



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

GÉNERO Y SALUD

en cifras



Fuente: Freepik.com

La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad
Angélica Anaei Olivares Ocaranza

Aprendizajes de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México
María Alejandra Salguero Velázquez

Discursos en torno a la niñez trans
Miriam Ramírez Jiménez

Género y salud mental. Más allá del prejuicio y la discriminación
Jazmín Mora Ríos
Natalia Bautista Aguilar

Volumen 20, Núm. 1
Enero-Abril
2022

Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 20 · Núm. 1

Enero-Abril 2022

SECRETARIO DE SALUD

Dr. Jorge Alcocer Varela

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

ENCARGADO DEL DESPACHO

DE LA SUBSECRETARÍA

DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO

DEL SECTOR SALUD

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

COMITÉ EDITORIAL

PRESIDENCIA

Dra. Karla Berdichevsky Feldman

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

SECRETARÍA EJECUTIVA

Mtra. Norma A. San José Rodríguez

ASESORÍA EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Mtra. Mónica Fabiola Montero Alarcón

COORDINACIÓN EDITORIAL

Tzitzik Janik Valle Huerta

Comentarios y correspondencia:
janik.valle@salud.gob.mx

Género y salud en cifras, año 20, núm. 1

Enero-abril 2022, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través de la coordinación entre la Dirección de Promoción de Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.

Edición: Mónica Fabiola Montero Alarcón y Tzitzik Janik Valle Huerta

Arte y diseño: Gerardo Rivera M., Consuelo Pérez G.

Reserva de Derechos al Uso

Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058.

Responsable de la última actualización de este número: Benjamin Hernández Iturbe, Soporte General de Informática del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.

Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59176.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación	3
Mtra. Norma A. San José Rodríguez	
Directora de Género y Salud	

Artículos	
La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad	7
Angélica Anaei Olivares Ocaranza	
Aprendizajes de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México	25
María Alejandra Salguero Velázquez	
Discursos en torno a la niñez trans	39
Miriam Ramírez Jiménez	
Género y salud mental. Más allá del prejuicio y la discriminación	59
Jazmín Mora Ríos	
Natalia Bautista Aguilar	

Para compartir	73
-----------------------	----

Descifr3mo5	87
--------------------	----

Notigénero	93
-------------------	----

Invitación para publicar	96
---------------------------------	----

Presentación

En 2003, el entonces Programa de Mujer y Salud, de la Secretaría de Salud, puso en marcha la creación de *Género y salud en cifras*, primera publicación del país cuyos objetivos son presentar información cuantitativa sobre el impacto que las diferencias biológicas y de género tienen sobre la salud de la población, y brindar datos científicos y de análisis que permitan conocer las condiciones de salud que viven las personas pertenecientes a todos los grupos de la sociedad, especialmente aquellos denominados vulnerables, para servir como insumo en el análisis en las prácticas en materia de salud y las acciones afirmativas que pudieran contribuir a cerrar las brechas de desigualdad existentes.

En estos 20 años de publicaciones, reconocemos cambios en la realidad, en el lenguaje y en la Dirección de Género y Salud. Esta publicación también vivió modificaciones, lo que comenzó como un boletín, actualmente se consolida como una revista que contiene de dos a tres artículos centrales y tres secciones fijas.

En sus más de 50 ediciones, *Género y salud en cifras* ha albergado artículos que preponderan la perspectiva de género e interseccionalidad. Más de 400 personas especialistas en medicina, género, derechos humanos, etc., nos han hablado de autocuidado de la diabetes en casa, de la feminización de la vejez de corporalidad, de las diferencias en el enfermar de mujeres y hombres; pero también de poblaciones indígenas, personas con discapacidad, de personas LGBTTTI, entre otros temas de gran importancia en el quehacer de quienes participan en cualquier proceso del cuidado de la salud.

En este número se incluyen cuatro artículos de ediciones anteriores que –además de trascendentales– reflejan el camino por el que queremos continuar: Mirar a la población desde sus intersecciones para contribuir al pleno acceso a la salud de todas las personas, principalmente aquellas que han sido discriminadas históricamente.

Desde la perspectiva de la interseccionalidad es posible visibilizar no únicamente las relaciones de poder en función del género, con ésta se muestra que una persona no solo se identifica con base en una categoría o etiqueta social como su género o edad; sino que analiza las diferentes categorías sociales con las que se identifique y como el cruce de éstas crea experiencias únicas de opresión y discriminación.

El primer artículo que podrán encontrar en este número fue publicado en el año 2015, con el nombre *La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad*, escrito por Angélica Anaei Olivares Ocaranza. En él, la autora muestra un panorama de cómo es visto y tratado el cuerpo de mujeres en situación de discapacidad por la ciencia biomédica.

Este texto, que se desprende del trabajo de investigación de maestría de Olivares Ocaranza, retoma la historia de vida de cuatro mujeres con discapacidad visual y evidencia la manera como establecen relaciones erótico-afectivas. Su importancia resulta fundamental para reconocer el derecho al placer y disfrute de la sexualidad de las personas con discapacidad; así como, el de decidir sobre su propio cuerpo; ya que, a menudo, los estigmas que pesan sobre esta población les significa que sus derechos sexuales y reproductivos no sean respetados.

Para el segundo texto hemos seleccionado el artículo *Aprendizajes de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México*, escrito por María Alejandra Salguero Velázquez, que nos ofrece una investigación sobre masculinidad y paternidad en los hombres de la CDMX.

Con la finalidad de integrar discursos y análisis sobre los aprendizajes de género, masculinidad y paternidad de esta población y mostrar algunas tensiones que requieren el desarrollo de políticas públicas que atiendan problemas actuales, la autora explora sobre los cambios socioculturales que han vivido los hombres. El artículo, publicado en 2019, refiere la importancia de incorporar prácticas de cuidado de salud física y emocional entre los hombres como un acto de justicia social.

En 2016, Miriam Ramírez Jiménez puso sobre la mesa un tema controvertido y a menudo invisibilizado por prejuicios: las experiencias vividas por niñas y niños trans, sus madres y padres. Mediante su artículo *Discursos en torno a la niñez trans* reconoce las experiencias que existen a través de su propia voz.

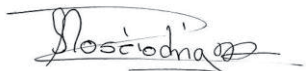
Este artículo, resultado del trabajo de investigación realizado en el periodo 2010-2012, muestra la urgencia de hacer visibles las identidades LGBT* en la niñez para evitar la exposición a un mayor grado de rechazo y violencia social, familiar y escolar.

Por último, con el fin de colaborar para quitar el velo de prejuicio sobre la salud mental, el texto *Género y salud mental. Más allá del prejuicio y la discriminación*, escrito por Jazmín Mora Ríos y Natalia Bautista Aguilar, aborda el estigma discriminación que viven las personas con problemas en este ámbito de la salud. Explica cómo esto constituye una de las principales barreras para la atención temprana, y cuyas implicaciones no solo involucran a quienes presentan estos padecimientos, sino también a sus familiares, personal de salud, así como a las instituciones, generando un alto costo social y económico para el Estado.

Actualmente, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Género y Salud, desarrolla la incorporación de mecanismos que generan condiciones de acceso equitativo a la población usuaria de los servicios médicos, dentro de 174 unidades de salud, conocidas como USAMI (Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes). Estas acciones que tienen su raíz en 2008 con la incorporación de capacitaciones en el tema, abonan a la búsqueda de servicios de salud adecuados e incluyentes para todas las poblaciones. Por ello, para compartir quisimos hacerles partícipes de la evolución que ha tenido esta acción; así como, proveerles del directorio de las unidades médicas que adhieren en sus procesos estos mecanismos.

Las dificultades para sostener una publicación de esta naturaleza no han sido pocas; sin embargo, mantener canales que permitan la exploración científica, estadística y narrativa a mano de profesionales de salud, género, derechos humanos y más, permitirá incidir en personas tomadoras de decisiones de políticas públicas.

Estoy segura que hablo a nombre de todo el equipo de la Dirección de Género y Salud para manifestar nuestra gratitud a todas las personas que a lo largo de 20 años han contribuido de una u otra forma para la creación y publicación de esta revista. Somos engranes que trabajan para lograr que todas las personas tengan acceso pleno a servicios de salud equitativos, eficaces y eficientes.



Mtra. Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad¹



Tamaulipas: Centro De Salud No. Jaumave

Angélica Anaei Olivares Ocaranza

Maestra en Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

Palabras clave: *mujeres, discapacidad, corporalidad*

Resumen

El presente artículo muestra un panorama de cómo es visto y tratado el cuerpo de mujeres en situación de discapacidad² por la ciencia biomédica, que ha sido colocada en un lugar de poder y sabiduría, por lo que clasifica y califica a las personas y a sus cuerpos en función de las características que poseen, definiéndolas como sanas o enfermas, aptas o incompetentes, funcionales o disfuncionales, capaces o discapacitadas, a partir de parámetros biologicistas que no responden a sus realidades. Esta clasificación es el punto de partida para ejercer un poder sobre el cuerpo, su cuidado, sus conductas y sus

¹Este artículo retoma algunos aspectos de la tesis *Una mirada a las relaciones erótico-afectivas de mujeres en situación de discapacidad visual*, con la cual obtuve el grado de maestra en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco. Este trabajo de investigación fue acreedor al segundo lugar en la categoría maestría del "Concurso Sor Juana Inés de la Cruz", correspondiente a la séptima edición (2014).

²Las nombro personas en situación de discapacidad ya que entiendo como situación al conjunto de realidades o circunstancias que se producen en un momento dado y que determinan la existencia de las personas; y la discapacidad "no es una condición o un atributo personal sino una situación construida socialmente, una creación humana que se construye día a día a partir de nuestras actitudes, decisiones y omisiones en un contexto pensado, diseñado y construido según parámetros convencionales y estereotipos de normalidad".¹ Por lo que el término situación de discapacidad enfatiza las circunstancias externas que fomentan la discriminación y segregación de las personas con una funcionalidad orgánica distinta a la normal, y no su condición física, mental y/o funcional como tradicionalmente se ha concebido.

expresiones.

En este sentido, es fundamental conocer cómo se ha visto el cuerpo de las personas en situación de discapacidad por la ciencia biomédica, para que el personal de salud deje de considerarlo como un cuerpo enfermo que nada tiene que ofrecer o que es factible de valorar sólo en tanto se asemeja a un cuerpo “funcionalmente normal”. Es decir, que no sea tratado como un objeto-máquina que se puede manipular, modificar y explorar a voluntad, sin tomar en cuenta que se trata de una persona y no de un objeto. Además, explorar y profundizar en las historias de las personas en situación de discapacidad coadyuvará a erradicar los mitos gestados en torno a ellas y es posible que impacte de forma positiva en la calidad de la atención brindada a este sector, pues se considerarán sus necesidades particulares y deseos personales en la atención y cuidado de su cuerpo.

En específico, es importante centrar la atención en el cuerpo de mujeres en situación de discapacidad, pues de forma tradicional se observa una homogeneidad en este sector: como si poseer una funcionalidad orgánica distinta a la “normal” ameritara las mismas atenciones o que los otros rasgos que la acompañan no generan desigualdades. En el ámbito de la salud es bien sabido que las mujeres necesitan atención especializada producto de la construcción social del género, pero en el sector que me ocupa el área de la salud sexual y reproductiva es la menos abordada, en tanto se cree que esta población es asexual e incapaz de ejercer las actividades de la maternidad.

Introducción

Este artículo se desprende de mi trabajo de investigación de maestría y retoma las historias de vida de cuatro mujeres en situación de discapacidad visual; el fin es evidenciar cómo ellas establecen relaciones erótico-afectivas. En este sentido, tanto el trabajo de tesis como este artículo se basan en tres ejes de análisis: estudios del cuerpo, estudios de género y estudios de la discapacidad, a través de los cuales propongo que se conozca mejor la realidad de las mujeres en situación de discapacidad y esto impacte en la forma en que son tratadas por la sociedad, la ciencia y el ámbito de la salud.

Las características de quienes participaron en la investigación, y cuyos relatos se retoman en el presente artículo, se pueden observar en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características de las mujeres en situación de discapacidad que participaron en la investigación

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Especificidades de su discapacidad visual
Ana	36	Lic. en Psicología	Especialista en el tema de sexualidad y discapacidad	Soltera (vive con su familia)	Tiene discapacidad visual total de nacimiento, en la niñez lograba ver contornos, luces, sombras y distinguir algunos colores, con el paso de los años disminuyó más su percepción visual y en la actualidad ya no logra ver nada.
Karina	22	Estudiante de psicología	Maestra	Soltera, con una relación de pareja estable (vive sola)	Tiene discapacidad visual total desde el nacimiento y nunca ha logrado ver nada.
Eli	28	Bachillerato inconcluso	Comerciante	Soltera, (vive con su familia)	Nació con debilidad visual, pero consecuencia de su situación específica y el paso del tiempo desde hace años tiene discapacidad visual total, aunque todavía logra distinguir luces, sombras y contornos.
Maru	40	Estudiante del nivel medio superior	Trabajos esporádicos	Madre soltera (vive con su familia e hija)	Fue diagnosticada con discapacidad visual total al nacer, pero fue sometida a múltiples operaciones por lo que durante la infancia logró distinguir contornos, sombras, luces, colores, objetos grandes, entre otros, sin embargo, en la actualidad solo percibe la luz.

Fuente: Elaboración propia

*Todas las participantes residían en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

** En cuanto a los aspectos éticos, con el fin de proteger su intimidad, y a solicitud de cada una de ellas, se les nombra con pseudónimos.

Un acercamiento a la cosmovisión de la discapacidad

Durante varias décadas las personas en situación de discapacidad han sido un sector invisibilizado y segregado, a pesar de que han estado presentes desde épocas ancestrales. La arqueología y la antropología han develado que desde la era prehispánica han existido personas que por diversas causas no se incluyen en los parámetros de funcionalidad considerados “normales”.² A lo largo de la historia se ha explicado de manera distinta su origen en función de las cosmovisiones particulares de cada época y entre los grupos ancestrales era una constante la relación que se les asignaba con elementos naturales y/o religiosos.

Durante la era prehispánica se creía que las personas con morfología diferente a la “normal” eran enviadas por los dioses o la naturaleza y se les consideraba como seres bendecidos para cumplir funciones que el resto no podía realizar en la tierra. Por lo anterior, ejercían prácticas como la medicina, el sacerdocio o el acompañamiento a los señores principales. De este modo, poseían reconocimiento social, eran respetadas y en ocasiones hasta veneradas.²

Con la instauración del cristianismo dichas creencias se modificaron y las personas en situación de discapacidad comenzaron a ser concebidas como una maldición o un castigo de los dioses por el mal comportamiento de la madre o el padre, situación que incidió en el trato que se le dio a este sector, ya que se les consideró seres indeseables.

En la época moderna las creencias mítico-religiosas fueron erradicadas por los aportes científicos y la medicina fue la ciencia enunciada como autorizada para dar explicación a este fenómeno y concibió a la discapacidad como una enfermedad³, definiéndola tradicionalmente como la “pérdida de facultades o funciones físicas, psicológicas y/o sociales que imposibilitan el desarrollo de una actividad de manera permanente, consecuencia de daños irreversibles”.³

De acuerdo con esta lógica, la disfunción orgánica impide a la persona la realización permanente de diversas actividades por el hecho de tenerla, lo que lleva a identificar a quien la posee como “disfuncional”. Ésta es la razón por la que se han orientado todos sus esfuerzos en encontrar las causas que originan la discapacidad, con base en que “la identificación de una causa específica puede ayudar a la curación de la condición y [...] a prevenir la ocurrencia de dichas discapacidades”.⁴

Ante la incapacidad de la ciencia médica de erradicar de la escena funcionalidades orgánicas, físicas y/o sensoriales “anormales”, el modelo rehabilitador asumió una importancia trascendental y se posicionó como la medida a aplicarse para reducir la discapacidad en lo posible. Este modelo se ha enfocado en realizar dictámenes médicos y desarrollar medios de prevención, atención y tratamiento con el fin de asemejar lo más posible a las personas con discapacidad con las denominadas “normales” y que las primeras puedan desempeñar las actividades esperadas tradicionalmente.

En este sentido, el enfoque rehabilitador, bajo el discurso de lograr una “mejor calidad de vida”, tiene por objetivo real “normalizar” a la persona en situación de discapacidad, con la intención de ocultar y si es posible “desaparecer” las diferencias que su cuerpo manifiesta:

³Para fines de este artículo, se considera enfermedad cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar. Es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene a composición, estructura o función del organismo.³

⁴Se entiende como modelo a una “construcción teórica-conceptual [...] el cual sirve de instrumento para abstraer los componentes fundamentales de un fenómeno social”,] con el fin de analizarlo, interpretarlo y comprenderlo.

Yo soy, nació ciega, y a los 11 meses me intervinieron quirúrgicamente y al año y medio tuvieron que intervenirme otra vez. Tuve entre 10 y 11 operaciones.

Maru

Cuando era pequeña casi me la pasaba en hospitales, porque pues me operaban de la vista, y, pues bueno, eso pues obviamente no me acuerdo. Pero dice mi mamá que le daba mucha tristeza porque a mí me daba miedo ya hasta ver a los doctores, ya no quería hospitales, ya no quería nada, y esa parte sí fue como un poco difícil.

Eli

La intención de rehabilitar y en la medida de lo posible desaparecer la discapacidad que se plasma en el cuerpo marca los primeros años y gran parte de la vida de las personas en esta situación, lo que regula el accionar de este sector en un intento de asemejarse lo más posible a las personas con funcionalidades orgánicas “normales”. En este sentido son medidas médicas que no toman en cuenta personas sino cuerpos-máquina; es decir, objetos que hay que “reparar”.

Lo anterior evidencia que para la ciencia biomédica la discapacidad, y por tanto quien la presenta, es prescindible ante la concepción de que no tiene nada que ofrecer a la sociedad y al entorno. Esto es factible de trasladar a los consultorios y al trato que el personal de salud brinda a las madres que gestan fetos a los que se identifica con alguna discapacidad y a las personas en esta misma condición. Por lo tanto, en ocasiones el trato suele ser despersonalizado, descortés y sobre todo excluyente a quien presenta una funcionalidad distinta a la “normal”. Además, por lo general, la madre, el padre o la persona tutora es quien decide sobre el tratamiento que la persona con discapacidad recibe.

Cuerpo y discapacidad

Michel Foucault alude que a partir del siglo XVIII aparece en escena una tecnología disciplinaria centrada en el cuerpo, la cual busca la instauración de mecanismos de adiestramiento, disciplina, control y vigilancia sobre este para hacer de él un objeto dócil y útil.⁵ A partir de ese momento el cuerpo se transformó en algo que se debía cuidar, pues se consideró la fuerza útil para el trabajo y la reproducción, esto propició que se viera y tratara como objeto de adiestramiento, vigilancia y castigo.

De esta forma, se instituyó al cuerpo como el objeto de trabajo de la medicina y se convirtió en el lugar de dominio del personal médico y no de quien lo posee. Esto incidió en que en el ámbito médico se visualizara un cuerpo-máquina-objeto, el cual se debía reparar para que pudiera realizar los fines productivos y económicos que de él se esperaban. Como consecuencia, la ciencia biomédica percibe a la persona a quien presta atención como intrusa, molesta y preguntona, y el personal médico se ve “obligado” a

lidiar con esa persona para corregir al cuerpo.

Cuando yo iba a citas médicas los médicos nunca, perdón la frase, pero me ignoraban, nunca me preguntaban y aunque yo podía contestar, a mí no me tomaban en cuenta, me ignoraban, aunque yo quería hablar me decían: “no, no”. Yo no contaba.

Maru

El cuerpo se convirtió en el lugar donde opera el poder y por ende sobre el que recaen las normalizaciones socio-culturales, lo que también dio lugar a que se convirtiera en un nodo de representaciones en el que la apariencia, los movimientos, la gesticulación, la funcionalidad, así como las maneras de hablar, caminar, comer, saludar, moverse y vestir, delimitan el tipo de persona que se es. En este sentido, lo que refleja el cuerpo y la forma de exhibirlo define quienes somos, ya que ostentar determinados atributos, como los adornos, la vestimenta, el peinado o la postura, las cicatrices, la forma de conducirse y todas las marcas corporales definen a las personas y el lugar que se ocupa en cada sociedad.

En este sentido, Marcel Mauss denominó *técnicas corporales* a ese conjunto de gestos y acciones incorporadas⁵ por el sujeto, las cuales define como “el conjunto de gestos codificados para obtener una eficacia práctica o simbólica que se ejemplifican a través de modalidades de acción, secuencia de gestos, sincronías musculares que suceden para obtener una finalidad precisa”⁶ y comprende los actos que los sujetos hacen con su cuerpo cuando se encuentran entre sí, como son los movimientos de cabeza, el estrechamiento de las manos, los abrazos, los besos en la mejilla o en la boca, es decir, toda acción ritual ejercida con el cuerpo.

De acuerdo con Mauss, toda interacción implica códigos y sistemas a los que los sujetos se pliegan a pesar suyo, puesto que en toda circunstancia de la vida social es obligatoria determinada etiqueta corporal, la cual adopta el sujeto en función de las normas implícitas que lo guían.⁶ En este sentido:

[...] el elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite a la vez controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de uno a la otra es la norma. La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a la que se pretende regularizar.⁵

En el caso de las personas en situación de discapacidad es precisamente el cuerpo el que delata la funcionalidad corporal “anormal” y por tanto el que se busca regular y controlar. Erving Goffman explica que una persona puede dar la impresión de incompetencia o falta de respeto cuando pierde de forma momentánea el control de su cuerpo, es decir, cuando hace algo percibido como incorrecto, por ejemplo, cuando titubea, cae o habla estruendosamente, de lo que debe reponerse rápidamente y volver a comportarse con

⁵ Este término procede de la palabra en inglés “*embodied*”, de la cual no hay una traducción exacta al español, pero que puede equivaler a “encarnar” en el cuerpo.

una técnica corporal adecuada al espacio en el que se encuentra.⁷

Sin embargo, cuando los movimientos corporales considerados “anormales” no son accidentales ni momentáneos, sino resultado de una limitación física-sensorial e imposibles de cambiar, cuando ese cuerpo anda y rompe continuamente con la interacción social, hace que se vea raro y dé miedo, convirtiéndose en un cuerpo ajeno de la realidad social.^{6,8,9}

Ese es el caso de las personas en situación de discapacidad, quienes al poseer una funcionalidad diferente a la normal tienen movimientos considerados lentos, inexactos, torpes y extraños. Sus técnicas corporales son aletargadas, pausadas y en ocasiones percibidas como molestas, lo que resulta incómodo, inoportuno y fastidioso para quienes las rodean al ser movimientos que salen de la norma:

[...] en ocasiones se muestran muy amables, pero la mayoría se muestran como molestos, como si uno por estar en ese lugar fuera una molestia, es como estorboso para ellos, como si uno fuera invisible y a la vez molesto. Somos algo que no debería de estar allí, ignoran cómo pueden ayudarle a uno, entonces sí es difícil entrar a una tienda de autoservicio, en principio, para mí, en primer momento no es muy agradable, desde los que te atienden hasta los que van a la tienda, no es una actitud muy buena, ¿a qué me refiero? Por ejemplo, con el bastón, pues lo usamos para saber por dónde caminamos y no tropezarnos, pero a los empleados del lugar no les gusta que les peguemos a los estantes y entonces se molestan; a veces mejor nos mandan a alguien para que no vayamos a tirar algo.

Maru

Ante tal situación, las personas en situación de discapacidad entablan con su entorno relaciones que se sustentan en principios de exclusión y marginación, ya que se les considera imposibilitadas para ajustarse a las conductas corporales socialmente esperadas. Por lo tanto, poseer un cuerpo y movimientos discordantes con la etiqueta corporal altera la norma, lo que hace que se instaure en los otros un malestar, convirtiendo al “cuerpo del discapacitado” en un “cuerpo extraño”, percibido como algo que debe ser borrado y diluido de la escena, ya que perturba la interacción social con su sola presencia.⁶ A partir de esto se construye el estigma social, acción que hace saber a ese cuerpo que es ajeno.

El estigma incluye una variedad de mecanismos, estrategias y simbolismos que propician que se vea al cuerpo con discapacidad como carente de características físicas deseables, entre ellas la belleza, la estética, la fuerza, la athleticidad y por supuesto, la salud. Aunque estos atributos suelen ser cumplidos por este sector, por lo general se asocia de forma automática la discapacidad con vulnerabilidad y a las personas que poseen estos rasgos como “anormales”, desprovistas de herramientas para enfrentar la vida, poco atractivas y enfermas.

Estos mecanismos de estigmatización se incrementan en función del grado de visibilidad que posee el cuerpo de funcionalidad “anormal”; es decir, a mayor grado de

discapacidad, aumentan la discriminación y la marginación sociales hacia la persona que la detenta. De este modo, quienes viven con una discapacidad más evidente, experimentan en mayor medida la segregación social y esta se expresa con el cuerpo con discapacidad “encerrado en su casa”, excluido de la interacción social, enterrado de la mirada del otro, descartado de deseo e impensado para entablar relaciones amoroso-afectivas.^{6,10,11}

En este sentido, es más “fácil” interactuar con el entorno si se tiene una discapacidad poco aparente y con menor restricción de los movimientos corporales, en comparación con alguna discapacidad evidente y que limita el control sobre el propio cuerpo.

En resumen, a partir del siglo XVIII el cuerpo transitó de ser lo que le da vida y forma a la persona a ser el objeto sobre el que recaen las regulaciones sociales y que denota las anormalidades culturales. Cuando estas no se ajustan a los parámetros esperados, los sujetos son excluidos y marginados.

A partir de ese momento, el cuerpo hizo su entrada como objeto de estudio de la ciencia médica y más tarde de las ciencias sociales, por lo que diversas personas autoras se interesaron, indagaron y divulgaron diferentes teorías en torno a lo que el cuerpo representa en las culturas actuales.^{5,7,11}

Lo anterior propició que el cuerpo dejara de pensarse solo como un elemento orgánico y fisiológico, para ser considerado como una estructura simbólica de representaciones e imaginarios, y moldeado por las relaciones y condiciones socio-culturales.^{6,12,13} Al respecto, Steffan Igor Ayora señala:

El cuerpo se constituye como un sitio en el que discursos, imaginarios, fantasías y utopías son articulados con estructuras de significación y de poder. Los desplazamientos y los movimientos de ese cuerpo reciben atribuciones semánticas que nos permiten hablar de ellos como “prácticas”, y estas a su vez permiten la reproducción, *[pero también]* a veces la transformación de la relación práctica/sociedad/cultura y, por tanto, pueden contribuir a transformar la sociedad misma (y la cultura).^{12,6}

En consecuencia, hay que entender al cuerpo como el lugar donde se encuentran plasmados múltiples significados sociales, históricos y culturales que marcan su “realidad” material y biológica, sobre la cual opera la cultura y es terreno de tensión, luchas políticas y poder. En ese sentido, el cuerpo obedece a normas implícitas y explícitas que rigen las conductas y técnicas corporales de los sujetos.^{14,15}

Por lo tanto, limitarnos a pensar el cuerpo solo como una masa lo invisibiliza como el lugar donde opera el poder y sobre el que recaen las normalizaciones socio-culturales específicas de un tiempo y un espacio particulares.

Cuerpo y género

Si bien la discapacidad es una categoría que se plasma en el cuerpo y que rige los comportamientos y el lugar que se le da a las personas en las sociedades, también existen otras categorías, como la raza, la edad, la clase social y el género, que intersectan en el cuerpo y dictan la corporeidad que se espera sea representada por las personas.

El parentesis y las cursivas son míos.

De este modo, cada quien personifica distintas conductas en función de las categorías que le entrecruzan, es decir, las personas deben actuar de cierta manera si son jóvenes y de otra si son “viejas”. No se comporta de la misma forma alguien que trabaja como personal obrero respecto a quien se dedica a labores ejecutivas; lo mismo sucede si se pertenece a la clase alta o a la baja, si se tiene una discapacidad o no y tampoco se espera que una mujer se comporte igual que un hombre.

En este sentido, la categoría género es fundamental, pues analiza y enuncia las características que a partir del cuerpo fisiológico se asignan a las mujeres y a los hombres, atributos que la persona introyecta e incorpora y que intervienen en la forma en que entablan todas sus relaciones, por lo que en el cuerpo se plasman las regulaciones y normalizaciones personales, sociales y de interacción que se espera reproduzcan las personas.¹⁶⁻¹⁹

Estas atribuciones implican que mujeres y hombres, por el hecho de tener órganos fisio-anatómicos específicos y diferenciados, deben representar y reproducir una serie de comportamientos determinados para su género, los cuales establecen tradicionalmente que la mujer “debe ser” abnegada, fiel, virtuosa, discreta, sumisa, dependiente y obediente. También se espera que ella sea cuidadora, lo que implica que esté al servicio de la casa y la familia, así como dispuesta a la maternidad. Las expectativas respecto al “deber ser” de los hombres incluyen características como ser fuerte, proveedor, protector, reflexivo, directivo, independiente e instintivo.

Gayle Rubin denominó lo anterior como el sistema sexo-género, el cual “es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas”.¹⁹ De acuerdo con la autora, las construcciones sociales del género y la sexualidad biológica no se encuentran separadas, sino que se entrelazan y son indisolubles.

Así, basado en las diferencias biológicas existentes entre mujeres y hombres⁷ se edificó y justificó la diferencia social entre los sexos, las relaciones jerárquicas de desigualdad, el ordenamiento de las costumbres y el uso del cuerpo.

Por lo tanto, la cultura también marca técnicas corporales en función del género, pues se espera que las mujeres cuiden sus posturas y sean recatadas. En específico deben sentarse con las piernas cruzadas y evitando mostrar los muslos, caminar de forma discreta y sin contonearse mucho, con la mirada al frente y sin ser altiva, vestirse de forma recatada y sin escotes pronunciados, hablar con un tono de voz suave y el acercamiento con otros debe ser sutil, aunque puede permitir ser tomada de la mano o de los hombros, no debe ser así de la cintura y jamás de las caderas.

En este sentido, como sucede con la discapacidad, el género también marca prácticas corporales, técnicas que son aprendidas e incorporadas a través de las instituciones de socialización y reproducción del género.

⁷Es decir, genes, hormonas, gónadas y órganos internos y externos.

Cuerpo, género y discapacidad

Del mismo modo que la discapacidad, el género regula la representación de ciertas técnicas corporales en las personas, y cuando se entrecruzan ambas categorías en el cuerpo, existe una transformación en las normalizaciones que lo regulan y las prácticas que se esperan de estas personas.

Al respecto, Patricia Collins define al entrecruce de categorías de opresión como “interseccionalidad”, la cual forja la identidad y las relaciones, por lo que “ofrece un marco interpretativo para pensar cómo las intersecciones forman las experiencias de cualquier grupo a través de contextos específicos”.²⁰ También advierte que no todas las formas de opresión influyen de la misma manera en las experiencias de las personas y destaca la necesidad de teorizar sobre las jerarquías de la interseccionalidad, en el entendido de que la intersección legitima relaciones de poder que reproducen y mantienen posiciones jerárquicas de desventaja.²¹

En este sentido, no todas las mujeres asumen, resignifican y reproducen el género de la misma forma; esto depende de las otras categorías que se entrecruzan en su cuerpo. Desde 1987, Judith Butler evidenció que el género es la forma de situarse en y a través de normas culturales pasadas y futuras, un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo, donde “uno elige su propio género”:

No es posible asumir un género en un instante, sino que se trata de un proyecto sutil y estratégico, laborioso y en su mayor parte encubierto [...] es un proceso impulsivo, aunque cuidadoso, de interpretar una realidad cultural cargada de sanciones, tabúes y prescripciones. [...] Elegir un género es interpretar las normas de género recibidas de un modo tal que las reproduce y organiza de nuevo.²²

Las personas representan el género atribuido, pero en relación con diversas normas y categorías de la realidad cultural que le entrecruzan y por ello, ser mujer no significa lo mismo para todas, cada una lo resignifica e interpreta en función de su realidad social específica. Por lo tanto, las mujeres en situación de discapacidad no viven las mismas regulaciones culturales que aquellas sin discapacidad, aunque también se les atribuyen un sinnúmero de regulaciones corporales, muchas de las cuales provienen de ostentar un cuerpo considerado enfermo y por tanto indeseable.

Para ejemplificar la diferenciación en las formas de opresión y regulación, así como la manera en que se les hace frente, se identifica que aun cuando la maternidad es un rol esperado y en ocasiones impuesto, que se sustenta en la creencia del instinto maternal y en que la realización de las mujeres se basa en tener hijas e hijos y una familia, una constante entre las que poseen una discapacidad son las prácticas eugenésicas⁸ de las que son sujetas con el fin de evitar que se reproduzcan más seres “enfermos y discapacitados”.

⁸Se define como todo procedimiento o intervención individual o colectivo encaminado a la modificación de las características genéticas de la descendencia de las personas, la cual ha sido legalizada en varios países como respuesta a los avances científicos para disminuir la presencia de patologías y enfermedades en los seres humanos.

En la actualidad muchas mujeres en situación de discapacidad aún son sometidas a la esterilización a temprana edad, vulnerando su derecho a decidir sobre su propio cuerpo, ya que algunas todavía no tienen conciencia plena de lo que ello significa y a otras ni siquiera se les pregunta, pues son la madre, el padre o la persona tutora quienes toman tan importante decisión. Esto implica que se les niega el derecho a elegir, situación que no ha sido abordada en los movimientos feministas, a pesar de que apelan al acceso de las mujeres a los derechos. Aunque el tema central del feminismo contemporáneo es el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y a pesar de que se han gestado importantes avances sociales y legislativos los últimos años,⁹ sigue teniendo nula importancia cuando se trata de las mujeres en situación de discapacidad.

Ante las reformas legales que protegen la vida desde la concepción o la fecundidad e impiden a las mujeres tomar decisiones sobre su propio cuerpo y elegir el ejercicio de su maternidad, diversos grupos feministas han emprendido una lucha para garantizar ese derecho. Sin embargo, frente a la esterilización a temprana edad de miles de mujeres en situación de discapacidad a quienes se les niega el derecho a elegir, no se ha hecho algún pronunciamiento importante, no forma parte de las agendas feministas ni se incluye en los foros o encuentros nacionales e internacionales de los derechos de las mujeres.

Aunado a lo anterior, se encuentran las creencias convertidas en legislaciones en las que se apela a la prescindencia de las personas en situación de discapacidad, lo que impacta en la cosmovisión del ejercicio de la maternidad y la reproducción de este sector de la población. En este sentido, a pesar de que en 18 entidades federativas se han gestado leyes que protegen los derechos del concebido, en los Códigos Penales de los 32 estados de la República está admitido que el aborto sea legal en situaciones en que “el concebido” presenta alteraciones genéticas, entre ellas la discapacidad, sin que ello constituya un tema de discusión ni indignación por ningún grupo o movimiento social*.

El anterior es el ejemplo más claro de la forma en que la ciencia biomédica y la sociedad regulan el accionar y las historias de vida de las mujeres en situación de discapacidad, respecto a la maternidad y la reproducción. Además, se generaliza la creencia de que las personas con funcionalidades orgánicas distintas a las “normales” no deberían reproducirse.

De esta forma, aunque la maternidad es un rol asignado a las mujeres, a quienes se encuentran en situación de discapacidad se les limita o nulifica por considerarlas “enfermas”, “indeseables” y “desgraciadas”:

⁹En los últimos años, el tema del derecho sobre el cuerpo y la maternidad elegida ha tenido trascendencia social y política en nuestro país. En un hecho histórico, el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa aprobó las reformas al Código Penal para despenalizar la interrupción del embarazo en el Distrito Federal (D.F.). Posteriormente existieron imputaciones de inconstitucionalidad en contra de la reforma y el 28 de agosto del mismo año, el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) declaró la constitucionalidad de la despenalización del aborto en el D.F. antes de las 12 semanas de gestación. La aprobación de esta ley significó una batalla ganada para los feminismos y para las mujeres, en cuanto al derecho a decidir sobre su propio su cuerpo. Sin embargo, las reacciones no se hicieron esperar y en Guanajuato, San Luis Potosí y Baja California se gestaron derechos a favor de la persona desde la concepción y se formularon leyes antiaborto. Así, 18 de los 32 estados de México han aprobado reformas que protegen la vida desde la concepción o la fecundidad y en algunos de ellos, como Guanajuato, se castiga con cárcel a las mujeres que realizan procedimientos abortivos.^{23,24}

[...] me dijo [refiriéndose a un señor que la iba a contratar para un trabajo] que cómo me atrevía yo a tener un hijo viendo como estaba yo, ¡qué inconsciencia mía! Y que ya no me embarazara. [...] Me humilló bien feo y todavía le llamó a uno de sus tíos y le dijo: “mira, ven. No puede ser, ¿cómo se atreve esta mujer?”. Fue horrible, me quedé sin palabras, me quedé “¡qué!”. Fue una cosa muy humillante, [...] yo ya después lloré sola, porque sí me sentí bien humillada, bien lastimada.

Cuando quedé embarazada, los vecinos, la gente se paraba a mitad de la calle y me veían; las comadres de mi mamá hasta se acercaban a platicar con ella, porque yo era como un fenómeno: “ella embarazada, pero, ¿cómo?”. Yo digo que poco les faltó expresar delante de mí eso, pero sí se lo expresaron a mi mamá y mis hermanas y yo lo percibía. Se paraban a la mitad de la calle a verme, pero así, con la boca abierta. Ellas no podían dar crédito a lo que veían: “¡cómo Maru, la discapacitada!”, incluso me llegaron a decir: “los ciegos no tienen hijos”.

[...] sucede que como soy discapacitada mi mamá y mis hermanas han querido tomar el control desde que nació (mi hija). Sí me ha valido mucha lucha, mucho hablar, mucho enojarme, muchos enfrentamientos, porque ellas siempre han querido decidir a qué hora tiene que comer la niña, lo que le tengo que dar, como la tengo que vestir. [...] incluso hasta me la arrebataban. Le servía yo de comer a mi hija, pues le quitaban el plato que yo le servía y le daban lo que ellas querían. Yo le quería poner una ropa a mi hija, ellas se la quitaban y le ponían lo que ellas querían. Cosas así, eso es lo que se me ha dificultado. [...] ¡Ah! ¡Y cuidadito y yo me alejara de la casa con mi niña! Yo no era digna de tomarme unas vacaciones con mi niña, tuve enfrentamientos con ellas, se quedaban a disgusto porque yo me llevaba a la niña.

Maru

Como parte del sistema de opresión y regulación que busca la prescindencia y la no reproducción de este sector la sociedad, se han creado imaginarios en torno a ellas, los que suelen mostrarlas como asexuales, poco atractivas y con escasas o nulas posibilidades para entablar relaciones erótico-afectivas, la intención es limitar sus prácticas sexuales y por ende las reproductivas.

En este sentido, el emparejamiento es una actividad de la que se ha excluido a las mujeres en situación de discapacidad, al menos en el imaginario y parece imposible que sean sujetos de deseo para otra persona, idea que les transmiten a través de comentarios directos y de acciones diferenciadas con respecto a otras mujeres:

[...] de repente sí llegan a creer que por ser débil visual a lo mejor no tengo a alguien. Sí, sí me han dicho.

[...] mi hermano, cuando está así, súper borracho, empieza y me dice: “es que a ti nadie te quiere”. Una vez sí me dijo eso: “a ti nadie te quiere, a ti nadie te va a querer. Ve ya la edad que tienes y no estás con alguien, y

nunca vas a estar con alguien. Nadie te quiere”. ¡Ay, me puse a llorar!, dije: “¡ay no!”. Ahora que lo analizo, digo por qué lloré, pero en ese momento dije: “¡ay, sí es cierto!”. Y te lo crees porque no estás con nadie, llevas tiempo sin nadie.

Eli

[...] por el hecho de la discapacidad ellos no empezaron a insistir igual que con otras personas, con otras primas es: “tú, ¿cuándo te casas?”, “y el novio, ¿cuándo?”. Entonces conmigo no tanto, porque era así de quién sabe, mejor no le pregunto.

Ana

La visión social generalizada considera que la mujer en situación de discapacidad no es apta para sostener una relación basada en el intercambio, debido al estereotipo de dependencia. En consecuencia, se espera que transiten la vida sin una pareja con la idea de que nadie las querría. Se piensa que “tienen suerte” si alguien les pide una cita y deberían estar agradecidas por la atención de un hombre, incluso si supone una relación no positiva o abusiva.²⁵

[...] cuando estaba con este chavo en la prepa y ya nos dejamos y todo, sí me dijo una chava: “¡ay, no! Es que, ¿por qué lo dejas?” y yo: “no, es que no, no hay química”. Y ya me dice: “¡ay, pero es que igual quién te va a hacer caso después!”. Sí, sí me dijo eso y yo: “¡ay! O sea, ¿por ser débil visual tengo que estar con una persona que no quiera? ¿Ellos son los que me tienen que aceptar? ¿Yo no soy la que voy a aceptar sino ellos?”. Pues no, digo soy un ser humano, ¿no? Y yo voy a estar con quien me sienta a gusto.

Eli

[...] a varias chavas ciegas algunos señores o chavos en el metro las han invitado a salir y algunas chavas han aceptado. [...] y ella decía: “es que estos se aprovechan de esa situación de vulnerabilidad y piensan que de veras vas a decidir salir, como si nadie más quisiera salir con una”.

Ana

A pesar de dichos imaginarios y barreras actitudinales y arquitectónicas, es innegable que estas mujeres entablan relaciones afectivas y amorosas, y como sucede con el resto de las mujeres sus historias son variadas:

[...] me relacioné con puros ciegos, débiles visuales. Cuando llega a mi vida un hombre normovisual, “¡ay, Dios! ¡Cómo me costó relacionarme con él! Pero él se enamoró de mí perdidamente, que yo dije cómo es posible y realizó cosas que no había hecho en su vida. Permíteme platicarte que en el nombre de ese amor que me tenía él compró un carro, él compró un terreno para una casa que era para mí, estaba a un pasito de firmar papeles a mi nombre, el coche era para traerme de aquí para allá, para facilitarme las cosas y que yo ya no anduviera caminando, él me proveía de todo.

Maru

[...] creo que las relaciones que yo he vivido me han dado mucha plenitud y me han fortalecido mucho. También creo que han ido de menos a más, así como la primera que igual y yo me enamoré y éste me quería como su amiguita. Y después en mi primer amor, donde sí me sentí querida, él se enamoró, me contaba muchas cosas, caminábamos juntos, me regalaba flores, muchas cosas hacíamos con este primer amor, con el que anduve como pareja. Y posteriormente con Alan, que creo que fue como una relación muy profunda, muy intensa, de una gran comunicación y que si bien no se llamaba propiamente pareja o noviazgo, fueron relaciones muy intensas, fueron amores, relaciones amorosas muy fuertes.

Ana

[...] empiezo a platicar más con esta otra persona, él es mayor que yo casi 20 años, empiezo yo a platicar más con él y entonces pasaron unos cinco meses en que estamos platicando, como conociendo y se da una relación también, [...] es mi relación actual, tiene dos años y tres meses, ha sido una relación estable, bonita.

Karla

Como resultado de dichas creencias de anormalidad y asexualidad, el Estado y los servicios de salud no se preocupan por proveer los mecanismos necesarios para que estas personas tengan una sexualidad¹⁰ informada, segura y plena. En este sentido, para la población en situación de discapacidad visual no existen preservativos con fecha de caducidad en braille o relieve, lo que refuerza la idea de que este sector no es consumidor de esos productos. Lo mismo sucede con materiales que ofrecen información sobre sexualidad, los cuales en contadas ocasiones se encuentran en braille o en formato audible. Esto limita el ejercicio de su sexualidad y regula nuevamente el cuerpo de quien se encuentra en situación de discapacidad:

[...] ellos me tratan, yo considero que como cualquier otro paciente. Eso sí, he notado algo curioso, en la mayor parte de los ginecólogos las enfermeras al principio como que no dan crédito que yo pueda ser una mujer que ejerza mi sexualidad, así como que cómo le hace o tal. Creo yo que por el desconocimiento del tema, pero así que ellos me quieran discriminar por eso, no. Ellos se concretan a platicar conmigo, a resolver mis inquietudes, a sugerirme algún anticonceptivo, cosas así.

Maru

El relato anterior evidencia que, aunque el personal de salud no le restringe algún servicio ni recibe burlas o intimidaciones, sí evidencian extrañeza cuando se les solicita atención sexual y reproductiva, lo que pudiera afectar en el trato que se le proporciona a estas mujeres. Por ello, es indispensable que el personal médico se despoje de mitos y creencias que se han gestado en torno a este sector de la población, para garantizar un servicio de calidad y sin discriminación, ya que el ejercicio de la sexualidad y el acceso a la

¹⁰Entiendo la sexualidad como un entramado de experiencias entre las que se encuentran la apropiación y el cuidado del cuerpo, las prácticas sexuales, las relaciones erótico-afectivas y el potencial reproductivo.

atención en salud es un derecho constitucional. Las creencias, opiniones, ideas, dogmas o prejuicios del personal de este ámbito no deben influir en el tipo de atención que se le da a las mujeres en situación de discapacidad, pues contrario a lo que se nos ha impuesto como una idea generalizada, ellas ejercen su sexualidad de múltiples maneras, por lo que es indispensable encontrar formas que se ajusten a sus necesidades y a su realidad, y que garanticen el pleno acceso a servicios de salud, incluida la sexual y reproductiva. Por ejemplo, sería oportuno que la persona adulta en situación de discapacidad ingrese a la consulta sin la compañía de algún familiar, con el fin de que realice todas las preguntas pertinentes sin pudor o intimidación.

Otra acción que se puede implementar es la adecuación de las instalaciones de los centros de salud para que todas las personas tengan libre acceso, ya que en espacios pequeños es imposible tener libre movilidad cuando se utiliza silla de ruedas o no se ve. Dificultad que se agrava con la acumulación de mobiliario y con un personal que no está sensibilizado en el tema. En este sentido, la contratación de intérpretes de lenguaje de señas es otra acción indispensable para otorgar una atención pronta y de calidad a quienes presentan sordera o mudez.

La interacción que este sector tiene con su entorno se basa en la exclusión y marginación al vivir en una sociedad pensada para personas sin “discapacidad aparente”, donde la mayoría de los lugares de tránsito, estancia, esparcimiento y entretenimiento limitan el acceso y la movilidad de quienes poseen alguna discapacidad, por lo que la sociedad dificulta la interacción, las relaciones interpersonales y su acceso a servicios.

Estas limitaciones también se reflejan en el uso que esta población hace de los servicios de salud, lo que impacta de forma negativa, ya que el no contar con información y atención oportuna incide en el ejercicio de prácticas de riesgo. El hecho de negarles información y atención no significa que no tengan prácticas sexuales y reproductivas o que no vivan abusos sexuales.

De ahí la importancia de considerar a este sector, pero no solo en lo relacionado a “componer” y regular su cuerpo, sino darle atención de calidad y con calidez en función de sus necesidades específicas y su realidad cotidiana.

Finalmente, aunque como es innegable el control y la regulación del cuerpo, actitudes y prácticas de mujeres en situación de discapacidad, sería equívoco pensarlas como pasivas, inanimadas o víctimas ante un sistema hegemónico, pues subvierten al mismo, a los imaginarios, a las barreras y a las regulaciones que les han sido impuestas. No hay que ver su cuerpo (y a quienes lo ostentan) como un lugar u objeto donde opera la cultura y en el que se plasman la dominación, la explotación y la regulación. Es necesario reconocerlo como un espacio en el que confluyen prácticas de resistencia frente a las posturas emancipatorias y hegemónicas.^{26,27}

De acuerdo con lo anterior, para muchas mujeres y para algunas feministas la maternidad es una forma de opresión y se ha luchado durante años por romper con la imposición social de que toda mujer debe ser madre, pero la experiencia de la maternidad en mujeres en situación de discapacidad se vive de forma muy distinta, ya que su ejercicio rompe con la regulación corporal, médica y social que invita a la prescindencia y la no reproducción de estos cuerpos “enfermos, inútiles y discapacitados”.

[...] para las mujeres con discapacidad puede ser positivo el acceder a ciertos elementos estereotipados del rol de género femenino, ya que así pueden reivindicar su derecho a ser consideradas “mujeres” y a desarrollar una identidad de género que históricamente se les ha negado [...] reclamar para sí elementos identitarios femeninos puede significar una estrategia empoderante, a pesar de que tales elementos hayan sido considerados opresores desde el punto de vista feminista.²⁸

Al despojarnos de los mitos y prejuicios, reconocemos a quienes poseen una funcionalidad de su cuerpo distinta a la “normal” como personas con los mismos derechos y deseos que cualquier otra. Además, es fundamental incluirlas en todas las esferas de desarrollo y brindarles servicios de atención de calidad, no sólo a su cuerpo sino a ellas como personas.

*Actualmente, el marco legal sobre el aborto ha tenido distintos avances a nivel local y federal; sin embargo, con el fin de respetar el contexto en el que fue publicado el artículo, no se actualiza esta información.

**El artículo se presenta tal cual fue publicado la primera vez; sin embargo, reconocemos que actualmente contamos con más herramientas para hacer una corrección de estilo que integre el uso de lenguaje incluyente.

Referencias bibliográficas

1. Mareño M, Masuero F. La discapacidad del diferente. *Revista sociológica de pensamiento crítico* 2010; 4(1): 95-105.
2. Murillo Rodríguez S. La discapacidad durante la época prehispánica. En: Peña Sánchez EY, Hernández Albarrán L, coordinadoras. *Cuerpo, salud y sexualidad. Memorias de la V semana cultural de la diversidad sexual*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia; 2010. p. 149-170.
3. Higashida B. *Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill; 2001.
4. *Desarrollo Integral de la Familia. Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad*. México: DIF; 2000.
5. Foucault M. *La historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1987.
6. Le Breton D. *Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
7. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. 2ª ed., 1ª. reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 2010.
8. Varela Hernández S. Habitus: una reflexión fotográfica de lo corporal en Pierre Bourdieu. *Revista Voces y Contextos* 2009; IV(7): 94-107.
9. García Sottile ME. Algunas reflexiones sobre el emplazamiento actual del cuerpo en las ciencias sociales y humanas. *efdeportes.com* [en línea]. 2007. [Consultado 6 junio 2015]; 12(109). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd109/el-cuerpo-en-las-ciencias-sociales-y-humanas.htm>
10. Ferreira M. *Sociología de la discapacidad: investigación y compromiso*. En: III Congreso Nacional sobre Discapacidad y Universidad. Zaragoza: Universidad de Zaragoza-Real Patronato sobre Discapacidad; 2007.
11. Bourdieu P. *La distinción*. Madrid: Taurus; 1998.
12. Ayora Díaz SI. El cuerpo y la naturalización de la diferencia en la sociedad contemporánea. *Revista Nueva Antropología* 2007; XX (67): 89-118.
13. Sossa A. *Cuerpo y sociología. Reflexiones sobre el cuerpo en la teoría sociológica clásica: exploración al pensamiento de Marx, Durkheim y Weber*. *Revista Cultura y Religión* 2009; 3(1): 167-83.
14. Rey MI. *El cuerpo en la construcción de la identidad de los sordos*. Río de la Plata, Buenos Aires: Universidad de La Plata; 2008.

15. Lauretis T. La tecnología del género. *Mora* 1996; (2): 6-34.
16. Muñiz E. Historia y género: hacia una historia cultural del género. En: Pérez Gil Romo SE, Ravelo P, coordinadoras. *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*. México: CIESAS-Miguel Ángel Porrúa; 2004. p. 31-55.
17. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Navarro M, Stimpson CR, compiladoras. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: FCE; 1999. p. 37-75.
18. Grosz E. ¿Qué es la teoría feminista? *Debate feminista* 1995; 6(12): 85-105.
19. Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance C, compiladora. *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución; 1989. p. 113-190.
20. Collins PH. La política del pensamiento feminista negro. En: Navarro M, Stimpson CR, compiladoras. *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: FCE; 1998. p. 235-312.
21. Organización Universitaria Interamericana. Desde la marginalidad: el punto de vista del feminismo no blanco. Notas introductorias al tema 2.2 del Curso en línea Crítica epistemológica feminista [Internet]. 2011 [Consultado 4 diciembre 2014]. Disponible en: http://eva.oui-ohe.org/virtual/file.php/74/Unidad_2/Tema_2.2/2_2_desde_marginalidad.pdf
22. Butler J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En: Lamas M, coordinadora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Paidós/PUEG-UNAM; 1997.
23. Grupo de Información en Reproducción Elegida [Página principal en Internet], México: GIRE; 2015 [acceso 5 julio 2015]. www.gire.org.mx
24. Cable News Network [Página principal en Internet], México: Turner Broadcasting System, Inc.-Expansión S.A. de C.V. [Página principal en Internet], 2007 [acceso julio 2011]. www.cnn.mx
25. López González M. *Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad*. Madrid: Narcea; 2008.
26. Blanco J. El cuerpo como discurso de resistencia: subjetividad, cuerpo y práctica contra hegemónica desde la mirada feminista del transgénero [Internet]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2009 [acceso 5 julio 2015]. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/centro_estudio_mujer/Documentos/El_cuerpo_como_discurso_de_resistencia.pdf
27. Butler J. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós; 2002.
28. Viñuela Suarez L. Mujeres con discapacidad: un reto para la teoría feminista. *Revista del Centro de la Mujer de la Universidad de Alicante* 2009; (13): 33-48.

Aprendizajes de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México



María Alejandra Salguero Velázquez

Profesora titular en la UNAM-FESI

Resumen

La investigación sobre masculinidad y paternidad en los hombres, es un tema actual y de interés tanto en los ámbitos académicos, de salud y opinión pública. Dar cuenta de los cambios y transiciones desde una perspectiva sociocultural resulta de interés para las políticas públicas que buscan mejorar las condiciones de vida en términos de igualdad y equidad para una cultura de paz (1). Es importante incorporar la discusión y análisis de los aprendizajes de género, la masculinidad y paternidad en los varones, ya que el proceso de socialización y aprendizaje se encuentra relacionado con un modelo de masculinidad con estereotipos de género, sin embargo, algunos hombres han transitado a nuevas formas de ser hombre y padre, generando tensiones y contradicciones al replantear y trastocar las posiciones históricamente asignadas. El objetivo es indagar los procesos de aprendizaje de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México. Se eligió una metodología cualitativa, que permitió restituir la voz de los participantes, identificando en los resultados cambios en los aprendizajes de género, pero a su vez, algunas tensiones que requieren el desarrollo de políticas públicas que atiendan problemas actuales. Se sigue viendo a los padres solo como proveedores económicos, sin embargo, los cambios sociales han transformado las relaciones familiares requiriendo un análisis para fomentar iniciativas que promuevan la corresponsabilidad para construir un mundo mejor.

Palabras clave: *aprendizaje, género, masculinidad, paternidad*

Introducción

La investigación forma parte de los estudios sociales que abordan temas de actualidad como las relaciones de género, masculinidad y paternidad, para ubicarlos como procesos históricos, sociales y culturales que requieren ser investigados en contextos específicos. Reflexionar críticamente sobre los hombres, es complejo, porque traza con nuestra historia y formas de relación, lo cual éticamente forma parte del proceso a investigar, encontrando múltiples formas de ser hombre y ser padre, desde las más tradicionales caracterizadas por la distancia, autoridad y ejercicio de poder, hasta las más novedosas de hombres involucrados y participativos.

Se considera necesario investigar y documentar sobre los cambios socioculturales, pues en muchos escenarios se piensa que los hombres son los mismos de hace décadas y no es así. Habrá que analizar si hay otras maneras de ser hombre y ser padre a partir de los nuevos requerimientos sociales. Algunas investigaciones han dado cuenta de transformaciones significativas, sobre todo en las formas de relación de pareja, negociación de la sexualidad y uso de anticoncepción; participando en la decisión y acompañamiento del embarazo, nacimiento y crianza del hijo o hija, donde el tiempo compartido a través de la relación conjunta posibilitan formas de sentir, experimentar y construir identidad como hombre y padre de manera cercana, afectiva y comprometida, contribuyendo a la corresponsabilidad familiar. Sin pretender generalizar, se pueden identificar significados que van más allá de la responsabilidad centrada en la proveeduría económica, autoridad y disciplina, los cuales históricamente se han considerado valiosos.

Se podría hablar de procesos de re-significación en torno a la masculinidad y paternidad, ya que una forma de ser padre implica una manera de ser hombre, las nuevas prácticas incorporan el otro *relacional* –la pareja y el hijo(a)- en la vida e identidad de los hombres. Los cambios y transiciones requieren una discusión amplia sobre los temas de política pública relacionados con las nuevas formas de masculinidad, paternidad y de ser hombre.

Los retos del movimiento feminista y los estudios de género de los hombres, implican visualizar desigualdades con la finalidad de desarrollar sociedades más inclusivas e igualitarias. Se requiere la participación de los diversos actores sociales, no solo las mujeres sino también los varones y las instituciones. Sigue siendo relevante no solo por la desigualdad social, sino por las múltiples formas de aprendizajes de género de los hombres, donde las formas de violencia no solo se dirigen a los otros, sino a sí mismos al no incorporar prácticas de cuidado de salud física y emocional, lo cual debiera considerarse como un acto de justicia social (2)(3). Se vuelve importante incorporar la discusión y análisis para dirigir la mirada a un sector de la población que aun cuando se ha silenciado por los estereotipos de género, requiere atención.

Las políticas públicas tendrán que ir desarrollando e incorporando miradas más acordes a los cambios que estamos viviendo. Si bien, se ha avanzado en la lucha por reconocer el papel de las mujeres a partir del movimiento feminista y de los derechos humanos, pareciera que no ha sido así en el caso de los hombres.

Estudios de género de los hombres

El planteamiento de la investigación requiere situar a los hombres de la Ciudad de México en el entramado de nuestro país, considerar los cambios socioculturales que han modificado las formas de relación genérica y la vida en general. Las políticas públicas lograron incrementar la escolaridad y acceso al mundo laboral en las mujeres, el control y disminución de la reproducción a través de programas de anticoncepción, derechos e igualdad de género, modificando la estructura y organización familiar, los roles y funciones de sus integrantes, haciendo visible el cuestionamiento de las desigualdades sobre todo para las mujeres, pero poco se ha reflexionado sobre las prácticas y aprendizajes de género en los hombres. Instituciones como la familia, educación, salud entre otras, establecen normatividades, valoraciones y exhortaciones de lo que significaría “ser hombre o ser padre”, generando expectativas y aspiraciones no solo en los varones sino también en las mujeres respecto de las actuaciones que se esperan sean asumidas ya que genéricamente la influencia es relacional.

Puntualizar que históricamente se ha construido una visión diferenciada, asignado a las mujeres el espacio privado de la casa y crianza de los hijos, en tanto que a los hombres el espacio público del trabajo y remuneración económica alejándolos de su vida reproductiva. Valdría la pena preguntarnos si la asignación diversificada de espacios no se convierte en desigualdad social, ya que varios de los supuestos donde se articula la división se explican en términos deterministas, universales, instintivos, inevitables e inmutables. El ejercicio de la maternidad en las mujeres en cuanto rasgo estructural de la sociedad, no puede separarse del hecho biológico del embarazo y parto; pareciera que el hombre solo puede ser visto como portador genético, anulando su papel durante todo el proceso reproductivo, lo cual ha sido cuestionado desde los estudios de género de los hombres en países de Latinoamérica, Estados Unidos y Europa.

Se considera importante documentar los procesos de aprendizaje de género, masculinidad y paternidad en la vida de los hombres, considerándolos actores sociales en su proceso de construcción, expuestos a discursos y normatividades institucionales que influyen en el sentido y significado de la masculinidad, paternidad y el ser hombre, su actuación y contradicciones a las que se enfrentan en su trayectoria de vida.

Una primera interrogante sería ¿cómo son los aprendizajes de género de los hombres? Estarán presentes las concepciones estereotipadas del conocimiento histórico sobre lo que se ha dicho de “los hombres” o se actualiza en la experiencia vivida, ya que el significado no se reduce a un instante puntual, engloba el pasado y el futuro en la posibilidad de construir el presente.

En ese sentido, investigar sobre masculinidad y la paternidad, nos remite desde una perspectiva sociocultural de género a las prácticas de socialización a través de las cuales aprenden a ser hombres o padres, identificando los ámbitos familiares, escolares, laborales, y grupos de pares, como espacios de actuación, valoración y validación de lo que se supone debería ser un hombre o un padre, generando expectativas y aspiraciones en la búsqueda y reafirmación de libertad, independencia, autonomía, realización, éxito profesional, laboral y personal, históricamente construidos a partir de los estereotipos

de género centrados en el poder, donde el sentido de la vida no son los otros, sino sus necesidades y deseos personales (4). Sin embargo, los cambios culturales han trastocado los límites entre los géneros, muchos hombres han tenido que renegociar su lugar en el mundo, donde tienen que estar presentes en el hogar y el cuidado de los hijos, porque han perdido el empleo o porque las parejas han incursionado en ámbitos laborales requiriendo cada vez más la presencia como compañeros, planteando una serie de interrogantes en relación a sus formas de participación e involucramiento a partir de sus condiciones laborales donde pocas veces se les visualiza más allá del rol laboral y la proveeduría.

Habría que preguntarnos por las vivencias y experiencias que han sido silenciadas, asomarnos a ese otro mundo, que por parecer tan evidente y obvio lo damos por hecho, sin saber que somos co-constructores del mismo. Habría que visibilizar los aprendizajes de género en los hombres de manera relacional, expuestos a fuertes presiones por cumplir con la responsabilidad de la proveeduría en un mundo donde cada vez es más difícil. Atreviéndose a ser diferentes, transitando a procesos de cambio en la toma de decisiones, negociación de espacios y prácticas sociales construyendo otras maneras de ser y estar en el mundo.

Investigaciones sobre los hombres y la paternidad en la Ciudad de México, muestran que se ubican como jefes de familia en cuanto autoridad y representatividad social, siguen percibiéndose como proveedores económicos y protectores de su cónyuge e hijos, algunos incorporan el apoyo emocional y afectivo. La paternidad implica un proceso de construcción con la pareja, participan de manera solidaria en el cuidado, atención y crianza de los hijos, significa una gran responsabilidad pero también una experiencia emocional y de aprendizaje conjunto; no son distantes como lo fueron sus padres ni desean ser autoritarios, quieren ser más amigos y compañeros de sus hijos e hijas, pero en muchas ocasiones se descubren incurriendo en un modelo tradicional, pues a la vez se saben y se sienten guía moral y proveedor fundamental, no solamente de elementos económicos sino de formación moral y eso los vuelve distantes y ausentes al dedicar una gran parte de su tiempo al trabajo para cubrir la proveeduría (5),(6),(7),(8).

La revisión documental indica que en América Latina, se han encontrado resultados similares en Brasil, Uruguay, Chile, Colombia y Perú. La paternidad forma parte de un proceso de transformación y cambio a un nuevo período de vida asociado a la adultez, una responsabilidad que implica la renuncia a la autonomía individual y un mayor compromiso material y moral con la pareja y los hijos/as (9). Los significados asociados a la paternidad integran una gran carga de valor, generalmente atribuyen aspectos positivos, los cuales forman parte de las expectativas sociales de lo que es adecuado para los padres (10), complejizándose ya que en la actualidad no es suficiente con ser padre, hay que ser “buen padre”, responsable, proveedor, tener paciencia, disponibilidad y estar atento a las necesidades de los hijos.

Con base en los planteamientos anteriores, se podría decir que la paternidad está caracterizada por la complejidad y contradicciones. Representa un cambio en la vida, fundar una familia, adquirir mayor responsabilidad; la autoridad sigue jugando un papel central, sin embargo, se identifican cambios donde se plantea relaciones más igualitarias, cercanas y afectivas, disfrutando la experiencia de ser padre.

Luego entonces, ¿se podría hablar de cambios en la masculinidad y la paternidad a partir de los nuevos requerimientos sociales como hombres y padres? Las preguntas implican el estudio de procesos complejos y plurales que no solo atañen a la experiencia singular de cada hombre, sino a construcciones colectivas, representaciones sociales sobre estereotipos de masculinidad, del ser hombre y la paternidad que forman parte del entramado social.

Con base en lo anterior, se plantea como objetivo analizar los aprendizajes de género, masculinidad y paternidad en hombres de la Ciudad de México.

Metodología

Para dar cuenta del objetivo propuesto, se llevó a cabo una investigación cualitativa, ya que permite restituir *al individuo* su cualidad de ser portador de una realidad social, una voz que no se restringe a su propia experiencia, sino que logra ser representativa de una comunidad, de un medio social y de un tiempo histórico. Se atribuye a los participantes la capacidad de constituirse en voceros de los procesos y contextos sociales integrando su realidad histórica y social. Acercarnos a comprender las significaciones sobre la masculinidad y paternidad, requirió un análisis de los discursos y experiencias desde su propio punto de vista como actores sociales.

Visibilizar los cambios en los aprendizajes de género, masculinidad y paternidad, implicó reconocer el carácter relacional y los significados socioculturales. Tener presente el planteamiento de Simone de Beauvoir (11), al señalar 'no se nace mujer, llega a serlo', y con ello es posible afirmar que no se nace hombre, llegan a serlo de múltiples maneras, a partir de los recursos materiales y simbólicos del medio social económico, político, educativo y familiar. De acuerdo con (12) nuestra realidad se presenta como un mundo intersubjetivo y compartido con los otros, donde podemos coincidir pero en ocasiones disentir. Cada hombre será socializado de diversas maneras, por diferentes personas, instituciones y medios, involucrándose en complejos procesos de aprendizaje.

Participantes

Desde la ética en la investigación, a los participantes se les otorga un papel importante, no son sujetos pasivos, sino que en su carácter de agencia se apropian, influyen y transforman la realidad construida en la interacción intersubjetiva con el investigador, reconocer que en el encuentro con el otro construimos un nosotros.

Con base en estas consideraciones, se llevó a cabo la negociación y el consentimiento informado con los participantes. La técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, posibilitando el acceso al punto de vista, percepciones, valoraciones y prácticas en la experiencia de los hombres, indagando sobre los aprendizajes de género, masculinidad y paternidad.

El contacto fue a través de una escuela del sector privado que impartía educación pre-escolar y primaria, así como pláticas a los padres de familia. Se presentó el proyecto de investigación a la directora del plantel solicitando la autorización para llevar a cabo la invitación con los padres que estuvieran interesados en participar. Se acordaron las fechas

y tiempos que no interfiriesen con sus actividades laborales. Se consideró que el mejor momento para llevar a cabo las entrevistas con los padres sería a la hora en que llevaban a sus hijos al colegio, de manera que a las 8:00 de la mañana esperábamos el encuentro para la entrevista, la cual se llevó a cabo en un pequeño espacio destinado a la atención familiar, donde no había interrupciones y los papás se sentían en libertad de externar sus pensamientos, emociones y sentimientos sobre lo que ha significado ser hombre, ser padre, las dificultades y contradicciones sin que fueran molestados. La conducción de entrevistas se realizó de manera anónima y respetando la confidencialidad señalada en la ética de la investigación social.

Con base en el criterio de saturación teórica propuesto por (13) y (14), se integraron entrevistas de 17 hombres de nivel medio de acuerdo a la escolaridad, ingresos y actividad laboral. Entre los participantes se encuentran hombres casados o en unión libre, con hijos e hijas de diferentes edades, y en la mayoría la pareja realizaba actividades laborales remuneradas.

El análisis es de contenido, derivado de los ejes propuestos y la identificación de categorías. Se integran las experiencias y discursos compartidos por los entrevistados sobre los aprendizajes de género, masculinidad y paternidad.

Aprendizajes de género de los hombres: ¿masculinidad?

Dar cuenta de los resultados de una investigación requiere de la mirada analítica sobre la información documental relacionada con la masculinidad o masculinidades ya que encierra una multiplicidad de significados relacionales y jerárquicos (15). Más que investigar la masculinidad como tal, tendríamos que considerar los procesos de aprendizaje de género de los hombres en los contextos donde participan, no como algo fijo, sino dinámico y en constante cambio. Así como el feminismo planteó la imposibilidad de hablar de la femineidad dado que existe una diversidad de condiciones, como la clase, edad, orientación sexual, que configuran diversas identidades, lo mismo se podría decir de la(s) masculinidades y los hombres (16).

Ser hombre implica un aprendizaje continuo: se aprende y se vuelve a aprender

La vida de los hombres, así en plural, porque hay múltiples maneras de serlo, está entrelazada en la trama de significaciones que van conformando de acuerdo a los diversos procesos de aprendizaje de género muchas veces caracterizados por estereotipos como la agresividad, violencia, autoridad y ejercicio del poder (17), (18). Este aprendizaje se incorpora mediante el lenguaje, las actitudes y las formas de actuación en los grupos sociales donde participan, ya que desde temprana y a lo largo de su trayectoria de vida, aprenden a identificarse con ciertos atributos de género y a su vez los van cambiando.

Desde su propia voz, encontramos una diversidad de significados del ser hombre muchas veces contradictorios. Para algunos, es el que toma la iniciativa, el que se forja metas, el que provee económicamente aun cuando la pareja también sea proveedora económica, el que asume la responsabilidad y cuidado de la familia, la esposa y los hijos,

el que debe resolver todo. Estos aprendizajes integran un largo proceso de aprendizaje donde se incorpora la relación con su padre, quien jugó un papel importante a través de su actitud como hombre responsable, trabajador y sobre todo por la relación cercana: *Mi padre por las experiencias vividas me enseñó a comportarme como hombre, a pensar como hombre* (Martín, 39 años, 3 hijas y un hijo), o como señala otro entrevistado: *Pues lo vi entre mis hermanos mayores y mi padre, al responder como padre de la familia* (Marco Antonio de 30 años, con un hijo de 2 años).

Si bien el padre juega un papel importante en el proceso de aprendizaje de género, para otros fue la relación distante, su ausencia, señalando que faltó tiempo para relacionarse como menciona Andrés de 38 años con una hija de 4: *Desde pequeño yo sabía que era mi padre, pero él siempre estaba trabajando. Recuerdo que sí nos hacía caso, nos sonreía, nos hablaba, nos preguntaba cómo nos había ido, pero solo por momentos. Al otro día, cuando me levantaba ya se había ido a trabajar. Me faltó relacionarme mucho más con él, que nos hiciera un poco más de caso, que estuviera más tiempo con nosotros.*

Otras formas de relación estuvieron matizadas por una figura que a la fecha sigue ejerciendo control, llegando a tenerle miedo y pocas posibilidades de acercamiento: *Mi padre fue muy autoritario, [incluso cambia el tono de voz durante la entrevista, enfatizando con rudeza, casi gritando, para hacer notar la autoridad de su padre], siempre estaba enojado y gritando... ¡así fue mi padre!, nunca me valoró, yo le tenía miedo, tu pregúntame cuándo me senté a comer con él, o a tomarme un vaso de leche, nunca, él se subía a su tele y yo igual, nos veíamos a media noche y buenas noches, hasta mañana, era todo el diálogo que teníamos,* (Vicente, 36 años, 2 hijas, 14 y 10 años y un hijo de 5 meses).

La diversidad de relaciones entre padres e hijos, muestra la pluralidad de percepciones, experiencias y significados, donde no es solo la presencia o ausencia, de lo que dijo o no dijo sobre cómo debería ser un hombre, sino de las actitudes, lo que veían en él: *Antes los padres no hablaban tanto, no tenían que hablar, solo con su actitud decían todo, hoy día se habla mucho o los papás tenemos que hablar mucho, antes no,* (Oscar, 45 años, 2 hijos 18 y 14 años). Las actitudes entendidas como la disposición a actuar, de mostrar interés y los comportamientos cercanos, el tiempo dedicado a los hijos va dejando huella en el proceso de construcción de identidad como hombres.

Si bien el padre aparece como una figura en los aprendizajes de género de los hombres entrevistados, no es la única, ya que el proceso de socialización integra una diversidad de relaciones, se encuentra presente la madre, una combinación entre el padre y la madre, o el padre y el hermano mayor, o las hermanas; otros más hicieron referencia a los amigos y compañeros de la escuela, deportes o juegos, incluso algunos se refirieron a la sociedad, al medio donde se desarrollaron o a la vida misma. Solo uno de ellos comentó que quien le había enseñado a ser hombre responsable había sido su esposa.

Si bien, para algunos la madre hace alusión a la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer, también nos encontramos con discursos que reproducen los estereotipos de género que históricamente se han atribuido a los hombres: *Por ejemplo en casa de mi madre, siempre dice que las mujeres deben atender al varón, servirle, darle todo, ella les*

dice a mis hermanas que nos atiendan, (Andrés, 25 años y un hijo de 6). Otro entrevistado señaló: Mi mamá básicamente fue la que me enseñó a ser hombre, pero mucho fue de mi abuelita, un poco fue auto... ¿no?, porque la verdad es que era un "hombre" ¿no?, me dejaban suelto por todos lados ¿no?, y pues, bueno, fui algo tímido y algo de inseguridad que yo no me atrevía a hacer tantas cosas ¿no?, veía los desmanes de mis amigos pero yo no los repetía, de alguna manera me detenía, pues es que eso no era para mí, no es lo que yo he visto en mi casa, a lo mejor fue un poquito de autocontrol, sin querer atado a las ideas que generan en la casa de tipo disciplinario ¿no?, claro que no eran rígidas ¿no?, simplemente nos dejaban libres.... sobre todo a mí como "el hombre mayor" ¿no?, (Erick, 36 años, 1 hijo de 8 meses)

Encontramos una diversidad en los aprendizajes de género bajo la influencia de la madre o incluso la abuela, pero generalmente asumiendo que los hombres como tales saben y sabrán cómo actuar, asignando un poder genérico que en ocasiones los mismos niños no saben cómo manejar como señala en otro momento el mismo entrevistado: *No sé qué idea pudieran haber tenido mi abuela y mi mamá ¿no?, pero pues ahí está ¿no?... ¡déjalo crecer solo ¿no?, ...¡es hombre! A mi hermana la criticaban ¿no?, la rienda rígida dentro de la casa ¿no? Evidenciando la complejidad en los procesos de aprendizaje de género en los varones.*

Para algunos fueron elementos importantes en su proceso de aprendizaje el mundo social, la cultura, el medio en el que se desarrollaron: *Pues yo creo que todos, tanto mis amigos como mi escuela, como mis padres, como la tv., el radio, todos estos medios, creo que todo el tiempo se la pasan diciéndote cómo tienes que ser ¿no?, no te dicen lo mismo ¿no?, pero todos te dicen cómo tienes que ser en todos aspectos y pues entre ellos está el ser hombre, el ser masculino, el ser padre. (Jonathan, 20 años, 1 hijo de 4 meses)*

Los entrevistados consideran que lo más importante para un hombre es tener una vida estable, asumir la responsabilidad familiar, proveer económicamente, educar a los hijos e infundir valores. Un elemento significativo es el trabajo, vinculado a la responsabilidad de cubrir las necesidades familiares: *Importante, ¡el trabajo! porque de ahí sale para subsistir ¿no?, y para dar un poquito dentro de la casa a la esposa y al niño. Súper importante la familia. (Miguel Ángel, 45 años, 1 hijo de 10 años).*

La responsabilidad en el trabajo forma parte de los procesos de aprendizaje de género, desde temprana edad los niños crecen con la idea de que a través del trabajo serán reconocidos como hombres, dedicando gran parte de su vida a lograr un aparente éxito profesional y laboral: *Desde la infancia para nosotros ha sido el trabajo una obligación, atender las necesidades de mi casa, por mi trabajo ni descanso... (Carlos 37 años, 1 hijo de 14 años).*

Parte de los aprendizajes de género integra las ventajas y desventajas del ser hombre refiriendo tener más libertad, pero también el adquirir la responsabilidad familiar: *Bueno en nuestra sociedad está muy marcado de que el hombre es, vamos a decir, la cabeza del hogar, claro que ahora en la actualidad pues ya no es igual ¿no? (Mario 41 años, 2 hijas de 14 y 12 y un hijo de 10 años).*

“Híjole, las ventajas de ser hombre... adquirir la responsabilidad [risas y tono bajo] adquirir la responsabilidad completa en una familia, no hacer lo que tú quieras, sino más bien, responsablemente guiar, guiar un hogar, guiar una familia, (Oscar, 45 años, 2 hijos 14 y 18 años).

Como desventajas refieren tener que probar ante los otros que son hombres, silenciando lo personal, lo emotivo y lo íntimo. (19) señala que gran parte del proceso de socialización en los varones enfatiza no solo el control sobre los otros sino sobre sus propias emociones y sentimientos, quizá una parte del discurso sobre su proceso de formación considera que tener necesidades emocionales representa una señal de debilidad, una falta de autocontrol, que significa en algún sentido no ser lo suficientemente hombre, lo cual forma parte de los aprendizajes de género desde que son pequeños: *A los niños se les educa para que repriman sus emociones, para que repriman todo, mi mayor problema ahora, para no caer en esas cosas, es que soy muy delicado para poder expresarme con mi hijo, me cuesta mucho trabajo, cosa que con la niña ¡no!, (Daniel, 32 años, 1 hijo de 10 y una hija de 5 años).*

“Sí, si lo tengo muy claro, yo cuando he tenido deseos, necesidad de querer expresar algo, lo he querido hacer, pero no puedo, ¡no puedo!, siempre lo ahogo muy dentro de mí y este... yo creo que eso es uno de los sentimientos negativos que nosotros los hombres tenemos, nos creemos malos, de que... hay algo que necesitamos sacar pero no lo sacamos por orgullo (Carlos 37 años, 1 hijo de 14 años).

Se observa una dificultad no en el reconocimiento de emociones sino en la forma de manejarlas, expresarlas, externarlas, prefiriendo silenciar esta parte de la vida emocional. (20) plantea que los hombres administran sus afectos, y que esto conforma parte de la identidad de género masculino, convirtiendo a algunos hombres en individuos divididos, por un lado, teniendo el control aparente sobre sus vidas y por otro descuidando la parte emocional, la parte íntima, esto debido al proceso de socialización y aprendizaje de género, donde se enseña a negar los sentimientos como la ternura, la tristeza, el miedo entre otros. (21) considera que las emociones y necesidades en los varones no desaparecen, las frenan, las ocultan, las silencian, porque podrían poner en cuestionamiento el poder, control y dominio sobre los y las que los rodean.

Algunos se han dado la posibilidad de replantear el ser hombre, esto a partir de la relación compartida con la pareja y los hijos en el manejo de emociones y sentimientos: *¡Híjole! ... tal vez el que ya soy más sensible para expresar mis sentimientos. Sí, sí, antes me costaba mucho más trabajo ¿no?, ahora no, yo creo que la compañía de Sonia y la de mi hijo y muchas vivencias pues ya me han hecho más sensible en esas partes, (Erick, 36 años, 1 hijo de 8 meses).*

Para los hombres de la Ciudad de México, la familia se integra como parte de la responsabilidad: *yo desde que me casé, me asigné la responsabilidad de guiar y mantener una familia. Me agrada y le da sentido a mi vida. (Mario 41 años, 2 hijas de 14 y 12 años y un hijo de 10 años). Lo cual coincide con otro de los entrevistados: Pues ser responsable, o sea, ser responsable con uno mismo, ser responsable dentro de su casa, llevar una vida tranquila. No ser machista, o sea, quitarse la máscara y decir pues yo soy una persona, no soy macho y hasta ahí, (Miguel Ángel, 45 años, 1 hijo de 10 años).*

Lo que muestran los discursos son procesos de cambio y transformación en los aprendizajes de género de los hombres, pudiendo hablar de la emergencia de nuevas significaciones.

Paternalidad

Es sorprendente cómo la gran mayoría de los entrevistados mencionan que nadie les había hablado sobre este tema, lo cual tiene que ver con la organización del mundo social, los lugares y funciones asignados en los aprendizajes de género de los hombres; la maternidad es recurrente a lo largo de la vida de las mujeres, en los hombres la paternidad está ausente.

La paternidad como construcción sociocultural está influida por el orden de género, no es solo la reproducción biológica, sino lo que se hace con los productos de esa reproducción, las diferentes prácticas sociales que integran las funciones y responsabilidades. Integra los procesos de relación donde se incorporan los aprendizajes de género y se construye la identidad como hombre/padre a través de las interacciones en la vida diaria a través de las diversas actividades como proveer, cuidar y atender a los hijos/as. Una posibilidad de acercamiento a la manera como los padres refieren la paternidad es a través del análisis de contenido en sus discursos de las entrevistas, identificando contradicciones entre el *deber y el querer hacer*, incluso con el *poder y saber hacer*, lo cual daría cuenta del proceso de construcción como padres, enfrentando algunos dilemas. Por un lado, reproducir su actuación como padre proveedor o intentar ser un padre diferente, corresponsable en la crianza de los hijos y labores del hogar, aunque en el discurso señalan que *lo quieren hacer*, muchas veces *no pueden* porque dedican casi todo su tiempo al trabajo para cubrir la proveeduría; en otras ocasiones, sobre todo en las situaciones de cuidado y crianza de los hijos o en las labores domésticas *lo hacen* como ellos creen que *lo saben hacer*, pero las parejas femeninas les reprochan porque desde su perspectiva femenina *no lo saben hacer*; no obstante, se involucran en dichas actividades lo cual da cuenta de cambios socioculturales en los aprendizajes de género y por lo tanto, en las prácticas de paternidad.

Tratar de dar cuenta de procesos sociales complejos como la paternidad ha llevado a analizar las formas de relación que los hombres establecen con sus hijos e hijas, identificando aspectos distantes y poco comprometidos, en tanto que otros establecen relaciones cercanas y afectuosas, encontrando diferencias y variaciones generacionales donde para los padres de antaño el discurso social indicaba que la función primordial era la proveeduría, dejando de lado la participación en las actividades del hogar, cuidado, crianza y atención de los hijos e hijas (7), pero en la actualidad es distinto, se enfrentan a la necesidad de construir nuevas formas de participación en las decisiones reproductivas, compartiendo de manera cercana los eventos de embarazo, parto y crianza de sus hijos/as, considerando que es una de las mejores experiencias de su vida, se asumen corresponsables en la educación, establecen relaciones equitativas y democráticas con su pareja. Estos datos coinciden con las investigaciones de (5) y (8) quienes trabajaron respectivamente con varones profesionistas de sectores medios de la Ciudad de México.

Si bien, es en el encuentro relacional con la pareja y los hijos es donde un hombre va aprendiendo a ser padre, la actuación de las parejas femeninas juega un papel importante en dicha transición, como muestran los resultados de investigación de (22)

con hombres del municipio del Valle de Chalco, encontrando que la mayor intervención de los padres es producto de la demanda de sus cónyuges para que contribuyan y sean corresponsables en la crianza cotidiana de los hijos, sobre todo cuando son familias de doble ingreso y aumentan las responsabilidades y obligaciones. (17) en su investigación etnográfica en la colonia Santo Domingo de la Ciudad de México, señala que ha habido cambios en la identidades y acciones de los hombres, ya que se involucran en la paternidad estableciendo relaciones cercanas y comprometidas con sus hijos(as), y que en gran parte ha sido a partir de las iniciativas que las mujeres han tomado, aun cuando en ciertas ocasiones haya confrontación entre los varones y sus parejas por las exigencias de una mayor participación.

Lo cual da cuenta de los cambios culturales en este momento histórico, donde se pone en duda modelos que antes estaban claramente delineados entre hombres y mujeres; se aceptan los derechos de los niños, como producto de las políticas públicas, la opinión y presión social que ejerce la escuela o los medios de comunicación. Esto se acompaña de una interrogante constante entre los varones acerca de si están realizando bien su desempeño como padres, pues los modelos de paternidad aprendidos de sus padres, son en la mayoría de los casos cuestionados, llevándolos a una búsqueda para ser mejores padres.

Consideraciones finales

El análisis nos permite acercarnos a comprender procesos sociales complejos como los aprendizajes de género, la masculinidad y la paternidad a través de los cuales se construye identidad en los hombres, en muchas ocasiones de manera implícita, no hablada, silenciada, para convertirse en un cierto tipo de hombre o padre; aun cuando no se hable cotidianamente de ello, está implícito en la forma en que se comprometen y responsabilizan, algunas veces negociando con la pareja o incluso los hijos/as las actividades que hacen o no hacen.

Ser padre, como señalan los entrevistados es sumamente difícil, complejo, implica una responsabilidad centrada en el *“deber ser y poder hacer”* como los casos donde por cumplir con la proveeduría económica, dedican gran parte de su tiempo al trabajo, aunado a las distancias entre los centros laborales y los espacios de vivienda, no hay tiempo para estar con la familia.

Si bien, la paternidad es una manera de estar en el mundo, muchas veces resulta complejo poder cubrir con el deber ser en términos de la responsabilidad y la presencia, intentando una y otra vez construirse y posicionarse como un hombre y padre diferente, lo cual es complicado por los requerimientos laborales y familiares socialmente asignados a los hombres, llevándolos a negociar continuamente para lograr la corresponsabilidad, reconociendo los derechos de cada persona.

Es necesario explorar con detalle procesos que ocurren al interior de la familia, así como en sus vínculos con las instituciones laborales, que quizá en el pasado se podían dar por sentados o asumir de manera no problemática, pero como se ha mostrado, generan tensión en la medida que no se considera la posibilidad de participación en el ámbito familiar.

Se vuelve indispensable dirigir la mirada de las políticas públicas a la atención de la seguridad social para lograr un estado de bienestar (23). Para ejemplificar, podemos señalar el aumento de las jornadas laborales, el riesgo de despido, compitiendo no solo con el tiempo disponible para la vida familiar sino con las condiciones de salud en los hombres. Se ha dejado en los individuos la búsqueda, detección y solución a costa de sus condiciones de salud física y emocional.

En la medida que los hombres en su ejercicio como padres no sean vistos más allá de la proveeduría, y que en sus ámbitos laborales no tengan prestaciones relacionadas con el cuidado de la familia, seguirá siendo difícil lograr que los hombres se involucren con sus hijos y la responsabilidad seguirá en las mujeres.

Un aspecto pendiente es la conciliación trabajo y familia, en el caso de los hombres que son padres, aún se encuentran muchas desigualdades para equiparar la ley en cuanto a la paternidad. Sin embargo, algunos cambios culturales se hacen presentes en la práctica de algunos hombres en su papel de padres, modifican el rol y modelo tradicional a través de sus formas de participación en la relación con sus hijos(as) y sus parejas, aunque con dificultades porque no cuentan con derechos laborales sobre los tiempos para interactuar y atender a sus hijos. La lucha que enfrentan los hombres y padres en su intento por ser diferentes se vive de manera más o menos conflictiva, tanto dentro de las relaciones que establecen con la pareja como con los hijos e hijas. Es necesario fomentar iniciativas que promuevan la corresponsabilidad en la crianza de las hijas e hijos, siendo parte de la lucha por la igualdad y un mundo mejor.

**El artículo se presenta tal cual fue publicado la primera vez; sin embargo, reconocemos que actualmente contamos con más herramientas para hacer una corrección de estilo que integre el uso de lenguaje incluyente.

Referencias bibliográficas

1. UNESCO. Roles masculinos y masculinidades desde el punto de vista de una cultura de paz. Informe de la Reunión del Grupo de Expertos, Oslo, Noruega, 24-28 de septiembre, 1997.
2. Tena, Olivia y Jiménez, Lucero. Algunos malestares en la experiencia de los varones: ¿podemos ir reflexionando sobre sus derechos sexuales y reproductivos? Figueroa JG, y Salguero, A. (Coord.) ¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones. México: El Colegio de México; 2014 p. 331-360
3. Figueroa JG, y Nájera J. El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores. Acta Universitaria, 25(NE-3): 2015 19-25. DOI:10.15174/AU.2015.848
4. Lagarde, M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México, Colección Posgrado, México, 1993
5. Hernández, Daniel. Género y Roles familiares: la voz de los hombres. Tesis para obtener el grado de Maestro en Antropología Social. CIESAS. México, 1996
6. Nava, Regina. Los hombres como padres en el Distrito Federal a principios de los noventa. Tesis de Maestría en Sociología. FCPyS UNAM. México, 1996
7. Rojas, Olga. Reflexiones en torno de las valoraciones masculinas sobre los hijos y la paternidad. Figueroa, Jiménez y Tena (coordinadores) Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos. El Colegio de México, 2006, p. 95-120
8. Jiménez, Lucero. La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma, estudios de casos. Tesis para obtener el grado de Doctora en Sociología. FCPyS, UNAM. México, 2001
9. Fuller, Norma. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. Norma Fuller, Editora, Paternidades en América Latina, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2000, pp. 35-90
10. Barker, G y Verani, F. La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el caribe. Una revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas. Río de Janeiro, Brasil: Promundo/Save the Children, 2008
11. De Beauvoir, S. El Segundo Sexo. Buenos Aires: Ediciones Siglo veinte, 1977
12. Berger, Peter, y Luckmann, Thomas.) La construcción social de la realidad. Amorortu editores, Buenos Aires, 1997
13. Bertaux, Daniel. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. P. Jourtaud et al., Historia oral e historias de vida. Costa Rica, FLACSO, 1988, p. 81-96.

14. Denzin, Norman. Un punto de vista interpretativo. Denman y Haro (compiladores). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora, México, 2000, pp. 147-206.
15. Minello, Nelson. Masculinidad y Sexualidad, dos campos que reclaman investigación empírica. Salud Reproductiva y Sociedad, El colegio de México, Año III, Núm. 8, 1999, pp. 3-6
16. Salguero, MA. Masculinidad como configuración dinámica de identidades. Juan Carlos Ramírez y José Carlos Cervantes (coordinadores) Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres, las masculinidades. México: CUCEA, PIFI, 2013, p.37-53
17. Gutmann, Matheu. Ser Hombre de Verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón. El Colegio de México. México, 2000
18. Salguero, MA. Identidad masculina. Elementos de análisis en el proceso de construcción. México: Universidad Autónoma de México, FES Iztacala, 1ª. Reimpresión, 2014
19. Seidler, Victor. La Sinrazón Masculina. Masculinidad y teoría social. Paidós, México, 2000
20. Nolasco, Sócrates. O Mito da Masculinidade. Roco, Río de Janeiro, Brasil, 1989
21. Kaufman, M. Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. Brod, Harry and Michael Kaufman (Editores) Theorizing Maculinities. Sage, USA, 1994, pp. 119-141.
22. Haces, M. La vivencia de la paternidad en el valle de Chalco. Figueroa, Jiménez y Tena (coordinadores) Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos. El Colegio de México, 2006, p.121-155
23. Bauman, Zygmunt. Tiempos líquidos. México: Tusquets/CONACULTA, 2007

Discursos en torno a la niñez trans¹



Guerrero: Hospital General de Atoyac de Álvarez
"Dr. Juventino Rodríguez García"

Miriam Ramírez Jiménez

Maestra en Estudios de la Mujer

Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

Resumen

El objetivo de la investigación fue analizar cómo son significadas las identidades como LGBT en la niñez. El escenario de estudio fueron dos grupos de familias diversas integrados por activistas que defienden los derechos de la diversidad sexual, médicos sexólogos, madres y padres u otros familiares y jóvenes LGBT. Los grupos observados desarrollan sus actividades en la Ciudad de México y forman parte de una Asociación Internacional que tiene como objetivo a nivel global proporcionar información en temas de diversidad sexual y promover la aceptación social y familiar de personas LGBT.

Como parte de mi estrategia metodológica me enfoqué en las narrativas de las mujeres en los grupos para comprender cómo fue que llegaron a estos lugares, qué es lo que querían saber, cuáles eran las principales dudas que han tenido en relación al comportamiento de género de sus hijas/os. Para lograr el estudio realicé cinco entrevistas a mujeres que contacté inicialmente en alguno de los grupos; también recopilé y analicé el material difundido en los grupos, como son diversos impresos (folletos, manuales, guías para madres y padres) y recursos audiovisuales (conferencias,

¹ Este artículo es resultado del trabajo de investigación que realicé para la tesis de maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, en el periodo 2010-2012.

foros, pláticas, documentales, entrevistas). El análisis incluyó la información contenida en el diario de campo que elaboré a lo largo del trabajo de campo.

El análisis muestra que lo que se llega a reconocer como LGBT en la niñez ya ha sido caracterizado de antemano a nivel global por los discursos normativos y por los medios masivos de comunicación que de manera hegemónica ponen en circulación nociones de sexo, género e identidad. Caracterizar la niñez como LGBT no necesariamente implica problematizar el alcance de la normatividad sexo/género. Se busca que la niñez encaje en los términos LGBT porque éstos forman parte de un lenguaje común propuesto por las voces de los profesionales de la salud, los sexólogos, activistas, entre otros. Dichos términos permiten que se actualicen los vínculos afectivos en la familia con la finalidad de mantener la estructura familiar, también reducen la incertidumbre de madres y padres ante la falta de información y de alternativas sociales. En lo que respecta a la niñez los términos LGBT no necesariamente evitan las intervenciones biomédicas y conductuales que se hacen sobre las/os niñas/os en nombre de su bienestar.

Reconocer la variabilidad de género con base en los juegos, las actividades, las formas de relación entre pares, entre otros atributos, coincide con la mirada hegemónica y normativa sexo/género/orientación sexual, que busca encajar dicha variabilidad con alguna de las identidades previamente legitimadas por discursos y prácticas. En este sentido la naturalización de las identidades caracterizadas como LGBT encubre la problematización a los estereotipos de género que se revitalizan en las imágenes y narrativas de la niñez como LGBT.

El estudio muestra con claridad que se vuelve indispensable hacer visibles las identidades como LGBT porque las/os niñas/os con comportamientos variantes de género conforme crecen son expuestos a mayor grado de rechazo y violencia social, familiar y escolar.

Palabras clave: *Identidad de género, niñez, mujeres-madre, heteronormatividad, LGBT, variabilidad de género en la niñez, grupos de familias diversas.*

Introducción

El escenario de esta investigación se constituyó con dos grupos de apoyo para familias diversas integrados por activistas, profesionales de la salud (principalmente personal médico y/o experto en sexología) y madres, padres u otros familiares de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y transgénero (LGBT).²

El interés central al acercarme a ambos grupos, conformados primordialmente por mujeres (madres con hijas e hijos LGBT) fue identificar niñas, niños y jóvenes *trans*. La primera inquietud fue conocer cómo se les caracteriza como transexuales o transgénero y la forma en que se ponen en circulación los discursos acerca de lo *trans* en la niñez. Las y los profesionales en sexología fueron quienes destacaban más en la interlocución y se

² Ambos grupos ubicados en la Ciudad de México y que forman parte de una asociación Internacional que tiene como objetivo a nivel global proporcionar información en temas de diversidad sexual y promover la aceptación social y familiar de personas LGBT.

les consideraba como personas expertas en el tema de la niñez trans, por lo tanto, eran quienes emitían las principales recomendaciones a madres y padres sobre qué hacer y cómo comprender “el problema” de identidad con sus hijas e hijos. También se asumían como especialistas en el campo de la diversidad sexual, debido a su labor en los grupos de apoyo y como activistas a favor de los derechos sexuales.

Asimismo, profesionales de la salud que asistían a los grupos de apoyo eran figuras centrales en el estudio de la temática *trans*, pues han participado en los juicios de cambio de identidad sexo-genérica y diversos medios de comunicación les han entrevistado.

De esta forma, el presente artículo evidencia cómo se caracteriza a niñas y niños como *trans* con base en el enfoque biomédico, presente en el manejo de información por parte de las y los profesionales de la salud, y de la percepción que las mujeres-madre desarrollan a lo largo de sus experiencias.

En el año 2009 tuve mi primer acercamiento con este tema y ocurrió a partir de mi incursión en los grupos para personas *trans*, en particular en el Grupo Pumas Trans, dirigido por el médico psiquiatra Rafael Salín Pascual, espacio al que acudían en su mayoría personas en transición de varón a mujer, es decir, *trans* femeninas. El lugar donde se reunían estaba en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Así, inicié la tarea de analizar las experiencias de la niñez *trans* y en ese primer acercamiento solicité apoyo de este grupo para que compartieran sus historias de vida, dando prioridad a lo que había acontecido durante su niñez.

En esa labor resultó interesante la cantidad de recuerdos que las mujeres *trans* tenían y cómo se describían a sí mismas cuando eran niñas, momento en el que ya sabían que había algo diferente en su identidad de género y que era difícil externar a otras personas. En este sentido, en las narrativas enfocadas en la niñez observé similitudes que describían las mujeres *trans*, como su afirmación respecto a que desde edades muy tempranas — tres a cinco años— “sabían” que eran niñas y la influencia significativa que tuvieron en ellas figuras femeninas como madres, hermanas, tías, primas o maestras, con quienes ellas convivieron en su infancia y que en algunos casos representaron la motivación para modificar su cuerpo hasta lograr tener la apariencia de mujeres y en su elección del nombre que decidieron adoptar.

El proceso de investigación continuó al acudir a dos grupos de apoyo para madres y padres con hijas e hijos LGBT, quienes me permitieron observar el contexto y las situaciones por las cuales transitan las familias de niñas, niños y jóvenes *trans*. Las experiencias en ambos grupos fueron fundamentales para enfocar mi interés en esta temática y desarrollar la presente investigación.

En este artículo expongo cómo intervine en los Grupos de Familias Diversas (GFD) y la manera cómo elegí a las mujeres entrevistadas, tarea que tuvo implicaciones personales, mismas que considero fundamental evidenciar. Después abordé la forma en que los trastornos de identidad sexual han sido la punta de lanza para referir la particularidad de la niñez *trans*; además, describo cómo dentro de los GFD predomina el enfoque biomédico en el reconocimiento de las identidades trans en la niñez.

Metodología

Los antecedentes de esta investigación datan del año 2009 y el estudio del cual se desprende este artículo tuvo lugar en el periodo 2010-2012. El material de campo estuvo conformado por el registro escrito, a través de un diario de campo, de los relatos que surgían al interior de los grupos, donde las personas narraban la niñez de sus hijas e hijos.

Asimismo, entrevisté a cinco madres de niñas y niños *trans*, quienes participaban en dos grupos de apoyo y tenían entre 34 y 52 años. También utilicé la técnica de observación participante en los grupos y en las dinámicas familiares que pude presenciar.

El contacto inicial ocurrió en alguno de los dos grupos de apoyo a los que acudí. Las entrevistas y encuentros informales se realizaron en distintos lugares públicos. En otras ocasiones utilizamos espacios privados, como las recámaras de las informantes o de sus hijas e hijos. De esta manera, pude conocer las formas de convivencia, la interacción y los vínculos de afecto entre las y los integrantes de las familias.

Una vez expuestos los objetivos de la investigación y con la firma de la carta de consentimiento informado³ inicié cada una de las entrevistas, las cuales fueron registradas en formato electrónico. Además, la convivencia esporádica ocurrida en los grupos conformó el *rapport* con las personas que elegí como informantes principales. Las entrevistas fueron individuales, abiertas y con diferente grado de profundidad según cada caso.

En el abordaje de la experiencia *trans*, las técnicas de recolección de datos fueron relevantes porque permitieron comprender cómo las mujeres-madre tenían fuertes expectativas acerca del género respecto a sus hijas e hijos. En este sentido, la pregunta detonante de la entrevista fue amplia y se centró en su experiencia, lo que les permitió narrar los sucesos que consideraban significativos e identificar a las personas involucradas en sus vivencias. Es decir, qué integrantes de la familia o qué otras y otros actores fueron piezas claves en el reconocimiento de sus hijas e hijos como LGBT y *trans*.

De forma simultánea, busqué explorar cómo nombraban y dotaban de sentido sus experiencias para confirmar el reconocimiento social de la condición *trans* de sus hijas e hijos. La entrevista me permitió profundizar en el contexto familiar, pues la mayoría de las preocupaciones que las mujeres describían tenían origen en las relaciones de pareja y la comunicación en la familia.

La observación participante y el diario de campo⁴ derivaron en la construcción de reflexiones y en la identificación de preguntas que surgían al relacionar el análisis teórico con los acontecimientos que atestigüé y de los que también formaba parte. Además,

³En esta carta me comprometí a mantener los datos (nombres, direcciones, eventos de mayor privacidad) de manera confidencial y de exponer los propósitos académicos de la investigación, así como proporcionar a las informantes la posibilidad de retirarse del estudio en el momento en el que lo decidieran

⁴El diario de campo lo elaboré en el transcurso de un año, periodo en el cual también le di seguimiento.

el proceso de transcripción me obligó a establecer el diálogo con las narraciones de las mujeres, lo que significó *tocar fibras sensibles*.⁵

Asimismo, recopilé y analicé el material difundido en ambos grupos, como impresos -folletos, manuales, guías para madres y padres- y recursos audiovisuales -conferencias, foros, pláticas, documentales, películas, entrevistas en radio y televisión-.

Otra técnica de investigación que utilicé fue el seguimiento de ciertas redes sociales virtuales, como Facebook, así como blogs y páginas especializadas en la temática. La mayor parte de los datos obtenidos de esta forma se vinculó con imágenes y descripciones de la niñez como *trans*.

El acercamiento principal fue con las mujeres, porque identifiqué que eran quienes acudían con más frecuencia a los GFD y con ellas me relacioné con facilidad a partir de la convivencia. Por lo anterior, eran las que vivían con mayor cercanía las experiencias de sus hijas e hijos. En contraparte, fue más difícil establecer el acercamiento con los padres que asistían a las reuniones, pues se presentaban de manera esporádica y como acompañantes de sus parejas, sin tener un papel protagónico.

Durante los primeros meses de asistencia a las reuniones grupales, las mujeres tenían preguntas que expresaban de manera constante y que mostraban su incertidumbre ante el comportamiento que observaban en sus hijas e hijos: ¿por qué se comporta así (en el género que no les corresponde)? ¿Por qué no es “normal”? ¿Se le pasará? ¿Quién tiene la culpa? ¿Alguien habrá abusado sexualmente de ella o él? ¿Qué he hecho mal? ¿Por qué me pasa esto a mí? Estas preguntas, y otras más, eran expuestas dentro de los GFD.

En este sentido, las y los profesionales de la salud (medicina, sexología y psicología) que participaban en estos grupos coordinaban y orientaban las inquietudes derivadas de las experiencias compartidas por las mujeres. Además, asistían a los GFD para acompañar los procesos en los que las madres y los padres expresaban dudas en relación con los comportamientos que observaban en sus hijas e hijos.

De esta forma, la función principal de este personal de salud fue brindar información y aclarar dudas relacionadas con el tratamiento hormonal y los cambios en el desarrollo. Cabe destacar que el grupo de profesionales es conocido por madres y padres como “personas expertas en el tema de diversidad sexual”. Este reconocimiento hacia las y los profesionales de la salud se vincula con la percepción que existe en la sociedad mexicana sobre quiénes poseen el conocimiento de la sexualidad y de la diversidad sexual.

En este sentido, eran especialistas en medicina, sexología y psicología, la mayoría hombres, quienes opinaban y recomendaban qué hacer ante el diagnóstico del trastorno de identidad sexual. Lo anterior incidió en que la información que predominaba dentro de estos GFD conservaba el enfoque biomédico de las primeras investigaciones sobre esta temática.

⁵El momento de la transcripción significó un momento de reflexión. Fue difícil evitar hablar de experiencias personales y familiares durante las entrevistas, en relación con la forma en que me sentía, las cosas que me hubiera gustado saber desde hace mucho tiempo para modificar la manera como vivimos en familia. En este sentido, recordé que nos escondíamos de las y los vecinos, familiares y amistades para no dar explicaciones sobre la transición de género de una hermana.

Trastornos de identidad sexual: la particularidad de la niñez *trans*

Hacia 1968, un grupo psicoanalítico dirigido por Robert Stoller realizó investigaciones para diagnosticar los trastornos de identidad sexual en la clínica de identidad de género del Hospital Johns Hopkins, en la Universidad de Los Ángeles. Así surgió la construcción de un perfil diagnóstico con base en la “incongruencia” entre el papel-rol/identidad de género.

El trastorno de identidad sexual o de género -transexualismo- no era considerado por el ámbito médico. En 1952, en Dinamarca se realizó una cirugía de cambio de sexo a Christine Jorgensen, a partir de lo cual este trastorno fue reconocido en personas adultas.² Por su parte, Stoller definió la transexualidad como una condición sexual y una desviación de la identidad que puede ser estudiada desde la temprana infancia.³

La primera referencia a una diagnosis relacionada con la niñez se encuentra en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), publicado en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).⁴ El nombre asignado fue “trastorno de identidad de género en la infancia”, el cual se conservó hasta el DSM-III, publicado en 1987.⁵ Después, en el DSM-IV-R se plantearon tres grupos para la categoría “trastornos sexuales de la identidad sexual y de género”: disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de identidad de género.⁶ En este último se especifica la categoría 302.xx como “trastornos de identidad sexual en la infancia”.⁷ Por su parte, el DSM-IV no contempla el término transexual debido a que la APA lo eliminó, pero algunas y algunos profesionales lo continúan usando al considerarlo útil en su práctica. Además, este concepto se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10).⁷ Sin embargo, en el DSM-IV-R de 1995 se incluye el “trastorno de identidad de género” para designar a las personas que muestran una fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico.⁸

De acuerdo con el DSM-IV-TR, el elemento básico para diagnosticar los trastornos de identidad sexual en la infancia es el malestar persistente que las niñas y los niños experimentan en relación con su sexo asignado.⁹ Por lo tanto, se describe que unas y otros sienten aversión hacia la vestimenta estereotipada y normativa del género que se les asignó socialmente y reniegan de sus respectivas características anatómicas.

El diagnóstico de trastornos de identidad sexual en la infancia también describe que lo que las niñas y los niños quieren, afirman o desean de manera persistente: *pasar al otro género*. En este caso no se cuestiona la normatividad que se impone para lograr que encajen en el otro sexo/género y socialmente se construyen expectativas de lo que significa “el otro”. A partir de ahí, se espera que las niñas y los niños *pasen* y se adecuen a la vestimenta, los nombres y los comportamientos (femeninos o masculinos). De esta manera, las diferencias de género se imponen, como se refiere en el siguiente estudio clínico con adultos transexuales, cuando se describe el cambio de sexo respecto a la apariencia corporal: “Los hombres deberán llevar vestidos, someterse a electrólisis y practicar conductas femeninas. Las mujeres deberán cortarse el cabello, disimular los pechos y (de manera parecida a los hombres) tendrán que adquirir una identidad masculina”.¹⁰

La dicotomía femenino/masculino es el referente desde donde se han construido los términos para hablar de transexualidad o transexualismo en la niñez; estas categorías se han empleado en los estudios clínicos con descripciones como las siguientes:

Los niños afeminados buscan cualquier excusa para ponerse ropa de niñas, solamente quieren jugar con niñas, tienen juegos de niñas y quieren juguetes de niñas, prefieren jugar con muñecas a las que visten, peinan y arreglan. Les gusta disfrazarse con ropa o los objetos de la madre y les gusta maquillarse. Son niños a los cuales no les gusta buscar líos o pelearse. En ocasiones, llegan a decir cosas como “yo quisiera ser una niña” o “cuando crezca seré una niña. Es menos frecuente encontrar niños que digan “yo soy una niña” o que expresen odio hacia sus genitales masculinos y esperen deshacerse de ellos o amenacen con quitárselos. Generalmente la escuela pone en alerta a madres y padres.¹¹

Los niños transexuales son particularmente bellos y mimados; en general, los menores de la familia. Sus madres los consideran amables. Son niños que les agrada vestirse de niña, aconsejan a sus madres sobre la vestimenta y los adornos. Suelen orinar sentados y realizar actividades femeninas.¹¹

Las niñas masculinizadas hablan de su rechazo a ser niñas; para ellas, ponerse un vestido representa un drama. Son deportivas, suelen ponerse un nombre de niño. La salida de los senos en la pubertad les hace sentir desesperanza, así como la menstruación.¹¹

El transexualismo en niñas, son niñas que fueron poco mimadas, no fueron consideradas como femeninas por sus padres.¹¹

En estudios recientes, estas categorías distinguen acepciones, tratamientos e interpretaciones sobre la niñez. Aunque el enfoque biomédico ha marcado las pautas sobre cómo referirse a las niñas y los niños con comportamientos variantes de género, las intervenciones no solo dependen de la medicina, sino que incluyen los intereses familiares, las creencias religiosas, el contexto social y económico, el nivel de estudios de las madres y los padres, así como la influencia de los medios de comunicación, entre otros. En este sentido, las y los profesionales de la salud no son las únicas personas especialistas en el tema de diversidad, pero sí son quienes tienen mayor reconocimiento en el campo de la sexología para determinar qué hacer ante los casos de trastornos de identidad sexual en la infancia.

En los GFD que analicé existe una estrecha relación con el campo de la sexología, pues coinciden en la construcción de espacios a favor de los derechos sexuales y del reconocimiento de las denominadas identidades LGBT. Lo anterior, aunado a la visibilidad de personas *trans*, está presente en los principales discursos que actualmente tienen relevancia social en la Ciudad de México, esto influye en las definiciones de nociones básicas como sexo, género, identidad sexo-genérica y orientación sexual. Además, también se relaciona con determinadas recomendaciones por parte de quienes son profesionales de la salud.

A partir de este discurso dominante surgieron programas de radio y televisión que anunciaban los servicios de las y los principales médicos-sexólogos. Asimismo, los documentales, las entrevistas y los reality show han incidido en la consolidación del discurso sexológico y se ha reconocido a profesionales de la salud como personas expertas que pueden hablar de la niñez *trans* en la Ciudad de México.

De esta manera, en nuestro país la sexología se situó con un estatus de saberes que podían ser ejercidos, en el área educativa o clínica, solo por algunas personas, quienes se asumen como especializadas y expertas, por lo que “se encargan de definir las propiedades que serán usadas para construir la clasificación, así como la forma en que dichas propiedades serán sopesadas, [...] la presunción de que solo el experto posee acceso ante la verdad de los sujetos”.¹²

Las madres de hijas e hijos *trans*

A partir de los diálogos entre las personas participantes y coordinadoras de los dos grupos de apoyo, me enfoqué en los motivos por los cuales las mujeres asistían a las reuniones y recopilé las frases, los discursos, las metáforas, los hallazgos en torno a la niñez y mis reflexiones. Lo anterior me permitió identificar y analizar el escenario de estudio y describir cómo se enunciaban los discursos y se hacían visibles las experiencias de la niñez. Así, comencé a distinguir a las personas que en cada reunión participaban y comentaban hallazgos de la niñez de sus hijas e hijos.

De esta forma, registré la manera como se definían las nociones para referirse a lo *trans* en la niñez, cuáles eran la paradojas, cómo se debatía o se reforzaba la normatividad sexo/género. Además, me centré en la forma en que se interpretaban los comportamientos y cómo hacían eco cuando coincidían con el discurso experto. Asimismo, recopilé algunas imágenes que consideré importantes por el lugar que ocupaban en los escenarios de estudio y por su función en los grupos.

De acuerdo con lo anterior, observé la presencia de las niñas y los niños, aunque era ocasional, pues las mujeres preferían no llevarles al grupo, al ser ellas las responsables de su cuidado. No obstante, aproveché los momentos en que asistían para observar como interactuaban con otras personas de su edad, por lo que me enfoqué en los comportamientos, las actitudes, el lenguaje corporal y la manera como respondían cuando se les solicitaba información, así como la forma en que su presencia motivó largas discusiones entre las personas adultas.

Las mujeres que participaron en las entrevistas habían llegado a los grupos para madres y padres por recomendación de alguna amistad o por sugerencia de profesionales de medicina o psicología, en particular terapeutas. Sin embargo, detecté que la mayoría se había enterado por medio de un programa de radio. En el cuadro 1 presento las características de las mujeres entrevistadas y de sus hijas o hijos.

Cuadro 1. Características de las entrevistadas

Nombre*	Edad	Hija o hijo	Edad de la hija o el hijo	Se identifica como
Carolina	41	Cris	9	Niña trans (HaM) ⁶
Karla	34	Antonio	12	Niña trans (HaM)
Verenice	45	Dan	16	Mujer (trans HaM)
Raquel	37	Javier	8	Niño trans (MaH)
Isabel	35	Miranda	5	Niña trans (HaM)

Fuente: elaboración propia.

*Se utilizan pseudónimos, con el fin de mantener el anonimato

Comenzaré la presentación de las madres y de sus experiencias con Carolina, quien era una mujer de 41 años, divorciada y que vivía con su hija Cris, de nueve años y caracterizada como *trans*. Mi interés en ellas surgió a partir de que Carolina compartió el siguiente relato:

Cuando mi hija tenía cuatro años una psicoterapeuta que la atendía por el problema de paladar hendido me sugirió buscar ayuda psiquiátrica, porque según ella mi hija era propensa a homosexualidad. Posteriormente, supe que mi hija no tenía nada, sin embargo, en el Instituto Nacional de Pediatría un psicoterapeuta me recomendó ir al grupo de madres y padres por la diversidad sexual (NE).⁷

De este modo, desde mediados del año 2010 Carolina asistió con Cris a las reuniones; a partir de ello aprendió a describir y definir a su hija como niña transgénero transexual o con comportamientos atípicos de género.⁸

Las entrevistas se llevaron a cabo en su casa, en mayo de 2011 y en febrero de 2012; en esta segunda ocasión destacó que Cris ya asistía como niña a la escuela, lo que implicó el cambio de domicilio. Carolina señaló que la mayor fuente de apoyo ha provenido de amistades y personas vecinas, a diferencia de su familia (extensa) a quien percibe como alejada e indiferente.

⁶ Usaré las marcas que utilizan en inglés para facilitar la comprensión de los términos, HaM (hombre biológico a mujer transexual) y MaH (mujer biológica a hombre transexual). Hablaré de niñas transgénero o trans (HaM), para referirme a quienes al nacer fueron asignados niños, pero posteriormente fueron descritas como niñas. También hablaré de niños transgénero (MaH), para referirme a quienes fueron asignadas niñas al nacimiento y después fueron descritos como niños.¹

⁷ Con el fin de identificar el origen de las narraciones asigné las siglas NE para las notas de entrevistas y NDC para las notas de diario de campo.

⁸ Estas expresiones son usadas de manera indistinta en el contexto de estudio para referirse a las y los niños. Sin embargo, en el caso de las personas adultas sí escuché diferencias en el uso de la terminología.

Por su parte, Karla vivía con su hijo Antonio, de doce años, y con su esposo, a quien conocía desde la preparatoria, quien era gerente de un restaurante. Además, mencionó que su madre y algunas mujeres de su familia extensa (cuñada y suegra) habían sido su principal apoyo emocional.

En nuestra primera conversación comenté a Karla que me sorprendió cómo se había expresado de su hijo, pues para ella desde los diez años él era femenino, momento en que le dijo que quería usar ropa de mujeres. Poco después le sorprendió jugando con un niño y simulando actos eróticos:

Estaban en la recámara con la luz apagada, Antonio estaba arriba de él, en ese momento prendí la luz y dije: “¿qué está pasando aquí?”. Me acuerdo de ese día, le di una bofetada y le dije: “¿qué rayos estás haciendo?” (NE).

A partir de este relato decidí realizar la entrevista, la cual tuvo lugar en su casa y observé que su esposo escuchaba nuestra conversación desde una de las recámaras. Finalmente, la acompañé a una secundaria pública para recoger a Antonio. El contacto se interrumpió porque dejó de asistir al grupo.

Verenice es otra mujer-madre, quien se divorció cuando su hija menor tenía tres años. Al momento de la entrevista vivía con su madre, una de sus sobrinas y su hija Dan, una mujer *trans* de 16 años. Su principal apoyo familiar, emocional y económico eran su madre y una de sus primas. En su relato comentó:

Desde que Dan tenía tres años jugaba con muñecas y su mejor amiga era una prima mayor, quien se caracterizaba por mostrar una apariencia muy femenina, con el tiempo pensé que podría tener tendencias homosexuales. [Posteriormente] cuando Dan tenía 15 años y acababa de salir de la secundaria, me enteré por medio de mi prima que mi hijo [en ocasiones se refiere a él y en otras a ella, aunque se trata de la misma persona, una joven *trans* femenina] estaba a punto de suicidarse en Navidad. Dan estaba muy mal, poco a poco se iba deshaciendo de sus cosas, incluso le estaba buscando dueño a su perro que tanto quiere (NE).

A partir de lo anterior, Verenice acudió con un psicólogo varón, quien le recomendó asistir a las reuniones del grupo de apoyo, lo que hizo a partir de diciembre de 2011. Cabe señalar que las entrevistas ocurrieron entre enero y marzo de 2012.

Mi interés sobre la niñez *trans* me motivó a incluir a dos informantes más: Raquel e Isabel, a quienes conocí en el transcurso de la investigación; consideré que sus vivencias y narrativas eran relevantes porque representaban casos en los que las experiencias transgénero en la niñez se tornan con mayor visibilidad. Sin embargo, no las incluyo con descripciones detalladas porque fueron seleccionadas cuando el estudio ya estaba en desarrollo.

Las características de las mujeres permiten profundizar en el contexto familiar; además, todas tienen una posición de cuestionamiento y búsqueda de aceptación en torno a la identidad de sus hijas e hijos. Reconocerlas ayuda a comprender cómo se relacionan con sus parejas y quiénes son sus principales apoyos dentro de la familia. Asimismo, fue posible establecer una mayor confianza a través de la identificación de temas en común y así consolidar el vínculo con cada una de ellas con el fin de conocer un poco más sobre sus expectativas de género respecto a sus hijas e hijos.

Los discursos en torno a la niñez trans en la Ciudad de México

Las narrativas de las entrevistadas permitieron identificar momentos compatibles con los discursos normativos, pero también contradicciones con los mismos. El papel de las mujeres en el contexto de estudio es fundamental, pues asumen el cuidado de sus hijas e hijos y es difícil que sus narrativas se alejen del imaginario que persiste cultural y socialmente sobre las mujeres: la maternidad.

En este sentido, utilicé la expresión mujeres-madre para describir las funciones sociales que les son impuestas, pues se espera que cumplan con el rol materno de cuidados y vigilancia hacia las y los hijos identificados como *trans*. Utilizo el plural “mujeres” y añado el término madre en singular, debido a que me interesa destacar que se trata de una construcción social individualizada, donde se percibe que cualquier mujer “debe” desempeñarse cumpliendo el estereotipo de la madre. Lo anterior reitera el lugar de las mujeres como responsables de la esfera familiar donde su “deber” se encuentra mediado por el *amor materno*.¹³

Las mujeres (en tanto madres) se convierten en portavoces del GFD y son referentes que los medios de comunicación exaltan para generalizar la experiencia. Se espera que demuestren afecto a sus hijas e hijos, lo que se relaciona con decirles que les quieren y que les hagan saber que asisten a un grupo de apoyo para familias diversas.

Una de las preocupaciones expresada por la mayoría de las mujeres abordadas en esta investigación es saber que están haciendo “bien” su labor como madres. Por lo tanto, la necesidad de saberse aprobadas y acompañadas en la toma de decisiones es asumida y a la vez es impuesta.¹⁴

De esta forma, la identidad femenina es valorada con base en el desempeño en la familia, se pone en tela de juicio la forma en que las mujeres, en tanto madres, socializan una “verdadera” feminidad y ellas mismas se ven sometidas a verificación constante por parte de las demás personas: “La identidad femenina es situada en el ‘entremedio’. El ideal de las mujeres es diferente de aquel que tiene la gente en general, y ambos no pueden ser logrados al mismo tiempo por cualquier mujer”.¹⁵

En los GFD algunas de las mujeres-madre asumían que una de sus tareas principales consistía en enseñar desde edades tempranas las diferencias de género a sus hijas e hijos. Socialmente se espera que sean quienes eduquen sobre la feminidad con base en los estereotipos de género:

Me urge lo de la depilación, que de seguro me van a cobrar de a kilo [hace referencia a su hija, una joven transgénero].

(NDC, madre de una joven *trans* de 17 años)

Claro, hay que tomar en cuenta que lo femenino, ¡empieza en casa!

(NDC, coordinadora)

Yo como que lo impulso y le digo: ¡prueba! ¿Cómo sabes que no te gustan las niñas, si no pruebas? Él dice: ¿sí verdad? y le respondo: ¿cómo sabes que no te toca alguna y sucede magia?

(NE, Karla)

En adelante vamos de la mano y a quien le guste ver su transformación a mujer [hace referencia a la transición de género de masculino a femenino], y a quién no, ¡pues no! Es la transformación de mi hija inspirada.

(NDC, madre de una mujer *trans* HaM de 18 años)

De acuerdo con Beatriz Gimeno, son pocos los cuestionamientos o las críticas hacia el binomio mujer-madre, el cual se considera natural, normal e incluso inevitable para todas las mujeres. Sin embargo, es pertinente cuestionar por qué no existe el binomio varón-padre; es decir, por qué dicha expresión no implica de la misma manera a los hombres, en relación con su tiempo, sus proyectos de vida y su cuerpo.

Material de apoyo para familias diversas

En la investigación, durante más de un año recopilé material de apoyo y material audiovisual que consideré significativo y en particular analicé tres videos. El primero es “Madres y padres hablan de homofobia”, producido en el año 2007 y financiado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, con duración de 45 minutos y exhibido en noviembre de 2012 en uno de los grupos. En este video se entrevistó a 23 madres y padres de familia, integrantes de los GFD, quienes expusieron cómo han enfrentado diversas experiencias en relación con sus hijas e hijos LGBT. También participaron especialistas, la mayoría con formación en el área de la sexología, que apoyaban a los grupos y que reconocieron que el trabajo principal corresponde a madres y padres.

Asimismo, en este material presentan casos donde mujeres y varones hablaron a partir de sus experiencias como madres o padres, expresaron emociones y sentimientos, y reconocieron sentir culpa, dolor, angustia, desesperación, pánico, asco, violencia y agresión. Lo anterior se relaciona con el dispositivo terapéutico, en tanto se dirigen a construir narrativas de sufrimiento.¹⁵ También se observa el énfasis que se hizo en la música a manera de melodrama y en las escenas donde exaltan partes del cuerpo para representar situaciones dolorosas, de sufrimiento, angustia o depresión. Por ejemplo, se muestran escenas de personas llorando al hablar de sus hijas e hijos, como ocurre en la siguiente narrativa:

Si no hubiéramos sido homofóbicos, mi hijo desde muy temprana edad hubiera podido expresar su orientación sexual y no hubiera muerto de sida.

(Rosa Feijoo Andrade)¹⁷

Los relatos se completan con fotografías de niñas y niños pequeños que se integran a escenas donde representan a las familias que conviven de manera armónica.

El segundo video se titula “Niña transgénero”, producido en febrero de 2012 y transmitido en el programa “Lo que callamos las mujeres”, su duración es de 40 minutos y describe el caso que vive una mujer con su hijo de nueve años, quien es diagnosticado por una psicóloga como transexual. La actuación de la madre se enfoca en una figura que exalta lo “femenino” y se le representa llorando en un contexto en el que de forma constante suceden eventos negativos y desgracias, en los cuales ella no recibe el apoyo de la familia extensa. Además, se dedica de tiempo completo a cuidar a su pareja e intentar comprender a su hijo, quien es presentado con apariencia masculina y es atendido por una psicóloga, a quien platica lo siguiente:

Me siento niña en muchas cosas. Desde que era bebé me gustaban mucho las muñecas y jugar con las niñas, es como tener un cuerpo que no es mío.

(Niña caracterizada como transexual)¹⁸

En relación con este material, el acercamiento en el grupo de apoyo con las personas que viven la historia en la que se basa el video fue crucial para comprender la influencia de los medios de comunicación para difundir este tipo de situaciones, desde un enfoque de consumo y con exageración en los momentos de tensión y drama en las relaciones familiares.

El tercer video es “Nuestros hijos *trans*”, producido y transmitido en agosto de 2012 en el programa “Diálogos en confianza”, con duración de una hora con cincuenta minutos. Este material muestra situaciones que viven algunas madres con hijas e hijos *trans*. El panel de personas expertas estaba compuesto por terapeutas y especialistas en sexología y derecho, los tres ámbitos que se consideraron básicos para comprender la diversidad sexual. El público que asistió a la transmisión en vivo se identificó como activista o representante de organizaciones y colectivos *trans* en la Ciudad de México.

Desde el punto de vista de las y los especialistas, el tratamiento médico para las personas adultas *trans* es un recurso de salud personal. En esta perspectiva se afirma que la coherencia sexo/género se relaciona de forma directa con la salud y la armonía; por lo tanto, se establece que para lograr dicha coherencia es indispensable el apoyo de profesionales del campo de la sexología.

De esta forma, quienes se ostentaron como especialistas de la salud recomendaron a madres y padres de niñas, niños y jóvenes *trans* que asistieran a grupos de apoyo, considerando esta la mejor alternativa para acompañar su proceso. Esto implica apoyar a sus hijas o hijos en las modificaciones de sus cuerpos, meta que se traza de antemano y se prescribe como una necesidad inapelable para lograr un “sentimiento” de pertenencia al

sexo, tal como es nombrado acorde con la apariencia femenina o masculina. Además, las y los expertos reconocieron que esta necesidad se puede solventar con mayor facilidad, en tiempo y recursos, cuando existe el acompañamiento de la familia.

En el contexto del estudio, el discurso experto –sexológico– sostiene la idea de que las personas transexuales o transgénero son aquellas que se encuentran en un cuerpo equivocado y por eso necesitan apoyo por parte de la medicina, la psicología o la psiquiatría. En este sentido, cuando las niñas o los niños son reconocidos como lesbianas, gays o *trans* se infiere que necesitan recibir un trato acorde con su sentir. Sin embargo, no se indaga por qué se antepone la diferencia para justificar un trato especial y para cuidar con mayor atención la socialización de género y las relaciones entre pares.

A través de las opiniones de especialistas y profesionales, las madres y los padres se dan cuenta de la situación de sus hijas e hijos, lo que genera un sentido y una explicación de lo que viven. De otra manera se encontrarían ante la incertidumbre y la frustración para enfrentar situaciones en la vida cotidiana.²⁰

En una investigación realizada entre los años 2010 y 2012 en Madrid, España, que incluyó entrevistas con madres y padres que asistían a los servicios de atención a homosexuales y transexuales, se subraya la importancia de las y los especialistas en el reconocimiento de la condición *trans*: “se confía mucho en la medicina y en la psiquiatría como un lugar de ayuda y de asistencia. Es un grave error, pues no todos los profesionales respetan los derechos y no todos ayudan”.²¹ La confianza absoluta en el personal médico se evidencia con el testimonio de una entrevistada:

Fue finalmente la psicóloga la que me dijo en mi cara que mi niña era transexual y que le tenía que tratar como un hijo.”²¹

En el contexto del presente estudio, quienes son profesionales de la salud y en sexología se constituyen como centrales en la vida cotidiana, pues apoyan los cambios en la familia y sugieren las formas en que se puede comunicar la situación a otras personas integrantes del núcleo familiar:

Mi marido no quería aceptar; no es hasta que a partir de que ambos asistimos a la consulta con sexólogos quienes dan el diagnóstico de transexualidad masculina en nuestro hijo. [...] El sexólogo está presente para responder ante el desconcierto familiar, ¡esto me produce una sensación de alivio!

(NDC, Raquel)

En este caso, la admiración hacia los sexólogos hombres es una tarea reiterativa de las coordinadoras y es parte de la percepción social hacia los profesionales varones (médicos o sexólogos), quienes se asumen como portadores de un saber/poder: “ciertos encargados son los que reciben retribución para escuchar a cada cual hacer confidencias sobre su sexo”.²²

Los sexólogos varones que participan en las reuniones son médicos, psicólogos, terapeutas o abogados, quienes imparten talleres o conferencias y por lo regular conforman un grupo claramente identificado que se relaciona entre sí. Las interpretaciones de dichos profesionales son las que tienen mayor influencia en los grupos, pues a través de sus puntos de vista, los comportamientos de niñas, niños y adolescentes se leen como atributos de identidad.

Raquel expone cómo modificó su percepción ante el problema que en inicio atribuyó a la salud de su hijo y después lo describió como de índole familiar. Esto sucedió a partir de que ingresó al grupo y consultó a tres sexólogos, quienes coincidieron con el diagnóstico de transexualidad masculina.

La percepción de las y los profesionales de la salud refuerza la idea de que el problema de identidad en niñas y niños atañe principalmente a las madres y los padres. Por un lado se les dice como tratarles y por otro se dejan a la deriva dudas respecto a la hormonación, los cambios corporales a través de cirugía, la afectación en el desarrollo de la pubertad y aspectos de la sexualidad.

Los comportamientos, el cuerpo y el deseo se leen desde el sentido común sobre unidades identitarias: niña y niño. Las investigaciones antropológicas e históricas de la diversidad sexual han determinado que no existe conexión entre los comportamientos sexuales y la identidad sexual,^{23,1} pero los discursos normativos biomédicos, psiquiátricos y sexológicos reconocen una relación lineal entre el comportamiento de género y la identidad de género.^{23,1}

En este sentido, socialmente se espera que niñas y niños tengan un lenguaje corporal diferenciado (posturas, gestos, motilidad); sin embargo, cuando los comportamientos, el cuerpo y el deseo no coinciden con las expectativas sociales y no pueden ser interpretados con claridad en una de las dos categorías, femenino o masculino, no se incluyen en un conjunto homogéneo: “una vez que se vuelve cosa médica, hay que ir a sorprenderla en el fondo del organismo, en la superficie de la piel o en los signos del comportamiento.”²²

En las narrativas se expone como los comportamientos de género que difieren de la normatividad sexo/género/deseo provocan desconcierto, angustias, miedos y culpas. No se toma en cuenta la violencia que se genera cuando la identidad es leída en términos de patología social, la cual no es ejercida de arriba hacia abajo, sino que se lleva a cabo a partir de múltiples lugares y direcciones: el entorno social, la familia extensa, los medios de comunicación, las voces influyentes de las y los profesionales de la salud, incluso desde los vínculos de afecto. El rechazo social a un niño sensible y una niña enérgica, por seguir solo una variante, son ejemplos de patología social e implican reconocer que no es una paradoja personal.²⁴

Por lo tanto, individualizar el problema y especificarlo como personal o familiar es parte de la violencia que se ejerce y que es constitutiva de la patología social. El discurso patologizador atribuye un papel al malestar, pues para poder controlarlo o evitarlo se apuesta por una revelación basada en la explotación del sufrimiento, antes que reconocer la agencia social respecto a la identidad de género.²⁴

En esta investigación, las recomendaciones dirigidas a madres y padres de hijas e hijos *trans* implican mantenerse en contacto con personal de sexología y se les pide que se dirijan a las y los niños con un nombre acorde al género con el cual se identifican. También se sugiere iniciar el tratamiento con bloqueadores hormonales durante la niñez.

El efecto de los supresores hormonales en la pubertad se relaciona con el crecimiento, cuyo efecto en las niñas y los niños es que no calcifican de manera normal.²⁵ Al suprimir la pubertad, la persona queda en un estado de prepubertad, pues la falta de calcio es similar a la que vive una mujer en la menopausia; sin embargo, estos efectos son manejables si se utilizan sustitutos de forma periódica. De esta forma, en el contexto local "iniciar la reasignación hormonal antes de que empiecen las transformaciones puberales tiene ventajas, el obstáculo es la minoría de edad, ya que requieren del convencimiento de los padres".²⁶

Conclusiones

Uno de los retos de la problemática de las identidades *trans* en la niñez es encontrar otras metodologías para conocer sus necesidades sin categorizarles de antemano o intervenir en su cuerpo afectando las decisiones futuras. Al respecto, Alice Dreger reconoce que lo más recomendable es no afectar su crecimiento en términos de la capacidad reproductiva y la plena sensación sexual, temas que están pendientes por abordar y que son de vital importancia, pues forman parte de las decisiones que a largo plazo recaen sobre la niñez.²⁷ En este sentido, no hay razón para que las niñas y los niños estén atrapados en las políticas de las personas adultas respecto al sexo/género/orientación sexual.

Asimismo, es importante reconocer que en nuestro país los derechos de las y los niños *trans* aún no son visibles y tampoco se han considerado como voces disidentes frente a las normas de género. Aunque a partir de 2013 este tema se ha abordado en algunos medios de comunicación, todavía no ha sido relevante en el contexto escolar. Por ello, las escuelas de educación básica requieren de trabajo e intervenciones para incluir los temas de diversidad sexual y derechos sexuales en la niñez.

Entre las limitantes de esta investigación se reconoce que no se han tomado en cuenta las experiencias de niñas y niños *trans*, narradas desde sus voces, para reflexionar en torno a los cuestionamientos de género por parte de las y los profesionales de la salud, principalmente en el campo de la sexología. Si bien las narrativas de las mujeres-madre permitieron explorar las vivencias familiares, es indispensable construir técnicas de acercamiento que den cuenta de las vivencias y estrategias de niñas y niños como *trans*.

Tampoco se han generado espacios alternos a los GFD para dar a conocer lo que madres y padres narran en torno a sus hijas e hijos *trans*. Los grupos representan una alternativa social porque apoyan para resolver dudas, exponer preguntas y compartir inquietudes, por lo que las madres que asisten reconocen que ahí reciben la confirmación de que lo que han observado tiene un nombre, en el cual se prescribe la pertenencia a las denominadas identidades *trans*.

En este sentido, quienes se ostentan como profesionales de la salud y con reconocimiento como especialistas en el área de la sexología son quienes más legitimidad han adquirido en los grupos para confirmar el diagnóstico de transexualidad en la niñez. De acuerdo con las narrativas de las entrevistadas, dicho discurso implica consultas médicas y orientación de otras personas especialistas que apoyen el mismo proceso. Por ejemplo, el asesoramiento legal para cambiar el nombre en el acta de nacimiento, cuando así lo requiera el caso.

Algunas preguntas de carácter urgente se enfocan en cuestionar quién y de qué manera se explicará a las niñas y los niños *trans* los cambios en la pubertad, quién resolverá las dudas que madres y padres se plantean sobre el uso de bloqueadores o supresores hormonales recomendados y en quién recaerá la decisión de la edad en la que empezarán o dejarán de tomar hormonas. Respecto a este tema, es fundamental reconocer de qué manera afectan las hormonas la capacidad reproductiva y la plena sensación sexual. Finalmente, es indispensable poner en discusión cómo se puede afirmar que una niña o niño es homosexual o que difiere del sexo/género que se le asignó al nacer, solo por mostrar afecto a alguien del mismo sexo.

Ante estas preguntas, es necesario destacar la labor de las y los profesionales de la salud debido al alcance de su trabajo en el área emocional con la familia, su incidencia en la toma de decisiones sobre el uso de hormonas y el reconocimiento de los cambios físicos durante el proceso de transición de género. Las personas especialistas que están en los grupos de apoyo para madres y padres con hijas e hijos *trans* son reconocidas como figuras centrales para orientar a la familia en temas de diversidad sexual, de ahí que la mayoría tenga formación en el área de la sexología y la atención a grupos de diversidad sexual.

Cabe destacar que la mayoría de estas personas son expertas en sexología y comparten puntos de vista en relación con las categorías identitarias. Por ello, es importante la presencia de profesionales de la salud, dentro y fuera de un consultorio, pues el apoyo que brindan minimiza la angustia e incertidumbre familiar ante las expectativas sobre el comportamiento y la identidad de género.

Sin embargo, la sexología no es el único discurso desde el cual se puede prescribir la identidad de género, por lo que las y los profesionales de la salud requieren contar con recursos de apoyo, como material impreso para coadyuvar en el aprendizaje de la construcción de la identidad, la cual no solo se consolida alrededor de los dos primeros años, sino que está en constante cambio y deconstrucción.

Finalmente, es importante destacar que la ciencia médica mantendrá su importancia en términos de salud, pero es necesaria la actualización constante de las y los profesionales de esta área para abordar e incidir en el tema de la niñez *trans*.

En la Ciudad de México la atención médica no ha contemplado alternativas en temas de diversidad sexual, cuando quienes buscan apoyo y orientación son madres y/o padres con hijas e hijos *trans*. La demanda de espacios rebasa el consultorio particular, por lo que la atención de niñas y niños *trans*, así como de sus tutoras y tutores debe orientarse y canalizarse en el sistema de salud pública.

*El artículo se presenta tal cual fue publicado la primera vez; sin embargo, reconocemos que actualmente contamos con más herramientas para hacer una corrección de estilo que integre el uso de lenguaje incluyente.

Referencias bibliográficas

1. Ramírez Jiménez M. Significados en torno a las identidades LGBT: un estudio en grupos de familias diversas. En: Instituto Politécnico Nacional. Memoria del Coloquio de investigación en Género desde el IPN. México: Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género-IPN; 2015. p. 395-409.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
3. Stoller R. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity. Nueva York: Science House; 1968.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised (DSM-IV-R). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
7. Morrison J. Trastornos de la identidad sexual y de género. En: Diagnostico Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Guía para el diagnóstico clínico. México: Manual Moderno; 2008. p. 365-420.
8. Sandoval Rebollo EM. La transgeneridad y la transexualidad en México: en búsqueda del reconocimiento de la identidad de género y la lucha contra la discriminación. Documento de trabajo núm. E-12-2008, diciembre. México: Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas-Conapred; 2008.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson; 2002. p. 599-652.
10. Hales R, Yudofsky S. Fundamentos de psiquiatría clínica. España: Masson; 2006. p.537-550.
11. Barón P, Rojas A. (2008). Trastornos de identidad sexual en la adolescencia. En: Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Panamericana; 2008. p. 289-294.
12. Guerrero F. La homosexualidad a la luz de la filosofía de la ciencia: mecanismos biológicos, subjetividad y poder. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras-Facultad de Ciencias; 2010.
13. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? Madrid: Paidós-Pomaire Colección Padres e Hijos; 1981.

14. Cuevas M. Machismo y ginecocracia: la familia mexicana y latinoamericana como forma mixta. *Intersticios*. Marzo-agosto 2012;(3):3-28.
15. Illouz E. El sufrimiento triunfante. En Illouz E. *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Madrid: Katz; 2010. p. 139-249.
16. Gimeno B. (2014). Construyendo un discurso antimaternal. *Pikara Magazine* [Revista online] 2010 [Consultado 11 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2014/02/construyendo-un-discurso-antimaternal/>
17. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. *Madres y padres hablan de homofobia (documental)*. [Video] México: CENSIDA; 2007.
18. *Niña transgénero. Lo que callamos las mujeres (programa de televisión abierta)*. [Video] México: TV Azteca; 2012.
19. *Nuestros hijos trans. Diálogos en Confianza (programa de televisión abierta)*. [Video] México: Canal Once-IPN; 2012.
20. Platero RL. La relación que establecen las mamás y los papás con sus niños y sus niñas cuando son variantes de las normas de género o jóvenes transexuales y transgénero (video-conferencia) [Video]. México: Programa Interdisciplinario de Investigación y Acción Feminista de México; 2012.
21. Platero RL. Can We Teach Transgender Issues in Vocational Training". En Moreno O, Puche L. (coordinadores.). *Transexualidades, teens and education: Multidisciplinary perspectives*. Madrid: Egales; 2012. p. 305-316.
22. Foucault M. El dispositivo de la sexualidad. En: Foucault M. *Historia de la sexualidad, vol. 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI editores; 2010. p. 93-159.
23. Weeks J. *Sexualidad*. México: Paidós-PUEG-UNAM; 1998.
24. Missé M. Coll-Planas G. (editores). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales; 2010.
25. *Foro Reconocimiento de los derechos de las personas transgénero desde la infancia*. Ciudad de México; 3 de septiembre 2013. México: Copred; 2013.
26. Lamas M. *Transexualidad, identidad y cultura*. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Doctorado en Antropología; 2012.
27. Dreger A. Gender identity disorder in childhood: inconclusive advice to parents. *The Hastings Center Report*. Enero-febrero 2009;39(1):26-29.

Género y salud mental. Más allá del prejuicio y la discriminación



Jazmín Mora Ríos

Investigadora en ciencias médicas adscrita a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel 1)

Natalia Bautista Aguilar

Doctorante en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)

Resumen

Los problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias se encuentran entre las primeras causas de discapacidad en el mundo. Desafortunadamente, el desconocimiento y el estigma que existen en torno a estos temas derivan en mitos y creencias erróneas que obstaculizan la atención oportuna. En este trabajo se aborda el estigma y la discriminación que experimentan las personas con problemas de salud mental, los cuales constituyen unas de las principales barreras para la atención temprana, cuyas implicaciones no solo involucran a quienes presentan estos padecimientos, sino también a sus familiares, personal de salud, así como a las instituciones, generando un alto costo social y económico para el Estado. El género representa uno de los factores más significativos que se relacionan con la salud mental y su proceso de atención. La interseccionalidad^{33,34} es un enfoque útil para entender la

complejidad de la interacción entre los distintos determinantes sociales, entre los cuales destacan las condiciones de pobreza, la violencia, la etnia, la falta de acceso a los servicios de salud, que remiten a una serie de inequidades sociales de orden socioeconómico, político e histórico que son de vital importancia para entender los procesos de exclusión social en la salud mental.

Palabras clave: *Inequidad en salud mental, interseccionalidad, género, inclusión social.*

Introducción

Han pasado algunas décadas desde que comenzó el interés por abordar los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género, lo que ha contribuido a la visibilización y análisis de las diferencias en distintos ámbitos que incluyen aspectos relativos a la prevalencia y distribución de las enfermedades, la experiencia de enfermedad, el acceso a la atención y las políticas públicas. Si bien, el abordaje inicial condujo a una serie de construcciones de carácter dicotómico, en la actualidad los esfuerzos se dirigen hacia conceptualizaciones relacionales que integran la influencia mutua, no solo de la diversidad de géneros, sino de las condiciones personales y contextuales que participan de los distintos procesos sociales que son identificados por algunos autores como enfoque interseccional y biosocial del género y la salud.¹

Las fronteras del género, como Lamas² sostiene, se trazan a partir de una gran variedad de funciones políticas, económicas y sociales por lo que no son fijas ni universales, sino que varían a lo largo del tiempo y de los diversos entornos culturales. De este modo, los rasgos o características asociadas con cada género constituyen fenómenos que deben ser estudiados en función de su articulación con lo social, reflexionando de forma crítica sobre los factores estructurales que lo influyen; así como sobre la relación establecida entre la propia diversidad de géneros.

El género es una categoría macrosocial que, en el campo de la salud en general, determina la brecha en la experiencia subjetiva de enfermedad y la negociación dentro de un entorno de desigualdad individual y estructural en el que confluyen otros aspectos como el nivel socioeconómico, la edad, la pertenencia étnica, la migración, el tipo de padecimiento y la biología misma.

En el campo específico de la salud mental, el enfoque de género tiene múltiples alcances, ya que permite entender cómo se construyen los significados acerca de los padecimientos emocionales y la manera como se traducen en prácticas sociales que permiten entender los modos diferenciales de enfermar, el proceso de búsqueda de atención en salud, así como los recursos disponibles para hacer frente a dichos malestares.

En este trabajo, el interés es exponer un panorama de los trastornos mentales más prevalentes en la población, considerando las diferencias por género con el propósito de hacer visibles algunos de los principales aspectos que influyen en el curso, tratamiento y pronóstico de los padecimientos. Al respecto, en un estudio reciente³ se reportó que para el 2016, los trastornos mentales y las adicciones afectaron a más de un billón de

personas en el mundo, y que causaron 7% de carga global de enfermedad medida en días perdidos y 19% de años de vida saludable perdidos por discapacidad. Asimismo, se estima que el impacto mundial acumulado de los trastornos, en pérdidas económicas será de US\$ 16.3 billones entre el 2011 y el 2030.⁴

La tendencia en las últimas décadas alerta hacia el incremento de la carga global de enfermedad de los trastornos mentales y adictivos en el mundo, los cuales se asocian con altos niveles de mortalidad y con otras enfermedades crónicas. En el caso de la depresión, si bien se identifica como la principal causa de mayor discapacidad, las prevalencias en mujeres son mayores cuando se trata de depresión, ansiedad, bipolaridad y trastorno de la conducta alimentaria; mientras que en los trastornos por abuso de sustancias las cifras son más altas en los hombres.

En el caso de la depresión a nivel mundial, por cada hombre con depresión, se estima existen dos mujeres,⁵ mientras que en México, según datos de la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica que se llevó a cabo en el año 2003, 9.2% de la población reportó haber tenido un trastorno depresivo en la vida y 4.8% tuvo este trastorno en el último año.⁶ Datos más recientes revelan que la prevalencia de la depresión en las mujeres fue del 10.4%, en tanto que en los hombres corresponde a 5.4%.⁷

Por otra parte, de acuerdo con un reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) e INMUJERES⁸ se estima que alrededor de 56.6 millones de personas de siete años y más, expresaron sentimientos de preocupación o nerviosismo, observándose un mayor porcentaje de mujeres (55.3%) que de hombres (44.7%), de ellos 3.6% de los hombres y 5.9% de las mujeres han tenido tratamiento farmacológico. En este mismo informe, en lo que respecta a la frecuencia, se reporta igualmente una mayor proporción de mujeres que reconocen sentirse deprimidas a diario (10.7%), a la semana (12.1%) o mensualmente (12.1%), en comparación con los hombres. Sin embargo, al considerar una frecuencia menor (algunas veces al año), el porcentaje de hombres que reconocen haberse sentido deprimidos es mayor (70.7%) en comparación al de mujeres (65.1%).

Asimismo, en cuanto al consumo de sustancias, para el 2016, se identifica en los hombres entre los 12 y 65 años, un mayor consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida (16.2%), en comparación con las mujeres (4.8%). Solo el 3.9% de las mujeres, en comparación con el 9.3% de los hombres refirió haber acudido a recibir tratamiento por desintoxicación, internamiento (en un anexo o residencia) o consulta externa. Respecto al consumo excesivo de alcohol en el último mes y año, las prevalencias siguen siendo más altas entre los hombres de 18 a 65 años (88.3%), en comparación a las mujeres de ese mismo grupo de edad (67.3%).⁸ No obstante, la tendencia actual observada en las mujeres indica un incremento en el consumo, lo cual se relaciona con la construcción sociocultural del género que se expresa en una mayor tolerancia social del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas entre los hombres a diferencia de lo que ocurre con las mujeres.

Por otra parte, si bien, se ha mencionado que las mujeres presentan, en mayor medida, trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida en comparación de los hombres, de acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud,⁹ la tasa de suicidio

es mayor en hombres de 15 a 29 años (13.2) en comparación a la de las mujeres (3.4) del mismo rango de edad. Asimismo, para el 2012 hubo 804 000 muertes por suicidio en el mundo, es decir, que la tasa anual corresponde al 11.4 por cada 100 000 habitantes, de los cuales el 15.0 corresponde a hombres y el 8.0 a mujeres. Adicionalmente, se identifica una ocurrencia de suicidios tres veces mayor en países de altos ingresos en comparación de países de bajos y medianos ingresos, con una tasa de 1.5 en hombres por cada mujer. Por cada persona adulta que se suicida, es posible que 20 más hayan intentado suicidarse, en el caso de México, la tasa es de 4.9, es decir, que 3.8 corresponde a hombres y 1.0 a mujeres.⁹

De igual modo, a pesar de que una de las metas contenidas en la agenda internacional orientadas hacia el desarrollo sostenible para el año 2030 consiste en la erradicación de todas las formas de violencia dirigida hacia las mujeres y las niñas, debido a que la violencia sigue siendo una de las prácticas más graves y arraigadas que atentan contra los derechos humanos de las mujeres a nivel mundial, según datos de un informe publicado por la Organización de las Naciones Unidas, el porcentaje de defunciones de mujeres en México, donde hubo presunción de homicidio en el periodo 2011-2017, fue de 18%.¹⁰

La tendencia indica un incremento cada vez mayor de los trastornos afectivos y por consumo de sustancias en los distintos grupos de edad, lo cual es motivo de preocupación, debido a que el Estado se ve rebasado ya que, con un presupuesto limitado (tan solo del 2% del Producto Interno Bruto dedicado a la salud mental)¹¹ no sólo debe hacer frente a los problemas en los que, de por sí ya existe un rezago, sino también a los emergentes que afectan a los distintos grupos de edad, entre los que se encuentran personas adultas mayores, las víctimas de violencia por delincuencia, terrorismo, desplazamientos forzados por el narcotráfico, migraciones masivas y desastres naturales, por mencionar unos de los más importantes.

En México, el trabajo realizado por Bojórquez et al.¹² identifica que el 16% de la población mexicana deportada para el 2013, reportaba síntomas significativos de depresión y ansiedad, así como, el 36.4% de los migrantes varones indicaron sentirse nerviosos o tensos, a diferencia del 59.7% de las mujeres que reportaron la misma condición. Por su parte, el 27.4% de los hombres mencionó sentirse triste, en oposición al 49% de las mujeres, aunado al hecho de que, al comparar el apoyo social, son las mujeres quienes reportan los menores porcentajes. Así como también, el 1.7% de los hombres frente al 7.6% de las mujeres reportaron haber tenido pensamientos relativos a terminar con su vida, lo que refuerza la necesidad de atención en salud mental mostrada por este sector de la población.

A partir de lo anterior, se puede identificar que quienes presentan un padecimiento mental constituyen uno de los grupos más vulnerados de la población. De acuerdo con un informe de la OMS,⁴ las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una mayor probabilidad de muerte prematura, entre 40% y 60%, que la población general, debido a la falta de atención de la salud física, por ejemplo, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infección por VIH y suicidio. Asimismo, en México, de acuerdo con la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México¹³ quienes se ven afectados por trastornos mentales son identificados en la categoría de población con discapacidad

psicosocial y constituyen uno de los principales grupos que experimentan discriminación debido a su condición de salud. Entre las prácticas discriminatorias destacan los despidos injustificados, la ausencia de oportunidades laborales o de desarrollo profesional, siendo objeto de descrédito a causa de la enfermedad, abandono familiar, pérdida de estatus, así como dificultades para acceder oportunamente a los servicios de atención especializados.

Exclusión y discriminación en la atención a la salud mental

El término estigma, es un concepto propuesto por el sociólogo Erving Goffman¹⁴ para designar el rechazo social del que suele ser objeto una persona quien es portadora de una condición que la desacredita socialmente. Antiguamente, quienes ostentaban posiciones de poder, colocaban un símbolo o marca en el cuerpo de las personas, por lo general esclavos, delincuentes, prostitutas y enfermos mentales para alentar al resto de la población sobre su condición de inferioridad. Históricamente, las personas con enfermedades mentales han sido objeto de rechazo y persecución, en el pasado, durante la Santa Inquisición, cientos de personas con padecimientos mentales fueron torturadas ya que se les consideraba como seres diabólicos y poseídos. Es así que el proceso de estigmatización inicia a partir del reconocimiento de una señal o marca que va desde el color de piel, la etnia, el género o la condición social a partir de las cuales los sujetos generan estereotipos basados en prejuicios que se derivan en prácticas de discriminación.

El proceso de estigmatización, de acuerdo con los sociólogos Link y Phelan¹⁵ se conforma de cuatro elementos. En principio, la diferenciación, que implica la distinción de personas y el marcaje de dicha diferencia a través de la asignación de una etiqueta. En segunda instancia, se habla de la articulación de creencias y etiquetas, es decir, la atribución de características en este caso, profundamente negativas que inciden en el proceso de construcción del estereotipo. En tercera instancia, la persona asociada a dicha etiqueta es ubicada en una categoría distinta que implica una separación entre sujetos, entre un “nosotros” y un “ellos” que deriva en la separación de ambos grupos con la consecuente pérdida de estatus que, en algunos casos, conduce a la expresión de prácticas discriminatorias. Todos estos aspectos, en conjunto, tienen lugar en un contexto asimétrico de poder dentro del que se construye esa identidad anómala o negativa a partir de la asociación de la diferencia, marca o señal atribuida a la persona a un sistema de ideas desde el que se le clasifica y atribuye un valor.

El estigma social de la enfermedad mental

El estigma público o social se refiere a los estereotipos, prejuicios y discriminación que existen en la sociedad hacia la enfermedad mental y las personas afectadas por estos padecimientos. A pesar de los avances científicos, prevalecen estereotipos negativos, mitos e ideas erróneas hacia la enfermedad mental que están fuertemente arraigados entre la población y se expresan a través del miedo, rechazo, evitación, negación de derechos, discriminación, pérdida de oportunidades y acceso oportuno a una atención adecuada, lo cual tiene mayores efectos negativos en la persona al limitar u obstaculizar sus actividades y restringir su participación en la vida social.

Al respecto, en un estudio cualitativo acerca de la percepción de la salud mental entre los habitantes de una comunidad del sur de la Ciudad de México, se identificó la asociación entre la enfermedad mental y la idea de “quiebre”, “crisis”, “discapacidad”, “estar fuera de la realidad”, así como con “manicomios” y “camisas de fuerza”, describiendo a la persona que la padece con estereotipos negativos de “peligrosidad”, “ser un monstruo”, “idiota”, “dañado”, “lurias”, “desquiciado”. Mientras que entre las principales causas atribuidas se mencionaron “los accidentes”, “las malas compañías”, “el estrés”, “las pérdidas” y el consumo de alcohol o drogas, lo cual lleva a culpar de la enfermedad a quienes la padecen. Asimismo, la esquizofrenia y las adicciones aparecen como los padecimientos que son objeto de mayor rechazo social.¹⁶

Con relación a este tema vale la pena reflexionar sobre el papel que juegan los medios de comunicación y las redes sociales en la promoción y reproducción constante de imágenes negativas asociadas a las enfermedades mentales mediante el uso indiscriminado de términos psiquiátricos que incrementan el miedo y el rechazo de la población hacia las personas con estos padecimientos al presentarlas como peligrosas. Lo cual no corresponde con la realidad, pues si bien existen casos aislados, no representan la generalidad siendo un porcentaje muy bajo quienes presentan un potencial real de violencia.

Impacto del estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental

Las condiciones de inequidad y desigualdad social constituyen barreras estructurales que afectan a la población general en México para acceder a oportunidades de empleo, vivienda, educación, ingresos y salud. En una investigación realizada con población usuaria de servicios psiquiátricos en la Ciudad de México, se identificó que el 88% reportó ser objeto de prácticas discriminatorias entre las que se encuentran agresiones físicas y verbales, críticas, ser tratada con indiferencia o ser responsabilizada por la enfermedad, por parte de la familia en primer lugar, seguido del personal de salud de las distintas áreas de atención. Hallazgos similares se identificaron desde la percepción del personal de salud que labora en servicios de atención psiquiátrica quienes mencionaron entre las principales acciones discriminatorias hacia las personas usuarias las críticas, las burlas, la expresión de comentarios inadecuados, la sobreprotección y las actitudes hostiles, así como las agresiones verbales y no verbales.¹⁷

Por otra parte, con base en el análisis de las narrativas de 23 personas con diagnóstico de esquizofrenia, las cuales fueron entrevistadas en distintos centros de atención de la Ciudad de México, se identificaron múltiples condiciones de vulnerabilidad social entre las cuales destacan las condiciones de pobreza, la violencia, la comorbilidad con padecimientos físicos y mentales, la falta de red de apoyo, la condición de género, entre otras, que remiten a una serie de inequidades sociales de orden socioeconómico, político, e histórico que explican los procesos de exclusión y condición de dependencia económica, emocional y laboral que enfrentan algunas de ellas con respecto a sus familiares, lo que podría contribuir a que algunas personas internalicen los prejuicios.¹⁷

En esta misma línea, se observa que, mientras las mujeres entrevistadas atribuyen el padecimiento a las decepciones amorosas y la brujería, los hombres lo adjudican al abuso en el consumo de sustancias (alcohol y drogas) como el principal detonante de la crisis, aunado a otros estresores relacionados con el empleo, que los coloca en una difícil situación de inestabilidad personal y económica vulnerando así su identidad socialmente definida como proveedores. Asimismo, en las narrativas de las entrevistadas se identificó la presencia de abuso sexual, violencia, una pobre red de apoyo, en tanto que en los hombres predominaron experiencias previas de maltrato, despojo, negligencia y abuso de sustancias, que los conducen a ser objeto de dobles o triples estigmas que dificultan su atención en ambos casos¹⁸

Finalmente, las familias y personas cuidadoras de quienes presentan estos padecimientos, tienen que hacer frente al costo social, económico y emocional de los problemas de salud mental, sin recibir en la mayoría de los casos ninguna orientación o apoyo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud,¹⁹ una de cada cuatro familias cuenta con un familiar que presenta un padecimiento mental, siendo las mujeres, en quienes recae principalmente la responsabilidad del cuidado, además de ser objeto de estigma.²⁰ Al respecto, cifras de INEGI-INMUJERES⁸ indican que el 52.1% de las mujeres constituyen las principales encargadas de brindar atención y cuidado a los integrantes de su propio hogar, mientras que el 18.4% participa del apoyo en los cuidados de integrantes de otros hogares, independientemente del grado de enfermedad o discapacidad de que se trate.

El estigma como barrera para el acceso a la atención

La estigmatización, la discriminación y la indiferencia obstaculizan el diagnóstico temprano, el tratamiento y manejo adecuado de los padecimientos mentales. En el caso de México, las marcadas desigualdades en salud dan lugar a ciertas diferencias respecto a la discriminación de la que suelen ser objeto sectores vulnerables de la población que viven en condiciones de pobreza y que sufren algún trastorno mental. Los avances farmacológicos en el campo de la salud mental no llegan a estos sectores porque además de no contar con seguridad social, el costo de la atención médica es muy elevado, de manera que algunos de ellos son reclusos y abandonados en instituciones penitenciarias o de salud, otros tantos permanecen en condición de calle, mientras que otro sector permanece encerrado al interior de sus viviendas sin recibir ningún tipo de atención médica.²¹

Quienes atraviesan por un trastorno de este tipo, con frecuencia se ven expuestos a experiencias de rechazo, prácticas de discriminación y diversas violaciones a sus derechos humanos aún dentro de instituciones especializadas en salud mental donde, en algunos casos, continúan existiendo prácticas inadecuadas y de ejercicio de la violencia hacia las personas usuarias.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, es un ámbito en el cual se expresan las inequidades por género, por ejemplo, para el 2015, el 82.2% de las mujeres contaba con afiliación a un programa de seguridad social, a diferencia del 78.7% de hombres.⁸ Al respecto, la OMS²² señala la falta de recursos económicos, los horarios de funcionamiento

de los servicios y la organización del cuidado al interior del grupo doméstico como factores que impiden en muchos casos la búsqueda o acceso a la atención por parte de uno u otro sector de la población.

Pese a ello, en los últimos años se ha reportado un incremento en la prevalencia de la consulta a causa de sintomatología asociada con un padecimiento mental, que, en el caso de las mujeres, se estima en un porcentaje de 6.5% en mujeres con depresión, trastorno que, cabe señalar, se atiende diez veces más en los centros de atención primaria de la Ciudad de México; mientras que en el caso de los hombres, el incremento corresponde al 4.8% con relación al consumo de alcohol, el cual, junto con los trastornos de ansiedad se mantiene como uno de los más prevalentes.²³

Del mismo modo, se enfatiza la importancia de tomar en cuenta la interrelación que puede encontrarse entre padecimientos mentales y condiciones de salud consideradas de orden más físico, como la diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer, VIH-SIDA, entre otros, a cuya co-presencia se denomina comorbilidad. Al respecto, Vargas y Villamil²³ identifican una prevalencia de depresión en personas hospitalizadas por algún problema de salud que va del 10% al 14%, mientras en atención ambulatoria oscila entre el 9% y 16%. Dicha comorbilidad intensifica el grado de afectación de la calidad de vida de la persona, y con ello, la probabilidad de cometer suicidio, debido a un menor apego al tratamiento, un aumento de la discapacidad; además de generar una mayor demanda en el uso de servicios y costos de la atención.

Otro dato que indica las diferencias por género es respecto a la utilización de los servicios de salud mental; a nivel nacional e internacional se identifica que las mujeres acuden más a los servicios de salud que los hombres. Estudios con personas diagnosticadas con esquizofrenia revelaron diferencias por género, siendo las mujeres quienes tienden a manifestar una actitud más favorable hacia los servicios de salud mental, quienes acuden más tempranamente a buscar atención e incluso, experimentan menos recaídas en comparación con los hombres.^{24,25}

Discriminación estructural

La discriminación estructural o institucional como también se le conoce, se refiere al conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas y privadas, que deliberadamente restringen los derechos y oportunidades de las personas con padecimientos mentales, legitiman las diferencias de poder y reproducen las inequidades y la exclusión social.¹⁵ En este sentido, la atención a la salud mental se ha visto sometida a un proceso de exclusión dentro del mismo entorno político y sanitario que se traduce en una carencia de recursos y estrategias de atención adecuadas para la reinserción de las personas que los padecen. De acuerdo con estimaciones nacionales e internacionales,¹¹ los recursos para la salud mental además de ser escasos, están distribuidos de forma no equitativa y son utilizados en forma deficiente, por lo que, a pesar de que se dispone de tratamientos, casi las dos terceras partes de las personas que se ven afectadas por un padecimiento de este tipo, no acuden a recibir atención médica.

Con relación a esto, la OMS¹⁹ estima, en el caso de los países de medianos y bajos ingresos, que entre un 76% y un 85% de las personas con este tipo de padecimientos no recibe tratamiento; mientras en los países de mayores ingresos, la cifra oscila entre un 35% y un 50%. Por su parte, organizaciones no gubernamentales dedicadas a la defensa y protección de derechos de las personas con trastornos mentales señalan que al menos una de cada tres personas con algún padecimiento mental ha sido objeto de estigma y discriminación en los servicios de salud a nivel mundial.²⁶

Por otro lado, los altos costos que implican la atención al padecimiento, son comúnmente absorbidos por la familia, debido a que los diversos sistemas de salud y seguros médicos privados no cubren este tipo de atención o en el caso de los primeros, lo hacen de manera parcial. En México, el sistema de salud está conformado por dos sectores de atención, el sector privado y el sector público integrado por las instituciones de seguridad social encargadas de la atención a la población asalariada (IMSS/ISSSTE). Sin embargo, hasta hace apenas unas décadas el porcentaje de población cubierto por estos servicios era escasamente superior al 50%, por lo que, a partir del año 2004, mediante la implementación del Seguro Popular se amplió la cobertura de seguridad social a la población que hasta entonces se mantenía carente de este servicio.¹¹

Más adelante, para el año 2010, algunos trastornos mentales fueron incluidos entre las enfermedades en posibilidad de recibir tratamiento como parte del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), entre los que se encuentran el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno afectivo y de ansiedad, el autismo, la epilepsia y las adicciones. Asimismo, con la intención de brindar una mayor cobertura y atención integral, las Unidades Especializadas de Atención (UNEMES) fueron integradas a la Red Nacional de Servicios de Salud Mental.¹¹ No obstante, en el caso de México, las cifras indican una baja utilización de los servicios de salud, ya que sólo una de cada cinco personas que se ven afectadas por un trastorno afectivo y una de cada diez que presentan ansiedad reciben atención, transcurriendo entre 4 y 20 años para que una persona busque ayuda.^{27,28}

El primer acercamiento se da justamente a través de la red de centros de salud de primer contacto, siendo los y las médicas encargadas de estos servicios quienes realizan la primera evaluación. Desafortunadamente, la falta de capacitación e información acerca de los padecimientos mentales dificultan la referencia y acceso oportuno a una atención adecuada,^{23,29} de ahí que una de las actuales prioridades consista en la capacitación de un número mayor de profesionales, a fin de ampliar los recursos humanos disponibles, así como diseñar e implementar campañas de sensibilización acerca de la presencia de este tipo de trastornos y de reducción del estigma dirigidas a este sector de la población.

A este respecto, mención aparte merece la inequidad en la provisión de los servicios de atención en salud mental. En México, la tasa de profesionales que laboran en la atención es de dos psiquiatras, dos profesionales/técnicos de salud, tres enfermeras y tan sólo un psicólogo, trabajador social, terapeuta y médico no especializado por cada 100 000 habitantes.¹¹ De ahí que los recursos humanos orientados al cuidado de la salud mental en México sean escasos, insuficientes y, en muchos casos, carentes de la capacitación necesaria para brindar la atención.

Por otro lado, un reporte de la OMS²² indica que el 70% del personal que labora en los servicios de atención son mujeres. En México, las cifras indican que son las mujeres quienes en su mayoría tienden a desempeñarse en áreas relacionadas al cuidado de la salud, como es el caso de la enfermería, psicología y medicina. En esta última se ha observado en décadas recientes una tendencia a la feminización de la disciplina. En instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, poco más del 60% de estudiantes de medicina son mujeres, esta pareciera ser una tendencia a nivel mundial, las proyecciones apuntan a que para el año 2027, en el mundo de la medicina existirá un predominio de las mujeres y esta tendencia se explica por el interés de los varones en elegir disciplinas relacionadas con las tecnologías de la información.³⁰

Asimismo, en un estudio previo que se realizó con 95 personas que laboraban en la atención a la salud mental en la Ciudad de México, la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería (64%) y el resto hombres (36%) que laboraban principalmente en instituciones de atención pública. Entre los hallazgos destacó el hecho de que, aun cuando las mujeres trabajan en condiciones similares a los hombres en términos de horas diarias/semanales dedicadas a la atención, perciben un ingreso inferior en comparación con el que reciben sus colegas hombres.¹⁷ A esta desigualdad laboral se suman otras inequidades, una de ellas es la crianza de los hijos/as en aquellas mujeres que deciden formar sus familias y continuar con sus aspiraciones académicas y/o laborales, lo que representa un estrés adicional que tienen que enfrentar.

Consideraciones finales

Es apremiante la necesidad de que las dependencias y sectores vinculados con la atención de la salud en México reconozcan la importancia de la salud mental desde un enfoque de salud pública adoptando medidas para su inclusión en las políticas públicas y su efectiva ejecución, lo que implica una mayor inversión en salud en programas de prevención y atención comunitaria. Estamos conscientes de la complejidad y magnitud del desafío que implica erradicar el estigma y las prácticas discriminatorias en la atención y de que aún falta mucho por avanzar en materia de inclusión social en el ámbito de la salud mental. El Estado y las instituciones en el ámbito jurídico, laboral y de salud tienen una deuda pendiente con las personas con padecimientos psiquiátricos a quienes se les niegan sus derechos fundamentales, como son la vivienda, el empleo, la educación, el acceso a los servicios de salud y actividades recreativas por su condición de salud.

La salud mental y su inclusión en la agenda nacional

Aunque las prevalencias de los trastornos mentales parecieran ser más altas en países de altos ingresos, autores como Remh³ sugieren que, en países de bajos y medianos ingresos como México, es posible que se subestime la magnitud de este problema debido, entre otras razones, al estigma asociado con los problemas de salud mental, además de la falta de información, dado que existen menos recursos para la investigación para identificar de manera más certera el problema. De ahí que uno de los retos que existen en México es hacer visible la salud mental, a fin de poder incidir en el desarrollo de políticas públicas en materia de género y salud más acordes con las necesidades de la población.

Mejorar la cobertura en los servicios de salud

Por otro lado, se requiere involucrar a las compañías aseguradoras de gastos médicos mayores para que incluyan o amplíen su cobertura a los trastornos mentales diagnosticados.³¹ A consecuencia del desconocimiento de la salud mental y sus implicaciones en la salud física, existe una política generalizada en distintos países en los cuales se ha dejado al margen la atención a los problemas de salud mental, con algunas excepciones. No obstante, en países como Australia³² desde hace varios años se están orientando los esfuerzos en apoyar a las personas con este tipo de problemas en contra de las prácticas discriminatorias de las compañías aseguradoras de gastos médicos, a fin de lograr un acceso más equitativo a estos servicios.

Hacia una visión integral con enfoque humano

Si bien, distintos estudios señalan que las tasas de prevalencia de los padecimientos mentales mantienen una amplia variabilidad por género identificando una mayor prevalencia de ansiedad y depresión entre mujeres y trastornos del comportamiento y abuso de sustancia entre hombres, es importante reflexionar sobre el aporte de los aspectos de orden sociocultural, económico y político en la determinación de las condiciones de vida, exposición a situaciones de riesgo, eventos y formas diferenciadas de hacer frente a estresores específicos, así como de socializar las emociones y expresar el padecer en cada grupo de población y de la propia conceptualización de las diversas categorías médicas. Lo cual, resulta relevante al considerar el impacto del imaginario social en la configuración de estereotipos de género que favorecen la estigmatización y discriminación de cada uno de los géneros. La salud no puede entenderse al margen de la subjetividad masculina y femenina en el marco de un mundo globalizado, en tanto fenómeno asimétrico que genera desigualdades y que implica nuevos retos, siendo uno de los más apremiantes el cuidado de la salud.

En lo que respecta a profesionales que se dedican al cuidado de la salud, se requiere brindar mayor capacitación y apoyo, ya que se ven muy limitados en su quehacer por la carencia de recursos y la saturación de actividades administrativas que interfieren con la labor de atención a los pacientes. Asimismo, es fundamental establecer un compromiso con los principales actores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención. Se requiere de voluntad política, adoptando una visión más integral que incluya a la salud mental como un eje transversal que se vincula con el bienestar de la población, para hacer frente a la complejidad de los problemas ligados con el proceso de atención, como parte de un compromiso social más amplio, con una mirada inclusiva y abierta a la diversidad de características socioculturales de la población y un enfoque más humano.

**El artículo se presenta tal cual fue publicado la primera vez; sin embargo, reconocemos que actualmente contamos con más herramientas para hacer una corrección de estilo que integre el uso de lenguaje incluyente.

Referencias bibliográficas

- 1 Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med.* 2012; 74(11): 1661-1666. doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.001. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001712>
2. Lamas, M, compiladora. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. 1ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género: Miguel Ángel Porrúa, Bonilla Artiga Editores; 1996.
3. Rehm J, Shields K. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21(2):10.
4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
5. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66(7): 785-795.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment.* 2003; 26(4):1-16.
7. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord.* 2012; 138(1): 165-169.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y hombres en México. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres; 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014.
10. Mujeres, Organización de las Naciones Unidas, Méndez D. La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2016. México: Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de las Mujeres, ONU Mujeres; 2017.
11. Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para el Sistema de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). México: Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2011.
12. Bojórquez I, Aguilera RM, Ramírez J, Cerecero D, Mejía S. Common mental disorders at the time of deportation: a survey at the Mexico–United States border. *J Immigr Minor Health.* 2015; 17(6): 1732-1738.

13. Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2013, México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación; 2013.
14. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1963.
15. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27(1): 363-385.
16. Mora-Rios J, Natera G, Bautista-Aguilar N, Ortega-Ortega M. Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En Flores F, coordinadora. Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2013. p. 45-80.
17. Mora-Rios J, Bautista-Aguilar N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Ment* 2014; 37(4):303-312.
18. Mora-Rios J, Ortega-Ortega M, Natera G. Subjective experience and resources for coping with stigma in people with a diagnosis of schizophrenia. An intersectional approach. *Qual Health Res.* 2015; 26(5): 697-711.
19. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
20. Rascón ML. Trabajo no remunerado: Cuidadora de enfermos. En Corona T, Medina-Mora ME, Ostrosky P, Sartí P, Uribe, P, editores. La mujer y la salud en México. México: Academia Nacional de Medicina, CONACYT; 2014. p. 197-206.
21. Mora-Rios J, Ito E, Medina-Mora ME. Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbana marginal. *Salud Pública Mex.* 2005; 47(2): 145-154.
22. Organización Mundial de la Salud. Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
23. Vargas BE, Villamil V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Ment.* 2016; 39(1): 3-9.
24. Sajatovic M, Jenkins J, Strauss M, Zeeshan A, Butt M, Carpenter E. Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(1): 96-98.
25. Vogel D, Wester SR, Hammer JH, Downing-Matibag TM. Referring men to seek help: the influence of gender role conflict and stigma. *Psychol Men Masc.* 2014; 15(1): 60-67.

26. Time To Change. Let's end mental health discrimination. Disponible en: <https://www.time-to-change.org.uk/>
27. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS. 2001. Disponible en http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
28. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005; 35(12):1773-1783.
29. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex*. 2013; 55(1): 74-80.
30. Graue E, Alarcón G, Cuevara R, Ostrosky P. La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas. En Corona T, Medina-Mora ME, Ostrosky P, Sartí P, Uribe, P, editores. *La mujer y la salud en México*. México: Academia Nacional de Medicina, CONACYT; 2014. p. 127-150.
31. Kuri-Molina K. Percepción de la salud mental en el personal que labora en aseguradoras y usuarios de estos servicios en la Ciudad de México. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional Autónoma de México: Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. México: UNAM. 2017.
32. Mental Health Council of Australia and Beyondblue. *Mental health, discrimination and insurance. A survey of consumer experiences, 2011*. Canberra: MHCA; 2011.
33. Crenshaw KW. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. En Fineman MA, Mykitiuk R, editores. *The Public Nature of Private Violence*. New York: Routledge. 1994. p. 93-118.
34. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, Brotman S. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health*. 2010; 9(5): 1-15.

Para compartir



La atención a la salud para ser efectiva y de calidad requiere que sus servicios cuenten con las condiciones necesarias para todas las personas en consideración de sus características. Un avance que la Secretaría de Salud, a través del Programa de Igualdad de Género en Salud, ha desarrollado en este aspecto es la incorporación de mecanismos incluyentes en las unidades de salud, transformándolas así en Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes (USAMI).

¿Qué son las USAMI?

Son establecimientos de salud de la Secretaría de Salud de primer, segundo y tercer nivel de atención que tienen por objetivo brindar servicios de salud bajo el enfoque de perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural, libres de estigma y discriminación para lograr servicios equitativos y de calidad.

Con este tipo de atención, las USAMI contribuyen a cerrar las brechas de desigualdad entre la población, con énfasis en grupos de atención prioritaria, como son las personas embarazadas, adultas mayores, con discapacidad, procedentes de pueblos originarios, migrantes, de la diversidad sexo-genérica y de origen afro-mexicano.

Inicio de las USAMI

La consolidación de las USAMI involucró un camino en el que se fueron adoptando acciones que contribuyeran significativamente a la atención de la salud de manera equitativa.

2008	<p>El Programa de Igualdad de Género en Salud (PIGS), de la Secretaría de Salud, inició implementando capacitaciones en temas de igualdad de género dirigidas a personal directivo, operativo y administrativo de las unidades de salud encaminadas a favorecer la atención a la población usuaria.</p> <p>Actualmente, aún se continúa con esta labor de capacitación.</p>
2013 - 2015	<p>Se impulsaron nueve ejes de acción con el propósito de lograr unidades de salud que atendieran con perspectiva de género y, continuar avanzando y fortaleciendo las acciones realizadas en el PIGS para transversalizar la perspectiva de género en el ámbito de la salud. Los ejes fueron:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Desagregar por sexo todos los datos estadísticos.2. Apertura y escucha activa, comunicación asertiva en diagnóstico y atención.3. Brindar trato humanitario, personalizado y atención con calidad y equidad.4. Evitar discriminación por sexo y género.5. Fomentar corresponsabilidad de hombres en el cuidado de la familia.6. Infraestructura adecuada y horarios ampliados.7. Uso de lenguaje incluyente, no sexista.8. Promover Centros de Entretenimiento Infantil (CEI).9. Brindar atención en salud libre de maltrato y discriminación.
2016-2019	<p>Los nueve ejes de acción implementados con anterioridad se transformaron en parámetros, con los cuales una unidad de salud podía obtener el distintivo de Unidad de Salud que Atiende con Mecanismos Incluyentes (USAMI).</p> <p>En esta conversión, se incluyeron acciones apegadas al Eje transversal 1 del Plan Nacional de Desarrollo, 2019-2024, en el cual se priorizó la igualdad de género, no discriminación e inclusión y pertinencia cultural, así como las necesidades del personal de salud y también de la población que atienden.</p>

	<p>Los quince parámetros durante esta etapa fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación en temas de género. 2. Capacitación en lengua de señas mexicana. 3. Capacitación en lenguas indígenas. 4. Capacitación en atención a personas con discapacidad. 5. Difusión en temas de género. 6. Ventanilla incluyente. 7. Mobiliario preferente. 8. Comunicación interna. 9. Comunicación externa. 10. Centros de Entretenimiento Infantil (CEI). 11. Enlace de género en la unidad. 12. Equipo para atención a personas con discapacidad motriz. 13. Equipo para atención a personas con discapacidad visual. 14. Equipo para atención a personas con discapacidad auditiva. 15. Otros mecanismos incluyentes.
2020-2021	<p>A los quince parámetros establecidos en la etapa anterior, se sumaron otras acciones afirmativas, resultando un total de veinte parámetros. Así también, se trabajó para consolidar las USAMI y que continuaran considerando la atención a grupos en situación de vulnerabilidad a través de mecanismos incluyentes, priorizando a la población con discapacidad. Los parámetros que se incluyeron fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Capacitación a población vulnerable (indígenas, rurales, discapacidad). 17. Audiovisuales “Derechos en salud” en lengua indígena. 18. Señalética hospitalaria en lengua indígena. 19. Señalética hospitalaria en braille. 20. Acciones de prevención del hostigamiento y acoso sexual.
2022	<p>Continuar con la habilitación, nivelación y fortalecimiento de USAMI en los estados; y supervisión del trabajo al interior de dichas unidades.</p>

De los parámetros listados, uno de ellos con gran relevancia es el referente a los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI).

Centros de Entretenimiento Infantil (CEI)

Los CEI comprenden un espacio de entretenimiento en las unidades de salud, para las hijas e hijos de las personas usuarias (madre, padre o persona cuidadora) que asisten a consulta médica o algún otro servicio de salud. El objetivo es apoyar en el cuidado y atención de niña y niños, a través del desarrollo de actividades enfocadas al respeto de los derechos humanos, la no violencia, la igualdad entre hombres y mujeres, al fomento del autocuidado de la salud, la participación igualitaria en las actividades del cuidado del

hogar, entre otros temas, lo cuales se abordan bajo el enfoque de igualdad de género.

Los Centros de Entretenimiento Infantil son atendidos por personal profesional sensibilizado y capacitado bajo la perspectiva de género, lo cual ha permitido que no solo se encarguen de estar al cuidado de niñas y niños que asisten durante la atención de sus madres o personas cuidadoras, sino de comenzar a fomentar en la niñez una conciencia de respeto hacia los derechos humanos de todas las personas, así como a educar y fomentar el autocuidado de la salud, entre otras temáticas de promoción de la salud.

Incorporar las acciones que comprenden el cumplimiento de los parámetros mencionados genera condiciones de acceso equitativo a la población usuaria de los servicios de salud, pues generan accesibilidad para todos los grupos de personas que integran esta sociedad.

Actualmente, en el país están en funcionamiento 174 USAMI, distribuidas en los 32 estados y la Ciudad de México. Acude o comparte la información con personas que la necesiten.

Directorio nacional de Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos

Incluyentes (USAMI):

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
Aguascalientes	Centro de Salud Urbano Arboledas	Fray Margil de Jesús n.º 1501, Arboledas, C.P. 20020, Aguascalientes, Ags.
	Centro de Salud Pabellón de Arteaga	Palo Alto, C.P. 20675, Pabellón de Arteaga, Ags.
	Centro de Salud Rural Villa Juárez	Jesús Macías Rangel n.º 103, La Sierra, C.P. 20700, Villa Juárez, Ags.
	Centro de Salud Guadalupe Peralta	Salud & Isabel Jiménez Díaz, José Guadalupe Peralta Gámez, C.P. 20196, Aguascalientes, Ags.
	Centro de Salud Jesús María	Valle de Aguascalientes n.º 100, Lomas del Valle, C.P. 20926, Jesús María, Ags.
Baja California	Hospital Materno Infantil de Mexicali	Av. De la Claridad s/n, Col. Plutarco Elías Calles, C.P. 21376, Mexicali, B.C.
	Centro de Salud Francisco Villa	Maclovio Herrera s/n, Francisco Villa, C.P. 22150 Tijuana, B.C.
	Centro de Salud "Rodolfo Sánchez Taboada"	Carretera Transpeninsular n.º 184, Único, C.P. 22793 Maneadero, B.C.
	Centro de Salud Pípila	Av. las Torres n.º 2, El Pípila, C.P. 22206 Tijuana, B.C.
	Centro de Salud Lomita INDECO	Las Lomitas, C.P. 22810 Ensenada, B.C.
Baja California Sur	Hospital General de Especialidades "Juan Ma. Salvatierra"	Av. de los deportistas n.º 86, Antiguo Aeródromo Militar, C.P. 23085, La Paz, B.C.S.
	Centro de Salud Urbano "Francisco Cardosa Carballo"	Lic. Primo Verdad entre Nicolás Bravo y Josefa Ortiz n.º 1019, Col. Centro, C.P. 23000, La Paz, B.C.S.
	Centro de Salud Calandrio	Av. Universidad, El Calandrio, C.P. 23085, La Paz, B.C. S.
	Hospital de Cabo San Lucas	Los Pinos s/n, Arcos del Sol I, C.P. 23474, Cabo San Lucas B.C.S.
	Hospital General "Dr. A. Carrillo"	Paseo de Las Misiones n.º 266, Campo de Golf Fonatur, C.P. 23400, San José del Cabo, B.C.S.
	Centro de Salud Ciudad Constitución	Lorenza Moreno Vda. de Tapia y 20 de noviembre, Pueblo Nuevo, C.P. 23670, Cd. Constitución, B.C.S.
	Centro de Salud Calafia	C. Calafia n.º 33, Col. Calafia, C.P. 23088, La Paz, B.C.S
Campeche	Centro de Salud Dzitbalché	Calle 25 n.º 195, Zona Centro, C.P. 24920, Dzitbalché, Camp.
	Centro de Salud "Wilberth Escalante"	Calle 10 n.º 286 A, Barrio de San Román, C.P. 24040 Campeche, Camp.
	Centro de Salud de Nunkini	Calle 19 s/n, entre 20 y 22, Col. Centro, Nunkini.
	Centro de Salud Maderas	Maderas, C.P. 24154, Ciudad del Carmen, Camp.
	Centro de Salud Escarcega	Héctor Pérez Martínez n.º 154, Zona Centro, C.P. 24350, Escárcega, Camp.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
Chiapas	Centro de Salud Tuxtla Gutiérrez	Las Torres, C.P. 29045, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
	Hospital de la Mujer San Cristóbal de las Casas	Av. Insurgentes n.º 24, Sta. Lucia, C.P. 29200, San Cristóbal de las Casas, Chis.
	Hospital de la Mujer en Comitán	Carretera Internacional km 1260, Chichima Acapetahua, C.P. 30093, Comitán de Domínguez, Chis.
	Hospital General Palenque	Av. Prolongación de Juárez s/n, C.P. 29960, Palenque, Chis.
	Hospital Básico Comunitario Larrainzar	Carretera Puerto Caté s/n, C.P.29860 Larrainzar, Chis. o Ignacio Allende 13, Centro, Ejido del Centro, Chis.
	Hospital Centro Médico Chiapas Nos Une "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza"	Libramiento Norte y Blvd. Centenario del ejército mexicano s/n, Las Torres, C.P. 29045, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Chihuahua	Hospital General de Chihuahua "Dr.Salvador Zubirán Anchondo"	Av. Prolongación Teñilo Borunda n.º 510, Colonia El Bajo, C.P. 31200, Chihuahua, Chih.
	Centro de Salud Galeana	Chihuahua, C.P. 31870, Hermenegildo Galeana, Chih.
	Centro de Salud Martín López	16 de Septiembre n.º 2516, Alfredo Chávez, C.P. 31414, Chihuahua, Chih.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Meoquí	Carretera Panamericana km 10 s/n, C.P. 33130, Meoqui, Chih.
	Hospital Comunitario Nuevo Casas Grandes	Leona Vicario, Nuevo Casas Grandes, Chih.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Saucillo	Vicente Guerrero n.º 89-S, Caja Popular Centro, C.P. 33620, Saucillo, Chih.
	Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) Guachochi	Sierra Tarahumara, Guachochi, Chih.
	Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) ANAPRA	Delfín s/n, Puerto de Anapra, C.P. 32107, Cd Juárez, Chih.
	Hospital General de Cuauhtémoc "Dr. Javier Ramírez Topete"	Morelos y 17 n.º 1732, Fracc. San Antonio, Cd. Cuauhtémoc, Chih.
Coahuila	Hospital General Saltillo	Carlos Abedro s/n, Nuevo Centro Metropolitano de Saltillo, C.P. 25022, Saltillo, Coah.
	Hospital General Amparo Pape Monclova	Xochimilco n.º 400, Nueva Miravalle, Monclova, Coah.
	Hospital General Cuatro Ciénegas	Blvd. Benito Juárez, Centro, C.P. 27640, Cuatrociénegas, Coah.
	Hospital General Torreón	Av. José María Rodríguez, C.P. 27067, Torreón, Coah.
	Hospital General de Piedras Negras "Salvador Chavarría Sánchez"	Blvd. Centenario n.º 901, Ejido Villa de Fuente, C.P. 26090, Piedras Negras, Coah.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
Colima	Hospital Materno Infantil de Colima	Lib. Gobernadora s/n, Jardines del Llano, C.P. 28983, Villa de Álvarez, Col.
	Centro de Atención Avanzada y Primaria para la Salud (CAAPS)	Calle Hospital s/n, Tercer piso (antiguo Hospital Civil), Col. San Pedrito, C.P. 28529, Manzanillo, Col.
	Centro de Salud Urbano de Tecomán	José María Morelos Y Pavón n.º 411, Centro, C.P.28100, Tecomán, Col.
	Centro de Salud Urbano de Solidaridad	Laguna de Alcuzaehue n.º 288, Solidaridad, C. P. 28979, Villa de Álvarez, Col.
Ciudad de México	Hospital General Balbuena	Cecilio Robledo n.º 103, Col. Aeronáutica Militar, C.P. 15970, CDMX.
	Centro de Salud Policlínica "Dr. Salvador Allende"	Nahuatlacas esq. Coras s/n, Col. Ajusco Huayamilpas, Alc. Coyoacán, C.P. 04390, CDMX.
	Hospital Materno Infantil Inguarán	Estaño n.º 307, Felipe Ángeles, Alc. Venustiano Carranza, C.P.15310, Ciudad de México, CDMX
	Hospital Pediátrico Tacubaya	Arquitecto Carlos Lazo n.º 25, Alc. Tacubaya, Miguel Hidalgo, C.P. 11870, Ciudad de México, CDMX
Durango	Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) 1 "Dr. Carlos León de la Peña"	Blvd. de la Juventud n.º 907 Col. Ampliación 20 de noviembre, Durango, Dgo.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) 450	Toma de Zacatecas n.º 129, División del Nte., C.P. 34140 Durango, Dgo.
	Hospital General Torre Materno Infantil	Calle 5 de Febrero, Centro, C.P. 34000 Durango, Dgo.
	Hospital Integral de la Comunidad de Canatlan	Independencia s/n, Centro, C.P.34409 Canatlán, Dgo.
	Centro de Salud Urbano "La Virgen"	Violeta n.º 308, La Virgen, C.P. 34049 Durango, Dgo.
Guanajuato	Hospital Materno Infantil de Irapuato	Vialidad Interior n.º 367, Col. Malvas Revolución, C.P. 36547; Irap, Gto.
	Hospital Materno de Celaya	Av. Ingeniero Javier Barros Sierra n.º 300, Villas de los Arcos, C.P. 38096, Celaya, Gto.
	Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) Cuchicuato	Adolfo López y Tijerinas s/n, entre la calle Miguel Hidalgo, Cuchicuato, Irapuato, Gto.
	Hospital Materno San Luis de la Paz	Blvd. Bicentenario de la Revolución Previa la Luz, San Luis de la Paz, Gto.
Guerrero	Hospital General de Atoyac de Álvarez "Dr. Juventino Rodríguez García"	Silvestre Castro esq. Parotas s/n, Col. Moderna, C.P. 40930, Atoyac de Álvarez, Gro.
	Nuevo Hospital General Regional "Dr. Guillermo Soberón Acevedo"	Carretera Nacional a Zihuatanejo n.º 134, Blvd. "Lic. Ángel Aguirre Rivero" km 1.8, Col. Nuevo Horizonte para Guerrero, C.P. 40705, Coyuca de Catalán, Gro.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón"	Carretera Nacional México - Acapulco km 219, Paraje de Tierras Prietas, C.P.39019 Zumpango, Gro.
	Unidad de Partería Alameda Chilpancingo	Av. Guerrero n.º 45, Col. Centro, C.P.39000, Chilpancingo, Gro.
	Hospital General de Tlapa de Confort	Av. Heroico Colegio Militar s/n, col. Aviación, C.P. 41304, Tlapa de Comonfort, Gro.
	Hospital de la Comunidad de Tixtla de Guerrero	Insurgentes n.º 105, Santuario, 39170 Tixtla de Guerrero, Gro.
	Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense	Bldv. René Juárez Cisneros esq. Huamuchil s/n, Zona Sin Asignación de Nombre de Col 47, C.P. 39074, Chilpancingo de los Bravo, Gro.
	Centro de Salud Guerrero 200 (Clínica de Salud Emocional)	Av. Eje Central n.º 5, Col. Burócratas, C.P. 39090, Chilpancingo, Gro.
Hidalgo	Centro de Salud "Dr. Jesús Del Rosal"	Carretera Pachuca Tulancingo n.º 101, Col. Ciudad de los Niños, Pachuca, Hgo.
	Hospital General de Pachuca	Pachuca-Tulancingo n.º 101, Nueva Francisco I Madero, La Hacienda, C.P. 42070, Pachuca de Soto, Hgo.
	Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (UEPAVFS)	Unidad adjunta al Hospital Obstétrico de Pachuca, Av. Solidaridad s/n, Col. Piracantos, C.P.42088, Pachuca de Soto, Hgo.
	Centro de Salud Huazalingo	Av. Madero s/n, Col. Centro, Jurisdicción 09, Molango, Huazalingo, Hgo.
	Hospital General de Tulancingo	Av. Paxtepec, C.P. 43760, Santiago Tulantepec (La Villita), Hgo, C.P. 43760
	Dirección de Unidades Médicas Especializadas (DUME)	Mariano Arista n.º 707, Col. La Surtidora, Pachuca de Soto, C.P. 42050
Jalisco	Centro de Salud San Andrés I	Av. República n.º 2721, Jardines de Guadalupe, C.P. 44750 Guadalajara, Jal.
	Hospital General de Occidente	Av. Zoquipan n.º 1050, Zoquipan, C.P. 45170, Zapopan, Jal.
	Centro de Salud San Miguel Cuyutlán	Madero n.º 14, C.P. 24630, San Miguel Cuyutlán, Jal.
	Centro de Salud la Venta del Astillero	Lázaro Cárdenas n.º 111, Pinar de la Venta, C.P. 45220, La Venta del Astillero, Jal.
	Centro de Salud "El saucillo de Maldonado"	Independencia n.º 81, Potrero de Gómez, C.P. 45452, Saucillo de Maldonado, Jal.
	Centro de Salud Talpa de Allende	Ahuehuate n.º 20, Col. La Meza, CP. 48200, Talpa de Allende, Jal.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
Estado de México	Hospital General "Dr. Nicolás San Juan"	Doctor Nicolás San Juan, De La Magdalena, Delegación San Lorenzo Tepaltitlán, C.P. 50010, Toluca de Lerdo, Méx.
	Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS)	Dos Ríos n.º 25, San Gaspar Tlahuelilpan, C.P. 52147, San Gaspar Tlahuelilpan, Méx.
	Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini"	Av. Independencia 5 Ote. n.º 1009, Col. Reforma, Residencial Colón y Col Ciprés, C.P. 50070, Toluca de Lerdo, Méx.
	Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial en Toluca	P.º de los Matlazincas n.º 119, La Teresona, C.P. 50040, Toluca de Lerdo, Méx.
	Unidad de Maternidad de Atlacomulco	Mario Colín Sánchez, Atlacomulco de Fabela, C.P.50450 Atlacomulco, Méx.
	Centro de Salud Nueva Santa María	Ignacio Ramírez n.º 202, El Huerto, C.P. 54807, Cuautitlán, Méx.
Michoacán	Hospital de la Mujer de Morelia	Guillermo Rocket n.º 250, Col. Poblado Ocolusen, C.P. 58295, Morelia, Mich.
	Centro de Salud Morelia "Juan Manuel González Urueña"	Benito Juárez n.º 225, Centro Histórico de Morelia, C.P. 58000 Morelia, Mich.
	Hospital General de Pátzcuaro	C.P. 61608, Pátzcuaro, Mich.
	Centro de Salud Pátzcuaro "Vista del Lago"	Río Coatzacoalcos s/n, Vista del Lago, C.P. 61606, Pátzcuaro, Mich.
	Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos"	Bosques de Eucalipto n.º 420, El Ejido Atapaneco, C.P. 58253, Morelia, Mich.
Morelos	Hospital General Temixco "Enfra. Ma. De la Luz Delgado Morales"	Independencia n.º 320, Rubén Jaramillo, C.P.62587, Temixco, Mor.
	Centro de Salud Temixco	Margaritas n.º 15, Centro, 62580 Temixco, Mor.
	Centro de Salud Peña Flores	Segunda Amp. Vicente Guerrero, Peña Flores, C.P.62759 Cocoyoc, Mor.
	Centro de Salud Xoxocotla	Alalpan, Centro, C.P.62680 Xoxocotla, Mor.
	Centro de Salud Cuernavaca	Francisco Leyva n.º 307, Cuernavaca Centro, Centro, C.P. 62000 Cuernavaca, Mor.
Nayarit	Centro de Salud con Servicios Ampliados "Juan Escutia"	Calle Juan Escutia s/n, Col. Centro, Tepic, Nay.
	Centro de Salud Urbano Compostela	Francisco Javier Mina n/a-a/a, Santa Ana, C.P. 63700, Compostela, Nay.
	Hospital General San Francisco	África n.º 10, C.P. 63729, San Francisco, Nay.
	Hospital Integral Comunitario Ixtlán Del Río	Santo Santiago, C.P. 63958, Ixtlán del Río, Nay.
Nuevo León	Hospital Metropolitano San Nicolás de las Garzas	Av. Adolfo López Mateos n.º 4600, Floridos Bosques del Nogalar, C.P. 66480, San Nicolás de los Garza, N.L.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Centro de Salud Alianza B.	Locutores, La Alianza, C.P. 64103, Monterrey, N.L.
	Unidad de Especialidades Médicas en Cirugía Ambulatoria de Escobedo (antes Centro de Salud Alianza Real de Escobedo)	Av. Constitución s/n Cruz con Artículo 72, Col. Privadas de Camino Real 2, C.P. 66084, Gral. Escobedo N.L.
	Centro de Salud "Arturo B. de la Garza"	Elvira Rentería n.º 900, Arturo B. de La Garza, C.P. 64730 Monterrey, N.L.
	Centro de Salud Monte Kristal	Monte Laurel n.º 422, Monte Kristal, C.P. 67280, Arboledas de San Roque, N.L.
	Unidad de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM)	Av. Azteca s/n Cruz con Av. Morones Prieto, Col. Azteca, C.P. 67150, Guadalupe, N.L.
	Hospital General Montemorelos	Av. Capitán Alonso de León km 4 s/n, Comunidad La Parrita, C.P. 67500. Montemorelos, N.L.
Oaxaca	Centro de Salud Urbano, Colonia Estrella	Dr. Gilberto Bolaños Cacho n.º 102, Barrio de Xochimilco, Col. Estrella, C.P.68000, Ejido del Centro, Oaxaca de Juárez, Oax.
	Centro de Salud de Santiago Matatlan	Símbolos Patrios, C.P. 70440, Santiago Matatlán, Oax.
	Centro de Salud Urbano Núm.1 "Dr. Manuel Martínez Soto"	Calle de Mina n.º 605, Colonia Centro, C.P. 68000, Oaxaca de Juárez, Oax.
	Centro de Salud El Molino	C.P. 69009, El Molino, Oax.
	Centro de Salud San Andres Dinicuiti	C.P. 69064 Oax.
	Centro de Salud Núm. 06, Colonia Volcanes	Soconusco s/n, Col. Volcanes, C.P. 68020, Oaxaca de Juárez, Oax.
Puebla	Hospital de Traumatología y Ortopedia	Diagonal Defensores de la República, Jesús García, C.P. 72090, Puebla, Pue.
	Hospital General de Huejotzingo	16 de Septiembre, Tercero, Tercer Barrio, C.P. 74160, Huejotzingo, Pue.
	Hospital Integral de Zacapoaxtla	Ernesto Macotela Ruiz n.º 6, Tenexcapilla, C.P. 73680 Zacapoaxtla, Pue.
	Hospital General del Norte	Nuevo Laredo, Estación Nueva, C.P.72200, Puebla, Pue.
	Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro", Zona Sur	Antiguo Camino Guadalupe Hidalgo n.º 11350, Amp. Lomas de Castillotla, C.P. 72490, Puebla, Pue.
	Hospital General de Atlixco	Puebla-Matamoros o, Puebla-Matamoros LB, Atlixco, Pue.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados Tepatlaxco de Hidalgo	Cuarta, C.P. 75100, Tepatlaxco de Hidalgo, Pue.
	Centro de Salud Urbano Huauchinango	Nigromante n.º 33, La Cumbre, C.P. 73160, Huauchinango, Pue.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Centro de Salud San Juan Epatlán	Izúcar de Matamoros - Tepexi de Rodríguez, Segunda Secc, C.P. 74630, San Juan Epatlán, Pue.
	Hospital General de Cholula	Tlaxcalancingo, Pue.
	Hospital Integral de Tecamatlán	Carretera Palomas -Tlapa km 215, Unidad Habitacional Antorcha Campesina, C.P. 74870, Tecamatlan, Pue.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Libres	Avenida Ávila Camacho n.º 156, Los Conos, C.P. 73780, Cd de Libres, Pue.
	Hospital General de Tlatlauquitepec	Av. Reforma n.º 161, Centro, C.P. 73900, Cd de Tlatlauquitepec, Pue.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Chignahuapan	Tlaxco - Chignahuapan n.º 11605, Teotlalpan, C.P.73300, Chignahuapan, Pue.
	Hospital Comunitario de Vicente Guerrero	Vicente Guerrero, C.P. 75907, Puebla, Pue.
	Hospital General de Cuetzalan	Zacapoaxtla km 2, C.P.73560, Cd de Cuetzalan, Pue.
Querétaro	Centro de Salud Menchaca Norte	Colinas de Menchaca 2da Secc, C.P. 76140, San José el Alto, Qro.
	Centro de Salud Lomas de Casablanca	Abraham Castellanos s/n, Reforma Agraria 1ra Secc, C.P. 76086 Santiago de Querétaro, Qro.
	Centro de Salud Alfajayúcan, antes Chichimequillas	Av. Paraíso s/n, Guadalupe, Alfajayúcan, El Marqués, Qro.
	Centro de Salud de San Ildefonso	Querétaro n.º 330, C.P. 76886, Qro.
	Centro de Salud Chichimequillas	El Rancho, C.P. 76250, Chichimequillas, Qro.
Quintana Roo	Hospital General de Chetumal	Av. Andrés Quintana Roo n.º 399, Taxistas, C.P. 77037 Chetumal, Q.R.
	Centro de Salud Urbano las Américas	Luis Manuel Sevilla Sánchez n.º 0, Fraccionamiento Américas 1, C.P. 77086, Othón P. Blanco, Q. R.
	Centro de Salud Núm. 2, Felipe Carrillo Puerto	Calle 80, Emiliano Zapata, C.P. 77229, Felipe Carrillo Puerto, Q.R.
	Centro de Salud de Puerto Morelos	Rafael E. Melgar, C.P. 77580, Puerto Morelos, Q.R.
	Hospital Integral de Isla Mujeres	Av. Rueda Medina n.º 66, La Gloria, C.P. 77402, Isla Mujeres, Q.R.
	Centro de Salud Núm. 15	Av. Miguel Hidalgo, Región 103, Benito Juárez, C.P. 77539, Cancún, Q.R.
San Luis Potosí	Unidad Médica Familiar Bosques de Jacarandas	Bosque de los Pinos n.º 55, Jacarandas, San Luis, S.L.P.
	Hospital General de "Soledad de Graciano Sánchez"	Prolongación Coronel Romero, Himno Nacional 2da Sección, C.P. 78369, San Luis, S.L.P.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa"	Bld. Antonio Rocha Cordero n.º 2510, San Juan de Guadalupe, C.P. 78364, San Luis, S.L.P.
	Hospital Básico Comunitario Aquismón	Las Palmas s/n, Centro, C.P. 79760, Aquismón, S.L.P.
	Centro de Salud Huichihuayan	Domicilio Conocido, Municipio de Huichihuayán, S.L.P.
Sinaloa	Hospital de la Mujer de Culiacán	Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros s/n, Desarrollo Urbano Tres Ríos, C.P.80020, Culiacán Rosales, Sin.
	Hospital General de Culiacán	Av. Gral. Ignacio Aldama s/n, Guadalupe, C.P. 80230, Culiacán Rosales, Sin.
	Hospital General de los Mochis	Bld. Gral. Macario Gaxiola n.º 1449, Raúl Romanillo, C.P. 81280, Los Mochis, Sin.
	Hospital General de Mazatlán	Av. Óscar Pérez Escobosa n.º 6505, C.P. 82275, Mazatlán, Sin.
	Centro de Salud Urbano El Dorado	Agrícola Zopilota s/n y Calle Lichis, Col. Rubén Jaramillo, El Dorado, Sin.
Sonora	Centro Avanzado de Atención Primaria para la Salud (CAAPS Hermosillo)	Cabo San Lucas entre Pedro Ascencio y Profra. Francisca Maytorena, Col. La Floresta, C.P. 83179, Hermosillo, Son.
	Centro de Higiene Mental "Dr. Carlos Nava Muñoz"	Rosales, Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Son.
	Centro Integral de Salud Mental (CISAME)	Av. Joaquín Duran, Col. Floresta, Villa Saucos, C.P. 83179, Hermosillo, Son.
	Centro de Salud Miguel Alemán II	Benito Juárez s/n, Poblado Miguel Alemán, C.P.83345, Hermosillo, Son.
Tabasco	Centro de Salud con Servicios Ampliado (CESSA) Bosques de Saloya	Andador Guano, esquina Cañaveral s/n., C.P. 86039.
	Hospital General "Dr. Desiderio G. Carbajal"	Bld. Leandro Roviroza Wade n.º 111, C.P. 86113, Comalcalco, Tab.
	Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Buena Vista Yokot'an	Buena Vista 1a. Sección, Centro, Tabasco, C.P. 86254, Tamulte de las Sabanas, Tabasco
	Hospital General de Cunduacán	Av. Fidencia Fernández Sastre n/a, Centro, C.P. 86690, Cunduacán, Tab.
	Hospital Comunitario de Centla	Gregorio Méndez n.º 80, Centro, C.P. 86750, Frontera, Tab.
	Hospital General de Macuspana	Lerdo de Tejada n.º 402, Centro, C.P. 86700, Macuspana, Tab.
	Centro de Salud Urbano de Comalcalco	Reforma, San Miguel, C.P. 86323, Comalcalco, Tab.
Tamaulipas	Centro de Salud Núm. 5 "Luis Donaldo Colosio"	Calle San Carlos n.º 0, Col. Luis Donaldo Colosio, C.P. 87014, Ciudad Victoria, Tamps.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Hospital General de Cd. Victoria "Dr. Norberto Treviño Zapata"	Blvd. Fidel Velázquez n.º 1845, Revolución Verde, C.P.87024 Cd. Victoria, Tamps.
	Centro de Salud R-01 "Rodolfo Torre Cantú"	Calle Rosas esquina privada s/n, Ejido la Misión, C.P. 87260, Cd Victoria, Tamps.
	Centro de Salud Jaumave	Álvaro Obregón n.º 46, C.P. 87930, Jaumave, Tamps.
	Centro de Salud Padilla	Calle 4 esquina con calle Ignacio Zaragoza s/n, zona Centro, Nuevo Padilla, Tamps.
Tlaxcala	Hospital de la Mujer Tlaxcalteca	Calle 20 de noviembre s/n, Carretera a San Damián Tlacotalpan km 2.5, San Matías Tepetomatitlán, Apetatitlán de Antonio Carbajal, C.P. 90606, Tlaxcala, Tlax.
	Centro de Salud Acuamanala	Calle Tepetlapa, Carretera Vía Corta Puebla-Chiautempan, Av. Malintzi, C.P. 9860, Acuamanala, Tlax.
	Centro de Salud de Villa Vicente Guerrero	Adolfo López Mateos Pte. 1, San Bartolomé, C.P. 90970, San Pablo del Monte, Tlax.
	Hospital Infantil de Tlaxcala	Calle 20 de noviembre s/n, Carretera a San Damián Tlacotalpan km 2.5, San Matías Tepetomatitlán, Apetatitlán de Antonio Carbajal, C.P. 90606, Tlaxcala, Tlax.
	Centro de Salud de Loma Florida	Santa Cruz n.º 1304, Loma Florida II, C.P. 90401, Apizaco, Tlax.
	Centro de Salud Rural Cuapiaxtla	San Antonio, C.P. 90560, Cuapiaxtla, Tlax.
	Hospital Comunitario El Carmen Tequexquitla	Niños Héroes, Centro, C.P. 90570, Villa de El Carmen, Tequexquitla, Tlax.
	Hospital Comunitario de Contla de Juan Cuamatzi	Emiliano Zapata n.º 15, Séptima Sección, C.P. 90690, Tlaxcala de Xicohténcatl, Tlax.
	Centro de Salud Rural de Hueyotlipan	Hueyotlipan, Centro, C.P. 90240, Hueyotlipan, Tlax.
	Centro de Salud Urbano de Tlaxcala	Lib. Tlaxcala n.º 50, La Loma Xicohtencatl, San Diego Metepec, C.P. 90110, Santa María Acuitlapilco, Tlax.
Veracruz	Centro de Salud Las Bajadas	José María Morelos n.º 0, Col. Ampliación, Las Bajadas, C.P. 91698, Las Bajadas, Ver.
	Centro de Salud Minatitlán	Av. 18 de octubre n.º 145, Col. Chapala, Minatitlán, Ver
	Centro de Salud Rural de Tilica	Domicilio Conocido, Tehuipango, Ver.
	Centro de Salud Anáhuac	Cedro s/n, Centro, C.P. 92035, Anáhuac, Ver.
	Centro de Salud Poblado 5	Blvd. Jorge L Tamayo n/a, C.P. 96940, Uxpanapa, Ver.
	Centro de Salud Citlaltépec	Av. Vicente Guerrero s/n, esq. Fundo Legal, Col Centro, Citlaltépetl, Ver.

Entidad Federativa	Unidad de Salud	Dirección
	Centro de Salud Tantoyuca	Canoas-Martínez de la Torre n.º 910, Santa Fe, C.P. 92127, Tantoyuca, Ver.
	Centro de Salud Jilotepec	Lerdo de Tejada, Centro, C.P. 91380, Jilotepec, Ver.
	Centro de Salud Las Barrillas	Calle Santa Trinidad, Ref. 1: Calle Sierra Madre, Ref. 2: Calle Catemaco, Col. Las Barrillas, Coatzacoalcos, Ver.
Yucatán	Centro de Salud de Mérida	Calle 72, Centro, C.P. 97000, Mérida, Yuc.
	Centro de Salud de Kanasín	Calle 19 n.º 438, por 30 y 32, Centro, C.P. 97370, Kanasín, Yuc.
	Centro de Salud de Chemax	Calle 11 s/n, entre 28 y 34, Col. Paraíso, C.P. 97770, Chemax, Yuc.
	Centro de Salud Urbano Santa Rosa	Circuito Colonias n.º 408, Col. Santa Rosa, Mérida, Yuc.
	Hospital Psiquiátrico Yucatán	Calle 116, por Calle 61a Y 59, Col. Bojórquez, C.P. 97230, Mérida, Yuc.
Zacatecas	Centro de Salud Zacatecas "Dr. José Castro Villagrana"	Ant. Carretera Panamericana n.º 202, Zona A, Las Palmas, C.P. 98056, Zacatecas, Zac.
	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (UNEME CAPASITS Guadalupe)	Calle Sarh, Col. Parque Industrial, C.P. 98605, Guadalupe, Zac.
	Centro de Salud Guadalupe	Secretaría de Marina, Parque Industrial, C.P. 98605, Guadalupe, Zac.
	Hospital General Fresnillo "Dr. José Haro Ávila"	Carretera Fresnillo-Valparaiso km 3.45, Centro, C.P. 99000, Fresnillo, Zac.
	Centro de Salud Tacoaleche	Tacoaleche, C.P. 98630, Tacoaleche, Zac.
	Hospital Comunitario Ojocaliente	Camino a San Cristóbal km 1, C.P. 98700, Ojocaliente, Zac.

Desciframos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las inequidades en salud se refieren a aquellas “diferencias sistemáticas en salud –considerando resultados, pero también el proceso para la generación de los mismos– entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas”

Las disparidades en salud se pueden manifestar en el acceso a la atención médica, en la calidad de la atención recibida o ambas. Estas diferencias se revelan en una amplia variedad de medidas de salud, como la esperanza de vida y mortalidad infantil, entre otras. Poner en cifras y analizar las desigualdades es entonces un primer acercamiento para comprender el peso que representa la inequidad en salud para una sociedad.

Si bien el análisis de género es una herramienta que posibilita conocer dónde existen inequidades y desigualdades entre las mujeres y hombres dentro del ámbito de la salud, la privación de derechos como el de la salud no es un tema que habla de dos polos, la exclusión se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida interconectadas entre sí.

En un mundo donde cada vez existen más desigualdades de todo tipo, el desglose por sexo de los datos resulta insuficiente; por ello, en *Descifremos* ofrecemos un panorama sobre algunas brechas de acceso a la salud que ocurren en poblaciones que históricamente han vivido discriminación. La incorporación de cruce de variables se vuelve una necesidad imperante para conocer y reconocer las problemáticas injustas que viven estas poblaciones.

Población LGBTTTI

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales, intersexuales (en adelante LGBTTTI) enfrentan diversos desafíos que comprometen el acceso al pleno ejercicio de sus derechos. En este sentido, la OMS y la OPS manifiestan que -en el acceso a los servicios de salud- los principales obstáculos que existen para estas poblaciones son:

<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión inadecuada de los problemas de salud de las personas LGBTTTI • Negación de la atención • Atención inadecuada o inferior al promedio, bajo la cual existe un trato irrespetuoso y poco sensible a las necesidades de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción para incluir a personas importante en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo y toma de decisiones • Suposiciones inadecuadas respecto a las causas de enfermedad o los trastornos relacionadas con el comportamiento • Negación del tratamiento
--	--

Las personas LGBTTTI presentan mayores tasas de infección por VIH, depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio por estrés crónico, aislamiento social; sin embargo, el estigma, homofobia y transfobia en los sistemas de salud provocan desconexión a estos servicios.

A fin de explorar las características de estigma y discriminación contra las personas que viven con VIH o SIDA en los servicios de salud, el Instituto Nacional de Salud Pública realizó un estudio en tres entidades federativas que se denominó *Mo Kexteya*, en éste se entrevistó a 373 profesionales de la salud que prestan sus servicios en: IMSS, ISSSTE y SSA. Si bien el estudio se llevó a cabo en 2006, los resultados fueron reveladores respecto al escenario de discriminación que ha vivido esta población en el acceso a servicios de salud:

- Casi una cuarta parte de la muestra entrevistada piensa que la homosexualidad es causa del SIDA en México.
- Más del 25% dijo que no compartiría casa con un homosexual; sin embargo, solo el 13% manifestó que no compartiría una casa con una persona viviendo con VIH (PVVIH).
- Casi tres cuartas partes opinaron que las PVVIH eran culpables de su condición.
- El 15% de quienes se entrevistaron mencionó que podía identificar visualmente a una persona con VIH.
- Casi una quinta parte opinó que a una PVVIH se le debe prohibir utilizar servicios públicos como albercas y baños públicos.
- El 60% comentó que se debería prohibir a las madres VIH positivas tener bebés.

En cuanto a la percepción que las personas de la población LGBTTTI tienen acerca de su derecho al acceso de salud, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) realizó, en colaboración con la Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual A.C., el *Diagnóstico nacional sobre la discriminación de las personas LGBTI en México, 2018*. Este documento vierte los resultados de una encuesta llevada a cabo con el objetivo de conocer cuáles son los tipos de violaciones a derechos humanos, en específico en relación al derecho a la salud, que enfrenta esta población. Algunos de los resultados fueron:

- Casi la mitad de las personas que participaron (48.1%) consideran que el personal médico y de enfermería está poco capacitado para brindar atención, mientras que un 19.1% considera que en ninguna ocasión el personal ha estado capacitado para atenderles.
- Se observa que 1 de cada 10 personas no acude a los servicios de salud por considerarlos malos, y 6 de cada 10 considera que el personal médico o de enfermería pocas veces está capacitado para atender personas LGBT.
- Seis de cada 10 personas señala que no hay servicios de salud adecuados.
- La mayoría ha manifestado su orientación o identidad en los servicios de salud, pero muchos prefieren no mencionar que pertenecen a la comunidad LGTBTTI en los servicios.
- Se identificaron casos de personas a las que les han obligado a tomar medicamentos, recibir tratamientos o realizarse procedimientos médicos relacionados con su condición LGTBTTI.

Personas con discapacidad

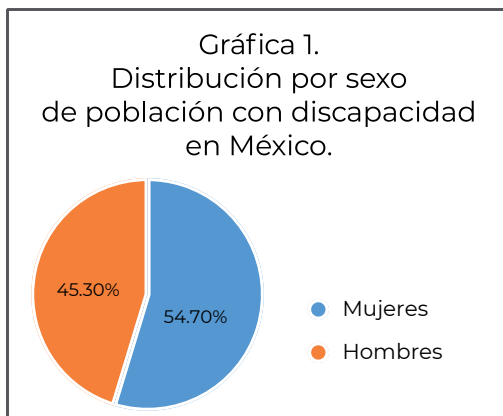
A lo largo de la vida de las personas con discapacidad existe una acumulación de obstáculos estructurales para el ejercicio de sus derechos fundamentales que se reflejan en brechas de desigualdad; con el tiempo, éstas refuerzan el ciclo de desigualdad, discriminación y pobreza.

Aunque, de acuerdo con la OMS, es probable que casi todas las personas experimenten alguna forma de discapacidad -temporal o permanente- en algún momento de su vida, al buscar el acceso a servicios de salud adecuados a sus necesidades específicas, se encuentran con múltiples barreras, entre ellas:

- barreras ligadas a cuestiones de actitud,
- barreras físicas,
- barreras que dificultan la comunicación, y
- barreras económicas.

La discapacidad es el resultado de la interacción compleja entre el individuo y su entorno, y las deficiencias en esta interacción abren brechas de salud para las personas de discapacidad, entre ellas, las personas con discapacidad tienen:

- **tres veces más probabilidades de que se les niegue atención de salud;**
- cuatro veces más probabilidades de que las traten mal en el sistema de salud;
- un 50% más de probabilidades de incurrir en gastos sanitarios catastróficos;
- de 4 a 10 veces más probabilidades de sufrir actos de violencia;
- mayor riesgo de sufrir lesiones no mortales por accidente de tránsito;
- las niñas y niños con discapacidad tienen tres veces más probabilidades de sufrir abuso sexual y dos veces más probabilidades de sufrir malnutrición.



De acuerdo con la OMS, en torno al 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad. En México, existen más mujeres con discapacidad que hombres, dato asociado a la mayor esperanza de vida femenina y a la incidencia de la discapacidad en la vejez; poco más de la mitad de personas con discapacidad (55.3%) tiene 60 años y más. En cuanto a las personas con discapacidades múltiples (con dos o más discapacidades) se presume que tres de cada diez personas están en este grupo.

Asimismo, alrededor de cuatro de cada diez personas con discapacidad residen en localidades no urbanas. En cuanto a la información de personas con discapacidad que pertenecen a grupos históricamente discriminados se identificó:

3.3%
declaró ser
afrodescendiente

8.3%
es hablante de
lengua indígena

21%
se identificó
como indígena

11.2%
declaró profesar
una religión
distinta a la
católica

Una de cada 5 personas con discapacidad se adscribe indígena.

Etnicidad. Población indígena/población afromexicana

México se caracteriza por su composición multiétnica y cultural, al menos 70 pueblos indígenas y afromexicanos coexisten en este territorio. Existen 6, 695, 228 personas de 5 años de edad o más que hablan alguna lengua indígena, de las cuales 50.9% son mujeres y 49.1% hombres; mientras que, en 2020, 2,576,213 personas se reconocieron como afromexicanas y representan 2% de la población total del país.

Las poblaciones indígenas y afromexicanas viven brechas significativas en salud en comparación con la población general. La Encuesta Nacional sobre la Discriminación (ENADIS) 2017 reveló que el 49.3%, de los diez millones de personas indígenas encuestadas, perciben que sus derechos son poco o nada respetados; el 29.2% declaró al menos una situación de discriminación en los últimos cinco años, la mayor ocurrencia fue la negación de atención médica o entrega de medicamentos con 51.2%; este mismo mecanismo de recolección de datos mostró que al 26.90% de la población afrodescendiente (21.7% hombres y 32.8% mujeres) se le negó de manera injustificada alguno de sus derechos, los más mencionados fueron recibir apoyos de programas sociales (45.1%), la atención médica o medicamentos (45.0%).

Respecto a las personas que se reconocen como afrodescendientes también se encontró:

8.7% habla una lengua indígena	60.3% se autoadscribe indígena	5.9% vive con una discapacidad	16.8% tiene una religión distinta a la católica
---	---	---	--

Cuando se habla de discriminación por etnia, a menudo se piensa únicamente en las poblaciones indígenas, este pensamiento colectivo da cuenta de la problemática de invisibilidad que viven las poblaciones afrodescendientes en México, apenas en 2020 se incluyó la pregunta de autoidentificación afrodescendiente en el cuestionario básico del Censo General de Población y Vivienda. Al no haber sido mencionadas por tanto tiempo, las lagunas de información existentes respecto a la población afromexicana limitan el conocimiento sobre las demás temáticas para explicar las condiciones de salud y determinantes sociales de esta población. Asimismo, los estigmas que pesan sobre las personas indígenas y afrodescendientes dificultan la extracción de datos estadísticos por la complejidad que implica para la persona el autoreconocimiento.

Estos datos ocultos se manifiestan en las diversas poblaciones, para contar con información cercana a la realidad que sucede en la población mexicana es necesario hacer recolecciones de datos que les mencionen y un cruce de datos en los resultados que permita analizar variables cuantitativas, tales como grupos de edad, niveles de ingreso, ubicación geográfica y pertenencia étnica, entre otros.

Inequidades en salud desigualdades injustas y remediables

Son las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas, como: pobreza, discriminación y falta de acceso a servicios o bienes.

Las **desigualdades en salud** son diferencias en salud entre distintos grupos de personas, construcciones socioculturales que los colocaron en situaciones de desventaja.

Se manifiestan en el acceso a la atención médica, en la calidad de la atención recibida o ambas.

Las **brechas de desigualdad** son una medida estadística que da cuenta de la distancia de distintas poblaciones con respecto a un mismo indicador.

<p>4 de cada 10 mujeres en México consideran que sus derechos no se respetan o se respetan poco.</p>	<p>Entre quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza en México se observa una mayor probabilidad de muerte tanto de forma general como materna, infantil, y de menores de 5 años</p>	<p>3 veces mayor riesgo de morir presentan las personas con bajo nivel educativo en comparación con aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo.</p>
<p>Aproximadamente, 50% superior a la población general, la tasa de fertilidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes; sin embargo, reciben menos atención de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto.</p>	<p>6 de cada 10 personas de la población LGBTTTI señala que no hay servicios de salud adecuados para ellas.</p>	<p>3 veces más probabilidades de sufrir abuso sexual tienen las niñas y niños con discapacidad dos veces más probabilidades de sufrir malnutrición.</p>

Identificar el factor de riesgo social y cultural al que están expuestos quienes acuden a los servicios médicos y planificar sus actividades clínicas (diagnóstico y tratamiento); así como, defender el acceso igual para todas las personas a los servicios de salud, sin consideración de las diferencias geográficas, sociales, de edad, sexo, religión, etnia y económicas u orientación sexual es primordial para cerrar las brechas de desigualdad.

Notigénero

Colima despenaliza el aborto y reconoce a las personas gestantes

El Congreso local de Colima despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación y eliminó el plazo de 3 meses para interrumpir embarazos que sean resultado de una violación o de inseminación artificial no consentida. Asimismo, se convirtió en la primera entidad federativa del país en reconocer a las personas gestantes.

Además de retirar la interrupción voluntaria del embarazo como delito dentro del Código Penal local, se deberán realizar reformas estructurales en todas las áreas involucradas para garantizar que las mujeres y personas gestantes tengan el acceso a este derecho de manera segura, confidencial, gratuita y sin discriminación.

Con esta decisión, Colima se suma a la Ciudad de México, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo y Baja California como la sexta entidad federativa en legislar sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

La modificación a su legislación incluye dos circunstancias innovadoras respecto a la legalidad del aborto: cuando una autoridad hubiese negado el aborto a una mujer previo a las 12 semanas de gestación y cuando el personal de salud hubiese omitido informarle sobre su derecho a la interrupción del embarazo en ese plazo.

Aprueban el matrimonio igualitario en Guanajuato

El gobierno del estado de Guanajuato concedió el reconocimiento jurídico al matrimonio igualitario. En esta fecha, la oficina de la Secretaría de Gobierno estatal giró una circular a las oficinas del Registro Civil, donde se pidió materializar el matrimonio sin discriminación por su preferencia sexual, y sin necesidad de mediar recurso legal para proceder.

En 2015 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) estableció inconstitucionales las legislaciones civiles que prohíben el matrimonio igualitario.

INAI e Inmujeres firman convenio para el acceso a la información y protección de datos

El Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) firmaron un convenio para, entre otras cosas, promover la transparencia en la publicación de sentencias de los poderes judiciales relativas a los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.

Este documento permitirá planear, elaborar y ejecutar de manera coordinada diversas acciones y proyectos para fortalecer la cultura de la transparencia, el acceso a la información pública, la rendición de cuentas y la protección de datos con perspectiva de género. Asimismo, a partir de este instrumento jurídico, también se emprenderán acciones para prevenir el acoso sexual y el hostigamiento sexual, además de publicar las resoluciones más relevantes, relativas al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, provenientes de los diversos poderes judiciales.

SFP publica nuevo código de ética con perspectiva de género

Con el fin de propiciar ambientes laborales adecuados con perspectiva de género y eliminar actos de corrupción, la Secretaría de la Función Pública (SFP) emitió los nuevos lineamientos generales del Código de Ética de la Administración Pública Federal en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Los ajustes de esta normativa establecen el respeto a los derechos humanos como principio y eje fundamental del servicio público, así como la incorporación del concepto de igualdad de género y regula nuevas temáticas, como el acoso laboral, la agenda de cuidados y el uso de redes sociales.

Todas las personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión en las dependencias y entidades gubernamentales, en cualquiera de sus niveles jerárquicos, incluyendo al personal de base y sindicalizado deberán cumplir lo dicho en este instrumento jurídico.

Sinaloa despenaliza el aborto

En el marco de la conmemoración del Día Internacional de la Mujer, el Congreso del estado de Sinaloa aprobó la despenalización del aborto, hasta las 13 semanas de gestación.

Con esta decisión, Sinaloa se suma a la Ciudad de México, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Baja California y Colima, como una entidad más que despenaliza el aborto; en el resto del país, la interrupción del embarazo está permitida bajo el supuesto de violación y, en algunos casos, por causales relacionadas con la viabilidad fetal, salud de la madre y pobreza extrema.

México ratifica el convenio 190 de la OIT

El Senado de la República ratificó la suma de México al Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), éste define un marco común y claro para prevenir y abordar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

El Convenio 190 aplica a todo el sector laboral, sin importar su situación contractual y, con su ratificación, el Estado mexicano se compromete a respetar, promover y asegurar el disfrute del derecho de toda persona a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso; así como adoptar una estrategia integral a fin de aplicar medidas de prevención de la violencia de género en la esfera del trabajo.

Asimismo, a razón de esta acción se reconoce la adopción de un enfoque inclusivo e integrado que tenga en cuenta las consideraciones de género y aborde las causas subyacentes y los factores de riesgo, entre ellos los estereotipos de género, las formas múltiples e interseccionales de discriminación y el abuso de las relaciones de poder por razón de género.

México se suma a la lista de 11 países que, hasta la fecha, han ratificado el Convenio 190 de la OIT y es el cuarto país de América Latina y el Caribe en adoptar este instrumento internacional.

Jalisco aprueba el matrimonio igualitario

El Congreso del estado de Jalisco aprobó reformas a la ley local que permiten el matrimonio entre dos personas del mismo sexo; además de reconocer la identidad de las personas transgénero y sancionar las terapias de conversión.

Con estas modificaciones, el Código Civil define el matrimonio como la unión de dos personas libremente y en comunidad con respeto, ayuda mutua e igualdad de derechos y obligaciones.

De igual forma, se modificaron la Ley del Registro Civil del estado de Jalisco y el Código Civil, con la finalidad de que se reconozca la identidad de las personas transgénero en las actas de nacimiento de quienes sean mayores de edad y decidan cambiar sus documentos legales con su nueva identidad. En este tenor, se aprobaron multas para quien promueva, aplique o financie cualquier tipo de tratamiento, terapia o práctica que busque modificar, reorientar o anular la orientación sexual de una persona.

Invitación para publicar

Género y salud en cifras presenta información cuantitativa y cualitativa sobre temas de género en salud, así como de prevención y atención de la violencia de género y su vinculación con la salud, también se enfoca en distintos análisis para el avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo en los servicios de salud.

La publicación está dirigida a personal directivo y operativo del área de salud, instituciones académicas, centros de investigación, organizaciones civiles afines y todas las personas interesadas en los temas que trata.

Los escritos recibidos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de una persona especialista y de la valoración de tres asesoras/es editoriales, así como la aprobación final por parte del Comité Editorial a fin de determinar si el trabajo se publicará. En este proceso se valorarán los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema, y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información.

Se mantendrá comunicación con las personas autoras, a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Criterios:

1. Se considerarán los siguientes tipos de colaboración: ensayos, artículos de divulgación científica, ponencias, testimonios y reseñas (pueden ser de carácter inédito o reelaboraciones de materiales ya publicados).
2. Las temáticas deben ser de interés general, estar rigurosamente documentadas e incorporar los temas género en salud, de prevención y atención de la violencia de género y su vinculación con la salud, avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo en los servicios de salud.
3. Emplear letra Arial, 12 puntos, a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de páginas y referencias bibliográficas)
4. Incluir un resumen de aproximadamente media cuartilla y anotar 3 o 4 palabras clave.
5. Contar con una extensión máxima de 25 cuartillas (con resumen, bibliografía y anexos incluidos para ensayos, artículos y ponencias); y no más de 15 cuartillas para testimonios o reseñas, todas con las páginas numeradas.
6. Manejar lenguaje incluyente y no sexista, usando términos neutros o con la referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. En los lineamientos editoriales compartimos algunos textos para consulta. Consúltalos es esta liga: <https://docs.google.com/document/d/1wxeor66ca86itM4lL5wuHGxDFT8Akm8x/edit?usp=sharing&oid=103688953729984735642&rtpof=true&sd=true>

7. Utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara, explicativa y sin tecnicismos.
8. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias de máximo seis renglones, indicándolas con números romanos en superíndice (I,II, III, IV).
9. En el caso de que el trabajo incluya datos estadísticos, se deben presentar desagregados desagregados, al menos por sexo. Se consideran cuadros a los tabulados de cifras; gráficas a la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y, finalmente, como figuras a dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Los cuadros, gráficas y figuras se deben numerar en el orden que aparecen en el texto (se confirmará que exista una adecuada relación entre éste y la numeración). Incluir la fuente de información, siendo responsabilidad de la persona autora que ésta sea correcta. En el caso de cuadro y/o gráficas, deberán enviarse los datos de origen de las mismas en un archivo Excel.
10. Utilizar el método de citación Vancouver, con las referencias bibliográficas en números arábigos en superíndice. (1, 2, 3) En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el mismo número que se le asignó la primera vez en el documento.

Para consultar la guía de citación Vancouver se sugiere acudir al siguiente hipervínculo: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

En los lineamientos editoriales compartimos algunos ejemplos sobre referencias. Consúltalos es esta liga: <https://docs.google.com/document/d/1wxeor66ca86itM4IL5wuHGxDFT8Akm8x/edit?usp=sharing&oid=103688953729984735642&rtpof=true&sd=true>

11. Enviar el texto en archivo electrónico en formato Word e incluir como anexo una breve semblanza curricular de quien o quienes ostenten la autoría con sus datos personales de localización, indicando si autoriza o no la inclusión de su correo electrónico para que sea publicado

Envío de colaboraciones e informes a: gysenc@gmail.com	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Dirección General de Promoción de la Salud Dirección de Género y Salud Subdirección de Documentación de Inequidades Tel. 2000 3500, Ext. 59139 Números publicados https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/revista-genero-y-salud
--	--

gob.mx/salud/cnegsr

