Correo electrónico:

olimpions@finlay.cmw.sld.cu

XXI Congreso Mundial de Dermatología

Lugar y fecha: Buenos Aires, Argentina, del 1°. al 5 de octubre de 2007.

Organizador: Ana Juan Congressos.

Teléfono: +54 (11) 477-7 9449.

Fax: +54 (11) 477-1 1536.

Correo electrónico:

anajuan@ananjuan.com

Web: <http://www.dermato2007.org>

XII Congreso Panamericano de Neurología

Lugar y fecha: Santo Domingo, República Dominicana, del 7 al 10 de octubre de 2007.

Contacto: Centro Médico UCE.

Residencia Profesional 1.

Consultorio No. 117.

Avenida Máximo Gómez #66.

Santo Domingo, República Dominicana.

Teléfono: ++ 809.682.0061.

Correo electrónico:

info2007@neurocongresos.com

Web:

webmaster@neurocongresos.com

<http://www.kenes.com/neuro-congresos/index.html>

7th International Congress on Coronary Artery Disease

Lugar y fecha: Venecia, Italia, del 7 al 10 de octubre de 2007.

Contacto: ICCAD 2007 Secretariat.

Kenes International.

17 Rue du Candrier.

P.O. Box 1726.

CH-1211 Ginebra 1.

Switzerland.

Teléfono: +41 22 908 0488.

Fax: +41 22 732 2850.

Correo electrónico:

coronary@kenes.com

Web:

<http://www.kenes.com/cad/index.asp>



PN
UD

México



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD