



EXTRACTO DEL
INFORME NACIONAL

SOBRE **VIOLENCIA Y SALUD**

EXTRACTO DEL INFORME NACIONAL

SOBRE VIOLENCIA Y SALUD

COMITÉ EDITORIAL

Rafael Lozano Asencio
Aurora del Río Zolezzi
Elena Azaola Garrido
Roberto Castro Pérez
Francisco Pamplona Rangel
Magda Luz Atrián Salazar
Martha Híjar Medina

Informe Nacional Sobre Violencia y Salud

Primera Edición 2006

D.R. © Secretaría de Salud
Homero 213, Piso 7
Col. Chapultepec Morales,
Del. Miguel Hidalgo,
11570 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 500 ejemplares de este extracto de dos capítulos del Informe Nacional Sobre Violencia y Salud gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en México, UNICEF

ISBN 970-721-388-4

Citación sugerida: Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006

Se permite la reproducción parcial o total de este documento, sin fines de lucro. Toda solicitud de traducción de este documento deberá dirigirse al Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva

AGRADECIMIENTOS

Este documento es resultado de un gran esfuerzo de trabajo coordinado de muchos profesionales, quienes de acuerdo con sus diferentes especialidades colaboraron con los autores para reunir la información que se incluye en este volumen; así como de quienes contribuyeron con la revisión y corrección de estilo de incontables versiones de cada capítulo.

Nuestro reconocimiento formal a la experiencia y el talento de todas aquellas personas cuya participación hizo posible la edición de este informe.

Cintli de León Marbán
Patricia Fernández Ham
Blanca Estela López Contreras
María Beatriz Duarte Gómez
Alonso Restrepo Restrepo

Un reconocimiento especial para Blanca Rico Galindo, quien impulsó en su inicio este proyecto dedicándole muchas horas de esfuerzo; así como para Patricia Uribe Zúñiga quien brindó su dedicado apoyo para la conclusión del mismo. De no haber contado con la ayuda de ambas, seguramente no se hubiera logrado contar con el producto final.

La preocupación internacional por la violencia, sus causas y consecuencias tanto para el bienestar de las personas como para el desarrollo de las sociedades y naciones, ha aumentado considerablemente en los últimos años. Aunque es necesario reconocer que a esta preocupación no ha correspondido una disminución de la violencia en el mundo, sino la persistencia y en algunos casos el aumento de la misma.

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública fundamental y creciente, e instó a los Estados Miembros a tomar medidas para su atención por parte de los sistemas y servicios de salud no sólo en el ámbito inmediato del tratamiento médico de las lesiones que resultan de la violencia física sino de los efectos en la salud emocional, la salud sexual y reproductiva, así como las manifestaciones crónicas de enfermedad asociadas con la misma. Adicionalmente, se instó a los Estados Miembros a mejorar los sistemas de registro

y reporte de los diversos tipos de violencia, a desarrollar actividades de investigación sobre los factores de riesgo y mecanismos asociados a este fenómeno y al desarrollo de estrategias preventivas de la violencia que se presenta en los distintos espacios sociales.

Los hechos violentos tienen enorme repercusión en la salud de la población y en las instituciones encargadas de atenderla, no sólo porque es a estas instituciones a donde llegan las y los afectados para atender las consecuencias de la violencia; sino por que este sector juega un papel clave en el diseño de intervenciones técnicas y humanitarias tendientes a paliar el sufrimiento de quienes son víctimas de la violencia en cualquiera de sus formas.

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la población es múltiple; existe por ejemplo, una clara asociación entre las situaciones de estrés postraumático o crónico –como las que se viven en los hogares donde se dan relaciones de violencia interpersonal– con trastornos cardiovasculares, digestivos así como con trastornos de la salud mental como depresión, ansiedad o insomnio, entre otros.

El costo social asociado a la violencia es enorme. En los distintos ámbitos de la actividad humana (en el trabajo, el hogar, la escuela, la vida social y pública) el impacto de la violencia genera costos enormes de diversa

índole; sólo en el ámbito laboral, la Organización de la Salud distingue costos directos, indirectos e intangibles de la violencia que incluyen desde los años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte relacionada a eventos de violencia, el ausentismo laboral y escolar, los accidentes, enfermedades diversas, y la indudable disminución de la creatividad y la productividad de las personas que viven en situaciones de violencia.

La violencia es un fenómeno social que está crecientemente presente en las preocupaciones y actividades de diversos actores sociales. En el ámbito de la academia, la violencia interesa a la filosofía, la antropología, la sociología, el derecho, la pedagogía, y las ciencias de la salud.

La sociedad civil organizada, ha sido sin duda, pionera en la lucha contra la violencia en el mundo entero, y ha convertido esta lucha en una de sus principales banderas. Las organizaciones de defensa de los derechos humanos han trabajado en el combate a la violencia estructural y la violencia asociada al crimen organizado. El movimiento de las mujeres fue sin duda el primer denunciante de la violencia familiar y de género, empeñadas en visibilizar la magnitud y la crueldad del abuso silenciado por el simple hecho de que ocurre en el ámbito "privado" pero que en realidad esconde la discriminación hacia las mujeres y los niños sometidos en un mundo patriarcal al abuso de los hombres y los adultos. El movimiento de mujeres logró que este problema, que todavía afecta profundamente la vida de millones de mujeres en el mundo entero y que limita seriamente las posibilidades de desarrollo humano de la mitad de la humanidad, se reconozca como un asunto prioritario en la agenda de los Estados y en las políticas públicas gubernamentales. A los esfuerzos y denuncias de las mujeres se sumaron un poco más tarde las organizaciones de defensa de los derechos de los niños y las

niñas, que lograron incluso la firma de la Convención de los derechos del niño, firmada por Ejecutivo Federal y ratificada por el Senado de la República en septiembre de 1990, lo que le da estatus de ley sólo por debajo de la Constitución; en el artículo 19 de esta Convención se establece la obligación de los Estados parte de proteger al niño (niña) contra toda forma de abuso, descuido o abandono.

En México se han realizado crecientes esfuerzos desde la academia, la sociedad civil y más recientemente desde el quehacer público, para darle al problema de la violencia la relevancia que tiene y para buscar en conjunto soluciones que permitan en el corto y mediano plazos reducir su prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce en las distintas esferas de la vida de las personas afectadas y, en el largo plazo eliminarla como forma de relación social entre los integrantes de la comunidad nacional. Estos esfuerzos se ven reflejados en múltiples publicaciones, eventos académicos de diversas naturalezas tanto nacionales como internacionales, así como cada vez más en Mesas de Coordinación y Grupos de Trabajo inter-institucional que incorporan tanto a instituciones gubernamentales como académicas y a organizaciones de la sociedad civil en el diseño, operación y seguimiento de programas de lucha contra la violencia desde diversas esferas del quehacer público.

Considerando las consecuencias más graves de la violencia interpersonal y auto-inflingida, es decir las muertes por homicidio y suicidio, la situación comparativa de México en el contexto mundial nos ubica con una tasa general de mortalidad por homicidios muy parecida a la calculada a nivel global (8.8 defunciones por 100,000 hab.); pero relativamente alta comparada con países desarrollados como Noruega, Francia y España. En cuanto al suicidio la tasa general es relativamente baja (5.3 defunciones por 100,000 hab.) com-

parada con países como Japón (19.5), Estados Unidos (13.9) o muchos de los países de Europa Oriental (con tasas por arriba de 30); aunque ha mostrado un crecimiento importante en los últimos 30 años (250%).

Tanto los homicidios como los suicidios son mas frecuentes entre los hombres, y en el caso de los homicidios en su mayoría son resultado de violencia interpersonal que ocurre en espacios públicos, con frecuencia vinculados a eventos como riñas callejeras, asaltos o robos y desafortunadamente en forma creciente a la operación del crimen organizado. Estas formas de violencia son las más reconocidas a nivel social y las que con mayor frecuencia reclaman atención por parte de la autoridad a través de programas de combate a la inseguridad; sin embargo es necesario destacar la violencia que ocurre en espacios privados principalmente los hogares, afecta a un conglomerado importante de la población, principalmente a las mujeres y las niñas y niños; y conforme se va revelando progresivamente también a grupos en desventaja como son las y los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes. Estas formas de violencia resultan de la discriminación social de todos estos grupos y son en general mucho menos visibles y por lo tanto tradicionalmente han recibido menos atención por parte de la propia población y de las instituciones gubernamentales.

En particular la violencia hacia los menores es poco atendida a pesar de que desde hace muchos años existen en México instituciones encargadas de velar por la seguridad y el bienestar de los niños. Esto se debe a la legitimación social del castigo físico y del maltrato emocional como parte de las estrategias aceptables de crianza infantil, siempre que "no sea excesivo"; es por eso que los casos detectados en instituciones de salud o de educación o denunciados por vecinos o familiares suelen ser casos de violencia extre-

ma y en los que las instituciones de protección al menor llegan a intervenir. Por esta razón la estadística de casos de maltrato infantil atendidos no toma en cuenta un gran número de casos de violencia moderada y severa que no son reportados y no reciben atención.

En años recientes se han realizado en México dos encuestas nacionales sobre violencia de pareja, una desarrollada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública entre octubre de 2002 y febrero de 2003, titulada "Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003 (ENVIM, 2003) y la otra realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 2003, denominada Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones Familiares (ENDIREH, 2003); sin embargo no ha sido posible realizar un estudio equivalente para dimensionar la violencia contra los niños, las niñas y los adolescentes. El Instituto Nacional de las Mujeres en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" realizaron en 2006 una encuesta sobre violencia en población que asiste a escuelas secundarias de 4 entidades federativas, así como una encuesta sobre violencia en el noviazgo en estudiantes de bachillerato de la Universidad del Valle de México; mientras que la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública realizaron en 2005 una encuesta sobre violencia en el noviazgo en adolescentes que se encuentra en proceso de análisis. Es claro que todavía es insuficiente la información disponible sobre la violencia ejercida contra los menores.

La información antes presentada plantea diversos retos que la sociedad organizada en conjunto con las instituciones públicas debe abordar. Desde el sector salud, esa respuesta se compone de varias estrategias de atención que persiguen el objetivo común de desle-

gitimar el uso de la violencia en cualquiera de sus formas para la solución de los conflictos que surgen inevitablemente en las relaciones humanas y atender de manera multidisciplinaria a las y los receptores de la misma. Este propósito representa un reto enorme pues implica un cambio en las estructuras de atención al problema, una aplicación expedita de normas, leyes y reglamentos aplicables, para lo que se requiere la transformación de concepciones usuarias(os) y prestadores(as) de servicios de salud para comprender el problema y contribuir a su prevención y control.

En México, la Secretaría de Salud atendiendo a la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud, ha desarrollado esfuerzos para la prevención y atención de la violencia en el ámbito de sus competencias desde 1999, con la elaboración de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que fue publicada y entró en vigor el 8 de marzo de 2000 y a partir de la cual se empezó a visibilizar el problema de la violencia familiar y en particular de la violencia de pareja como una causa relevante de problemas de salud.

A partir de 2002 y por primera vez en el sector salud se diseña un programa específico de prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres que inició por documentar a través de la ENVIM, la magnitud e impacto de la violencia contra las mujeres en la población usuaria de los servicios de salud y que por definición es quien -de manera más directa- es beneficiaria de los mismos y respecto de quienes debería de estarse aplicando lo previsto por la NOM-190-SSA1-1999, con la finalidad además de presentar los datos a los tomadores de decisiones de los distintos niveles de las instituciones del sector salud y buscar su apoyo para la instrumentación de las acciones del programa.

En seguida, inicialmente la Coordinación del Programa Mujer y Salud y posteriormente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se dieron a la tarea de diseñar un modelo de prevención y atención a la violencia en los espacios de salud, dirigido inicialmente a la violencia contra las mujeres, por considerar que era la menos visible y por lo tanto menos atendida en los espacios de salud; pero adaptable a otros grupos de población. El desarrollo de este modelo retomó las experiencias existentes en el país para el abordaje del problema tanto por parte de las organizaciones de la sociedad civil, como de instituciones académicas y de algunas instituciones de salud que habían trabajado al respecto. Después de una fase piloto en 5 entidades federativas y su ajuste, se publicó con el nombre de Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual en tres tomos, uno (Estrategia) dirigido a las autoridades institucionales de mas alto nivel, otro (Planeación) dirigido a los responsables de la coordinación de las actividades relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar y sexual; y el tercero (Operativo) dirigido a los profesionales de la salud en contacto directo con usuarias(os) que viven en violencia que incluye las herramientas que les permiten llevar al terreno de la práctica cotidiana los ordenamientos establecidos en la NOM-190-SSA1-1999 y les proporciona guías de acción ante diversas circunstancias de violencia.

Gracias al presupuesto etiquetado para este fin por la H. Cámara de Diputados, desde 2002 y hasta 2006, fue posible validar el modelo y extenderlo paulatinamente a los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas del país, a través de la celebración de convenios de colaboración con las Secretarías Estatales de Salud sus equivalentes se han transferido recursos federales para la instrumentación de servicios de prevención y atención a la violencia familiar y sexual incluyendo

la detección, orientación, consejería y evaluación del riesgo de las personas afectadas en todas las unidades de salud; así como la atención especializada en Servicios o Centros Especializados de atención a la violencia establecidos en unidades de segundo nivel, que proporcionan psicoterapia breve entre otras modalidades de atención a los casos de violencia detectados y referencia a otras instituciones dependiendo de los servicios que requiera cada caso.

Entre los asuntos más controversiales y que generan resistencias entre el personal de salud relacionados con la violencia de género está el manejo y tratamiento de la violencia sexual, en particular de los casos de violación sexual, por lo que como parte del Modelo se incluyen las actividades que debe realizar el personal de salud en caso de una violación, dependiendo de la edad y sexo de la(el) afectada(o) y se publicó y distribuyó una Guía para la Atención Médica a Personas Violadas que incorpora las medidas de anticoncepción de emergencia, profilaxis contra ITS incluyendo el VIH/SIDA, así como en su caso la interrupción del embarazo producto de una violación, misma que es legal en las 32 entidades federativas.

Se avanzó en la adaptación del modelo al diagnóstico y manejo del maltrato infantil y juvenil, que representa el siguiente reto a abordar, dada la alta aceptabilidad de la violencia psicoemocional y física como forma de "corrección" de los padres hacia los menores que lamentablemente persiste en nuestra sociedad. Aunque la sensibilidad del personal hacia el maltrato infantil es mayor que la relacionada con la violencia de género, debido a la validación social del maltrato como forma de educación por parte de padres y tutores, generalmente se detectan casos de violencia extrema y pasan desapercibidos casos de maltrato que podrían detectarse de manera oportuna antes de lle-

gar a producir mayores secuelas para las niñas y los niños afectados, que redundarán en su vida adulta y que han demostrado ser claros factores de riesgo para generar o recibir violencia de pareja y/o familiar en la vida adulta.

Queda, sin duda, mucho por hacer para consolidar los servicios de atención a la violencia, en especial lograr que las y los receptores de violencia reconozcan en las instituciones de salud un recurso para su atención de manera respetuosa, que no las revictimice, que no cuestione la veracidad de los hechos que reportan y que les ofrezca alternativas para acceder a una vida sin violencia como parte de sus derechos humanos básicos.

Como parte de las actividades desarrolladas por la Secretaría de Salud para visibilizar la magnitud e impacto de las diversas formas de violencia en la salud de las poblaciones humanas se publicó el Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud. La publicación de este documento respondió a la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud que instó a los Estados Miembros, a partir de la publicación del Informe Mundial sobre la misma materia, a realizar esfuerzos semejantes a nivel nacional para contar con esta información que coadyuve al diseño de las políticas públicas necesarias para atender este grave problema de salud pública y se llevó a cabo a través del proyecto 00013578 "Programa Mujer y Salud 2002-2006" celebrado entre la Secretaría de Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

A raíz de la presentación en México del Reporte mundial sobre la violencia contra los niños, elaborado por el Profesor Paulo Sergio Pinheiro a solicitud de la oficina del Secretario de las Naciones Unidas; se consideró de interés reimprimir los dos capítulos del Informe Nacional que abordan la violencia hacia niños, niñas y jóvenes, que se presentan en este volumen. Esta publicación se lleva a cabo por iniciativa y con financiamiento del Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia, la representación en México de la Organización Panamericana de la Salud, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Organización de las Naciones Unidas para la

Educación, la Ciencia y la Cultura. Esperamos que el contenido sea de utilidad para avanzar en la reflexión respecto de esta problemática así como de las acciones necesarias para su atención.

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

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

Sr. Thierry Lemaesquier

Representante Residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo



CAPÍTULO II

MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA
CONTRA MENORES DE EDAD

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde tiempos inmemoriales se ha hecho padecer a los niños todas las formas de violencia. Aunque no se sabe qué tan común era abandonar y dar muerte a menores, se conoce que el infanticidio era una práctica ampliamente aceptada en las culturas antiguas y prehistóricas. Lloyd de Mause, en su clásico *History of Childhood*, documenta que el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos era una práctica común en la antigüedad y hasta la Edad Media, tanto en Oriente como en Occidente (Gelles 2001; Newell 1999).

Desde entonces y hasta ahora los niños han sido mutilados, golpeados, vejados y explotados. Sin embargo, es igualmente importante subrayar que también existen antecedentes remotos de que se intentó poner límites a los derechos absolutos de los padres sobre los hijos. Es el caso, por ejemplo, de algunas leyes de protección a los menores de edad que datan del año 450 AC (Gelles 2001).

También la utilización de niños para la gratificación sexual de adultos ha sido una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas. Por ello, no es extraño que la venta y la prostitución de niños sigan siendo un modo de vida bien documentado en prácticamente todos los países. El matrimonio

con niñas, de igual modo, ha sido una práctica ampliamente difundida, mientras que la victimización de niños fue frecuente durante la Edad Media (Clark, Clark, Adamec 2001).

Con todo, y a pesar de que la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños se creó en Nueva York en 1874 y varias más surgieron durante los siguientes 80 años, diversos estudios han hecho notar que el interés público hacia el maltrato infantil era muy escaso antes de 1960. Aunque con los antecedentes de los estudios de Caffey en 1946, de Silvermann en 1953, y de Wooley y Evans en 1955, no fue sino hasta 1962, cuando el doctor Kempe y sus colegas publicaron en *Journal of the American Medical Association* su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, cuando se inició la preocupación moderna por el abuso y la negligencia hacia los niños, la cual ha crecido y se ha difundido entre todos los países durante las últimas cuatro décadas (Gelles 2001).

El síndrome del niño golpeado surgió cuando el doctor Kempe y sus colegas comenzaron a prestar atención a algunas manifestaciones clínicas que podían percibirse a simple vista en el cuerpo de algunos niños menores de cinco años de edad, tales como hematomas, heridas y cicatrices. Poco después estos médicos,

auxiliándose de estudios radiológicos, pudieron detectar en los niños fracturas simples o múltiples en huesos largos y cabeza. El seguir de cerca estos casos les permitió determinar que la causa de las alteraciones detectadas y estudiadas eran los traumatismos derivados del maltrato físico que sufrían. Posteriormente, desde diversas disciplinas se han efectuado estudios que han permitido complementar los hallazgos médicos y ofrecer una visión integral del fenómeno (Osorio y Nieto 1990, citado por González-Azaola et al 1993).

Los conocimientos que desde entonces se han producido han permitido arribar a la conclusión de que hoy cualquier individuo, desde que nace, tiene un riesgo más elevado de sufrir diversos tipos de violencia y abuso, incluyendo la muerte, al interior de su hogar que en las calles (Gelles 1990; Newell 1999). Igualmente importante es el hecho de que la violencia familiar tenga una incidencia que supera, por mucho, la de cualquier otro tipo de delito.

Por ello, no es de extrañar que, en 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimara que, a escala mundial, 40 millones de niños de entre 0 a 14 años de edad sufrían maltrato o negligencia (Clark, Clark, Adamec

2001). Sin embargo, también hizo notar que la falta de una definición única, las definiciones ambiguas y las diferentes disposiciones que en cada país existen para reportar los casos de maltrato o negligencia infantil no permiten hacer las comparaciones internacionales (Belsey MA 1993, citado por Newell 1999).

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia). Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. De igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros.

En los incisos que siguen, primero haremos una breve revisión sobre lo que han dicho los especialistas acerca del maltrato infantil, y después abordaremos algunas fuentes y datos que nos permiten formarnos una idea acerca de la magnitud y las características de la violencia que se ejerce contra los niños en nuestro país.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Existen numerosas definiciones de lo que es el maltrato infantil. Nosotros hemos adoptado para este informe la que ha propuesto la Organización Mundial de la Salud:

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OPS/OMS 2003).

La mayor parte de los especialistas distinguen hoy cuatro tipos de maltrato infantil: a) maltrato físico; b) maltrato psicológico o emocional; c) abuso sexual, y d) negligencia. Las definiciones de cada tipo varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en el cual lo que intentan es identificar y castigar al agresor, o desde el campo de la salud, en cuyo caso se busca brindar atención a las víctimas. Generalmente, estas últimas son más amplias que las primeras (Ireland 2002), pues tienen también la posibilidad de diseñar medidas de prevención.

Veremos a continuación los rasgos específicos de cada tipo de maltrato.

MALTRATO FÍSICO

El castigo corporal a los niños es una práctica legalmente sancionada y culturalmente aceptada en la gran mayoría de los países. De hecho, el castigo físico hacia los niños es la única forma de violencia interpersonal consentida por la ley. Sin embargo, si tales castigos dejan huellas que permanecen, entonces se les considera maltrato (Clark, Clark, Adamec 2001).

Factores de riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “un factor de riesgo es toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso” (citado por Bisig y Laje 2000).

Numerosos estudios han demostrado que los niños de todos los grupos étnicos y clases sociales son o pueden ser sujetos de maltrato físico. Sin embargo, hay ciertos factores sociales y demográficos que presentan una asociación más alta con el abuso físico; por ejemplo: padres solos, bajos niveles de ingreso, así como cualquier otro factor que incremente el estrés en la familia –la presencia de niños con discapacidades o enfermedades médicas complejas, hijos no deseados, niños hiperactivos, hijos de padres que atraviesan situaciones difíciles como el divorcio, la pérdida del empleo, o padres que tienen expectativas poco realistas sobre sus hijos (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

Consecuencias

El maltrato físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. En el primer caso, los daños que se pueden ocasionar van

desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos. En el síndrome de sacudimiento los niños pequeños pueden sufrir desde sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, diversos estudios han mostrado que los niños que sufren maltrato físico tienen mayores dificultades para el desempeño escolar, el autocontrol, la valoración de su propia imagen y el establecimiento de relaciones sociales, comparados con aquellos que no lo han sufrido. Hobbs et al mostraron que los niños maltratados experimentan muchos más problemas en casa, en la escuela, entre pares y en la comunidad, en comparación con los que no lo son (Hobbs CJ 1999, citado por Perry et al 2002). Las consecuencias emocionales a largo plazo pueden resultar devastadoras pues estos niños tienen mayor riesgo que otros de generar vínculos de dependencia con el alcohol o las drogas.

Aunque menos visibles, en su desempeño social pueden presentar dificultad para establecer amistad con pares, pobre capacidad para establecer vínculos sociales, pobres habilidades de conocimiento y lenguaje, desconfianza, complacencia excesiva con figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas interpersonales de manera violenta. Es por ello que los especialistas han insistido en que el maltrato infantil, a largo plazo, afecta tanto a familias como a comunidades (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL

El maltrato psicológico o emocional ocurre cuando los padres o las personas responsables del cuidado de un niño le causan o pueden causar, por acción u omisión, serios trastornos, tanto en el comportamiento, como cognitivos, emocionales o mentales (De- Panfilis, Salus 1992). El maltrato psicológico no requiere la presencia de daños físicos; con sólo presenciar la violencia en la familia o experimentar abandono, rechazo o explotación, se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico (Ireland 2002). La mayoría de los expertos coinciden en que el maltrato psicológico debe involucrar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto, no un incidente aislado.

De acuerdo con el doctor Garbarino, existen cinco categorías de comportamientos que constituyen maltrato psicológico: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper (Garbarino 1998).

Consecuencias

Las huellas que el maltrato emocional deja

en el psiquismo del niño se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo.

Aun cuando no se llegue a tales extremos, aquellos gestos que implican una falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma, suponen una gran dosis de sufrimiento, difícil de medir o de cuantificar, pero que indudablemente producen efectos que truncan sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno.

Este tipo de abuso puede resultar muy difícil de reconocer y a menudo puede confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor de edad. Sin embargo, existen algunos elementos que ayudan a distinguir entre las perturbaciones que éste puede padecer por otros motivos y las ocasionadas por el maltrato psicológico. Los padres de menores perturbados típicamente reconocen el problema y buscan ayuda para resolverlo; en cambio, los padres que abusan psicológicamente de los niños a menudo se presentan despreocupados y culpan a éstos del problema.

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual ocurre entre un menor y un adulto que es el padre, cuidador o responsable de la niña o el niño. Típicamente involucra la explotación sexual del menor o sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto. El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio,

incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual (Ireland 2002). Los abusos sexuales ocurren preponderantemente al interior de la familia en todos los grupos étnicos y clases sociales (Clark, Clark, Adamec 2001).

La mayoría de las definiciones de abuso sexual infantil establecen dos criterios básicos para identificar el abuso: a) la coerción, dado que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor, y b) la asimetría de edad, ya que el agresor debe ser significativamente mayor

que la víctima, aunque no necesariamente mayor de edad (Horno y Santos 2001).

La asimetría de edad determina otras asimetrías también presentes: la anatómica; la relativa al desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia); la de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en pre-púberes tiene menos connotaciones sexuales); la de habilidades sociales, y en la experiencia sexual. Por todo ello, ante una diferencia significativa de edad, no se garantiza la verdadera libertad de decisión, lo que configura el factor de coerción siempre presente en esta clase de abuso (López, del Campo, citados por Horno y Santos 2001).

Debe tomarse en cuenta que el componente sexual de esta forma de maltrato hace que tanto su detección, como la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos, sean más difíciles, dado que aluden a aspectos íntimos de las personas sobre los que suele prevalecer la reserva, al tiempo que subsisten numerosos mitos y creencias (Horno y Santos 2001).

Un conjunto de falsas creencias que subsisten en torno a los abusos sexuales, a pesar de que numerosos estudios han demostrado lo contrario, son: a) que sólo los sufren las niñas; b) que hoy en día se dan más casos que en el pasado; c) que quienes los cometen son enfermos psiquiátricos; d) que no se dan en todos los sectores sociales; e) que los niños no dicen la verdad; f) que los niños pueden evitar los abusos; g) que los agresores son casi siempre desconocidos; h) que los efectos son casi siempre muy graves, y j) que son poco frecuentes (López, del Campo, citados por Horno y Santos 2001).

Factores de riesgo

Algunos factores de riesgo asociados con el abuso sexual que han sido identificados y que pueden presentarse en los padres o cuidadores, son: discapacidad psíquica grave; consumo de alcohol o drogas; historia pre-

via de abusos; falta de establecimiento de vínculo o deficiencias relacionales afectivas entre los padres y el niño o la niña; falta de redes de apoyo psicosocial; aislamiento de la familia; problemas de desencuentro o ruptura familiar; desempleo o pobreza, y falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona (Horno y Santos 2001).

Consecuencias

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Los síntomas de este síndrome caen en tres conjuntos: a) revivir el evento traumático; b) negación del mismo o de hechos asociados a él, y c) hiperactividad psicológica. Si el abuso no es efectivamente enfrentado, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

Varios factores pueden incidir en incrementar o disminuir la angustia provocada por el abuso, a saber: el tipo de abuso, las características del niño y las del ambiente donde se desarrolla. Los niños que se desenvuelven en un ambiente donde encuentran un mayor apoyo y comprensión por parte de otros familiares pueden enfrentar mejor las situaciones de abuso. La mayor angustia en los padres se asocia con una reacción similar por parte de los niños. Los estudios sugieren que las consecuencias psicológicas negativas del abuso persisten en el tiempo y permanecen en la edad adulta. Las mujeres que sufrieron abusos tempranos tienen dos veces más probabilidad de suicidio que las que no los sufrieron. Asimismo, las personas que padecieron estos abusos tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir desórdenes psiquiátricos y tres veces más de consumir sustancias, en comparación con quienes no los experimentaron (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

NEGLIGENCIA

Muchos estudios han hablado de la negligencia con la que suele abordarse el tema de la negligencia, sobre todo si se toma en cuenta que suele ser el tipo de maltrato más frecuente, no obstante que es el menos visible, y sobre el que menos se habla. Es también el más pobremente caracterizado.

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales (Clark, Clark, Adamec 2001).

Algunos estudios longitudinales han mostrado que la negligencia puede ocasionar daños emocionales más severos y duraderos que el maltrato físico. Asimismo, han revelado que los niños que han sufrido negligencia o han sido abandonados presentan mayores problemas de salud que los que han padecido maltratos físicos o abuso sexual (Clark, Clark, Adamec 2001).

Pueden constituir negligencia física el abandono o expulsión del niño de la casa; la ausencia de supervisión; el fracaso en proporcionar cuidados necesarios a la salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño y la nutrición o vestimenta inadecuadas. La desatención a las necesidades emocionales del niño; la violencia doméstica o permitirle el consumo de drogas o alcohol revelan, en cambio, negligencia emocional. La negligencia educativa incluye ausencias crónicas e inexplicables de la escuela; el fracaso en inscribir al niño

o el ignorar sus necesidades educativas, lo que le puede ocasionar que nunca adquiera habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos continuamente. Cabe agregar que, mientras los abusos físicos pueden canalizarse hacia un niño de la familia, la negligencia, en cambio, suele afectar a todos (Ireland 2002).

Factores de riesgo

Es indudable que la pobreza puede afectar la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades físicas de sus hijos. Sin embargo, por sí misma la pobreza no es una razón suficiente para etiquetar a los padres como negligentes. Algunos estudios muestran que la mayoría de los niños que forman parte de familias pobres no sufren negligencia. A menudo las condiciones deficientes de los niños mejoran cuando existen programas que proveen la ayuda que requieren. Es por ello que la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los niños ha sido también llamada 'maltrato o negligencia social' (Clark, Clark, Adamec 2001).

Consecuencias

En muchos casos los daños que provoca este tipo de maltrato tienden a subestimarse en detrimento de otros más visibles. Sin embargo, diversos estudios han mostrado lo inapropiado de esta actitud pues la negligencia en etapas tempranas puede ocasionar daños severos, crónicos e irreversibles.

Cuando hay negligencia, el desarrollo se ve trastornado y, a menos que se intervenga para remediarla, los déficit se acumulan y siguen influenciando negativamente el desarrollo subsecuente del niño. El resultado es una cadena de problemas pues el crecimiento sano y el desarrollo se ven seriamente comprometidos.

Los problemas son más severos si ello ocurre cuando el cerebro es aún inmaduro y debe desarrollarse más rápidamente. Los resultados específicos dependerán de la duración de la negligencia, del momento en que ocurre y de su naturaleza, así como de la duración de las medidas correctivas que se adopten. A menudo quedarán secuelas tanto físicas como emocionales (Perry, Colwell, Schick 2002). Aunque la negligencia se halla altamente correlacionada con la pobreza, debe distinguirse entre el fracaso del cuidador para proveer los cuidados necesarios dada la falta de recursos, la enfermedad o las normas culturales, y la negativa o el rechazo conscientes

del cuidador para proveerlos. En cualquiera de los dos casos el niño requerirá del apoyo comunitario y de las políticas de bienestar social para satisfacer sus necesidades. El porcentaje de niños que se halla por debajo de la línea de pobreza se encuentra en esta situación, lo que supone que tiene carencias más o menos significativas para satisfacer adecuadamente todas sus necesidades físicas, emocionales, educativas y de salud. Como resultado, sus logros se verán comprometidos, limitando su capacidad para contribuir plenamente en el tejido social interdependiente. Al final todos sufren las consecuencias de darles un trato negligente (Perry, Colwell, Schick 2002).

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA

Para concluir esta parte, quisiéramos insistir en los efectos que tiene ejercer violencia sobre los niños. Todos los expertos coinciden en que las actitudes violentas que se manifiestan en la edad adulta tienen su origen en el seno familiar, generalmente durante los primeros años. La evidencia obtenida a partir de investigaciones muestra que las formas de disciplina violentas y humillantes son importantes predictores para el desarrollo de actitudes y acciones violentas desde una edad

temprana (Newell 1999). No hay duda de que experimentar directamente la violencia o el abandono durante la infancia incrementa considerablemente las posibilidades de que quienes los sufrieron muestren un comportamiento violento en etapas posteriores.

Una vez expuestos los principales hallazgos y conceptos que sobre el maltrato infantil han formulado los especialistas, exploraremos los datos que se tienen sobre este fenómeno en nuestro país.

LA VIOLENCIA CONTRA LOS MENORES DE EDAD EN MÉXICO

Comenzaremos por exponer un breve panorama acerca de la situación de la infancia en nuestro país.

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2004 existían en el país 33 000 000 de menores de 14 años de edad que representaban 31% de la población total (Conapo 2002).

De los menores de edad del país, 60% vive por debajo de la línea de pobreza; 2 100 000

niños de entre 5 a 14 años de edad no asisten a la escuela y sólo 1 de cada 3 menores de 14 años de edad es derechohabiente de los servicios de salud. Asimismo, 18% de los niños menores de cinco años de edad (1 500 000 niños) presentan retraso en su crecimiento y 29 niños de cada 1 000 mueren antes de cumplir los cinco años de edad¹.

¹ Datos proporcionados por el Programa de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2004.

En el aspecto educativo, 4.5% de los niños que tienen entre 8 y 14 años de edad no saben leer ni escribir y aunque 92% de los menores de 6 a 14 años asisten a la escuela, 20% de los que ingresaron a la educación básica en el ciclo escolar 1999-2000, no logran completarla y sólo 87% de los que concluyeron la primaria ingresaron a la secundaria. De estos últimos, 22% desertaron antes de poder concluir la secundaria (INEGI 2000; SEP 2000).

Por otra parte, se calcula que en el país trabajan aproximadamente 4000 000 de menores de entre 12 a 18 años de edad que representan 25% del total de este grupo de la población; de ellos, 42% trabaja en actividades agrícolas, 23% en el sector de servicios, 17% en el comercio y 14% en la construcción. Aproximadamente la mitad no recibe ingresos porque trabaja en unidades familiares de producción (INEGI 1999). Esta situación empeora para las mujeres jóvenes que trabajan en actividades agrícolas, entre las cuales 3 de cada 4 no reciben ninguna remuneración.

Son muchos los niños que en el país enfrentan situaciones similares a las que se describen en el siguiente relato.

*“Iván, a sus 9 años, sabe que si no logra juntar 100 pesos diarios malabareando como payasito en un crucero o contando chistes pelados en los camiones, no puede regresar a su casa, porque su madre no le dará de comer, no lo dejará dormir en su cama, pero además, con mucha probabilidad, lo golpeará.”*²

Por su parte, “Las hermanas Karina, Erica y Jazmín trabajan en la Central de Abastos de Iztapalapa, donde llegan cuando aún no amanece.

Recogen papel y cartón de cajas de frutas y verduras; por cada kilo ganan 40 centavos, así que deben comenzar muy temprano, antes de que llegue la competencia. No asisten a la es-

*cuela, sus padres emigraron hace dos años de la Huasteca hidalguense, para trabajar en el centro de acopio más grande de América Latina...”*³

No puede desconocerse que la situación que enfrenta la infancia ocurre dentro de un contexto económico que se caracteriza por la concurrencia simultánea de pobreza, elevada concentración de la riqueza y retroceso en las condiciones de vida que han tenido lugar en nuestro país durante los últimos 25 años. Respecto a la concentración de la riqueza, baste señalar que 40% de la población con ingresos más bajos percibe apenas 11% de los ingresos, en tanto que 20% de la población con ingresos más altos percibe 57% del ingreso total (Unicef 2002). Y, en cuanto a la pobreza, en el año 2000 el Banco Mundial estimó que 43% de la población subsiste en México con menos de dos dólares al día mientras que 18% percibe menos de un dólar diario.

Bajo un panorama como el descrito, es claro que las oportunidades de que todos los niños vean satisfechas sus necesidades básicas y logren un desarrollo pleno de sus capacidades se ven seriamente comprometidas. De ahí que podamos hablar de condiciones de maltrato o negligencia social, dada la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los niños (Clark, Clark, Adamec 2001). O bien, puede hablarse de condiciones de violencia estructural. Esto último es particularmente claro para sectores de la infancia que enfrentan las condiciones más desventajosas: los niños indígenas, los migrantes, los institucionalizados, los que viven en las calles y los sexualmente explotados. Son estos niños y niñas los que se hallan mayormente expuestos a sufrir toda clase de abusos, malos tratos, abandono, vejaciones y violencia, como lo muestran los siguientes testimonios.

Desde los 11 años de edad Alma ejerce la prostitución en Garibaldi. Ella dice: “Mi madre y mi papá me golpeaban mucho, por eso me escapé de la casa cuando tenía ocho años. Ese día unos chavos me violaron... luego estuve un tiempo en una casa para niños de la calle; después viví con un señor que me puso a trabajar en esto. Él me pegaba y me dejaba sin comer...”

Mónica tiene 15 años de edad. Ella dice: “Nací en Milpa Alta... nunca me llevaron a la escuela. Mi papá siempre estaba con sus amigos y mi mamá recoge botella y cartón. Mis

hermanas trabajan por aquí igual que yo... A los nueve años me inicié a trabajar en esto en un bar. Tengo un niño de dos años. El papá de mi hijo no quiso responder; dijo que no era hijo suyo... Él me golpeaba y tomaba mucho” (Azaola 1998).

Aunque casos como los anteriores ocurren, la mayor parte de las veces, sin que los diferentes registros que existen en el país logren dar cuenta de ellos, veremos a continuación los datos que sobre maltrato infantil arrojan algunos de estos registros.

CASOS DE MALTRATO ATENIDOS POR INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia, se encarga de atender y registrar los casos de maltrato infantil en el país. Sin embargo, del total de los

municipios de la república, sólo una cuarta parte (612) cuentan con procuradurías de este tipo.

El cuadro I muestra el número de casos de maltrato, por tipo, que fueron atendidos por el DIF en diferentes años, entre 1998 y 2002.

CUADRO I. Casos de maltrato a menores de edad atendidos en la República Mexicana durante 1998, 1999 y 2002

Tipo	1998	1999	2002
Maltrato físico	8 201	8 162	7 118
Abuso sexual	1 018	1 044	1 123
Abandono	1 669	1 704	1 474
Maltrato emocional	4 218	5 236	4 744
Omisión de cuidados	4 565	4 516	5 338
Explotación sexual comercial	65	110	64
Negligencia	1 615	2 592	3 080
Explotación laboral	181	644	257
No clasificado	1 626	1 036	-
Total	23 109	25 046	24 563

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1998-2002

2 Reforma, 30-IV-2004.

3 Revista Contralínea, N° 22, enero, 2004.

En 2002, último año para el que se tienen datos, del total de casos denunciados, sólo en 14% de ellos (3 355) se dio parte a las autoridades de procuración de justicia. Los maltratos fueron dirigidos casi en la misma proporción en contra de niños (51%) que de niñas (49%). Los tipos de maltrato, de acuerdo con el orden de frecuencia en el que fueron denunciados, pueden apreciarse en el cuadro II.

CUADRO II. Tipo de maltrato infantil denunciados durante 2002 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Tipo de maltrato	%
Físico	32
Abandono	23
Omisión de cuidados	20
Abuso sexual	13
Emocional	6
Explotación laboral	5
Negligencia	1
Explotación sexual comercial	0.3

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2002

El cuadro III muestra quiénes son los responsables de los casos de maltrato por orden de frecuencia. Las madres aparecen en primer lugar; debe tomarse en cuenta que son ellas quienes en mayor medida se ocupan de los hijos, por lo que tienen mayores probabilidades de incurrir en malos tratos.

CUADRO III. Responsable del maltrato infantil en los casos atendidos durante 2002 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Responsable de maltrato	%
Madre	47
Padre	29
Ambos padres	5
Padrastra	5
Madrastra	3
Tíos	3
Abuelos	2
Otros	5

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2002

Por lo que se refiere a los casos reportados en el Distrito Federal, durante los últimos tres años (2000-2002), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha recibido un promedio de 1 400 casos de maltrato infantil por año; es decir, un promedio de cuatro casos por día. De los menores maltratados 56% son niños y 44%, niñas. En el siguiente inciso veremos los casos de maltrato notificados por las instituciones de salud.

CASOS DE MALTRATO ATENIDOS POR EL SISTEMA DE SALUD

Al sistema de salud llegan, sin duda, los casos más severos de maltrato infantil. En algunos, el maltrato puede provocar daños irreversibles e inclusive la muerte, como lo muestran los relatos siguientes.

“Debido a las graves lesiones que presentaba en el cráneo por golpes ocasionados por sus padres bajo el pretexto de que el pequeño se había ido a dormir sin pedir permiso, además de haber sido violado por un tío, Jorge, de cinco años, murió en las instalaciones de la Cruz Roja de Tijuana”. En la cama de al lado se encontraba “Manuel, un niño de seis años, internado en la Cruz Roja con algunas lesiones provocadas por golpes, quien se mantenía en estado crítico y con riesgo de tener daños cerebrales irreversibles”.⁴

entre el grupo de menores de 0 a 4 años de edad. Durante ese mismo periodo hubo un promedio anual de 4 533 niños de entre 0 y 4 años de edad que murieron en el país por causas accidentales o violentas. Estos datos permitieron arribar a la conclusión de que, en promedio, un niño menor de cinco años de edad es asesinado cada dos días en nuestro país y que por lo menos una tercera parte de los homicidios cometidos en contra de menores de edad tiene como antecedente diversas formas de maltrato (Híjar-Medina et al 1994). Si, en cambio, se toma en cuenta a los menores de entre 0 a 14 años de edad llama la atención que, en números absolutos, sigue habiendo prácticamente el mismo número de niñas y niños muertos por homicidio durante el periodo de 1991 a 2002 que los que hubo entre 1979 y 1990, como se aprecia en el cuadro IV.

En México, durante la década de los 80, se registraron 2 939 muertes por homicidio sólo

CUADRO IV. Homicidios de menores de 0 a 14 años de edad, por sexo. 1979-2002

Período	Masculino	Femenino	Sexo no especificado	Total	Tasa x 100 000 Masculino	Tasa x 100 000 Femenino
1979-1990	4 973	2 338	83	7 394	2.5	1.2
1991-2002	4 727	2 589	35	7 351	2.3	1.3
Total general	9 700	4 927	118	14 745	2.4	1.3

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

⁴ Reforma, 21-1-2004

Es decir, que mientras en el periodo de 1979 a 1990 hubo un promedio de 616 niños y niñas que murieron cada año por homicidio, en el de 1991 a 2002 fueron 613, lo que significa que en México, desde hace ya casi 25 años, mueren asesinados regularmente dos menores de 14 años de edad cada día.⁵ Otro punto que llama la atención es el incremento en el número de niñas muertas por homicidio, en comparación con los niños, lo que se aprecia

más claramente en las tasas por 100 000 habitantes, ya que mientras la tasa para los niños comenzó siendo de 2.5 en 1979 y descendió a 2.3 para 2002, en las niñas fue de 1.2 en 1979 y de 1.3 para 2002.

El cuadro V muestra las entidades en que han tenido lugar el mayor y el menor número de muertes por homicidio en menores de entre 0 a 14 años de edad durante el periodo de 1979 a 2002.

CUADRO V. Entidades con el mayor y el menor número de muertes por homicidio en menores de edad de entre 0 a 14 años, durante el período 1979-2002

Las cinco entidades con el mayor número de muertes por homicidio de menores		Las cinco entidades con el menor número de muertes por homicidio de menores	
Estado de México	5 405	Baja California Sur	21
Distrito Federal	870	Yucatán	48
Oaxaca	824	Campeche	50
Michoacán	762	Aguascalientes	66
Guerrero	706	Colima	70

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

Quizás el peso de estas cifras se aprecia mejor cuando se las compara con las que existen en otros países que cuentan con un nivel de desarrollo similar, en algunos casos, o superior, en otros, al nuestro. De los países que

aparecen en el cuadro VI, México ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, por su tasa de muertes por homicidio en menores de 15 años de edad, y el sexto por su tasa de muertes por suicidio.

⁵ 1.68 niños y niñas por día durante el periodo de 1979 a 1990 y 1.67 niños y niñas por día para el periodo de 1991 a 2002.

CUADRO VI. Defunciones por homicidio y suicidio en menores de 15 años de edad, según varios países, en el año 2000

Países	Homicidios	Tasa x 100 000	Suicidios	Tasa x 100 000
Costa Rica	6	0.5	2	0.2
Ecuador	50	1.2	28	0.7
México	474	1.4	118	0.4
Nicaragua	14	0.6	12	0.5
Panamá	9	0.9	2	0.2
Perú	35	0.4	6	0.1
Uruguay	11	1.3	4	0.5
Venezuela	133	1.6	35	0.4
Kuwait	3	0.5	0	0.0
Croacia	4	0.5	3	0.4
República Checa	10	0.7	12	0.8
Finlandia	8	0.9	2	0.2
Hungría	19	1.2	11	0.7
Karajazán	12	0.7	17	1.0
Polonia	27	0.4	46	0.7
Rumania	35	0.9	29	0.8
Eslovaquia	4	0.4	4	0.4
Reino Unido, Escocia	7	0.7	6	0.6

Fuente: Elaborado por Rafael lozano, con base en estadísticas de salud de diversos países, 2000

Otro estudio, llevado a cabo con base en las estadísticas de salud proporcionadas por los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés), de la que México forma parte, se encontró que la principal causa de muerte entre los niños de entre 1 a 14 años de edad, en los países desarrollados, son las lesiones, las cuales representan 40% del total de las muertes en ese grupo de edad. En efecto, un total de 20 000 niños mueren cada año en los países miembros tanto a causa de accidentes de tráfico, lesiones intencionales, ahogamientos, caídas, quemaduras, envenenamientos y otros accidentes. México y Corea del Sur, entre los países miembros, son los que tienen las tasas más altas de muerte por heridas en niños menores de 14 años de edad. Estas tasas resultan ser 3 o 4 veces más elevadas que

las del resto de los países que pertenecen a la OECD (Unicef 2001). El estudio muestra que los riesgos son mayores en los países que tienen niveles más altos de pobreza. Las muertes por heridas en niños también se asocian positivamente con las siguientes variables: padres solteros; bajos niveles de escolaridad materna; embarazos adolescentes; vivienda pobre; familias numerosas y uso de alcohol o drogas entre los padres. Se estima que en los países en desarrollo mueren cada año por heridas más de 1 000 000 de menores de 15 años de edad.

En lo que se refiere a muertes intencionales en niños de entre 1 a 14 años de edad, México también ocupó el primer lugar entre los países de la OECD, con una tasa de 2.9 por 100 000 durante el periodo 1991-1995.

En cuanto a las diferencias por sexo que se observan en los países miembros de la OECD,

los niños de entre 1 a 14 años de edad tienen más muertes por heridas que las niñas, a razón de 1 por 1.73.

En México la tasa es de 13.7 para las niñas y de 25.6 por 100 000 para los niños.

En un segundo estudio que se realizó entre los países miembros de la OECD, para el periodo 1996-2000, México volvió a ocupar el segundo de los tres últimos lugares, junto con Estados Unidos de América y Portugal, por el número de niños muertos a causa de malos tratos. En efecto, durante dicho periodo, México tuvo un total de 4 974 muertes de menores de 14 años de edad ocasionadas por maltrato.⁶

El estudio hace notar que las muertes infantiles por maltrato representan apenas una proporción muy pequeña del total de los casos de maltrato. Así, por ejemplo, pudo documentarse que en Australia, durante la década de 1990 a 1999, por cada caso de muerte infantil por maltrato, hubo 150 casos de maltratos físicos comprobados (UNICEF 2003). Si la misma proporción fuera válida para México, signifi-

caría que cada semana habría 2 850 niños que habrían sufrido maltratos físicos graves.

Una de las conclusiones que se obtuvo en dicho estudio fue la de que los países que tienen las tasas más bajas de muertes infantiles por maltrato (España, Grecia e Italia) tienen también tasas bajas de muertes por violencia entre adultos y, a la inversa, que aquellos que tienen altas tasas de muerte por maltrato infantil (Estados Unidos de América, México y Portugal) también tienen tasas excepcionalmente altas de muertes por violencia entre adultos.

Asimismo, se encontró que la pobreza y el estrés, así como el abuso de alcohol y drogas, son los factores que aparecen más clara y consistentemente asociados con el maltrato y la negligencia de los padres hacia los niños (UNICEF 2003).

Por su parte, el Sistema de Información en Salud arroja los siguientes datos acerca del número de defunciones de menores de entre 0 a 14 años de edad por homicidio y por suicidio en México, durante 2002 (cuadro VII).

CUADRO VII. Defunciones por violencias (homicidio y suicidio) en menores de entre 0 a 14 años de edad, por sexo. México, 2002

Grupos de edad	Niños Suicidios	Niños Homicidios	Niñas Suicidios	Niñas Homicidios
0-1 año	0	44	0	35
1 a 4 años	0	67	0	47
5 a 9 años	7	38	1	30
10 a 14 años*	96	113	62	51
Total	103	262	63	163

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002. México

*No incluye las defunciones de niños cuya residencia habitual era el extranjero ni la no especificada

⁶ Es preciso tomar en cuenta que dado que la mayor parte de las muertes por maltrato a niños no quedan etiquetadas en los registros bajo este rubro, el estudio resolvió agregar a las muertes registradas bajo este concepto en todos los países las de muertes infantiles por causas desconocidas (UNICEF 2003).

Lo anterior significa que durante 2002 hubo 591 muertes por violencia en menores de entre 0 a 14 años de edad, 425 de las cuales fueron por homicidio y 166 por suicidio. Es decir, que poco más de la cuarta parte –28%– de las muertes por violencia en menores de 14 años de edad fueron por suicidio, proporción que resulta sumamente elevada y preo-

cupante y que hay que destacar como un fenómeno emergente en nuestro país.

Por lo que se refiere a los homicidios, si se analizan las tasas promedio del tipo de agresión que sufrieron los menores y que les provocaron la muerte durante el periodo 1998-2002, destacan diferencias importantes, según la edad de los niños, como lo muestra el cuadro VIII.

CUADRO VIII. Las tres principales causas de defunción por homicidio entre los niños de 0 a 14 años de edad, según tasa promedio y grupo de edad. México, 1998-2002

Causa	Menores de un año	1-4 años	5-9 años	10-14 años
Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación	1º	3º	2º	2º
Negligencia y abandono	2º	-	-	-
Ahogamiento y sumersión	3º	1º	3º	-
Disparo de armas de fuego y (otras armas) no especificadas	-	2º	1º	1º
Agresión con objeto cortante	-	-	-	3º

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

Por lo que se refiere al número de atenciones que se registraron en el sistema de salud para población abierta, como consecuencia de lesiones provocadas por violencia familiar, se encontró lo siguiente (cuadro IX):

CUADRO IX. Atención por lesiones a consecuencia de violencia familiar en menores de entre 0 a 14 años de edad, por sexo. México, 2002

Grupos de edad	Total	Niños	Niñas
Menores de un año	105	42	63
Un año	145	62	83
2 a 4 años	305	148	157
5 a 9 años	535	289	246
10 a 14 años	685	317	368
Total	1 775	858	917

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México, DF: SSA; 2002

Sin embargo, el número total de niños lesionados en los que se reconoció la violencia familiar (1 775), contrasta fuertemente con los 291 383 casos atendidos por lesiones etiquetadas como 'accidentales' entre los menores de 0 a 14 años de edad durante el mismo año. Es decir que, como lo han señalado prácticamente todos los estudios sobre el tema,

es más que probable que muchas de las lesiones clasificadas como accidentales hayan sido, en realidad, consecuencia de actos de violencia ocurridos en la familia.

El cuadro X informa sobre el número de niños atendidos a causa de lesiones provocadas por violencia fuera de su familia o bien de lesiones cuya causa se desconoce.

CUADRO X.

Atenciones por lesiones a consecuencia de violencia o por causa no especificada, según grupos de edad. México, 2002*

Grupo de edad	Lesiones por violencia	Lesiones por causa no especificada
Menores de un año	184	346
Un año	344	584
2 a 4 años	1 172	1 519
5 a 9 años	2 701	2 398
10 a 14 años	3 904	2 229
Total	8 305	7 076

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México, DF: SSA, 2002

*No incluye violencia familiar

Según el cuadro anterior, los más de 15 000 casos de violencia que presumiblemente sufrieron los menores de 14 años de edad fuera de su familia permiten volver a poner en duda que sólo 1 775 hubieran resultado lesionados como consecuencia de la violencia familiar. Más aún, como lo sugiere el estudio realizado para los países de la OECD, habría que considerar que la mayor parte de las lesiones por causas no especificadas pueden haber sido ocasionadas por la violencia familiar.

Adicionalmente a las anteriores cifras, el sistema de salud a población abierta reporta haber atendido a 1 957 niños de entre 0 a 14 años de edad por lesiones que fueron etiquetadas como autoinfligidas, es decir, por intentos de suicidio. Como numerosos estudios lo han mostrado, en muchos de estos intentos también subyacen malos tratos y

abusos por parte de la familia, como lo manifiesta el caso de Alexia.

"A sus nueve años de edad, Alexia prefirió quitarse la vida que seguir soportando los abusos sexuales de su padrastro, Arturo, de 21 años. Le dijo a su abuelita Rosa que se quería ir al cielo para cuidar a sus hermanitos de que no les siguiera pasando lo que a ella le sucedía, pero su abuelita no le entendió. También les dijo a sus amigas que se quería morir para ya no sufrir 'las cochinas de Arturo', pero ellas lo guardaron como un secreto. El 15 de diciembre, la niña salió corriendo de su casa, se arrojó al paso de un microbús y murió al instante bajo las llantas del vehículo".⁷

⁷ La Jornada, 24-11-2002.

De hecho, los casos de suicidio entre niños y niñas y adolescentes se han incrementado en México de manera notoria durante los últimos años. Los estados con las más altas tasas de suicidio entre adolescentes, son: el Distrito Federal, Colima y Baja California. Cabe también destacar que las niñas intentan más el suicidio que los niños aunque lo logran más estos últimos debido a que recurren a métodos más certeros y violentos.

En el Distrito Federal se ha registrado un incremento importante en el número de suicidios de menores de edad durante los últimos años. De acuerdo con la Procuraduría General de Justicia, en 2001 tuvo conocimiento de 11 casos mientras que en 2002 le fueron reportados 36, es decir, que los casos de suici-

dio se incrementaron más de tres veces tan sólo en un año. Esta última cifra supera la de los homicidios dolosos de menores que, en 2002, fueron 32, mientras que habían sido 18 en 2001, o sea que también se habían incrementado en poco menos del doble durante el mismo periodo.

Existen otros casos en los cuales el suicidio, o los intentos de suicidio por parte de los padres, se conjugan con el homicidio de los hijos. Estos casos son más frecuentes entre las madres quienes pueden dar muerte a sus hijos en un intento, más que paradójico, de ponerlos a salvo de abusos y violencias o de situaciones de desamparo frente a las cuales, dadas determinadas circunstancias, no encuentran otras salidas (Azaola 2001).⁸

ALGUNOS ESTUDIOS CLÍNICOS SOBRE MALTRATO INFANTIL

En el área clínica se han dado a conocer pocos estudios en el país acerca de los casos de maltrato a niños. Destacan, sin embargo, una serie de estudios publicados por un grupo de médicos, encabezados por el doctor Arturo Loredó-Abdalá, quien ha venido atendiendo este tipo de casos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría, ubicada en el Distrito Federal. A continuación resumiremos los hallazgos que han publicado en diversas revistas especializadas.

En uno de los estudios publicados, que se refiere a 252 casos atendidos entre 1990 y 2000, se reportan los siguientes datos: 52% de las víctimas son niñas y 48% niños. En cuanto a los tipos de maltrato, 138 casos fueron de maltrato físico (55%); 56 de abuso sexual (22%); 35 de privación emocional y social (14%); 11 por síndrome de niño sacudido (4%); 10 por síndrome de Münchhausen (4%) y dos casos de ritualismo satánico (1%).

En 13% de los casos el maltrato derivó en enfermedad crónica o incapacitante y en cin-

co casos (2.3%) produjo la muerte.

En cuanto a los responsables, 90% fueron familiares, 4% no familiares y en 6% no se supo. En 10% de los casos se detectó alguna enfermedad psiquiátrica en los responsables (Trejo et al 2002).

Otro de los estudios se refiere a 150 niños maltratados que fueron atendidos en la Clínica durante el periodo 1998-1999. Entre los niños maltratados se detectaron lesiones y cicatrices antiguas en 62% de los casos; 57% presentaron malas condiciones de higiene; 16% inmunizaciones incompletas; 35% talla baja; 27% desnutrición y 17% bajo rendimiento escolar; 35% de los niños convivían con padrastros o madrastras.

En cuanto a los padres, 55% presentaron alcoholismo o drogadicción; 85% tardaron en solicitar atención médica; 59% dijeron que sus hijos no habían sido deseados y 45% señalaron

⁸ En un estudio llevado a cabo entre mujeres sentenciadas por homicidio en la Ciudad de México se documentan casos de este tipo.

que también habían sufrido maltrato siendo niños (Trejo et al 2002).

En cuanto a los 13 casos de Síndrome de Münchhausen, o sea de enfermedades inducidas o fabricadas en el niño por un adulto, se encontró lo siguiente: ocho eran niños y cinco niñas de entre 4 meses y 13 años de edad. En todos los casos las enfermedades habían sido inducidas por las madres. El tiempo pro-

medio que requirió el diagnóstico fue de 10 meses. El síndrome se expresó de la siguiente manera: cuatro casos de intoxicaciones inducidas; cuatro de fiebre; tres de falsas acusaciones de abuso sexual y dos de diarrea crónica. En cuatro casos las madres habían padecido eventos similares siendo niñas y en otros cuatro había hermanos que también habían sido afectados (Trejo et al 2002).

CASOS DE MALTRATO ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE JUSTICIA

Veremos ahora los delitos que reportan las instituciones de procuración de justicia en los que las víctimas son menores de edad que han sido agredidos o violentados de una u otra manera.

Por el delito de violencia familiar hubo 942 personas consignadas durante 2002, de las cuales 119 fueron mujeres (Arango y Lara 2003).

En cuanto al delito de sustracción de menores, que se refiere a aquellos casos en los que uno de los padres se lleva a los hijos, generalmente por conflictos relacionados con la tutela, se reportaron 502 personas que fueron sentenciadas en el país por este delito entre 1996 y 2001.

Sobre tráfico de menores, que implica trasladar a un menor de un lugar a otro para obtener ventajas económicas, hubo 130 personas sentenciadas entre 1996 y 2001 en 18 entidades del país que reportaron este delito.

Asimismo, entre 1996 y 2001 hubo 357 personas sentenciadas por robo de infante. En cambio, tan sólo en 2002, hubo 1 565 personas sometidas a proceso por este delito. Los estados donde se llevaron más procesos por esta causa, fueron: Estado de México, San Luis Potosí y Oaxaca.

Por otro lado, algunos datos relativos al Distrito Federal proporcionados por la Procuraduría General de Justicia de la entidad, indican que durante 2003 hubo un total de 18 menores de edad que fueron secuestrados en la ciudad.

Asimismo, esta Procuraduría atendió, entre 2000 y 2002, un promedio de 8 500 casos de violencia familiar por año. Durante el mismo lapso, reportó que 150 niños por año habían sido abandonados en el Distrito Federal. Ello quiere decir que tres niños son abandonados cada semana en los hospitales y otros lugares públicos de la ciudad. De hecho, 70% de ellos son abandonados en las calles. De entre los niños abandonados, 10% tienen alguna incapacidad, 40% son recién nacidos y 60% son niñas. De acuerdo con la Procuraduría los niños abandonados son, en muchos casos, producto de una violación.

Por lo que se refiere a delitos sexuales, entre 1997 y 2003 fueron denunciadas un total de 53 000 violaciones cometidas en contra de menores de edad en el país. Ello equivale a un promedio de 7 600 violaciones por año, es decir, 21 cada día.⁹

“El chorro de sangre que salía de entre sus piernas revelaba que Luisa no había sufrido una lesión accidental con la palanca de velocidades, como Víctor le ordenó que dijera, afirmó llorosa Ana, quien a sus 16 años espera un bebé, cuyo padre es el militar que violó e hirió a su hermanita de 8 años de edad.”¹⁰

⁹ Datos proporcionados por Rafael Ruíz Harrel.
¹⁰ *El Universal*, 19-11-2002.

En cuanto a abusos sexuales, en 2002 hubo 1 161 personas consignadas por este delito en el ámbito nacional.

Asimismo, entre 1990 y 2001 hubo en el país 462 personas que recibieron una sentencia por el delito de incesto. Por corrupción de menores, en cambio, fueron sentenciadas 2 861 personas en México durante el mismo periodo.¹¹

Por otra parte, en lo que se refiere a los delitos que se relacionan con la negligencia en contra de menores, hubo 747 personas sentenciadas por el delito de omisión de cuidados, en todo el país, entre 1996 y 2001.

Asimismo, por el delito de incumplir obligación alimentaria, fueron sentenciadas 1 389 personas entre 1999 y 2001, en tanto que 3 844 fueron sometidas a proceso por esta causa. Sin embargo, este delito lo reportan sólo unas cuantas entidades mientras que el de incumplir obligación familiar lo informan todas, siendo que, entre 1990 y 2001 hubo 12476 personas sentenciadas, mientras que 26 947 estuvieron sujetas a proceso por esta causa. Tan sólo en 2002 fueron presentadas por este delito 4 099 personas en todo el país.¹²

MALTRATO INSTITUCIONAL

El maltrato institucional a niños se define como “cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales al amparo de la institución, que vulnera los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o recursos” (Horno y Santos 2001).

Un caso que resulta ilustrativo es el que citamos más arriba relativo a la niña de ocho años de edad que fue violada. Su hermana relató el recorrido que tuvieron que hacer para lograr que recibiera atención:

“Desde las 12 de la noche llevamos a mi hermana a un hospital de La Tolve en donde no la quisieron atender porque sangraba mucho. Luego nos fuimos al Centro de Justicia de Naucal-

pan, en donde tampoco la pudo ver un médico legista... Al Ministerio Público llegamos cerca de las 2 de la mañana. Ahí me querían dejar detenida porque decían que yo soy la amante del que la violó... A la pequeña la trasladaron durante la madrugada a la Cruz Roja, en donde tampoco la atendieron porque no había un médico especialista. Luego la trajimos aquí, –al Hospital Ruiz Castañeda, del Instituto de Salud del Estado de México– y no nos querían atender pese a que ya había perdido mucha sangre; nos mandaban al Hospital de la Mujer.”¹³

De hecho, los casos de maltrato institucional a menores son, hasta donde sabemos, bastante frecuentes en nuestro país, no obstante que no existen estudios donde hayan sido documentados de manera sistemática. Existe, sin embargo,

¹² Es preciso señalar que los datos anteriores no abarcan todos los delitos en los que los menores de edad han resultado agredidos o violentados, sino sólo aquellos en los que el tipo delictivo en sí mismo indica que la víctima es un menor de edad. Ello quiere decir que seguramente se cometen en el país muchos más delitos en contra de menores que los señalados, sólo que las estadísticas de procuración de justicia no permiten saberlo en la medida en que no proporcionan información acerca de las víctimas.

¹³ *El Universal*, 19-II-2002.

información dispersa que permite suponer que se trata de un serio problema.

Un ejemplo que podríamos referir es el de la situación de los consejos tutelares para menores infractores, recientemente dada a conocer en un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Después de visitar los 54 establecimientos de este tipo que hay en México, el informe refiere que "se detectaron casos graves de sobrepoblación, golpes y maltratos, falta de clasificación y separación en áreas de tratamiento, nula motivación para participar en actividades educativas, inexistencia de actividades ocupacionales, insuficiencia de personal técnico, centralización de los establecimientos, carencia de servicio médico y de reglamentación interna, falta de áreas específicas para mujeres y sus hijos" (CNDH 2003).

Asimismo, el informe señala que en diversos centros para menores encontraron a los niños ubicados en celdas con rejas o puertas metálicas e inclusive en uno de ellos encontraron estancias con mallas metálicas que semejan jaulas para animales. En muchos centros, los

menores se quejaron de recibir golpes y malos tratos por parte del personal de custodia y en un centro encontraron a algunos enfermos de varicela que permanecían encerrados en habitaciones sin ningún tipo de mobiliario.

Por lo que se sabe, es posible que en otras instituciones (albergues, hogares para niños de la calle, hospitales psiquiátricos, etc.) también existan situaciones de maltrato y abuso a niños, si bien no tan extremas como las descritas.

También en las instituciones educativas se conoce de casos de malos tratos y abusos sexuales, en ocasiones muy graves, no obstante que no existe información que permita conocer la magnitud del problema a escala nacional. En el Distrito Federal, por ejemplo, autoridades del sistema educativo informaron que, entre 2001 y 2002, hubo 54 casos de abuso sexual a niños que ocurrieron en las escuelas y que les fueron reportados. Asimismo, se tienen los datos siguientes sobre los casos de maltrato y abuso sexual a niños ocurridos en instituciones educativas del Distrito Federal durante 2003 y hasta mayo de 2004 (cuadro XI).

CUADRO XI. Expedientes iniciados por abuso sexual y maltrato a menores de edad, por nivel escolar. Distrito Federal, enero de 2003 a mayo de 2004

Nivel escolar	Total
Inicial	3
Preescolar	40
Primaria	158
Secundaria	126
Media Superior	30
Especial	13
Total general	370

Fuente: Sistema Electrónico de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, 2004

Como puede apreciarse, la mayoría (77%) de los casos reportados ocurrieron en los niveles de primaria y secundaria, los que ciertamente

concentran a la mayor parte de la población escolar. El cuadro XII muestra el tipo de conductas que fueron reportadas.

CUADRO XII. Expedientes iniciados por abuso sexual y maltrato a menores de edad, por tipo de conducta. Distrito Federal, enero de 2003 a mayo de 2004

Conductas	Total
Hacer uso de violencia sin causa legítima	35
Maltrato y prepotencia	218
Abuso sexual	42
Acoso sexual	34
Conductas inmorales	13
Violación	1
Total general	370

Fuente: Sistema Electrónico de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, 2004

Aunque llama la atención que se considere que puede haber un uso legítimo de la violencia en las escuelas así como las categorías poco precisas que se emplean para tipificar los casos, pareciera que si los agrupamos resultaría que 74% se refiere a maltrato, quizás predominantemente físico, mientras que 26% hace referencia a agresiones de índole sexual.

Por otro lado, también ha habido casos ocurridos en escuelas de diferentes entidades de la República en las cuales los niños han sufrido de abusos sexuales motivados por fines comerciales, como lo muestra el siguiente recuadro.

En una escuela de la ciudad de Cuernavaca se descubrió que varios empleados, encubiertos por maestros y directores, utilizaron a 27 niños de entre 4 a 6 años de edad para elaborar material pornográfico que producían para comerciar en Estados Unidos de América (EUA). Los dueños de la escuela cuentan con denuncias previas por delitos sexuales en San Diego y Miami, y huyeron al estado de Florida. Casos semejantes de elaboración de material pornográfico para ser comercializado en EUA se han encontrado también en escuelas del Estado México, así como en Veracruz, Querétaro y el Distrito Federal.¹⁴

¹⁴ *El Universal*, 24-IV-99; *La Jornada*, 18-VIII-99.

MALTRATO REPORTADO POR LOS NIÑOS EN ENCUESTAS

Dado que a los registros oficiales llega siempre sólo una pequeña proporción de los casos de maltrato infantil que realmente ocurren, en numerosos países se elaboran estudios y se levantan encuestas que permiten tener un panorama más completo acerca del fenómeno. Por estos estudios se sabe que, cuando se pregunta a los propios niños, los porcentajes en que refieren maltrato resultan ser considerablemente más elevados que cuando se pregunta a los adultos.

En México ha habido dos ejercicios recientes de consulta a niños y adolescentes que se han emprendido de manera paralela a las elecciones federales y legislativas en los años 2000 y 2003, los cuales han arrojado los datos más importantes y representativos con los que se cuenta hasta ahora para poder estimar la magnitud del maltrato infantil en México. En la consulta del año 2000, en la que participaron 4 000 000 de niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 17 años de edad, a la pregunta "me tratan con violencia" respondieron lo siguiente (cuadro XIII):

CUADRO XIII. Me tratan con violencia

Ambito	% de niños y niñas de 6 a 9 años de edad	% de niños y niñas de 10 a 13 años de edad
Familia	28	9
Escuela	32	13
Lugar donde vivo	(no se preguntó)	13

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Las cifras son sumamente elevadas y preocupantes, ya que casi una tercera parte de los niños y niñas de 6 a 9 años de edad señaló que es tratado con violencia tanto en su familia como en la escuela (Azaola 2003)¹⁵. Es decir, dado que en el año 2000 había, en números redondos, 9 000 000 de niños y niñas de 6 a 9 años de edad, esto significa que, tan sólo entre los de esa edad,

casi 3 000 000 dijeron que estaban siendo tratados con violencia en su casa y en la escuela.

De igual modo, casi una tercera parte de los niños y niñas de esa edad reportó abusos de autoridad por parte de su familia mientras que poco más de la tercera parte los reportó en su escuela y en el lugar donde viven, como se aprecia en el cuadro XIV.

¹⁵ Estas cifras resultan muy elevadas, especialmente si se las compara con las que se han obtenido con instrumentos similares en otros países.

CUADRO XIV. Abusan de su autoridad

Ámbito	% de niños y niñas de 6 a 9 años de edad	% de niños y niñas de 10 a 13 años de edad
Familia	28	17
Escuela	36	20
Lugar donde vivo	36	27

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Son también preocupantes algunas diferencias que se reportaron entre el medio rural y el urbano y entre los sexos. La percepción del maltrato en la familia es más acentuada (35%) entre los niños de 6 a 9 años de edad que viven en el medio rural que en el urbano (27%). De igual forma, en las escuelas de cada 4 niñas de 6 a 9 años de edad se sienten maltrata-

das en el ámbito urbano, mientras que en el rural es 1 de cada 3.

Asimismo, los niños de entre 6 a 9 años de edad que viven en ámbito rural perciben que, frente a un desacuerdo, los adultos recurren a los insultos o golpes en un porcentaje más elevado que los niños del ámbito urbano, como se aprecia en el cuadro XV.

CUADRO XV. Los adultos recurren a golpes o insultos, según los niños de 6 a 9 años de edad

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	33	26
Escuela	31	22

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

También son los niños de 6 a 9 años de edad, o violencia por parte de sus pares (cuadro del medio rural, los que refieren recibir may- XVI).

CUADRO XVI. Los niños más grandes se aprovechan o sacan ventaja de los más chicos

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	39	27
Escuela	43	35

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Entre los niños de 10 a 13 años disminuyeron va cuenta, un mayor porcentaje de niños del los porcentajes de quienes refi rieron que son medio rural de esta edad reportó sufrir vio- tratados con violencia. Sin embargo, de nue- lencia (cuadro XVII).

CUADRO XVII. Me tratan con violencia (niños de entre 10 a 13 años de edad)

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	12	9
Escuela	15	12
Lugar donde vivo	15	13

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Por lo que se refi ere a los resultados que se obtu- tes de 6 a 17 años de edad, los niños de 6 a 9 años vieron en la Consulta efectuada en 2003, en la que de edad volvieron a reportar cifras más elevadas participaron 3 000 000 de niños, niñas y adolescen- de maltrato que los de mayor edad (cuadro XVIII).

CUADRO XVIII. Maltrato en la familia y en la escuela (niños de 6 a 9 años)

Ámbito	Me pegan %	Me insultan %	Abusan de mi cuerpo %
Familia	28	14	3.5
Escuela	16	16	3.5

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Las anteriores son las cifras que corresponden al promedio nacional. Los estados que se distinguen por tener los más elevados porcentajes de maltrato son: Guerrero, Oaxaca, Michoacán, Chiapas, Durango y Nayarit. Los dos primeros se distinguen porque obtuvieron los índices más altos de maltrato de todos los tipos al interior de la familia. En la escuela, los estados que reportaron los índices más altos de maltrato son: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Guanajuato y Durango.

Por lo que toca a las características más frecuentes de los padres de los niños que maltratan, se encontraron: que son menores de 20 años o tienen entre 20 y 30 años de edad y que no tienen escolaridad o tienen sólo la primaria. De ahí que los resultados de la Consulta, señalen: "Aparentemente, a medida que se incrementa el nivel de escolaridad y la edad de las madres y padres, existen mejores condiciones en la familia para enfrentar la crianza y resolver los conflictos sin recurrir a golpes e insultos". No obstante, refieren que encontraron un ligero incremento en el maltrato entre los hijos de padres que cuentan con nivel de posgrado (IFE 2003).

Otro dato que llamó la atención es que el abuso sexual fuera reportado ligeramente por más niños que niñas y también que, de nueva cuenta, fueran los niños más pequeños los que más dijeran haberlo sufrido. Destaca que un porcentaje significativo (12%) de los niños que reportaron esta clase de abuso dijeron que no asisten a la escuela. Ello, sobre todo, si se compara con el porcentaje de niños que dijeron no asistir a la escuela y no haber recibido esta clase de abusos (3.3%). Entre los que sí van a la escuela y reportaron este tipo de abuso, 3.5% van a una escuela pública y 2.7% a una privada.

Los padres de los niños que dijeron haber sido sexualmente abusados tienen, por lo general, más baja escolaridad, consumen con mayor frecuencia alcohol o drogas y sus hijos son los que en mayor proporción dijeron que sus padres no los quieren.

Al preguntarles a los niños por qué piensan ellos que los maltratan, 40% respondió que se debe a que sus padres tienen problemas y

se desquitan con ellos; 23% a que sus padres consumen alcohol o drogas y 22% a que sus padres no los quieren.

Y, sobre qué pueden hacer los adultos para no maltratar a los niños, estos últimos respondieron: que aprendan a respetarnos, 50%; eliminar la violencia en la televisión, 37%; que las autoridades nos defiendan, 30% y que existan lugares donde los niños puedan pedir ayuda, 29%.

Otra encuesta, que levantó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el Distrito Federal en el año 2000, confirma los datos obtenidos en la Consulta Infantil y Juvenil. En efecto, la encuesta también señala que la violencia está presente en uno de cada tres hogares de la zona metropolitana de la Ciudad de México, es decir, en 1 400 000 de hogares.

De hecho, en 99% de dichos hogares se reportó violencia emocional; en 16% intimidación; en 11% violencia física y en 1% abuso sexual. La encuesta informó, asimismo, que 45% de las víctimas fueron los hijos y 39% los cónyuges, en tanto que 50% de los agresores fueron los jefes de familia y 44% su cónyuge.

Un dato que resulta preocupante es que 88% de los entrevistados hubiera referido que consideran a la violencia en la familia como un asunto privado. Ello revela, cuando menos, un gran desconocimiento acerca de las leyes que prohíben la violencia en la familia o, en el peor de los casos, que estas prácticas siguen gozando de un alto nivel de aceptación social.¹⁶

¹⁶ En el Distrito Federal, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar fue aprobada por la Asamblea Legislativa en 1996 y reformada en 1998 y 2001. En su última reforma, el Artículo 3° estipula que "se entiende por violencia familiar todo acto u omisión intencional de un miembro de la familia contra otro, que atente contra su dignidad, su libertad, su integridad -física, psíquica o sexual o su patrimonio-, aún cuando no se produzca un resultado material e independientemente del lugar donde suceda." Otras diecinueve entidades de la república también han aprobado leyes para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar y el resto cuenta con iniciativas de ley o bien ha efectuado otras modificaciones a sus Códigos Civiles y de Procedimientos Penales.

A continuación resumiremos los datos más importantes que hemos expuesto en los incisos anteriores y a partir de los cuales nos será posible formular enseguida algunas conclusiones y recomendaciones.

PRINCIPALES DATOS

- Entre los casos de maltrato infantil que atiende el DIF, la mayor proporción (32%) corresponde a casos de maltrato físico. Le siguen en orden de importancia numérica la omisión de cuidados (23%) y el maltrato emocional (20%).
- Durante 2002, el sistema de salud atendió a 1 775 menores de 14 años de edad por lesiones ocasionadas por violencia familiar, así como a 8 305 por lesiones provocadas por actos de violencia ocurridos fuera de la familia. También, a 7 076 que sufrieron lesiones por causas no especificadas y a 1 957 por lesiones autoinfligidas. En conjunto, entonces, el sistema de salud atendió a 19 113 menores de 14 años de edad por hechos de violencia durante 2002.
- En algunas entidades, las tasas de suicidio entre menores se han triplicado durante los últimos años, superando, en algunos casos, las tasas de muerte por homicidio.
- En el Distrito Federal, cada semana han sido abandonados, en promedio, tres niños durante el periodo 2000-2002.
- Han sido violados diariamente en el país 21 menores de edad, durante el periodo 1997-2003.
- Fueron sentenciadas por incumplir obligaciones familiares 12 476 personas, durante el periodo 1990-2001.
- Según los resultados de la Consulta Infantil y Juvenil realizada en el país en 2000, el 28% de los niños y niñas de entre 6 a 9 años de edad dijeron que son tratados con violencia en su familia, y 32% en sus escuelas. La violencia reportada por los niños y niñas fue mayor en todos los casos entre los del medio rural que en el urbano.
- En la Consulta efectuada en 2003, de nueva cuenta 28% de los niños y niñas de 6 a 9 años (es decir, 3 000 000 de entre los de esa edad) dijeron que en su casa los golpean y 16% (1 500 000) señalaron que lo mismo ocurre en sus escuelas.
- Asimismo, 3.5% de los niños y niñas (105 000) dijeron que han sufrido abusos sexuales tanto en su casa como en la escuela.

CONCLUSIONES

México tiene niveles de violencia en contra de los niños y las niñas que superan considerablemente los de los países desarrollados. Ello significa que requiere redoblar sus esfuerzos para diseñar una política que enfrente de manera integral el problema. En dicha política deberán confluir y articularse de manera coordinada tanto el sector de salud como el educativo, el de protección a la infancia, el de justicia y el de los organismos de la sociedad civil.

Los datos que hemos expuesto nos confrontan con un escenario que no podría explicarse

sin que existiera un alto nivel de tolerancia para la violencia que se ejerce en contra de los niños y de las niñas en nuestro país. La imposición de castigos físicos o el maltrato verbal, por ejemplo, siguen siendo prácticas cotidianas que gozan de niveles altos de aceptación, por lo que deberán empeñarse mayores esfuerzos tanto para desterrar estas prácticas como para promover formas de trato no violentas y respetuosas de la dignidad de los menores de edad. En este sentido, resultan significativos los altos niveles de violencia reportados por los meno-

res de edad en las consultas efectuadas de forma paralela a las elecciones, tanto en el ámbito familiar como en el escolar. Al mismo tiempo, destaca la notoria desproporción del escenario que se dibuja tras estos datos, respecto del que es posible trazar con los que son captados por los distintos registros oficiales.

Entre los fenómenos más preocupantes y que requieren de los esfuerzos coordinados de todos los sectores, se encuentran tanto las altas tasas de muerte por violencia así como el incremento que han tenido las tasas de suicidio entre los menores de edad en nuestro país. Ello sin olvidar que, como lo ha mostrado claramente el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS/OMS2003), por detrás de los casos más extremos que ocasionan la muerte, siempre existen muchos más que, aunque resulten menos visibles y menos dramáticos, implican dosis cotidianas de do-

lor que causan severos daños y disminuyen de manera drástica las posibilidades de una vida sana y plena. De igual modo, no por tratarse de un fenómeno frecuente dejan de preocupar los casos de negligencia o de omisión de cuidados así como los de abandono.

No debe olvidarse que, como lo han señalado prácticamente todos los estudios, la violencia hacia los niños y las niñas tiene consecuencias funestas que imponen grandes costos. En primer lugar porque les coarta o limita sus potencialidades para alcanzar un desarrollo pleno, pero también y de manera irremediable, al provocar daños en su capacidad para vincularse de manera sana. Más temprano que tarde aquellos que se hayan más próximos se ven afectados al igual que la comunidad y la sociedad, los que, de una forma u otra, habrán de pagar el costo de su desamor, su descuido o su indiferencia.

RECOMENDACIONES¹⁷

1. Elaborar, ejecutar y supervisar un plan de acción de carácter integral y nacional para prevenir todo tipo de violencia en contra de los niños y las niñas. Este plan deberá contar con el consenso y estipular los mecanismos de coordinación entre los sectores de salud, protección a la infancia, educación y justicia, así como deberá establecer las tareas específicas que cada uno habrá de desarrollar. Asimismo, deberá contar con metas y mecanismos de evaluación precisos.
2. Diseñar programas de prevención y atención específicos para las zonas rurales de los

estados donde los menores de edad han reportado los niveles más altos de maltrato.

3. Adoptar las medidas necesarias para ampliar y profundizar los conocimientos que se tienen acerca del fenómeno de la violencia hacia los niños y las niñas en nuestro país y poner estos conocimientos al alcance del personal de los distintos sectores que atienden o reciben denuncias de estos casos. Asimismo, se requiere incrementar la capacidad que este personal tiene para recolectar y registrar adecuadamente los datos.

4. Mejorar tanto la cobertura como la calidad de los servicios que brindan atención a los niños y niñas víctimas de violencia e integrar en los mismos la perspectiva de género.

5. Promover y supervisar el estricto cumplimiento de las leyes nacionales y de los tratados inter-

¹⁷ Algunas de las recomendaciones han sido elaboradas a partir de las propuestas por el Informe Mundial sobre la Violencia (OPS/OMS 2003), así como por: Un México apropiado para la infancia y la adolescencia (Gobierno de la República 2002). Ello, con el fin de subrayar las coincidencias con dichos informes y evitar la dispersión de los esfuerzos y los compromisos institucionales.

nacionales que protegen a los niños y a las niñas en contra de todas las formas de violencia.

6. Empezar, como ya se ha hecho en otros países, investigaciones cuidadosas que arrojen luz sobre la proporción de muertes o lesiones en menores de edad que, habiendo sido etiquetadas como accidentales o cuya causa se desconoce, han sido en realidad provocadas de manera intencional como resultado de actos de violencia.

7. Adoptar las medidas necesarias para que las instituciones de salud apliquen en todos los casos que se requiera la Norma Oficial Mexicana relativa a los criterios para la atención médica de la violencia familiar. Ello contribuiría a mejorar la cobertura y la calidad de los registros de todos los casos de maltrato infantil que conocen estas instituciones. Al mismo tiempo, deberá explorarse la posibilidad de crear un registro semejante para los casos que se conocen en el ámbito educativo, sea que tengan origen en éste o en la familia.

8. Promover y difundir de la manera más amplia, particularmente a través de los medios y del sistema educativo, el Sistema Nacional de Orientación y Canalización Telefónica para Mujeres, Niñas y Niños en Situación de Violencia, servicio que proporciona apoyo emocional, intervención en crisis y asesoría médica y legal las 24 horas durante los 365 días del año, a través de la línea telefónica 01-800-911-25-11.

9. Diseñar estrategias multidimensionales dirigidas a contrarrestar los casos de negligencia, ya que en ellos confluyen factores sociales, económicos, psicológicos y médicos que comprometen la habilidad de los responsables del niño o de la niña para satisfacer plenamente sus necesidades (Perry, Colwell, Schick 2002). Cualquier estrategia de intervención que contemple una sola de las medidas indicadas, tendrá resultados escasos.

10. Diseñar, ejecutar y supervisar un sistema de coordinación entre instituciones públicas y privadas para promover una mayor eficacia de las acciones en beneficio de las niñas y niños maltratados.

CONCLUSIONES

Arango-Durán A, Lara C. 2003. Delitos contra la salud en México, 1985-2001. En: Instituto Nacional de Ciencias Penales. Sistema de Información Delictiva: la estadística de Seguridad Pública en México. México, DF: INACIPE. Disponible en: <http://www.seguridadpublicaenmexico.org.mx+Arango+A,+Lara+C+sistema+de+informacion+delictiva+Inacipe+2003>.

Azaola E. 1998. Prostitución infantil. En: IV Informe Sobre los Derechos y Situación de la Infancia en México. México, DF: Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez: 297 - 315.

Azaola E. 2001. El delito de ser mujer. 2a. edición. México, DF: Plaza y Valdés.

Azaola E. 2003. Violencia intrafamiliar y maltrato infantil. México, DF: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Belsey MA. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Stat Q* 46(1).

Bisig NE, Laje MI. 2000. Abandono de menores. Un enfoque jurídico-sociológico. Uruguay: Instituto Ayrton Senna.

Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. 2001. The encyclopedia of child abuse. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts on File:203-8.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2003. Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros de menores de la República Mexicana. México, DF: CNDH; 8 de julio de 2003.

DePanfilis D, Salus MK. 1992. A coordinated response to child abuse and neglect: A basic manual. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect. Disponible en: <http://www.calib.com/nccanch/pubs/usermanuals/basic/>.

Domínguez RZ, Nelke CF, Perry BD. 2002. Child sexual abuse. En: Encyclopedia of crime and punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1: 202-7.

Garbarino J. 1998 August. Psychological maltreatment is not and ancillary issue. *Brown University Child Adolesc Behav Lett* 14(8):2-4.

Gelles RJ. 1990. Methodological issues in the study of family violence. En: Straus, Gelles, Ed. Physical violence in American families. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.

Gelles RJ. 2001. Child abuse - An overview. En: Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. 2001. The encyclopedia of child abuse. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts On File: XI-XXIV.

Gobierno de la República. 2002. Un México apropiado para la infancia y la adolescencia. Programa de Acción 2002-2010. México, DF: Gobierno de la República.

González G, Azaola E, Duarte P, Lemus JR. 1993. El maltrato y el abuso sexual a menores. Una aproximación a estos fenómenos en México. México, DF: UAM - UNICEF – COVAC: 26-7.

Híjar-Medina M et al. 1994. Mortalidad por homicidio en niños. México 1979-1990. Salud Pública Mex 36:529-537.

Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. 1999. Child abuse and neglect: A Clinical's Handbook. 2d ed. Nueva York (NY): Churchill Livingstone.

Horno-Goicoechea P, Santos-Núñez A. 2001. Abuso sexual infantil. Madrid: Save the Children: 14-7.

Instituto Federal Electoral. 2000. Análisis estadístico de los resultados de la consulta infantil y juvenil 2000 (base de datos). México, DF: IFE.
Disponible en: http://www.ife.org.mx/InternetCDA/BibliotecaVirtual/index_deceyec.jsp.

Instituto Federal Electoral. 2003. Consulta infantil y juvenil 2003. Resultados finales de opinión. México, DF: IFE.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2000. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, DF: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)/Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). 1999. Encuesta Nacional de Empleo. México, DF: INEGI.

Ireland TO. 2002. Child maltreatment. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:185-91.

Newell P. 1999. Niños y violencia. En: UNICEF. Innocenti Digest. Florencia, Italia: UNICEF: 5, 15.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud. 2003. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: OPS/OMS.

Perry BD, Colwell K, Schick S. 2002. Child neglect. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:192-6.

Perry BD, Mann D, Palker-Corell A, Ludy-Dobson C. 2002. Child physical abuse. En: Encyclopedia crime & punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:197-201.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2001. Child deaths by injury in rich nations. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre; Innocenti Report Card 2.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2002. Estado mundial de la Infancia. Nueva York (NY): UNICEF.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2003. Child maltreatment deaths in rich nations. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre; Innocenti Report Card 5.

Secretaría de Educación Pública. 2000. Estadísticas: ciclos escolares 1991-1992, 1999-2000. México, DF: Secretaría de Educación Pública. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep5691_mijas.

Secretaría de Salud. 2000. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.

Trejo J, Loredó-Abdalá A, Castilla-Serna L. 2002. Diagnóstico de maltrato físico en niños: indicadores clínicos y sociales. Acta Pediátrica Mex 23(4):261, 413.

Trejo J, Pérez J, Loredó-Abdalá A. 2002. Síndrome de Münchausen por poder. Enfermedades inducidas y/o fabricadas en el niño por un adulto. Comportamiento clínico de los menores y sus perpetradores. Acta Pediátrica Mex 23(6):412-3.



CAPÍTULO III

LA VIOLENCIA EN LA
CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS DE
SALUD EN LA POBLACIÓN JOVEN

INTRODUCCIÓN

En la experiencia cotidiana de la población joven están presentes íconos, discursos y prácticas sociales que indican que conviven frecuentemente con la violencia sin que la mayor parte de las veces la llamen de este modo. Nombres de calles, monumentos, homenajes oficiales, himnos nacionales, actos chauvinistas, etcétera comúnmente están o estuvieron marcados por acciones violentas donde la dominación/subordinación es el común denominador.

Los juicios hacia la violencia son contradictorios. Por una parte, se le justifica si las razones que la motivan son socialmente admirables, dignas, necesarias, encomiables... como con frecuencia lo han sido, por ejemplo, las guerras "justas", las guerras de independencia o las guerras preventivas. Dependiendo del lugar en el que se esté situando la violencia puede tomar múltiples matices, entre ellos que se le perciba como genocidio o, por el contrario, como un acto libertario. Pero puede resultar ilegible o hasta ofensivo que alguien nos critique o desaprobe por admirar expresiones de nuestro contexto que están marcadas por la violencia. Es probable que no estemos de acuerdo con esas críticas y que sintamos que nos invaden nuestra persona y colectividad, ya que son parte de las bases a partir de las

cuales nos hemos formado como sujetos, y la propia percepción de lo que somos tiene estrecha relación con estos parámetros. Además, en este mismo proceso es común que hayamos aprendido a nombrar todo ello de una forma socialmente aceptable.

Ésta es una de las primeras condicionantes a partir de las cuales los jóvenes incorporan lentes con los que observan diferentes prácticas violentas –las propias y las de los demás–. Un aspecto que hace más complejo este fenómeno radica en que también hemos aprendido que éticamente la violencia es justificada. Sí, aprendemos que bajo ciertas circunstancias se justifica. Este aprendizaje proviene desde el Estado mismo, el cual tiene el derecho formal para ejercerla; es considerado el aparato legítimo para ello, basándose principalmente en el criterio ético de "evitar un mal mayor."

Este proceso social amplio está interrelacionado con los espacios microsociales concretos en la vida de los jóvenes, no sólo en la relación que se crea entre los sujetos y el Estado, sino entre los propios sujetos que interactúan cotidianamente con base en patrones específicos de relación. Por ejemplo, que un joven evalúe una determinada práctica cotidiana agresiva como "necesaria y útil" para el otro, puede estar vinculada

con coordenadas con las que se evalúa una práctica a escala más amplia. Un ejemplo de ello es el hecho de justificar la agresión de un sujeto frente a otro o de un grupo frente a otro, considerando que se hace por el bien del agredido.

Al mismo tiempo los jóvenes se ven influenciados por diferentes circunstancias de su realidad inmediata interpersonal, por ejemplo, si observan violencia entre sus padres y hermanos, si el logro de los objetivos o metas de las personas de su entorno está asociada a la violencia y a la agresión, si se sienten presionados por sus grupos de amigos a ser agresivos, etcétera. Estos fenómenos nos indican que se van conformando formas de evaluar las propias prácticas y las de los otros.

Al analizar diferentes maneras en las que se expresa la violencia se mantiene un común denominador: que en la violencia están presentes condiciones de asimetría entre los sujetos.

No obstante, la reflexión acerca de la violencia no nos debería sugerir la idea de un decreto; afirmaciones definitivas que dejan la sensación de que lo único que hace falta es que el resto de las personas las entendamos. Más bien, lo que sucede es que la violencia es un término arbitrario que intenta dar cuenta de una multitud de prácticas de los sujetos, pero que hasta ahora conceptual y metodológicamente no hay una respuesta satisfactoria que dé cuenta de la amplitud, alcances y límites de lo que abarca este término y de lo que se quiere decir a través este concepto. Esta realidad, no debería extrañarnos, ya que incluso surgen problemas para distinguir nítidamente la violencia de otras prácticas que desarrollan los sujetos para el logro de objetivos y de sentirse partícipes activos de su entorno (sin que estos logros y participación activa de su vida estén, por ejemplo,

vinculados a la dominación o al control sobre otro). Esto, por supuesto, no quiere decir que no se tenga una posición respecto al tema; más bien, de lo que se trata es de no colocarse en lugares engañosamente seguros donde se tiende a simplificar las concepciones sobre la violencia y analizarlas de manera lineal; y sobre todo, que se corre el riesgo de no identificar y problematizar aspectos importantes tales como: la violencia está entrelazada y sostenida por aspectos valorados para muchos sujetos. La violencia habita componentes importantes de identidad en algunos sujetos. Es una falsa dicotomía moderna clasificar tajantemente a las personas como "violentas" y "no-violentas", ya que es frecuente encontrar componentes híbridos que nos constituyen como personas, y que dan cuenta de que es posible la coexistencia, paradójica, de la violencia con, por ejemplo, aspectos democráticos en nuestra vida, etcétera.

Si analizamos diferentes componentes de la salud en la población joven se observa que ahí se despliegan prácticamente todas las formas de violencia. En este capítulo hemos seleccionado

algunos de estos escenarios para dar cuenta de cómo la violencia se hace presente. Analizamos la violencia que se produce desde un escenario estructural donde se observan aspectos más globales de orden macrosocial, hasta aspectos como la violencia en el noviazgo, la que se enmarca en la esfera relacional cara a cara. Hemos retomado el rango de edad que sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir a la población joven: 10 a 29 años. Un elemento importante es que en varios escenarios incluimos un análisis de la construcción de la masculinidad que nos permite mirar otros ángulos de este fenómeno.

PRIMER ESCENARIO: VIOLENCIA ESTRUCTURAL, POBREZA Y SALUD VISTAS DESDE LA REALIDAD DE LA POBLACIÓN JOVEN

La violencia estructural está definida como aquella que se produce por los grandes desequilibrios económicos y sociales en los países y regiones, y que tiene efectos objetivos como la exclusión y marginación de sectores de la población, lo que se muestra, entre otros aspectos, por las diferencias importantes en el acceso a los recursos y en la calidad de vida de las personas. La pobreza existente en países en desarrollo como México debe ser entendida como efecto de la desigualdad estructural que produce y mantiene desequilibrios en diferentes ámbitos vitales. La asimetría es la condición base que define a cualquier tipo de violencia; la pobreza es un ejemplo drástico de ello, de un desequilibrio estructural continuo donde parte de la "herencia" otorgada a las nuevas generaciones incluye un bono significativo de violencia estructural.

Una de las expresiones más evidentes de esta violencia estructural en México son las condiciones materiales y el acceso a recursos y oportunidades en la cotidianidad de las mujeres y hombres jóvenes. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y Mexfam (CONAPO 2004, FMPF 2002), en nuestro país los jóvenes son considerados, junto con las mujeres, los sectores más pobres de la población; de hecho, para los jóvenes la pobreza es el problema que reconocen como el más importante que tiene México (ENJ 2000). Las condiciones en las que viven los jóvenes indican que son objeto de la violencia estructural con consecuencias en diferentes ámbitos importantes como el de la salud.

En México, entre 35 a 40% de jóvenes de entre 15 a 19 años de edad viven en hogares de extrema pobreza (Santos-Preciado 2003). Si se toma como referencia la bibliografía sobre los efectos de la inadecuada nutrición en la población se puede afirmar que cuando

la pobreza no mata en los primeros años de vida, en la adolescencia y juventud hace más susceptible a los sujetos de mantenerlos en estado de desnutrición, lo que disminuye las posibilidades del desarrollo óptimo de sus capacidades haciéndolos más proclives a la dependencia y subordinación. En el estudio más reciente del Instituto Mexicano de la Juventud (ENJ 2005) se menciona que la población joven ingiere solamente "alguna vez a la semana" alguno de estos alimentos: fruta, verdura, cereal, carne roja o blanca. En la zona sur y en la zona norte del país existen índices importantes de anemia entre las mujeres jóvenes a partir de los 12 años de edad: 23.3% en la zona sur y 22.3% en la zona norte (INEGI 1999). En el grupo de mujeres en edad fértil (12 a 49 años de edad) que incluye a gran parte de la población joven, los hallazgos de la encuesta mostraron consumos dietéticos deficientes de zinc, vitamina A, hierro, folato y vitamina C (Santos-Preciado 2003). En la población de 12 a 19 años de edad se reportan en el país más de dos millones de adolescentes de ambos sexos con anemia.⁶ En este mismo estudio se afirma que la nutrición es una de las determinantes del desempeño físico, mental, de la productividad, del rendimiento intelectual y de capacidad para el trabajo.

Además de tomar en cuenta los diferentes hábitos alimenticios fuertemente ligados a costumbres regionales y locales, no debemos perder de vista que estos datos indican que la población joven en México no se nutre con una dieta mínima para un desarrollo óptimo.

Otro aspecto en el que la violencia estructural afecta a los jóvenes radica en dos de los aspectos centrales para el desarrollo y movilidad social de los sujetos: la instrucción y el empleo. Según datos de la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL 2004)

los dos principales problemas que enfrenta la población joven (10 a 29 años de edad) en México son el desempleo y subempleo, por una parte, y la deserción escolar y la baja calidad educativa, por la otra –en ese orden de importancia–. En particular, los jóvenes de 15 a 17 años de edad son el sector que presenta el más alto índice de deserción escolar (42.4%), lo que nos habla de un rango de edad crucial de ruptura para hombres y mujeres jóvenes en sus posibilidades de desarrollo. Estas edades casi coinciden con aquella en la cual los jóvenes tienen su primer trabajo –se concentra entre los 17 y 18 años–, tanto para mujeres, como para hombres; no obstante, la mitad de ellos y ellas comienzan su vida productiva entre los 13 y 16 años de edad.

Los jóvenes de 12 a 29 años de edad que han trabajado son prácticamente la mitad (49.5%) y lo hacen en condiciones de desventaja. El 58.3% de los jóvenes que trabajan no cuenta con un contrato laboral (ENJ 2005), incluso aquellos que cumplen con 40 horas o más de jornada laboral.⁵ El trabajo al cual se incorporan es mayoritariamente de tiempo completo (56%) lo cual limita sensiblemente la continuidad escolar de los jóvenes.

Para los hombres y las mujeres jóvenes la mayor razón por la que consideran que están sin trabajo es “porque no hay empleo” en el país. No obstante, el empleo y el desempleo parecen repercutir de manera diferente en, por ejemplo, algunos aspectos de la salud mental de mujeres y hombres jóvenes. La etapa entre los 14 y 27 años de edad es aquella en la cual aparecen por primera vez la mayoría de los trastornos psicológicos, en especial los relacionados con la ansiedad, el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, al igual que los trastornos afectivos. En la literatura especializada se registra que para las mujeres jóvenes el desempleo repercute fundamentalmente en estados de depresión, mientras que en los hombres jóvenes su efecto se observa en la baja autoestima y el abuso de alcohol. En

un estudio realizado en el estado de Chiapas, en México, con jóvenes de 11 a 15 años de edad se encontró que una variable muy asociada a la posibilidad de padecer depresión en los varones fue el temor a perder el empleo. En el caso de las mujeres, aquellas que dijeron no contar con vivienda propia tuvieron una probabilidad significativamente mayor de padecer depresión, en comparación con las que temían perder el empleo (Cantoral 2002).

La violencia estructural que afecta a los jóvenes a partir del acceso al empleo está articulada con componentes de género. En México, para los hombres jóvenes “ser trabajador” es la primera referencia de definición de sí mismo, mientras que para las mujeres jóvenes “ser mujer” es la referencia de autoidentificación más importante (ENJ 2000). En este sentido,⁹ afirma que “se es mujer y se es madre”, “se es trabajador y se es hombre”. Siguiendo los hallazgos de esta encuesta juvenil podemos afirmar que “trabajar” –desde una concepción de ser proveedor de otros y “cabeza de familia”– es un mandato que todavía está fuertemente incorporado entre los varones jóvenes. Por su parte, para las mujeres el mandato de género tradicional de ser cuidadora de otros –trabajo no asalariado– sigue influyendo en una parte importante de las jóvenes: 15.3% de las mujeres que dejan la escuela no buscan trabajo porque se espera de ellas –y de hecho lo hacen– que se queden en casa al cuidado de un familiar (ENJ 2005).

Un tercer aspecto ligado fuertemente a la violencia estructural es la migración juvenil. En México las tasas de desempleo son más altas entre la población joven que en el resto de la población (Negrete-Prieto 2001). Las estimaciones indican que el número anual de nuevos “demandantes de empleo” –potenciales migrantes– seguirá siendo muy significativo en los próximos años, con una oscilación de 1 a 1.2 millones de personas (CONAPO 2004). También se indica que más de 28% de los migrantes a Estados Unidos de América (EUA)

tienen entre 15 y 24 años de edad, en su gran mayoría son solteros, con una escolaridad promedio de 7.1 grados aprobados. Si tomamos estas cifras crudamente se tendrán potencialmente cerca de 112 000 jóvenes migrantes anualmente, toda vez que del millón de personas demandantes de empleo cerca de 400 000 son quienes sí cruzan cada año la frontera.

Si bien la migración juvenil es un fenómeno complejo que incluye las diferencias de la migración interna y la externa, por diferencias importantes por género, por los contrastes de la migración proveniente de las zonas rurales y urbanas, por la migración temporal y permanente, etcétera, los jóvenes en condición de migración están en seria desventaja y se ven expuestos a diferentes riesgos, entre los que destacan: las mujeres jóvenes son susceptibles de ser forzadas a intercambios sexuales desde el trayecto mismo, con probabilidad de infecciones de transmisión sexual, embarazos involuntarios y abortos en condiciones sanitarias inadecuadas y, en varias ocasiones, a formar parte de redes de explotación sexual. Mientras que los varones, que siguen siendo el porcentaje más alto de la población migrante, modifican diversas prácticas sexuales lo que reper-

cute en problemas de salud sexual y reproductiva, ya que se reporta que aumentan las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, con implicaciones importantes en su salud y en la de su pareja.

Tanto para mujeres como para hombres jóvenes migrantes el acceso a los servicios de salud es prácticamente inexistente, lo que eleva el grado de vulnerabilidad en la salud para este sector de la población. La población joven en condición migrante hace evidente la falta de respeto a sus derechos humanos, en general, y al derecho a la salud, en particular. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México (OACNUDH 2003) afirma que la migración afecta a quienes se desplazan, porque facilita abusos, discriminación y malas condiciones de trabajo, vivienda y salud, lo cual, junto con el desarraigo y la inseguridad, puede generar o agudizar problemas de salud mental; al tiempo que potencialmente puede contribuir a la expansión de enfermedades infecciosas.¹ Por ello se afirma que la migración es un factor de riesgo para la salud de la población (SS 2006); en especial esto se evidencia en lo referente a la salud reproductiva de la población joven.

SEGUNDO ESCENARIO: LA VIOLENCIA Y SU VÍNCULO CON LAS ENFERMEDADES Y MUERTES DE JÓVENES

La forma de morir y de enfermar de las mujeres y hombres jóvenes muestra aspectos importantes de cómo está conformada la calidad y estilo de vida en este sector de la población. Si bien, como afirma el CONAPO (CONAPO 2006) uno de los logros sociales más importantes en México ha sido el descenso de la mortalidad y de la morbilidad en la población en general,² las defunciones y enfermedades entre la población joven muestran que muchas de ellas están estrechamente relacionadas con conductas

y situaciones de riesgo que son previsibles, por tanto se podrían desarrollar diferentes estrategias para evitarlas. En este sentido,

¹ Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2003. Estrategia de Cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009.

² En 1970 la mortalidad era de 10.0 por mil habitantes, mientras que para 2004 se estimó en 4.5. OMS/OPS 2005. Estrategias de cooperación.

analizar la información por sexo nos permite identificar posibles vínculos con la violencia. Yunez y Zubarew (Yunes 1999) afirman que no existe registro sistemático en América Latina de las formas no letales de violencia. En la mayor parte de los países de la región no se han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica de hechos violentos. Sin embargo, resultados de investigaciones aisladas permiten apreciar el espectro y la frecuencia significativamente mayor de estas lesiones que, aunque no matan, determinan

las condiciones y la calidad de vida futura de adolescentes y jóvenes. Si se toman las principales causas de egresos hospitalarios de los hombres jóvenes mexicanos tenemos que las heridas provocadas intencionalmente están entre los motivos más importantes. En el grupo de edad de 15 a 19 años las agresiones con objeto cortante representan la cuarta causa, tendencia que se incrementa conforme aumenta la edad, ya que en los rangos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años este tipo de agresión representa la segunda causa (cuadro I).

CUADRO I. Principales causas externas de egresos hospitalarios, excluyendo defunción, en hombres. México, 2005

Causas	Egresos		
	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Exposición a factores no especificados	1155	1209	1075
Otras caídas en el mismo nivel	718	518	489
Ocupante de automovil lesionado o accidentes de transporte	659	814	581
Agresión con objeto cortante	574	825	645

Fuente: Base de datos. Secretaría de Salud, 2005

Las prácticas de los hombres jóvenes relacionadas con las lesiones y fracturas intencionadas nos permiten advertir que este sector de la población está visiblemente más expuesto a situaciones violentas externas en los espacios públicos. Esto coincide con estudios a gran escala que indican que los hombres jóvenes son el sector de la población más expuesta a la violencia callejera tanto como autores o como víctimas, con consecuencias y secuelas importantes para su salud (OPS 2003).

Para muchos hombres jóvenes las secuelas que dejan las lesiones menores sufridas por un evento violento pueden significar triunfos y motivos de orgullo por haber salido librados de ello; estas marcas en el cuerpo se resignifican como auténticos trofeos y evidencias de

batallas pasadas. La masculinidad estereotipada se convierte en un factor de riesgo para la salud porque ofrece coordenadas de lo que deben hacer los jóvenes para obtener el estatus social de un "hombre de verdad", lo que en nuestra cultura está asociado a prácticas de riesgo, agresión contra otros, y al descuido y poca atención al cuidado del cuerpo. Podemos afirmar que una vida ligada a la masculinidad estereotipada hace más proclive a un hombre joven a desarrollar conductas violentas.

Respecto a las mujeres jóvenes, los datos sobre las causas de egreso hospitalario están relacionadas principalmente con la salud reproductiva. Cabe destacar que el "aborto no especificado", en tres sectores de edad

registrados (15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años), se ubica dentro de las tres principales causas (cuadro II), pero no se ofrecen datos de,

ejemplo, los motivos por los cuales las mujeres abortan y hasta qué punto ello podría estar relacionado con la violencia.

CUADRO II. Principales causas de egreso hospitalario, en mujeres. México, 2005

Causas	Egresos		Causas	Egresos
	15 a 19 años	20 a 24 años		
Parto único espontáneo	114 448	139 270	Parto único espontáneo	91 001
Aborto no especificado	15 124	19 648	Parto único por cesárea	15 067
Parto único por cesárea	14 431	19 823	Aborto no especificado	14 056
Atención materna por desproporción conocida o presunta	9 261	10 546	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	8 158
Falso trabajo de parto	7 948	9 259	Atención materna por desproporción conocida o presunta	6 811

Fuente: Base de datos. Secretaría de Salud, 2005

Sin embargo, la bibliografía especializada permite advertir la existencia de un vínculo entre violencia y diferentes problemas de salud, y de salud reproductiva. Si bien no vamos a profundizar sobre el "aborto no especificado", ni tampoco sobre la violencia contra las mujeres –este tema se analiza en otro capítulo–, sí queremos destacar algunos aspectos. En los hospitales, diferentes padecimientos clínicos no se registran vinculados a eventos violentos, pero pueden estar relacionados directamente con éstos. Al analizar la investigación de Henry Espinoza y colaboradores (Espinoza 2003) la violencia es una de las principales causas por las cuales las mujeres enferman alrededor de sus embarazos.

Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves. Investigaciones en Noruega revelaron que el

dolor pélvico crónico está asociado significativamente a una historia de violencia en el hogar. Un estudio en EUA determinó que haber sido víctima de maltrato en la niñez o de actos violentos duplicaba la probabilidad de que una mujer padezca de problemas menstruales graves, infecciones de transmisión sexual o de infección de las vías urinarias; la violencia en el hogar triplicaba su probabilidad. Otras investigaciones en EUA han indicado que las pacientes que sufren del síndrome de intestino irritable, comparadas con las que tienen la enfermedad inflamatoria del intestino, de menor gravedad, tenían mayor probabilidad de haber padecido alguna forma de victimización sexual. Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber, en parte, a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se le ha responsabilizado del auto-descuido y de una mayor proclividad a tomar riesgos (OMS/OPS 2003).

En el contexto de la violencia no tan nítidamente identificable que caracteriza a la violencia en la pareja juvenil –que se explicará en el siguiente apartado–, podemos advertir que varios de los síntomas mencionados pueden presentarse en una gran cantidad de mujeres jóvenes mexicanas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (INEGI 2003) más de la mitad de las mujeres jóvenes que viven en pareja en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses: 56% en edad de 15 a 19 años, 51% en el rango de 20 a

24, y 53% en la edad de 25 a 29 años. Además, en una encuesta realizada en México con mujeres jóvenes se encontró que 50% viven situaciones de violencia en sus noviazgos.³

Referente a la muerte de la población joven, dentro de las principales causas de muerte de los hombres, las agresiones (homicidio) ocupan los primeros lugares: en la edad de 10 a 14 años es la tercera causa de muerte, y va en aumento conforme la edad. En la etapa de 15 a 19 años representa la segunda causa de muerte. Pero en el segmento de 25 a 29 años este tipo de agresión es la principal causa de defunciones en los hombres jóvenes (cuadro III).

CUADRO III. Principales causas de egreso hospitalario, en hombres. México, 2005

Rango 10 a 14 años de edad			Rango 15 a 19 años de edad		
Descripción	Defunciones	%	Descripción	Defunciones	%
Total	2 145	100	Total	5 142	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	215	10.0	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	943	18.3
Leucemia	155	7.2	Agresiones (homicidios)	677	13.2
Agresiones (homicidios)	117	5.5	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	376	7.3
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	116	5.4	Ahogamiento y sumersión accidentales	272	5.3
Ahogamiento y sumersión accidentales	114	5.3	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	263	5.1

Rango 20 a 24 años de edad			Rango 25 a 29 años de edad		
Descripción	Defunciones	%	Descripción	Defunciones	%
Total	7 147	100	Total	7 943	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1 328	18.6	Agresiones (homicidios)	1 253	15.8
Agresiones (homicidios)	1 162	16.3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1 144	14.4
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	568	7.9	VIH/SIDA	563	7.1
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	311	4.4	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	517	6.5
VIH/SIDA	272	3.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	350	4.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/ Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2005. Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la población en México, 200-2050

³ Encuesta "Amor... es sin violencia". Instituto de las Mujeres DF. 2005

Para las mujeres también las agresiones están dentro de las principales causas de muerte, pero es importante resaltar que en números absolutos las defunciones por esta causa son significativamente menores que las de los

hombres. Por ejemplo, en las edades comprendidas entre 20 a 24 años las muertes por agresiones en las mujeres suman 151, mientras que para los hombres en ese mismo grupo de edad suman 1 162 (cuadros III y IV).

CUADRO IV. Principales causas de muerte, en mujeres. México, 2005

Rango 10 a 14 años de edad			Rango 15 a 19 años de edad		
Descripción	Defunciones	%	Descripción	Defunciones	%
Total	1 499	100	Total	2 355	100
Leucemia	142	9.5	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	282	12.0
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	117	7.8	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	160	6.8
Agresiones (homicidios)	65	4.3	Agresiones (homicidios)	136	5.8
Nefritis y nefrosis	62	4.1	Leucemia	119	5.1
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	58	3.9	Nefritis y nefrosis	118	5.0

Rango 20 a 24 años de edad			Rango 25 a 29 años de edad		
Descripción	Defunciones	%	Descripción	Defunciones	%
Total	2 676	100	Total	2 965	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	248	9.3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	243	8.2
Agresiones (homicidios)	151	5.6	VIH/SIDA	140	4.7
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	112	4.2	Agresiones (homicidios)	129	4.4
Leucemia	109	4.1	Diabetes mellitus	117	3.9
Nefritis y nefrosis	107	4.0	Nefritis y nefrosis	111	3.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2005. Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la población en México, 200-2050

Cabe destacar que los porcentajes de muertes violentas respecto al total de defunciones en los hombres jóvenes son muy altos. El máximo porcentaje lo concentra el rango de 20 a 24 años de edad, con un total de 67.2. En el caso de las mujeres jóvenes los porcentajes oscilan en el 30, encontrando su máximo en el intervalo de edad de 15 a 19 años, con un porcentaje de 37.7.20

En los adolescentes y jóvenes se presentan las mayores diferencias de la mortalidad

entre hombres y mujeres, tanto por las principales causas de muerte, como por el número de defunciones. Por ejemplo, en 2004, por cada muerte de mujeres de 15 a 24 años de edad, ocurrieron 2.4 decesos de hombres del mismo grupo de edad (CONAPO 2006).

Si estos datos los analizamos a la luz de las investigaciones podemos afirmar, por una parte, que los hombres jóvenes son el sector de la población que muere más por motivos de violencia, siendo actores y víc

timas. Por otra parte, las defunciones por agresiones de los hombres están presentes, principalmente, en los espacios públicos, mientras que las muertes en las mujeres se centrarían principalmente en los espacios privados.

TERCER ESCENARIO: VIOLENCIA PRESENTE EN LA PAREJA JUVENIL, EMBARAZO ADOLESCENTE Y BANDAS JUVENILES

Violencia en la pareja juvenil

Existen dos características que diferencian la violencia en el noviazgo de las parejas jóvenes de la violencia doméstica adulta. Por una parte, las prácticas violentas que se producen en estos espacios son "sutiles" y no están investidas de la contundencia con la que algunas prácticas violentas suelen presentarse en los espacios domésticos. Por otra parte, se caracteriza porque se evidencian la influencia y el peso del grupo social en mujeres y hombres jóvenes.

La violencia en la pareja juvenil se caracteriza porque, si bien hay casos de extrema violencia, como ocurre en otros tipos de violencia, se basa fundamentalmente en el desarrollo de "prácticas tenues", aquellas que no necesariamente se catalogan como agresiones físicas evidentes, sino que son prácticas de agresión física no severas y de agresión psicológica, que no son fácilmente detectables incluso por quienes participan en ellas. Esta "sutileza" permite que la violencia en la pareja juvenil no se haya considerado aún como un problema serio para la salud en esta etapa de la vida, no obstante sí lo es.

De hecho, en varias investigaciones la violencia en el noviazgo tiende a ser analizada como un reflejo de lo que se exhibe en las relaciones adultas abusivas. En un estudio realizado con jóvenes por el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en 2004 se encontró que las mujeres y hombres jóvenes no identifican de forma clara que las formas como se desarrollaban sus noviazgos eran violentas, con consecuencias tales como violaciones recurrentes, infecciones de transmisión sexual,

displacer, baja autoestima, deserción y escaso rendimiento escolar, trastornos alimenticios, inestabilidad emocional, embarazos precoces, utilización de sustancias adictivas y suicidios. Cabe señalar que un aspecto importante que influye para que la violencia en el noviazgo no esté catalogada como grave, es que este tipo de violencia no se acompaña del dramatismo y espectacularidad mediática que la agresión física suele tener cuando ocurre en espacios familiares. En el noviazgo existe también la violencia cruzada (agresión mutua de los sexos). Estudios con estudiantes norteamericanos afirman que entre 20 y 50 % de los hombres y de las mujeres relataron que ya habían tenido algún tipo de agresión física durante el noviazgo (Promundo Institute 2001). No obstante, diferentes investigadores están prestando atención a la violencia de los hombres jóvenes contra sus parejas por las consecuencias más serias para la mujer. En México, en comunidades rurales y urbanas estudiadas, es frecuente que en relaciones de noviazgo se presente la violencia como una forma de control hacia la mujer que suele ir acompañada de rabia, celos y prácticas de los hombres derivadas de los roles sexuales estereotipados (Rodríguez 2002, Gutmann 2000).

También en nuestro país, en la Encuesta "Amor... es sin violencia" (GDF 2005) se encontró que 5 de cada 10 mujeres jóvenes mencionaron que viven situaciones de violencia en sus noviazgos. En este mismo estudio se encontró que 30% de las encuestadas cuando tienen conflictos con su pareja "se quedan

en silencio" por temor a hacer un comentario o reclamo que moleste o enoje a su compañero." El 16% expresó que cuando hay conflictos en la relación se presentan gritos o insultos, golpean algún objeto o a ellas. El 15% de las encuestadas expresó que en su relación actual "les han tocado alguna parte del cuerpo sin su consentimiento," "las han presionado para tener relaciones sexuales" o "las besan sin su consentimiento." La mitad de los hombres jóvenes entrevistados celan a sus parejas y esto provoca discusiones constantes que, en la mayoría de los casos, terminan en violencia.

Las características más importantes de la violencia en el noviazgo son los pellizcos, pequeños golpes, cachetadas suaves, empujones, descalificaciones, prohibiciones de salir con amigas y amigos, manipulaciones que tienen como común un control sutil, pero efectivo de la movilidad y deseos de la pareja.

Respecto a la influencia del grupo social para los hombres jóvenes en el contexto del noviazgo, se tiene que tener presente que, en especial, desde el inicio de la adolescencia, la vida grupal es fundamental para la consolidación de la identidad. Para Kaufman (Kaufman 1989), la adolescencia es la etapa donde están en proceso de afianzarse los bastiones de la identidad en las personas. En ninguna otra etapa de la vida el grupo es tan importante para los hombres jóvenes, ya que es el espacio público de igualación, comparación, contraste, rechazo y aceptación. El grupo social es un fuerte referente de socialización de los mandatos de género, tanto de lo que deben hacer los hombres jóvenes para ser aceptados como parte del grupo, como lo que deberían hacer las jóvenes en relación con ellos.

Los diferentes comportamientos que tienen los hombres jóvenes respecto a lo que espera el grupo social son "actuaciones" del joven de los mandatos que ha introyectado de su grupo social. En este sentido, estas prácticas son una "performance" (actuacio-

nes), porque se actúa una normativa de género masculino que los hombres jóvenes han apropiado y la han hecho suya como orientadora de acciones interactivas y en escenarios imaginados de relación, que son referencia tanto para las relaciones que establecen entre ellos mismos, como para las que se desarrollan con las mujeres jóvenes. En el tema de género, los hombres jóvenes actúan guiados por la mirada introyectada del grupo. Si en el grupo se maneja una normativa masculina estereotipada donde están claramente delimitadas las fronteras entre los comportamientos de mujeres y hombres, ello influirá como fuente de conflicto y, en varias ocasiones, de violencia con las mujeres jóvenes, y entre los propios hombres a través de burlas y evaluaciones por no cumplir con los mandatos masculinos. Esta relación del grupo social y las prácticas de los hombres muestran una enorme dependencia del joven a la norma masculina del grupo, situación que es paradójica, ya que la independencia es una característica que comúnmente se adjudica a los hombres como parte de su supuesta "naturaleza". Lo cierto es que en esta etapa los hombres jóvenes son especialmente susceptibles a que les afecte el no cumplimiento de las normas que circulan en su grupo, lo que puede ocasionar serias dudas en el joven respecto a la percepción que tenga de sí mismo.

Por su parte, las mujeres y hombres jóvenes establecen relaciones en las que no es sencillo diferenciar los comportamientos agresivos de los que no lo son. La influencia de la percepción del grupo de referencia de las jóvenes también puede ser muy significativa. Por ejemplo, la opinión del grupo de amigas de no dejar una relación puede ser importante, sobretodo, cuando el novio es un chico encantador y popular frente a este grupo de referencia de la chica. Probablemente para ella pueda resultarle más difícil reconocer que está siendo violentada por alguien que frente a otros es lindo y carismático.

Además, hay que tomar en cuenta que por la naturaleza del ciclo de la violencia puede resultar difícil para la mujer joven tomar una decisión toda vez que el joven se muestra arrepentido, pide disculpas y parece que todo vuelve a su cause. Pero el ciclo de la violencia es, como su nombre lo indica, cíclico, y nos permite comprender cómo es que el arrepentimiento de los hombres que han violentado a una mujer suele ser el preámbulo de un nuevo evento violento. Esta característica puede no ser fácilmente identificable para las mujeres jóvenes, sobretodo, si su grupo acepta a su novio y alienta continuar la relación, sin importar cómo la chica la está viviendo en lo cotidiano.

A la manera de Kaufman (Kaufman 1989), es importante no olvidar que la gran mayoría de hombres jóvenes no son violentos. No obstante, la violencia que se produce en el noviazgo está llamando poderosamente la atención, y puede convertirse en un área estratégica de investigación/acción para prevenir la violencia en estos grupos de edad, y también para anticipar y prevenir futuros escenarios violentos en etapas adultas.

Un aspecto al que no se le ha prestado la suficiente atención es la violencia juvenil que se produce en el marco del embarazo adolescente. Las razones por las que está oculto este tipo de agresiones tienen elementos comunes como los que hemos mencionado en la pareja joven pero, además, presenta características especiales que vamos a describir a continuación.

Violencia y embarazo adolescente

La violencia en el embarazo adolescente es un tema poco investigado y documentado, y no hay muestras claras de que tenga repercusión en la elaboración de políticas públicas de salud. Basado en un análisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, Stewart define que un factor de riesgo para las mujeres durante la gestación es ser joven,

ya que las hace más susceptibles a ser golpeadas (OMS/OPS 1998).

La bibliografía especializada muestra una correlación entre el embarazo de las adolescentes y la violencia que se produce en el noviazgo. Si bien los estudios no son concluyentes acerca de que la violencia en el noviazgo aumenta los índices de embarazo en las adolescentes, debemos tomar en cuenta que una mujer que vive violencia en su noviazgo tiene menos posibilidades de negociar y utilizar algún método anticonceptivo con su novio, por ello es probable que un acto violento como relaciones sexuales forzadas terminen en un embarazo.

En México, al igual que en países como Bangladesh y Sudáfrica, esta dificultad para negociar es especialmente importante de tomar en cuenta, ya que la aceptación del compañero es la variable individual de mayor fuerza para el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres (Heise 2000). En EUA 26% de las adolescentes embarazadas reportaron ser víctimas de abuso físico por parte de sus novios, y 50% de las que reportaron el abuso manifestaron que las golpizas comenzaron o se intensificaron al saber que estaban embarazadas.

En una investigación realizada en colonias populares de Saltillo, Coahuila, se mostró que para las jóvenes estudiadas la experiencia de la juventud se vincula, entre otros factores, a situaciones de violencia de la pareja. Además, las relaciones sexuales y el embarazo fuera del matrimonio no eran esperados, pero lo aceptaban como un "adelanto" de lo que iba a suceder en sus vidas (Mayén- Hernández 2004). Los efectos del maltrato en el embarazo son tanto físicos como emocionales. La mujer desarrolla un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento (Mayén-Hernández 2004). En este sentido Webster afirma que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas (OMS/

OPS 1998). Si a esto le agregamos que la estigmatización de las relaciones sexuales en el noviazgo sigue siendo un problema con el que deben sortear las jóvenes respecto a los valores locales restrictivos de los lugares donde viven, entonces se visualiza un escenario muy desfavorable para las jóvenes embarazadas: pocas o nulas redes sociales de apoyo y protección, sentimientos de culpa por relaciones sexuales fuera del matrimonio que las hace más susceptibles a tomar decisiones no acertadas sobre su vida de pareja, y a aceptar condiciones asimétricas con tal de evitar la presión y el estigma social.

Estas circunstancias hacen más probable que ellas permanezcan en una relación abusiva, lo que nos puede indicar que es probable que antes, durante y después del embarazo sean frecuentes los eventos violentos. Por otra parte, cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en donde el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, como en México, las mujeres pueden recurrir a abortos legales, a veces con consecuencias mortales (OMS/OPS 1998).

También el embarazo puede iniciar o intensificar la violencia contra las jóvenes, especialmente si el compañero está desempleado o ve al niño como un rival que le quitará el tiempo y la atención de la mujer (Gender & Diversities Institute 2003). Esta realidad nos confirma y amplía la tesis planteada anteriormente en el sentido de que un hombre con una vida ligada a una masculinidad estereotipada y rígida es un factor de riesgo para la salud, que se amplía a la de la mujer, toda vez que modelos de estilos de vida tajantemente diferenciados no permiten reconocer cómo la otra persona está viviendo y sintiendo una realidad como el embarazo en la cual ambos están involucrados.

Violencia y bandas juveniles

La relación "natural" que con frecuencia se

hace de juventud y violencia ha sido una asociación simplista de la complejidad de la violencia, sus causas y su relación con grupos poblacionales como la juventud. El fenómeno de las bandas juveniles debemos observarlo como uno de los efectos del crecimiento de las urbes de países en desarrollo que muestran los retos entorno a la marginalidad y a las escasas salidas para el empleo y desarrollo para la juventud. Es decir, estas agrupaciones juveniles están ligada a los efectos de la violencia estructural, dentro de la cual se les confiere un "lugar" social en desventaja, no obstante esta violencia estructural no determina de forma definitiva los caminos ni las transformaciones de estas agrupaciones. Los jóvenes, sobretodo pobres, son los que integran estos grupos donde se generan estilos de vida y donde los jóvenes crean y recrean modos específicos de percepción de su entorno.

Berthier (Berthier 2002) afirma que cuando se habla de bandas en México se hace referencia a jóvenes de sectores populares quienes, principalmente durante la década de los ochenta y de los noventa, del siglo XX, se autonombraron como tales, con el fin de buscar una forma propia de identidad.⁴ En este sentido, diferentes expertos coinciden en que la violencia de algunas bandas juveniles debemos analizarla desde una reacción grupal en la búsqueda de identidad en un medio que los ha excluido.

Las bandas permiten a los jóvenes contrarrestar un medio social hostil al agruparse y

⁴ Este autor sugiere que en la actualidad es más acertado hablar de "agrupación juvenil" o "tribus", ya que las bandas como fenómeno social tienen un contexto que se delimita principalmente en las décadas de los 80 y 90. No obstante, hemos dejado el término porque consideramos, por una parte, que agrupaciones juveniles siguen autodesignándose así y, por otra, por que la "banda" continúa siendo una referencia en el imaginario social como la "base" de formas de organización juvenil "punketas", "pandilleros", "darketos", etcétera. En este sentido, también problematiza y resignifica la "base" pone en tensión las ideas que se tienen de los jóvenes y sus múltiples formas de organizarse.

conformar un espacio de pertenencia y aceptación. Desafortunadamente, la banda es visible o nombrable socialmente cuando transgrede una norma social, y de inmediato se la cataloga como “violenta”, pero difícilmente se hace una separación de conceptos, transgredir no es sinónimo de violencia y, además, que socialmente no se tiene presente las causas estructurales que promueven la conformación de las bandas. Al desestimar el análisis crítico de este fenómeno social, el Estado opta por “mayor seguridad” frente a lo que se cataloga como peligroso; la “solución” policial resulta la vía lógica para un razonamiento lineal. ¿Quién ahora, por ejemplo, tiene presente lo que significó, sobretodo en las décadas de los 80 y 90, la organización juvenil llamada Consejo Popular Juvenil de Santa Fe, en el DF, la que agrupó diferentes bandas de la zona que se organizaron para ofrecer salidas de capacitación para el trabajo, entre otras acciones, a través de múltiples talleres de formación y capacitación; donde, además, se impartían talleres de sensibilización para el cuidado de la salud, entre muchas otras actividades como las artísticas? ¿Por qué no se difundió con esa fuerza mediática esta experiencia exitosa de estos jóvenes “violentos”, para dar cuenta de cómo los jóvenes se organizan entorno a prioridades de capacitación, empleo, salud y arte, con una visión crítica de su condición de jóvenes excluidos de las oportunidades formales de desarrollo?

En la lógica social de no visualizar estrategias positivas de grupos estigmatizados socialmente se pierden de vista muchos otros aspectos de aprendizaje de lo juvenil. Por ejemplo, en los últimos años ha llamado poderosamente la atención a los expertos el fenómeno denominado “Resiliencia”, que se refiere a cómo personas en medios desfavorables no se involucran en actos delictivos o en adicciones. Es decir, son las estrategias positivas que los jóvenes desarrollan para superar adversidades a pesar de que su en-

torno es desfavorable. La resiliencia es sacar a la luz y analizar los mecanismos personales y grupales a través de los cuales se hace frente positivamente a un medio hostil. En el terreno de la salud, por ejemplo en la prevención de la infecciones de transmisión sexual (ITS), para algunos jóvenes es central la protección, ya que lo ligan a que un embarazo o una ITS como el SIDA los dejaría fuera de cualquier oportunidad de “seguir adelante” en un medio que no les ofrece ninguna salida, y de conseguir un mejor trabajo. La prevención, en este caso, es posible porque está ligada fuertemente a la necesidad de cumplir un objetivo, de contar con un empleo y de evitar a toda costa situaciones que los alejarían de esta remota, pero posible alternativa.⁵

Un aspecto poco visualizado de las bandas es la participación de las mujeres jóvenes. Arteaga (Arteaga 2001) afirma que hasta 25% de los integrantes de las bandas está conformado por mujeres, y su papel suele ser marginal, pasivo y secundario; situación que reproduce los papeles tradicionales desiguales entre mujeres y hombres en la sociedad. No obstante, para muchas jóvenes la entrada a la banda significa tener un grado de conciencia de esta división desigual entre sexos, en particular muchas de ellas critican la idea tradicional de las mujeres, ya que sus actividades de chavas banda rompen con actividades tradicionales asignadas a ellas. Para Arteaga (Arteaga 2001) la participación de las jóvenes, sobretodo en las bandas Punk, se debe a la búsqueda del acceso al mundo “externo”, el que para la gran mayoría de ellas resulta inaccesible y prohibido.

Otra característica importante de resaltar de las bandas juveniles, y que con frecuen-

⁵ Esta experiencia fue explorada y evaluada por coordinadores del programa “Gente Joven”, de Mexfam, en diferentes agrupaciones juveniles de la zona de Santa Fé en el DF, en el año 1999.

cia es alentado por sectores de la sociedad, se refiere a la violencia institucional de la que son objeto, sobre todo a través de las agrupaciones policiales. No es frecuente que se mencione que los integrantes de las bandas juveniles son objeto de extorsiones por parte de algunos policías, quienes condicionan a los jóvenes a entregarles dinero para que no sean agredidos. El Estado ha cristalizado a través de estos procedimientos una violencia institucional y una forma específica de control. Todo nos indica que el ser joven y estar en grupo dispara los estereotipos institucionales que se tienen de los jóvenes, lo que es

suficiente razón para que la policía esté alerta y con opción para reprimir. En diferentes estudios se encontró que la policía figuraba entre los principales perpetradores de violencia contra los jóvenes (OPS 2003).

Es necesario problematizar las concepciones estereotipadas acerca de la juventud y, en especial, aquellas que la asocian a la violencia, así como identificar cómo sectores amplios de la juventud, sobre todo los pobres, son objeto de violencia estructural que marca los márgenes de desarrollo, movilidad, agrupación, acceso cultural y cuidado de la salud para este sector de la población.

AUTONOMÍA Y LAS POSIBILIDADES PARA ESCENARIOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN JOVEN

Un sujeto autónomo es un reto para la violencia y sus diferentes niveles de expresión. En la población joven esta afirmación es especialmente importante, ya que es el sector que concentra prácticamente todas las expresiones de violencia.

Los procesos a través de los cuales las personas logran autonomía permite advertir las vicisitudes que se presentan para la movilidad, acceso a los recursos y posibilidades de desarrollo. Estos procesos de autonomización son movimientos de acomodo y dislocación que se dan de forma simultánea, ya que, por una parte, la autonomía se refiere a los mecanismos de “amoldamiento” que permiten conocer cómo el sujeto se adapta y amolda a su contexto –lo que nos indica que hay condiciones y realidades sociales que sujetan a las personas– y, por otra parte, muestra la cualidad que tienen los individuos para retar, fisurar y trastocar ese contexto. Por esta razón la autonomía no es un lugar o un estado a donde llegue el sujeto, sino un proceso que tensiona la libertad del sujeto en su contexto interactivo.

En los diferentes escenarios de la salud

tratados a lo largo de este capítulo, podemos advertir que la autonomía de la población joven está en permanente tensión con realidades estructurales, socioculturales, de género, de acceso y control de recursos, etcétera que la delimitan y que, en algunos casos, la violencia es protagonista y marca la pauta interactiva. No obstante, en otros casos, la violencia se trastoca, lo que nos permite advertir que también existen procesos alternativos en curso, como es el caso de muchos jóvenes que no son violentos en contextos violentos y en condiciones de fuerte desventaja social.

La autonomía, vista desde las posibilidades de mejorar la salud de mujeres y hombres jóvenes, se convierte en un eje de análisis que concibe a la salud como un proceso donde la población joven puede mantener y reforzar aspectos que le perjudican; pero también un espacio donde se replantean y modifican favorablemente la salud y el autocuidado a partir de reestructurar sus relaciones en diferentes niveles: con sus iguales jóvenes, con sus relaciones interpersonales como la pareja, con instituciones como la familia, la escuela y el trabajo, y con el acceso y control de recursos.

RECOMENDACIONES

En el ámbito internacional existen varias estrategias que se ha comprobado tienen repercusión para disminuir la violencia en la población joven. Entre ellas se encuentran:

- El aumento de la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) tiende a estar relacionado con una baja en el nivel de violencia.
- Un sistema de justicia efectivo, donde la sociedad hace cumplir la ley, actúa como factor disuasivo contra la violencia. En este sentido, el ejercicio de un buen gobierno tiene efectos positivos para la prevención.
- Desarrollar socialmente formas no violentas para resolver los conflictos repercute positivamente en la prevención.

En las edades de 15 a 19 años es efectivo el desarrollo de programas de desarrollo social; incentivar a los jóvenes para que completen la escuela secundaria y el bachillerato; actividades extracurriculares; capacitar a los prestadores de servicios de salud para que identifiquen a los jóvenes en alto riesgo de violencia, con el fin de canalizarlos a los servicios pertinentes; reducción de la disposición del alcohol; disminución de la exhibición de la violencia en los medios; prohibir el tráfico de armas de fuego a los jóvenes, en especial desactivando las bandas organizadas que operan en el mercado negro, y mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros.

En las edades de 20 a 29 años son efectivos los incentivos para continuar su formación educativa a nivel superior; orientación vocacional; programas para fortalecer los vínculos familiares y laborales; programas recreativos; reducción de la disponibilidad del alcohol; reducción en la desigualdad de ingresos; programas de creación de empleos para los desempleados crónicos; control sobre las armas de fuego y desactivar el mercado negro,

y mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros.

Por otra parte, una tarea importante en cada región o país es identificar localmente los componentes que están involucrados en la "resiliencia" que muchos jóvenes desarrollan como estrategias para contrarrestar positivamente sus contextos desfavorables. En este sentido, es conveniente prestar atención a aspectos tales como: identificar lo que sustenta las formas diversas como la población joven resuelve problemas de la vida diaria (aunque no estén relacionados directamente con violencia); elementos que trastocan los modelos estereotipados de ser "hombre" o "mujer" que socialmente son aceptados e incorporados como patrones de conducta; identificar formas asertivas de hacer frente a dudas y temores personales; aspectos familiares, sociales y escolares que favorecen reconocer que el respeto de sí mismo está interrelacionado con el respeto hacia el otro; a partir de qué mecanismos se modifica la percepción del cuerpo y del autocuidado como elemento central de la relación con sí mismo; qué sustenta las formas lúdicas de relación –en el sentido de formas movibles, variables– que desarrollan algunas mujeres y hombres jóvenes frente a formas rígidas y estereotipadas. Asimismo, identificar aspectos que favorecen que la población joven establezca una distancia entre lo que espera su grupo de referencia y lo que cada joven espera de sí, y precisar aquellos elementos que permiten que mujeres y hombres jóvenes se asuman como sujetos de derecho para establecer una relación crítica frente al Estado, su entorno interpersonal, social, político y comunitario.

Como podemos observar, todo lo anterior está vinculado a procesos que favorecen la autonomía de las personas.

Finalmente, es importante implementar programas que profundicen el análisis de las relaciones de género en el ámbito local y el desarrollo de estrategias efectivas que orienten hacia nivelar las asimetrías; dotar de cuotas de participación para los jóvenes en los espacios

donde se toman decisiones sobre las políticas que directamente les afectan, e incorporar capacitación a los restadores de servicios de salud para ofrecer unos más amigables y acordes con la edad en la que se encuentra la población joven.

REFERENCIAS

- Arteaga C. Identidades y relaciones de género de chavos banda en la Ciudad de México. Un estudio de caso exploratorio en la delegación de Tlalpan. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas. CLACSO; 2001.
- Berthier H. De las bandas a las tribus urbanas. De la trasgresión a la nueva identidad social. Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social. Desacatos, primavera-verano 2002; (009): 57-71.
- Cantoral G, Méndez M, Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. Línea de género y salud reproductiva. Población y Salud. México, DF: ECOSUR; 2002.
- Conferencia Económica para América Latina. La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. XII Conferencia iberoamericana de ministros de juventud. Guadalajara, México, 4 y 5 de noviembre de 2004.
- Consejo Nacional de Población. Estimaciones con base en el Estudio Binacional México-EU sobre Migración, Comisión Reform. USA y SER. México, DF: CONAPO; 2004.
- Consejo Nacional de Población. Comunicado de prensa 34 / 06. Viernes 11 de agosto de 2006. México, DF: CONAPO; 2006.
- Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walker D, Reynoso S, Langer A. Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 193-204.
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. Programa Gente joven. México, DF: Mexfam; 2002.
- Gender & Diversities Institute. Violencia en adolescentes. Florida, USA: Gender & Diversities Institute; 2003.
- Gobierno del Distrito Federal. Encuesta "Amor... es sin violencia". México, DF: Instituto de las Mujeres; 2005. Gobierno del Distrito Federal.
- Gutmann M. Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón. México, DF: Ed. El Colegio de México; 2000.
- Heise L. La carga oculta de salud. Consecuencias de la violencia de género para la salud. Síntesis de los trabajos realizados por IESE; 2000. Disponible en: <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/violencia.html>
- Hijar-Medina M, López-López MV, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Publica Mex 1997; 39(6): 565-572.
- Hijar-Medina M et al. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Publica Mex 2003; 45(4):252-258.
- Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ-2000). México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2000.
- Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2005 (ENJ-2005). Resultados preliminares. México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2005.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2003.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones 2005.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de mortalidad 2005.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos de la muestra censal.
- Kaufman M. Hombres, placer, poder y cambio. República Dominicana: Ed. CIPAF; 1989.
- Mayén-Hernández B. Un acercamiento al embarazo en la adolescencia: de la visión médica a los estudios de género. México, DF: Afluentes; 2004.
- Negrete-Prieto R. Notas. Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. Revista de información y análisis. Num 15 julio-septiembre. México, DF: INEGI; 2001.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México. Estrategia de cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009. México, DF: ACNUR; 2003.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. Cuernavaca, México:Instituto Nacional de Salud Pública;
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. USA: OMS/OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con el país. México, DF: OPS/OMS; 2005.

Promundo Institute. De la violencia a la convivencia. Serie: Trabajando con hombres jóvenes. Brasil: Ed. Organización Panamericana de la Salud OPS, & IPPF; 2001.

Reguillo R. Jóvenes y esfera pública. En: Jóvenes mexicanos del siglo XXI. México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2002.

Rodríguez G, De Keijzer B. La noche se hizo para los hombres. México, DF: Ed. EDAMEX y Population Council; 2002.

Santos-Preciado JI et al. The epidemiologic transition among adolescents in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003; 45(suppl.1): S140-S152.

Secretaría de Salud. Boletín de práctica médica efectiva. Sección: factores poblacionales de riesgo para las ITS. Abril, 2006. México, DF: SSA. INSP.

Thornton TN, Craft CA et al. Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action. EUA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002.

Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(3).

