

315011



UNIVERSIDAD SALESIANA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

"DETECCION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN TORNO
A DERECHOS HUMANOS, EDUCACION, SALUD Y EMPLEO
EN MUJERES, CUYAS EDADES FLUCTUAN ENTRE 12 Y 60
AÑOS DE EDAD EN LA DEMARCAION TERRITORIAL DE
AZCAPOTZALCO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

IVONNEE MARIA ALEJANDRA MENDEZ CASTAÑOS

DIRECTOR DE TESIS: LIC. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA

MEXICO, D. F.

2005

m 346962



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Juanne María
Alejandra Méndez Castañeda

FECHA: 18-Agosto-2005

FIRMA: Juanne María

AGRADECIMIENTOS

A lo más Bello y Majestuoso que puede existir; por su Vida misma, Amor, Enseñanza y por su Excelsa presencia en cada instante de mi Vida. ¡GRACIAS MI SEÑOR JESÚS!

Mamá: Porque has luchado y te has entregado como sólo tú lo puedes hacer. No tengo medio alguno para agradecerte todo lo que has hecho por mí, pero sobretodo por olvidarte de tu Ser para dedicarte por completo al mío. ¡Gracias! porque siempre has estado dispuesta a escucharme, has tenido los brazos abiertos. ¡Gracias! por enseñarme con tu ejemplo que la dignidad es lo más valioso que podemos tener. Me has enseñado que el amor, el trabajo y el conocimiento, deben ser parte de mi existencia y decisión.
TE QUIERO MUCHO

A mis **hermanos Rebe y Chuy:** quienes han sido la Bendición más Grande y Hermosa que me ha dado Dios, porque son lo que más amo, porque con ellos he compartido lo mejor y lo peor hasta ahora, y lo mejor de todo porque son ellos.

Rebe: ¡Gracias! por tu apoyo desmedido en todos los momentos buenos y malos, por tus palabras que me han guiado y me han hecho pensar, por tu protección desde pequeña, evitando a toda costa que algo me pase, porque has reído y llorado conmigo, porque me enseñaste a escribir Rebeca y no Redeca como lo hacia ¿te acuerdas?, porque eres el cómplice más bello y sincero que tengo, por compartir tu vida conmigo. Sólo me resta decirte que ¡sin tí! mi vida sería otra y que me va a faltar mucho tiempo para terminar de demostrarte lo mucho que te Quiero, lo importante que eres y lo que significa en mi vida la palabra: **REBECA.**

Chuy: Gracias por tu apoyo incondicional, por tu valiosa protección, porque tu sola presencia me da tranquilidad y seguridad, porque siempre te haces presente y porque con tus ocurrencias me haces sentir tu amor. Desde siempre te he admirado mucho por lo que eres y lo que implicas, por la forma en la afrontas los problemas, por ese coraje que te caracteriza ante la vida y ante las situaciones adversas, porque nunca te rindes, porque siempre tienes una sonrisa en tu carita. Gracias porque siempre me has impulsado a salir adelante con tu ejemplo y tus sabias palabras, ya que, **“TODO ES CUESTIÓN DE ACTITUD”.**

De igual forma me va a faltar tiempo para hacerte sentir que eres lo que más quiero y admiro. Te Quiero con todo mi ser.

A mi **Tío Lalo**: Tomar un papel que no te corresponde, desempeñarlo con amor y con la mejor disposición te hace ser la figura masculina más importante en mi vida. Con tu ejemplo de vida me has enseñado que el amor es tan inmenso y que un padre no es el que te procrea, sino él que: **Ama, Respeta, Corrige, Respalda, Guía y Apoya**.

¡GRACIAS! por estar conmigo toda la vida, por dividirme en tres familias, porque formo parte de tu mano, porque siempre estas ahí para levantarme y por todo lo que has hecho por mí.

A mis tías **Guicha y Lety**: Muchas gracias por su amor y por su gran sostén incondicional, porque siempre están conmigo apesar de mis desatinos y errores y porque siempre están dispuestas a escucharme. Las quiero mucho.

Ale: Conocerme ha sido maravilloso, pues hemos compartido parte de nuestra vida. Gracias por enseñarme que la vida en pareja es maravillosa y no se iguala a otra relación. A su vez, me enseñaste otra parte del amor de Dios que no conocía. **¡TE AMO!**

Familia Velásquez Aspe: Gracias por acogerme en su vida, por brindarme su amistad y cariño, por sus sabios consejos y por su valioso apoyo. Los quiero mucho.

A mis **Amigos**: en especial a **Gina, Montse, Penélope, Jessy y Emmanuel**, los cuales me han enseñado que la hermandad no está sólo en los lazos sanguíneos.

Mtra. Laura Palomino: Eres un eje fundamental en mi crecimiento profesional. ¡Gracias por tu presencia en mi vida, por tu apoyo dentro y fuera de la universidad y en la elaboración de mi Tesis! Tienes todo mi respeto, cariño y gratitud.

A mis **Profesores**: ¡Gracias! por su dedicación y apoyo, por compartir su conocimiento y experiencia conmigo.

A **Paco**: ¡Gracias! por todo lo que has hecho por mí, sobretodo por caminar conmigo y tomarme de la mano. Eres muy importante en mi Vida.

ÍNDICE

INDICE

	PAG
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: PSICOLOGÍA COMUNITARIA	7
• Antecedentes de la Psicología Comunitaria	11
• Origen y Desarrollo de la Psicología Comunitaria	21
• Aportaciones de los principales enfoques	27
• Modelos de Intervención Comunitaria	31
• Psicología de la Comunidad en México	34
• Orígenes del Desarrollo Comunitario	37
• Axiomas del Desarrollo de la Comunidad	41
• Características del Desarrollo Comunitario	45
• Conceptos en la elaboración de Programas de Desarrollo Comunitario	48
• Desarrollo de la Comunidad en México	53
CAPITULO II. EL DEVENIR FEMENINO	55
• Naturaleza vs Crianza	59
• Desarrollo Psicosexual de la Femenidad	64
• Las diferencias sexuales miradas desde lo social	87
CAPITULO III. MUJER Y SALUD MENTAL	95
• Mujeres: Heredadas de un pasado difícil	97
• Modelo imperante de la Salud Mental Femenina	108
• Histeria y Depresión: mal de mujeres	120
• La cotidianidad vuelta enfermedad	127
CAPITULO IV. METODOLOGIA	136
• Planteamiento del problema	138
• Pregunta de investigación	139
• Hipótesis de trabajo	140
• Objetivo General	140
• Objetivos Específicos	140
• Tipo de Estudio	141
• Conceptualización	141
• Procedimiento	150
❖ Fase I. Elaboración de la Encuesta de Opinión	150
❖ Fase II. Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco	154

CAPITULO V. RESULTADOS	158
• Escenario de trabajo	160
• Diagnósticos situacional de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco	179
• Encuesta de Opinión	214
CONCLUSIONES	218
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	227
BIBLIOGRAFIA	232
ANEXOS	240

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Una gran cantidad de investigaciones psicológicas, antropológicas y sociales han enfatizado consistentemente el hecho de que hombres y mujeres deben ser considerados anatómica, social y psicológicamente diferentes. Nacen diferentes, se socializan de diversas formas y por lo tanto su subjetividad queda conformada de manera divergente.

Es así como se marca la distinción más grande entre los seres humanos: la división de géneros, la cual se convertirá a su vez en la identificación más importante que posea el sujeto, ya que le proporciona el sentimiento de pertenecer a una categoría grupal. Sin embargo, desde ese momento también comenzará a gestarse una diferencia que más tarde y como consecuencia del proceso de socialización se convertirá en discriminación (Flores, 1989), ya que de esta atribución se derivarán un conjunto de estereotipos, según los cuales cada persona debe ser criada, educada y tratada de acuerdo a sus características anatómicas, es decir, que según su sexo; cada cual llegará a ser lo que por naturaleza debe ser.

No hay campo en la vida social, donde no persistan diferencias de perjuicio de las mujeres. La inequidad se presenta en la educación, en el trabajo, en el desarrollo personal, en la salud, en los derechos sexuales y reproductivos. La equidad de género no es sólo un asunto de justicia, sino un principio necesario para promover el desarrollo social y cultural.

La discriminación de las mujeres de todos los estratos sociales es un elemento primordial de la desigualdad social y económica y tiene mayor impacto en las mujeres de menores ingresos.

La pobreza, el atraso y las situaciones de los sistemas económicos y sociales de las culturas nacionales, generadas por el subdesarrollo, son los fenómenos que exigieron y condicionaron la aparición de Programas de Desarrollo de la Comunidad. (En la Declaración de Santiago citada en Kisnerman, 1984, p.26).

Esto es una realidad en México, sólo un pequeño sector de la población femenina es el que tiene acceso a los servicios de salud, educación, etc., mientras que la gran mayoría de la población padece estas carencias, originando así, toda una serie de problemas personales y sociales.

El Desarrollo Comunitario reconoce que entre mejor y mayor sea la participación de los miembros de la comunidad, mayor es el desarrollo económico, político y social (Serrano, Barba, Ahuja y Barreto, 1991), porque es esa comunidad la que puede conocer sus problemas y los recursos con los que cuenta para salir adelante. Por este motivo los programas de Desarrollo Comunitario son necesarios para el progreso de las comunidades.

El presente trabajo gira en torno a detectar los tipos de problemas que aquejan a las mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad, relacionados a los temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo,

mediante una encuesta de opinión, para así, poner en marcha un Programa de Desarrollo Comunitario.

Este estudio constituye una investigación: Exploratoria, Descriptiva, Transversal, el cual tiene entre varios propósitos: 1) enunciar las diferentes problemáticas que vivencian las mujeres en un determinado lapso de tiempo; 2) dar a conocer el Programa de la Mujer, cuyo objetivo es Coordinar acciones que fortalezcan el papel de las mujeres para que le brinden la oportunidad de mejorar su situación económica, laboral y social, así como su desarrollo personal en las diferentes facetas de su vida y 3) Abrir las bases teóricas y de indagación para posteriores estudios relacionados al tema.

En el primer capítulo se realiza un recorrido histórico del Desarrollo Comunitario para entender los tres momentos en los que se manifiesta la necesidad de crear programas para el desarrollo de los sectores de la comunidad más necesitados. A su vez, se analiza la forma en la que se ha ido construyendo el modelo imperante de la Psicología Comunitaria y cómo ha ido adquiriendo importancia gracias a sus objetivos y resultados.

El segundo capítulo analiza el Desarrollo de la Femenidad, desde diferentes perspectivas mediante la confrontación e integración de estudios llevados a cabo en las áreas biológica, psicológica, social y antropológica/social. Posteriormente se estudia el Desarrollo Psicosexual de la feminidad desde la teoría psicoanalítica y de género. A su vez, se plantean aquellos factores que

contribuyen a la formación de lo femenino, se analiza el género desde una perspectiva antropológica, exponiendo diferentes teorías e investigaciones, donde el punto de partida para estudiar a la mujer se halla en su status social inferior.

En el tercer capítulo se estudia la forma en el que se ha ido construyendo el Modelo de Salud Mental Femenina, comprendiendo a éste como el resultado de un proceso histórico, donde han intervenido intereses políticos, económicos, sociales, etc. De esta manera se presenta en principio, un breve repaso histórico donde se muestran los cambios que ha sufrido la condición femenina a través del paso de los siglos y cómo estos han construido el concepto de mujer y afectando su salud mental.

El cuarto capítulo está delimitado por el método de trabajo a seguir en este trabajo de investigación, en el cual se enuncia, la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis de trabajo, tipo de estudio, conceptualización, así como, el procedimiento realizado para este trabajo de investigación.

En el capítulo posterior, se describe el escenario de trabajo (Delegación Azcapotzalco) desde sus antecedentes hasta la actualidad, a su vez, se describen los censos estadísticos, proporcionando una estimación real de sus datos. Así mismo se relata la situación actual de la mujer en la Delegación Azcapotzalco, manifestando sus avances y limitaciones mediante la descripción

de tablas y para finalizar, se presentan los resultados de la Encuesta de Opinión por medio de datos y gráficas.

Finalmente se enuncian las conclusiones, limitaciones y sugerencias, así como la fuente de referencia completa utilizada para la realización de este trabajo de investigación y por último los anexos, en los cuales se observan los instrumentos de apoyo utilizados para la realización de esta Investigación.

“La verdadera equidad se logra ampliando las oportunidades de las mujeres en el acceso a los servicios de salud, en la igualdad de oportunidades de educación, con el respeto absoluto e irrestricto al derecho de la mujer al trabajo y con justicia en todos los ámbitos de vida, incluidos los que tienen su origen en la familia. Se trata de hacer válidos en la práctica todos los derechos de la mujer.”

CAPÍTULO I

PSICOLOGIA COMUNITARIA

El propósito de este capítulo es estudiar el Desarrollo de la Psicología Comunitaria, desde diferentes perspectivas mediante la confrontación y la integración de estudios llevados a cabo en las áreas psicológicas, sociales y antropológica/social.

De esta manera, se muestran primeramente las aportaciones que diversos autores han hecho al respecto de los conceptos: salud mental, psiquiatría comunitaria, intervención del psiquiatra comunitario, etc., para poder entender el origen y desarrollo de la psicología Comunitaria.

Se analiza la forma en la que se ha ido construyendo el modelo imperante de la Psicología Comunitaria, comprendiendo a este como el resultado de un proceso histórico, donde han intervenido intereses sociales, psicológicos y comunitarios.

De esta manera se presenta en principio, un breve recorrido histórico donde se muestran los cambios que ha sufrido esta nueva orientación de la psicología a través de los diferentes momentos sociales y cómo ha ido adquiriendo importancia gracias a sus objetivos y resultados.

No es ajeno que se asocie la Psicología Comunitaria con el movimiento de Salud Mental, puesto que algunos estudios han demostrado que existe una gran

influencia en el grado de las enfermedades mentales de la comunidad en donde habita la persona. Esto implica que la comunidad ya no es visto como algo estática al cual adaptarse, sino que participa activamente en el desarrollo de la persona.

Los programas de salud mental toman en cuenta esta relación de la comunidad con los pacientes. La psicología de la comunidad, a su vez, considera que los problemas surgen debido a un funcionamiento inadecuado de los sistemas sociales, por lo que para lograr un cambio real en la persona, se debe considerar un cambio en el sistema.

Posteriormente se analiza el origen del desarrollo comunitario para entender los tres momentos en los que se manifiesta la necesidad de crear programas para el desarrollo de los sectores más necesitados. A su vez se exponen diversas definiciones del desarrollo comunitario con diferentes enfoques para contemplar un contexto más amplio.

A partir de lo anterior, se explica cómo el desarrollo de la comunidad es algo más que la suma de una serie de programas que utiliza como fuentes, sino, es un esfuerzo para producir cambio humano. A su vez, se enuncian las características más importantes y los conceptos necesarios a considerar en el modelo de Desarrollo Comunitario.

Por último se describe el Desarrollo de la Comunidad en México y como éste es promovido mediante diversas modalidades.

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

En los últimos años, los antropólogos han realizado un gran esfuerzo para entender las manifestaciones psicológicas de las "culturas primitivas", entendiendo a tales tanto a los grupos étnicos del pasado como a las áreas subdesarrolladas del presente. Ackerknecht (1942) ha sugerido el nombre de paleopsiquiatría para designar el estudio de los problemas de la salud mental del hombre del pasado, y el de psiquiatría primitiva para el estudio de los que aquejan a los grupos triviales aislados contemporáneamente.

Existe una amplia evidencia en el sentido de la etiología de los trastornos físicos y mentales, en ambos casos, ha sido influida por el pensamiento universal relacionado a los fenómenos sobrenaturales de los antecesores.

A principios del siglo XV, en 1409, el padre Jofré fundó en Valencia el primer hospital psiquiátrico del mundo, y entre los años de 1412 y 1489 se establecieron en España cinco Instituciones más. Poco después de consumada la conquista de México y bajo la misma influencia religiosa hispánica se fundó, en la capital en el año de 1567, el Hospital de San Hipólito, primer establecimiento para la atención de enfermos mentales en América. (Calderón, 1968, p. 10)

Durante siglos, la atención psiquiátrica fue de tipo hospitalario y carcelaria, a pesar de los esfuerzos que realizaron en contra humanistas tan notables como Pinel, en

Francia, Tuke, en Inglaterra, y Chiarugi, en Italia, quien en 1789 proclamó: "era un supremo deber moral y una obligación médica, el tener el respeto que se merecían como personas a los enfermos de la razón". (Mora, 1967).

A principios del siglo XX la psiquiatría permanecía aislada de las otras ramas de la medicina. Los profesionales interesados en ella eran pocos y sus actividades generalmente se realizaban en viejos manicomios con métodos terapéuticos anticuados, limitados y, en ocasiones, inhumanos. No existían actividades preventivas y sus excursiones en la comunidad se efectuaban en forma esporádica, generalmente en relación con testimonios judiciales o con procesos seguidos a sus pacientes. Este aislamiento determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado la *alineación de la psiquiatría*. (Calderón, 1973).

A principios del siglo pasado, Freud y sus discípulos crearon una nueva escuela que explicaba muchos de los mecanismos de los problemas psicopatológicos y ofrecía un nuevo procedimiento terapéutico: el psicoanálisis, procedimiento que mostraba ser útil en algunos casos particulares, pero que nunca llegó a proyectarse a la comunidad.

En 1905, C. W. Beers (1939) relató sus experiencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos, y en colaboración con un grupo de profesionistas, fundó la sociedad para la Higiene Mental de Connecticut; posteriormente adquirió importancia internacional. Esta Asociación identificó, por primera vez, sus metas

con las del movimiento de salud pública, destacando la importancia de prevención y tratamiento oportuno. Después, en 1920 se fundó la Clínica de Orientación Infantil, considerada como la base para prevenir los trastornos mentales de la población y difundir las actividades esenciales en el manejo psicológico de los niños por medio de la instrucción adecuada de los padres, de los maestros y de la comunidad.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, apareció un movimiento, llamado Psiquiatría de la Comunidad, el cual tuvo la tendencia de romper el aislamiento psiquiátrico tradicional. Nuevos programas de investigación y servicio fijaron la base de este movimiento, entre otros, los siguientes aspectos: (Calderón, 1970) la transformación de hospitales psiquiátricos, creando en ellos un ambiente terapéutico (Stainbrook, 1967), el incremento en el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales, la creación de servicios de emergencia y de internado parcial, la Organización de los Centros de Salud Mental Comunitaria y talleres protegidos y la integración absoluta de los programas de salud mental a los de salud pública.

Caplan (1964) define a la Psiquiatría Comunitaria como el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos; en los campos de servicio e investigación, son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados por la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de los

pacientes psiquiátricos en una población determinada. Esto complementa, el conocimiento clínico y capacita al psiquiatra para diagnosticar y tratar a su paciente en privado.

En general se entiende la Psiquiatría Comunitaria, como la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar al máximo la salud mental de sus propios integrantes.

Goldston (1965, p. 198) expone: "La salud mental de la comunidad se refiere a la mayor frecuencia de administración y aportación de una diversidad de servicios de la salud mental". De igual modo Bellak (1964) al hablar de los centros de salud mental de la comunidad que están siendo desarrollados, acentúa su atención sobre los servicios de diagnóstico y tratamientos tradicionales, la atención hospitalaria de día y de noche, la atención en el lugar adoptivo y el desarrollo de programas de información de salud mental para el público en general.

Bernard (1964) concibe a la psiquiatría de la comunidad como un componente del campo más inclusivo de la salud mental de la comunidad. Hume (1964) manifiesta que los programas de salud mental de la comunidad, a diferencia de la psiquiatría de la comunidad, se dirigen a los "normales" con el objeto de promover la salud mental positiva. Kahn (1969, p. 187) considera la función de la salud mental de la comunidad como una "...coalición general de personas y organizaciones que se congregan en torno a las metas sociales, y las cuales

consisten en muchos componentes holgadamente interrelacionados de varios sistemas de intervención e Instituciones sociales unidos con tal propósito”.

Lemkau (citado por Goldston, 1965, p. 197) percibe la salud mental de la comunidad como inclusiva de la psiquiatría de la comunidad y declara:

“Tenemos en consecuencia el concepto naciente de que la salud mental de la comunidad es una responsabilidad comunitaria, que el programa va a estar bajo el auspicio profesional y la salud mental es promovida y fomentada no sólo mediante el tratamiento médico, sino también a través de la diversidad de instituciones y agencias con numerosas disciplinas que se unen en el esfuerzo”

De modo semejante, Howell (citado por Goldston, 1965, p. 197) establece:

“La salud mental de la comunidad abarca todas las actividades que están involucradas en el descubrimiento, desarrollo y organización de cada instalación de una

comunidad que efectúa todos los intentos que hace la comunidad por promover la salud mental y prevenir y controlar la enfermedad mental”.

El personal psiquiátrico de una prominente clínica (citado por Goldston, 1965, p. 197) exponen:

“Este (la salud mental de la comunidad) es el amplio, multidisciplinario campo al que concierne la vasta diversidad de las fuerzas y estructuras de una comunidad que afecta a la estabilidad emocional (el crecimiento, desarrollo y funcionamiento positivo) de un grupo significativo de sus miembros. Contrasta con el enfoque clínico tradicional que centra su atención en el individuo particular que se halla en un aprieto emocional”

Dadas estas características el término de salud mental de la comunidad no consigue distinguirla de un punto de vista estrecho de la psiquiatría de la comunidad. Los puntos de vista más amplios del concepto, parecen ser más frecuentes, abarcan todas las potencialidades de la comunidad que afectan el

estado psicológico de la mayoría de los miembros de la comunidad. Sus metas no son sólo el alivio del sufrimiento, sino la promoción del crecimiento positivo igualmente. Sus agentes no son únicamente los psiquiatras o incluso profesionales de la salud mental, sino cualquier agente o agencia de la comunidad capaz de contribuir a la cura, la prevención o el desarrollo óptimo.

Esencialmente, la Psicología de la Comunidad puede ser vista como una perspectiva teórica y un método de práctica que ha evolucionado a partir de la psicología clínica, en concordancia con el cambio razonable metódico que ha tenido lugar en el pensamiento acerca de la enfermedad mental a través de muchos años.

El psiquiatra comunitario desempeña un papel muy importante en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, por lo que su entrenamiento clínico debe ser muy completo. Su experiencia en mejorar problemas individuales lo hará buscar los complejos mecanismos que las operaciones comunitarias precisan, y su entrenamiento y habilidad clínica le permitirán tener la sólida base que le será indispensable en sus actividades de orientación psiquiátrica, organización de la comunidad y administración de la salud mental.

La principal diferencia estriba en que el psiquiatra clínico tiene una responsabilidad directa con la salud mental de su propio paciente; mientras que el psiquiatra de la comunidad tiene la responsabilidad del bienestar de una

población, en donde la mayor parte de su participación no tiene contacto personal. La psiquiatría de la comunidad demanda modelos y métodos adicionales para suplementar los de la clínica.

La Psicología de la Comunidad surge oficialmente a mediados de los años sesenta como respuesta a algunas preocupaciones y necesidades de la sociedad, que hasta entonces, el campo de la psicología de aquella época no estaba preparado para enfrentar.

Algunos de los problemas más importantes manifestados en ese tiempo son:

A) NECESIDAD DE PREVENIR LA SALUD MENTAL.

En un principio, la mayoría de las teorías de la personalidad partían de las disfunciones y enfermedades mentales. Estaban enfocadas hacia el tratamiento de las enfermedades, basándose en las mismas para la solución del conflicto.

Hacia mediados de los años treinta surge la teoría conocida como "Psicología del Ego" en la cual se postulaba que muchas funciones humanas que eran placenteras eran valiosas en sí y por sí mismas, sin que necesariamente resultaran gratificantes para el id. Esto implica que la gente utiliza una parte de su energía psíquica para obtener talentos e intereses que son agradables y que, por lo tanto, no todas las funciones del ego se producen como oposición a los conflictos que se presenten. Por otro lado, Erikson, uno de los mejor conocidos

teóricos de la psicología del ego, concebía que la gente constantemente encuentre problemas dentro del ambiente que lo rodea, afectando el proceso de su desarrollo. Cada vez que el individuo aprende a solucionar o controlar estos problemas, adquiere nuevas aptitudes, las cuales son almacenadas y pueden ser usadas en el manejo de nuevos problemas. Desde luego, entre más aptitudes sean adquiridas, mejor preparada estará la persona para enfrentarse con éxito a futuras crisis. A partir de esta concepción, la asistencia en la resolución de los problemas era vista como una forma de ayudar a la gente que no estaba aún clínicamente perturbada a adquirir o dominar formas de enfrentarse a situaciones, lo cual evitaría que llegaran a perturbarse en su vida futura. Este enfoque teórico se convirtió en la base de la prevención de los desórdenes emocionales o conductuales. (Zax, 1989)

B) INCREMENTO DE PACIENTES EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

Hellen y Monahan (1977) señalan que a mediados de la década de los cincuentas, aproximadamente dos de cada cinco camas de hospital eran designados para enfermos mentales, y este número iba en constante aumento. La demanda rebasaba las posibilidades de atención y las condiciones de tratamiento eran deficientes.

Este alarmante aumento de enfermos mentales comienza a disminuir a partir de 1956 con la introducción de nuevos medicamentos. Sin embargo, el uso de la medicina psiquiátrica no era suficiente para la erradicación de los problemas, por

lo que se empiezan a necesitar nuevas alternativas de tratamiento que apoyaran ésta.

C) INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LAS PERSONAS.

Se estaba presentando una creciente apercepción de los problemas sociales y ambientales y cómo estos incidían en la vida de la ciudadanía. Mientras que los problemas sociales tenían determinantes complejos, había componentes psicológicos de estos problemas. Caplan y Nelson (en Hellen y Monahan, 1977) notaron que la mayoría del comportamiento humano es entendido como una interacción entre las personas y sus ambientes, la tendencia en la investigación psicológica está centrada en las características personales.

D) PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS SOCIALES.

Gracias a la influencia de los problemas sociales los psicólogos adquirieron una perspectiva diferente sobre su intervención profesional, ya que los problemas sociales no habían sido resueltos. La pobreza extrema, la violencia urbana, el racismo, entre otros problemas sociales, marcaban serias desigualdades en la sociedad.

Todos estos factores se conjuntaron y provocaron un cambio dentro de las ciencias del comportamiento, las cuales comenzaron a buscar nuevas salidas para resolver estos problemas. Una de las iniciativas que surgieron a partir de este cuestionamiento es la Psicología de la Comunidad.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

La psicología de la comunidad es un área relativamente nueva. Aunque este término ya se utilizaba en la década de los cincuenta en el George Peabody College- en Nashville, Tennessee; no es sino hasta mayo de 1965 cuando se llevó a cabo una conferencia en Swampscott, Massachusetts, la cual se considera como el evento que marcó el nacimiento de la psicología de la comunidad. El objetivo de esta conferencia era hacer una revisión del estado del campo de trabajo para renovarlo y plantear un curso futuro de acción, situando la psicología dentro del movimiento de salud mental. "Esta reunión generó mucha reflexión y la determinación de crear un nuevo campo: la psicología de la comunidad, que después fue reconocida por la American Psychological Association (APA), al crearse la división 27, cuya estructura organizacional evoluciona hasta convertirse, a finales de los años ochenta, en la Sociedad para la Investigación y Acción Comunitaria (Society for Community Research and Action)" (Gómez del Campo, 1992, P-8)

En sus inicios, el interés fue la salud mental comunitaria, la prevención y que una mayor cantidad de gente tuviera acceso a estos servicios. El objetivo primario buscaba el desarrollo de intervenciones que pudieran utilizarse tempranamente para prevenir o evitar la ocurrencia de una disfunción. La meta de estas actividades de prevención era reducir el riesgo de trastornos emocionales entre los miembros de la comunidad.

El interés en la prevención abre nuevos campos en la salud mental, puesto que la intervención debe darse antes de que se presente o se desarrolle el desorden. Esto implica que se debe enfocar con mayor precisión los factores ambientales que facilitan o impiden el desarrollo de la capacidad adaptativa. Las intervenciones preventivas pueden ser entonces diseñadas con el fin de mejorar las condiciones ambientales que pueden crear perturbaciones o podrían incluir técnicas para reforzar la resistencia de las personas, tales como la asesoría anticipativa o técnicas dirigidas a la modificación ambiental.

El campo de la psicología de la comunidad se extiende poco a poco a otras áreas, como la relación del organismo con su entorno, el manejo del poder y el desarrollo de los grupos, el desarrollo de comunidades, etc. De aquí que la psicología comunitaria se relacione tan estrechamente con el cambio social en dirección de mayor justicia e igualdad entre los seres humanos, pues busca promover éste con base en el concepto de evolución y reorganización del orden social y redistribución de la riqueza.

No es ajeno que se asocie la psicología comunitaria con el movimiento de salud mental, puesto que algunos estudios han demostrado que existe una gran influencia en el grado de las enfermedades mentales de la comunidad donde habita la persona. Esto implica que la comunidad ya no es visto como algo estática al cual adaptarse, sino que participa activamente en el desarrollo de la persona.

Los programas de salud mental toman en cuenta esta relación de la comunidad con los pacientes. La psicología de la comunidad, a su vez, considera que los problemas surgen debido a un funcionamiento inadecuado de los sistemas sociales, por lo que para lograr un cambio real en la persona, se debe considerar un cambio en el sistema.

La psicología de la comunidad es un conjunto del movimiento de salud mental, de las ciencias del comportamiento, las ciencias sociales, la psicología, la sociología y otras áreas. Es la aplicación de los principios de la ciencia del comportamiento al entendimiento y solución de una variedad de problemas y situaciones comunitarios no solamente relacionados con la salud y enfermedad mental. (Hellen y Monahan, 1977)

Pablo Noch (en Blanco y Noch, 1993) la defino como: "Ciencia aplicada de la conducta que promueve la transformación mediante las técnicas de investigación y participación comunitarias desde un enfoque interdisciplinario, para lograr el desarrollo de las potencialidades, tanto individuales, grupales como comunitarias en el plano educativo, terapéutico, social, económico y político, promoviendo la toma de conciencia histórica y trascendental para modificar el contexto natural y humano con, para, de y desde las necesidades y deseos de la comunidad y dentro de un espacio geográfico determinado".

Existen diferentes definiciones de la Psicología Comunitaria; sin embargo, existen algunos aspectos en común que Gómez del Campo (1992) resalta:

- Una crítica a la perspectiva predominantemente individual e intrapsíquica de la psicología aplicada.
- La importancia del estudio interdisciplinario de la relación entre el individuo y los sistemas sociales.
- Señalan la prevención como objetivo básico de la intervención psicológica.
- La necesidad de la aportación de la psicología de elementos para la solución de los grandes problemas sociales y para la creación de mejores modelos de cambio social.
- Abarca los sectores marginados y grupos desfavorecidos dentro de los destinatarios de los servicios profesionales de los psicólogos.
- La urgencia de nuevos programas de estudio que contribuyan a la formación de psicólogos capaces de desempeñar nuevos roles profesionales y de ejercer la profesión en una variedad de contextos diferentes a los tradicionales.
- La importancia de impulsar modelos y teorías orientados hacia la salud y el crecimiento. (Gómez del Campo, 1992, p.10)

La psicología comunitaria sostiene como premisa básica la prevención de la salud mental, reconociendo en los factores sociales la causa fundamental del desequilibrio psicológico de la persona. Reconoce el factor educativo como fundamental para el manejo adecuado de estas situaciones y trabaja conjuntamente con los sectores más desposeídos. (Barba y Gilardi, 1993)

La psicología comunitaria plantea que los problemas sociales se deben fundamentalmente a la falta de acceso de algunos grupos sociales a los recursos, tanto físicos como psicológicos, de la sociedad (Rappaport, 1977). "Este acceso limitado ocurre como consecuencia de una serie de instituciones sociales que de manera selectiva controlan las oportunidades de adquirir poder o mayor ingreso económico dentro de la sociedad. De estos dos factores el de poder es el único que verdaderamente pueden controlar los psicólogos comunitarios ya que el estudio del factor económico los saca de su campo de acción profesional." (Escovar, 1989, p.239)

Según Escovar (1989), la psicología de la comunidad tiene como objetivo lograr la autogestión para que los individuos produzcan y controlen los cambios en su ambiente inmediato. Esto se logra al inducir en ellos la toma de conciencia, la identificación de los problemas y necesidades, la elección de vías de acción, la toma de decisiones, y con ellos el cambio en la relación individuo-ambiente, con la transformación de este último y con una forma de ruptura de la división social del trabajo, al transferir los conocimientos técnicos que tenga el psicólogo a los

miembros de la comunidad, en lo que se ha calificado como "desprofesionalización".

"La psicología de la comunidad es un campo que ofrece al psicólogo la posibilidad de desarrollar nuevos roles profesionales para intervenir no sólo con individuos, sino a nivel de sistemas sociales de diferente grado de complejidad, y plantea claramente nuevas ideas como la acentuación de la intervención en el sistema social para cambiar el comportamiento del individuo, el interés por intervenir más allá del caso clínico individual, hacia la modificación del comportamiento de todas las personas dentro de un sistema, y el concepto de la participación directa del psicólogo en los programas de intervención comunitaria, como un recurso privilegiado para el enriquecimiento de la teoría y la tecnología de la intervención social." (Gómez del Campo, 1992, p.33)

APORTACIONES DE LOS PRINCIPALES ENFOQUES

Dentro de la psicología, principalmente hablando de la clínica, se encuentran tres corrientes o escuelas que han destacado: Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo, enfocadas originalmente en el tratamiento individual.

Con la creación del área comunitaria, éstas han tenido que realizar algunas modificaciones en sus técnicas de intervención para adecuarse al trabajo comunitario.

Surge en México el modelo de psicocomunidad propuesto por Cueli y Biró, mientras que en el conductismo, se menciona la psicología comunitaria conductual como punto de acercamiento a esta nueva tendencia colectiva. Por último, dentro del humanismo, el enfoque centrado en la persona planteado por Rogers propone algunas alternativas.

A) PSICOANÁLISIS:

Psicocomunidad:

Aplicado por primera vez en la colonia El Sol, en Ciudad Nezahualcoyotl en 1970, "surgió como un intento de dar una respuesta adecuada a la crisis social urbana y a la crisis existencial del psicoanálisis; se planteó como la posibilidad de aplicar el método de Freud, mediante una extrapolación analógica, a grandes conjuntos de personas, en particular a los marginados." (Cueli, 1989, P.9).

Los objetivos del modelo son tres:

- Diagnóstico,
- Terapéutico
- Rehabilitación.

El modelo de psicocomunidad consiste básicamente en: introducir una variable independiente "grupo terapéutico" que actúa con el método clínico. La comunidad da una respuesta, variable dependiente. Esta respuesta repercute en el grupo, el cual la trabaja, iniciando un proceso de retroalimentación, en donde el grupo terapéutico y la comunidad ayudan al crecimiento del otro.

El modelo de psicocomunidad pretende incidir básicamente sobre la estructura psíquica de los miembros de la comunidad (Serrano, 1993). Su instrumento principal sigue siendo la interpretación, la contratransferencia transaccional y la empatía (Lartigue y Harrsch, 1993).

B) PSICOLOGÍA COMUNITARIA CONDUCTUAL

Este término se refiere al conjunto de técnicas del conductismo como la metodología y elementos de la Psicología Comunitaria como marco conceptual y objetivos.

El objetivo principal es modificar un amplio rango de conductas personales e interpersonales, cuyas conexiones con la salud mental no son habladas o no son obviamente relevantes (Gesten, 1987).

Jason (1989) menciona dos tipos de intervenciones conductuales:

- Se capacita a toda una comunidad para llegar a darse cuenta de las contingencias de reforzamiento que operan en su ambiente y así poder modificar su propia conducta.
- Se crean planes para resolver diferentes tipos de probables alteraciones, como la mala nutrición, la escasez del petróleo y otras fuentes de energía, la contaminación, el desempleo, y los accidentes, por citar algunos ejemplos.

Las intervenciones comunitarias conductuales proveen a los investigadores una metodología para analizar el ambiente y evaluar los resultados de los programas sistemáticamente. Sin embargo, aún no queda claro si estos programas pueden proveer una visión más "ecológicamente" válida del comportamiento humano.

C) INTERVENCIÓN COMUNITARIA DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA (ECP)

Los grupos de encuentro creados por Carl Rogers fueron el inicio del trabajo comunitario del ECP. En un principio estos grupos eran de 15 a 20 personas y se fueron ampliando en gran medida, hasta llegar a grupos extensos de 600 a 800 participantes (Gómez del Campo, 1992).

Desde hace más de veinte años, se trabaja en los procesos de formación de comunidades denominadas "comunidades temporales". Su objetivo es crear una microsociedad por un lapso de dos semanas aproximadamente, en la cual se establecen normas, estructuras de poder, gobierno y estilos de comunicación, como existe en cualquier sociedad. Los problemas que surgen se resuelven con base en el ECP y el modelo de la personalidad sana de Rogers, considerando las condiciones facilitadoras del crecimiento individual (empatía, actitud positiva incondicional y congruencia) como elementos centrales en la comunicación grupal, resultado de gran utilidad.

Gómez del Campo (1992) propone, desde el EPC, que el enfoque comunitario es holista e interdisciplinario, y con énfasis en la prevención primaria buscando que haya una concientización y politización en los miembros de la comunidad. Todos sus esfuerzos están orientados siempre hacia la salud y el crecimiento.

MODELOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Gómez del Campo (1992) expone cuatro modelos para la intervención comunitaria:

A) MODELO DE SALUD MENTAL

Este modelo nace como alternativa a la práctica clínica tradicional basado en el modelo médico (Gómez del Campo, 1991). La intervención comunitaria con este modelo tiene dos objetivos principales: disminuir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, a través, de la prevención y nuevas estrategias en el tratamiento y promover el desarrollo sano y la salud mental de la población, a nivel individual y comunitario.

Parte de un concepto positivo de la salud mental buscando no sólo la prevención de las enfermedades mentales, sino la promoción del desarrollo de la persona, familia, grupos y sociedades.

Un ejemplo de la aplicación de este modelo es la Intervención en Crisis, la cual tiene como finalidad la intervención temprana en el momento que se presenta los problemas con el fin de apoyar a la persona para que resuelva la crisis de manera adaptativa y así prevenir trastornos que pudieran surgir como consecuencia.

B) EL MODELO ECOLÓGICO

Su objeto de estudio es la relación del hombre con su entorno, desde niveles macrosociales, hasta los niveles microsociales. Trabaja con cuatro conceptos básicos:

- Privacía,
- Espacio personal,
- Hacinamiento
- Conducta territorial.

Kelly (1971) manifiesta: " ver una comunidad ecológicamente significa ver cómo las personas, sus roles y organizaciones, así como los eventos, están interrelacionadas" (en Blomm, 1977, p.254).

Ejemplos de la aplicación de este modelo es la asesoría y evaluación ecológica cuya meta es lograr que el ambiente funcione adecuadamente, utilizando sus propios recursos y energías, ya que considera que los problemas no son de la persona sino de todo el sistema. Otro ejemplo de este modelo lo constituye el programa Biosfera II, donde se creó un hábitat que pretende ser totalmente autosuficiente.

C) EL MODELO DE ACCIÓN SOCIAL

"El objetivo central de este modelo lo constituye el estudio de la distribución y el uso del poder, así como la búsqueda de su redistribución, y como consecuencia, de nuevas formas de liderazgo, gobierno y transacción entre los grupos humanos, que suplanten a los sistemas actuales de control, explotación y abuso de poder". (Gómez del Campo, 1992, p.1341).

Alinsky (en Hellen y Monahan, 1977) señala que la conciliación sólo se da entre iguales, por lo que se requiere capacitar a la gente: "una vez organizados con el poder para hacer cambios, la gente pobre se vuelve al menos tan capaz como los demás para discutir y decidir asuntos que afecten sus vidas."

Este modelo utiliza técnicas de creación de conflictos, confrontación, acción directa y negociación para provocar el cambio. A su vez, el entrenamiento para los profesionales surge de este modelo.

D) EL MODELO ORGANIZACIONAL.

Su objetivo principal es el estudio del comportamiento humano en grupos y los procesos que regulan esta interacción e influencia mutua.

Pone énfasis en el "aquí y ahora", en la libre expresión de los sentimientos y en la retroalimentación del comportamiento de los grupos. Un ejemplo típico de éste modelo es el Desarrollo Organizacional (DO), tan utilizado dentro de las empresas.

PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD EN MÉXICO

El movimiento comunitario en México tiene sus antecedentes en la época de la colonia, con la experiencia de los hospitales de Santa Fe fundados por Don Vasco de Quiroga (Gómez del Campo, 1992). Desde entonces, surgen múltiples instituciones y grupos filantrópicos dedicados al servicio en torno a los desfavorecidos, a su bienestar tanto individual como colectivo, generalmente con base a un modelo paterno-asistencial.

La psicología de la comunidad en México nace en parte como respuesta de los profesionales a las necesidades de los sectores marginado, y su compromiso con la transformación social. "Además, dentro de la psicología ocurre todo un proceso que permite socializar el rol y los servicios profesionales, mediante el replanteamiento teórico que hace énfasis en el entorno social y económico, lo que amplía el espectro y el replanteamiento de la filosofía de la salud mental". (Barba y Moch, 1993, p.189)

La influencia de Newbrough, a través de sus relaciones con el ITESO (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente) de Guadalajara es de importancia central para el desarrollo de la Psicología Comunitaria Mexicana. A finales de la década de los años sesenta, establece un programa de apoyo al ITESO que eventualmente influye sobre el diseño de nuevos planes de estudio en los que incluye curricularmente el enfoque comunitario. En 1978 se imparte por

primera vez de manera curricular dentro de la formación básica del psicólogo el curso de psicología de la comunidad. De entonces a la fecha se ha incrementado el número de publicaciones y programas de intervención, sin embargo, no han tenido suficiente difusión." (Gómez del Campo y Hernández, 1989, p.2)

Es a través de las universidades donde la psicología comunitaria recibe un gran impulso, no sólo a nivel teórico con la inclusión del área en los planes de estudios y la elaboración de manuales, programas y publicaciones que la difunden. A nivel práctico, se crean centros comunitarios que cumplen una función doble:

Brindan al alumno la oportunidad de aplicar sus conocimientos a la práctica profesional y trabajan con algunas necesidades de la comunidad que, de otra forma, no tendrían ese apoyo. Es este el caso de los centros comunitarios "El girasol" de la Universidad Autónoma de Coahuila en Saltillo, el "Centro Polanco" del ITESO en Guadalajara, el "Centro de Desarrollo de la Comunidad" de la Universidad Iberoamericana en la ciudad de México, el "Centro de Servicio Social" de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco que ha iniciado proyectos de desarrollo comunitario en áreas rurales y el "Centro de Asistencia Psicológica" del ITSON de Ciudad Obregón, Sonora.

Según Barba y Moch (1993), la Psicología Comunitaria en México tiene como características principales las siguientes:

- Rescata una tradición de trabajo desde el discurso nacionalista revolucionario del Estado para con los sectores más desprotegidos de la sociedad. Esto a través de la participación comunitaria, promoviendo las soluciones desde sus propios recursos.
- La importancia del enfoque interdisciplinario para abordar la realidad social.
- Promover la organización y autogestión comunitaria y la creación de nuevos modelos teórico-prácticos para la intervención comunitaria.

"Tal vez la mayor limitación de la psicología de la comunidad en México es la falta de proyección a nivel nacional" (Gómez del Campo, 1992, p.16). Dentro de la mayoría de las universidades y aún en los profesionales, falta una mayor difusión y aceptación de áreas tendientes a la salud mental, a la prevención y a la solución de problemas a nivel comunitario.

ORÍGENES DEL DESARROLLO COMUNITARIO

"A partir del siglo XIX se organizaron en Europa y América diferentes movimientos, en el seno de los ambientes obreros y entre los habitantes del campo, que emprendieron múltiples actividades, heraldos del Desarrollo Comunitario: educación popular, formación agrícola, todo género de servicios de base cooperativa o mutualista, diversas formas de ayuda recíproca, etc.", (Reszohazy, 1988, p.17).

Gomezjara (1986) plantea que el Desarrollo de la Comunidad como tal surge por tres diferentes experiencias en las que se vio la necesidad de crear programas para el desarrollo de los sectores más necesitados.

Inglaterra y Francia fueron los pioneros en la aplicación del Desarrollo Comunitario en sus colonias, las cuales se encontraban en el proceso de independencia, con el fin de asegurar su control económico. Durante el período de independencia, se vuelve una alternativa al conflicto, para renovar las carencias del colonialismo, pero siempre inmersos en el capitalismo dependiente.

"Se comienzan por movilizar y hacer participar hasta ciertos límites, a la población, luego se lo entrena en el manejo de los niveles medios de gobierno o de las agencias, empresas

multinacionales y del aparato militar asesorado por los occidentales. Era urgente, ya que la nueva élite gobernante estaba preparada directamente en la metrópoli, carecía de base social e incluso ignoraba mucho de la realidad presente.

La capacitación de estos sectores sin embargo, no debería llegar tan lejos que propiciara una concientización tal de la población que rompiera con el régimen capitalista, sustratum del nuevo colonialismo impuesto a sus países. De ahí la sumisión de los programas de Desarrollo de la Comunidad a los dictados e intereses del Estado." (Gomezjara, 1986, p.9).

La segunda experiencia del Desarrollo de la Comunidad se genera en Estados Unidos, impulsado por el gobierno de Kennedy. Estos programas buscaban responder al fracaso de la guerra fría. Las guerras contrarrevolucionarias eran complementadas con planes de desarrollo socioeconómico en sectores pobres. La creencia era que las situaciones de pobreza eran generadoras del malestar y la insurrección.

"De esta manera, el Desarrollo de la Comunidad viene a cumplir con dos objetivos:

- "Absorber y neutralizar el malestar campesino y de los pobladores de las barriadas urbanas, mediante su institucionalización". (Gomezjara, 1986, P.11)
- "Preparar a estos sectores para una masiva introducción de la sociedad de consumo mediante la "revolución verde" o la construcción masiva de viviendas, en donde finalmente los únicos beneficiados reales vinieron a ser las multinacionales y sus agentes nativos proveedores del financiamiento, tecnología, la maquinaria y la multitud de insumos: vidrio, concreto, plásticos, refacciones, etc." (Op.cit.)

Cuando los republicanos, encabezados por Nixon, entran al poder, el interés, por este tipo de desarrollo decae, pues se demuestra que la correlación entre pobreza e insurrección es muy relativa.

La tercera experiencia de Desarrollo de la Comunidad se desenvuelve en México, con las misiones culturales, las campañas alfabetizadoras y la reforma agraria emprendidas entre las dos guerra mundiales. Al respecto, Gomezjara centra su atención en la organización socio-política de la comunidad, la cual no se concibe como una unidad social homogénea, sino como una estructura formada por clases

sociales antagónicas, de las cuales a una sola ha de servir el desarrollo de la comunidad, mientras que los programas de desarrollo de la comunidad van acompañados o ellos mismo ejecutan cambios profundos en la estructura social del país, como lo era la reforma agraria o lo vendría a ser la reforma urbana." (Gomezjara, 1986, p.11)

En este contexto, se impuso el modelo estadounidense de Desarrollo, patrocinado por los consorcios internacionales, cuya finalidad era abaratar la mano de obra y/o acrecentar el control de la población.

En cuanto al resto del Tercer Mundo, los habitantes comienzan a realizar iniciativas en pro de su desarrollo, después de la Segunda Guerra Mundial, los países carecían de servicios públicos, tenían profundas divisiones internas y no estaban unificados (Reszohazy, 1988).

En América Latina, los regímenes democráticos de los países iniciaban este proceso, ya que necesitaban ampliar su base popular, con proyectos de mejoramiento de la infraestructura, alfabetización de masas, reformas agrarias y lucha contra la pobreza.

AXIOMAS DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

Gomezjara (1986) plantea que el Desarrollo de la Comunidad originalmente estaba sustentado en la sociología funcionalista, lo cual se ve reflejado en la definición de las Naciones Unidas: "el desarrollo de la comunidad son aquellos esfuerzos de una población que se suman a los de sus gobiernos para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de sus comunidades a integrarlas a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional" (en Gomezjara, 1986, p.12).

Lesur y Tejeda (1964) definen el desarrollo de la comunidad "como un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta, y la mayor confianza posible en su iniciativa" (Lesur y Tejeda, 1964, p.1). Plantean, además, que el proceso requiere de oportunidad y capacidad, cooperación, iniciativa, facultad de asimilación y adaptación al cambio y de los recursos sociales y económicos que se tengan.

Rezsohazy (1988) expone que el Desarrollo Comunitario es una "acción coordinadora y sistemática" que trata de organizar el proceso global de una comunidad delimitada territorialmente o de una población objetivo, en respuesta a las necesidades o a las demandas sociales. Esto con la participación de los interesados. Blanco y Moch (1993) por su parte resaltan la importancia de la

modificación o transformación de algún aspecto de la sociedad en el intento de satisfacer las necesidades.

Según Tovar (1994) es importante que se entienda el desarrollo comunitario como un proceso integral e interdependiente, que abarca tanto los aspectos económicos, tecnológicos y materiales, como los culturales y sociales.

La definición propuesta por el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios puntualiza el aspecto educativo y de capacitación dentro del proceso de desarrollo de la comunidad, con el objeto de que sus miembros puedan resolver sus problemas desde su perspectiva.

Retomando la experiencia mexicana, Gomezjara (1986), postula que el desarrollo comunitario "significa organizar independiente y democráticamente a los explotados de las comunidades rural-urbano no para adoptar, incorporar o modernizarlas, según el modelo capitalista, sino para oponerle y sacarlas de este proceso, a través de la crítica y la acción cooperativa solidaria en favor del cambio social radical" (Gomezjara, 1986, p.11). A su vez, considera el desarrollo de la comunidad como un proceso, puesto que contiene una progresión de cambios tendientes hacia la autogestión de los miembros.

Desarrollo de la comunidad significa desarrollo de las personas; la concientización, el conocimiento de uno mismo y sus capacidades y de la valía personal.

Desarrollar las cualidades personales implica, además, el desarrollo de las herramientas necesarias para enfrentarse a la vida, ya sea que estén dentro de uno mismo o se necesite buscar ayuda externa. (Baillie, 1975)

"Existen innumerables programas con distintos énfasis, campos, acciones y alcances. No se tiene un inventario completo de ellos, pero, como muestras se pueden citar los de acción comunal, promoción social, bienestar social, equipamiento comunitario, equipamiento de servicios, integración de la población aborigen, integración campesina, desarrollo rural, promoción popular, cooperación popular, acción cívica, desarrollo de comunidades y otras que surgen como labores de instituciones públicas, privadas, internacionales, religiosas, cívicas, universitarias, militares, así como técnicas de ejecución alrededor de proyectos sectoriales, regionales y locales, en forma principal o subsidiariamente." (Jordán, 1966, p.240).

El desarrollo de la comunidad es algo más que la suma de esta serie de programas que utiliza como fuentes. Es un esfuerzo para producir cambio humano (Shields, 1969).

Este proceso busca como finalidad llegar al "viejo ideal liberal de una sociedad fuerte y participativa, orgánicamente consolidada, que se autoafirma produciendo condiciones colectivas para generar y mantener un nivel de calidad de vida satisfactorio." (Solís y Meza, 1991, p.5)

CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO COMUNITARIO

- Propone la prevención en tres niveles: primario, secundario y terciario. (Cueli, 1989)
- El desarrollo comunitario se inicia a través de discusiones y análisis de los problemas. Incluye todas las artes de la persuasión, la extensión del conocimiento y el aprendizaje de nuevas habilidades. (Shields, 1969)
- Para garantizar el funcionamiento y aprovechamiento de los programas de desarrollo, éstos deben de ser aceptados y asumidos por los miembros de la comunidad. (P.N.P.V., 1991)
- El Desarrollo Comunitario debe asegurarse que todos aquellos interesados estén representados y sean considerados en la toma de decisiones. (Bailie, 1975)
- En el avance de un conjunto social todo depende de todo, por lo que se debe cuidar que el problema sea examinado y comprendido en sus diferentes formas y facetas, contemplando los aspectos económicos, sociales, jurídicos, educativos, sanitarios, etc. (Bailie, 1975; Reszohazy, 1988)
- Las estrategias de desarrollo asumen que los diferentes sectores de la comunidad tienen intereses comunes y que las diferencias entre los grupos son reconciliables. (Hellen y Monahan, 1977)

- La orientación al cambio y mejoramiento debe de partir de su seno, de la organización consciente de los miembros de la comunidad que deciden actuar. (Gomezjara, 1986)
- "El cambio que se busca en primer lugar es un cambio en las personas, la consecución de esta meta se apoya en: despertar necesidades, destruir las resistencias a los medios requeridos para satisfacer las necesidades y mejorar las habilidades técnicas necesarias para alcanzar las necesidades experimentadas. La realización de todas estas metas implica cambios básicos en las actitudes, habilidades y conocimientos". (Shields, 1969, p.80)
- La relación entre los programas y solución de los problemas de la comunidad debe generar procesos de funcionamiento autogestivo. (P.N.P.V., 1991)
- Busca un aumento y/o mejoramiento de los bienes y servicios. (Serrano, 1993)
- Para que el progreso resulte armónico y acentúe el bienestar general de la población, deberán tomarse simultáneamente en consideración los factores físicos, económicos y sociales del desarrollo. Es por ello que los programas de desarrollo de la comunidad requieren de un trabajo interdisciplinario. (Lesur y Tejeda, 1964; Serrano, 1993)

- Es desprofesionalizante, puesto que trata de desarrollar las destrezas y habilidades de los miembros de la comunidad para la resolución de los problemas (Gómez del Campo, 1992)

Según palabras de Solís y Meza (1991), orientar la participación a resolver los problemas de vivienda, trabajo, educación y servicios de infraestructura urbana, es crear condiciones para una vida social digna. El desarrollo comunitario se acerca más a este ideal de construir una sociedad sana.

CONCEPTOS EN LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

COMUNIDAD

En el Desarrollo Comunitario se considera a los habitantes en sus interrelaciones vivas, como miembros de una comunidad con la cual se identifican al compartir intereses y valores en común (Reszohazy, 1988). Entiende por comunidad "una entidad geográficamente localizable que forma una unidad de vida y que ofrece a sus habitantes los equipamientos, los servicios, las relaciones y las oportunidades necesarios para su vida cotidiana." (Reszohazy, 1988, p.22).

Tovar (1994) describe la comunidad desde un punto de vista psicosocial, en el cual ésta va más allá de la proximidad física o territorial para abarcar las dinámicas sociales que se producen en su interior, así como en sus procesos:

"Esta unidad social se caracteriza por poseer una historia y una evolución que, aunque propia, no se agota en sí misma, sino que es atravesada por las determinaciones de un contexto social mayor. Desde estos condicionantes, en el espacio físico que la comunidad propicia, se intensifican los vínculos de sus miembros en torno a la satisfacción de necesidades de la vida cotidiana, lo que conduce a una práctica social común que se revierte en determinadas configuraciones subjetivas en alguna medida compartidas por los grupos e individuos que la conforman." (Tovar, 1994, P.31)

CONCIENTIZACIÓN:

Diferentes corrientes coinciden en la necesidad de brindarle al interesado suficiente información para que la incorpore de manera crítica a su proceso de toma de decisiones y pueda ser responsable de sus propias elecciones. (Figueroa, 1991). Una de las primeras tareas de toda comunidad que desee asegurar su desarrollo, consiste en el reconocimiento de sus problemas y la formulación de sus necesidades y metas, para planear las acciones a seguir.

Al profundizar en la toma de conciencia de la situación, las mujeres y los hombres se "apropian" de ella como realidad histórica y, como tal, capaz de ser transformada por ellos. Por contraposición, cuanto más se impone la pasividad, tanto más ingenuamente tiende la gente a adaptarse al mundo en lugar de transformarlo, tanto más tiende a adaptarse a la realidad parcializada en los "depósitos recibidos". (Freire, en Figueroa, 1991, p.30)

PARTICIPACIÓN:

La perspectiva del desarrollo comunitario, según Hellen y Monahan (1977), asume que:

- El facilitador del desarrollo comunitario puede iniciar el proceso de unir a la gente cuando no haya iniciativa local, pero se retira tan pronto es posible hacerlo.

- La gente actúa cuando piensa que pueden hacer algo. El tener problemas o sufrir privaciones por sí solos, es insuficiente motivación para actuar.
- El modelo asume que el aislamiento y la negligencia de las autoridades no son apropiados, pero ocurren porque los problemas pueden parecer abrumadores y no hay una solución efectiva en apariencia. Sin embargo, cuando un grupo se presenta con un programa al parecer efectivo, bien organizado y dentro de los estándares de la comunidad, su cooperación para el proyecto no es difícil de alcanzar. Es por ello que los principales obstáculos que deben ser vencidos en la labor de desarrollo comunal son la apatía y el escepticismo (King, 1963).

Un Programa de Desarrollo Comunitario no puede (ni debe) originar cambios sociales de acuerdo con sus propias ideas, pero sí puede tratar de eliminar estas barreras.

Desde el punto de vista práctico, el gran reto consiste en promover la participación de los individuos en tareas de desarrollo social, cuando no se les da iguales oportunidades de participación en la vida política. Desde el punto de vista teórico, el problema consiste en elaborar estructuras conceptuales y metodológicas que permitan conocer la realidad de aquéllos a quienes se desea ayudar con el

trabajo, sin deformar esta realidad a través de nuestra propia cosmovisión." (Fernández y Arroyo, 1991, p.59).

La participación efectiva de la población es lo que distingue al método del Desarrollo Comunitario de otros métodos de cambio y desarrollo social, entendiendo la participación como "el acceso real de los hombres a las decisiones que les afectan y a las que consideran como importantes" (Reszohazy, 1988).

El desarrollo comunitario considera a la participación de los miembros de una comunidad tanto como un derecho inalienable de los individuos, así como una necesidad para el desarrollo económico y social (Barba y Gilardi, 1993).

En las propuestas más recientes (Fernández y Arroyo, 1991), la participación comunitaria se inicia desde las fases de planificación de los trabajos para facilitar que la población tome conciencia de sus problemas y que utilice mejor los beneficios de su propio trabajo.

"En esta era de escasos recursos, maximizar la participación puede ser una importante estrategia para el desarrollo efectivo en áreas económica y socialmente afectadas. Los recursos económicos para el desarrollo comunitario están más limitados ahora. Por ello, entender los problemas y asuntos de la participación entre los pobres es de especial importancia." (Poulin y Kauffman, 1995).

En la comunidad hay un gran caudal de espíritu emprendedor, que sólo necesita un pequeño estímulo y orientación para entrar en acción y tomar las riendas de su propio desarrollo.

AUTOGESTIÓN:

Expresa la facultad de un pueblo (o comunidad) para gestionar sus propios asuntos, es decir, para gobernarse y administrarse libremente en el marco de su estatuto. (Servicios del Pueblo Mixe, 1995)

Es el conjunto de acciones realizadas por la comunidad para resolver los problemas que ellos mismos han detectado, sin necesidad de la intervención de agentes externos.

La autogestión es un tanto sinónimo de autonomía y libre determinación de las comunidades. Una acción o movimiento es más transformador en la medida de que es más autogestivo. Por el contrario se producen procesos regresivos cuando el cambio ha sido impuesto y desaparece quien lo impuso (Kisnerman y Co, 1984)

"Una población se muestra organizada, cuando posee la capacidad para poner en practica las soluciones decididas y esta promovida, cuando tiene y asume la capacidad de alcanzar la solución a su problemática. Para ello ha logrado una convivencia adecuada a sus necesidades, intereses y aspiraciones." (Kisnerman y Co., 1984).

DESARROLLO DE LA COMUNIDAD EN MÉXICO

Diez-Urdanivia y Ysunza (1993) mencionan: "Las demandas de la población en aspectos de salud han hecho que surjan diferentes tipos de estrategias. Por un lado se da un surgimiento de grupos organizados no gubernamentales que promueven la participación de las comunidades en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas. Por el otro lado, a nivel comunitario, dentro de las poblaciones rurales y las poblaciones indígenas, en los últimos 20 años, se han operado cambios en el ámbito social manifestados principalmente por la presión de la gente, sobretodo de las poblaciones indígenas, por encontrar una solución a sus demandas, satisfacer sus necesidades y defender su bienestar." (Diez-Urdanivia e Ysunza, 1993, p.19). Debido a esto surgen organizaciones indígenas y campesinas buscando espacios de participación y canales de gestión de sus necesidades e intereses colectivos.

En México, en la actualidad, el desarrollo de comunidad es promovido básicamente mediante cuatro distintas modalidades (Cueli, 1989):

- La creación de centros de desarrollo de la comunidad o centros de salud comunitarias en zonas marginadas
- La integración de una persona, pareja o grupo dentro de una comunidad marginada con fines de servicio. Esto a través de un trabajo conjunto, de la concientización de los miembros de la

comunidad y la constitución de "comunidades de base", las cuales son promovidas por algunos grupos religiosos.

- La constitución de grupos de trabajo comunitarios externos que promuevan el cambio dentro de la comunidad.
- El desarrollo de grupos de trabajo basados en el modelo de psicocomunidad.

Desarrollo de la Comunidad y Psicología Comunitaria son dos términos que se entrelazan en la búsqueda de la salud mental y en la promoción de los miembros de una comunidad

La psicología de la comunidad, se centra en las fuerzas y capacidades psicológicas. Programas diseñados para la intervención temprana, como la "escuela para padres" basada en el P.E.T. a nivel individual, la capacitación de asesores, como maestros, trabajadores sociales, etc. o los cursos de educación sexual en las escuelas a nivel organizacional, y los programas de desarrollo de la comunidad a nivel comunitario, son tan sólo algunos ejemplos de lo que la psicología comunitaria aporta para la solución de los problemas que aquejan a nuestra sociedad.

CAPÍTULO II

EL DEVENIR FEMENINO

El propósito de este capítulo es analizar el desarrollo del concepto de feminidad, desde diferentes perspectivas mediante la confrontación y la integración de estudios llevados a cabo en las áreas biológicas, psicológicas, sociales y antropológica/social.

De esta manera, se muestran primeramente las aportaciones que diversos autores han hecho al respecto de la dicotomía naturaleza-crianza, en relación a los conceptos de sexo y género, para poder entender el vínculo que existe entre las diferencias biológicas de los sexos y el comportamiento genérico que exhibe cada uno de ellos.

Posteriormente se analiza el desarrollo psicosexual de la feminidad desde las teorías psicoanalítica y feminista, las cuales al surgir como contrapuestas, enriquecen considerablemente el análisis del tema desde un punto de vista psicológico.

Se plantean aquellos factores que contribuyen a la formación de lo femenino, se analiza el género desde una perspectiva antropológica, exponiendo diferentes teorías e investigaciones, donde el punto de partida para estudiar a la mujer se halla en su status social inferior. Para concluir con una revisión del significado cultural que reviste el hecho de ser mujer.

Todos los seres humanos han nacido como individuos únicos, diferentes a todos los demás, sin embargo, comparten con sus congéneres el formar parte de una sociedad. De tal manera que, aunque cada persona sea en sí misma un individuo diferente, introyectarán al igual que todos los de su grupo, las mismas consignas y determinaciones dictadas por la estructura social. El proceso por medio del cual se individualizan e introyectan las normas generales que dicta dicha estructura, se conoce como socialización (Salís, 1991).

El proceso de socialización comienza con el nacimiento. El vínculo que establece el infante con su madre marca el inicio y la evolución de sus relaciones sociales (Spitz, 1965), posteriormente vendrán el padre, los hermanos, el resto de la familia, la escuela, el grupo religioso y los medios masivos de comunicación. Estos participarán también en dicho proceso conformando, transmitiendo, manteniendo y perpetuando una serie de valores, creencias y actitudes acerca de lo que se espera de este sujeto socialmente. De esta manera, con base en un conjunto de normas sociales el individuo regulará su comportamiento y juzgará la conducta de los demás.

Una de las primeras exigencias de la socialización, a la que es sometido el infante es la rotulación que se le hace al momento de nacer, por medio de la cual se le identificará como perteneciente al género femenino o masculino. A partir de ese momento se le ubicará con respecto a este dato y se le hará depositario de todo un discurso cultural que contendrá las ideas que dentro de una sociedad existen,

acerca del comportamiento a seguir por ese cuerpo identificado como masculino o femenino (Bleichmar, 1985).

Es así como se marca la distinción más grande entre los seres humanos: la división de géneros, la cual se convertirá a su vez en la identificación más importante que posea el sujeto, ya que le proporciona el sentimiento de pertenecer a una categoría grupal. Sin embargo, desde ese momento también comenzará a gestarse una diferencia que más tarde y como consecuencia del proceso de socialización se convertirá en discriminación (Flores, 1989), ya que de esta atribución se derivarán un conjunto de estereotipos, según los cuales cada persona debe ser criada, educada y tratada de acuerdo a sus características anatómicas, es decir, que según su sexo; cada cual llegará a ser lo que por naturaleza debe ser. A este respecto, han surgido un grupo de investigaciones que han tratado de discernir la relación existente entre lo anatómico, lo cultural y lo psicológico, para la conformación de la masculinidad/feminidad.

NATURALEZA VS. CRIANZA

Las primeras diferencias significativas entre hombres y mujeres surgen indudablemente de sus características sexuales, sin embargo, se desprenden una serie de propiedades genéricas que tienen poca relación con lo anatómico. En este punto de los conceptos de sexo y género se entrecruzan, resultando primordial distinguir las diferencias entre ellos.

Para Katchadourian (1979, p.16) el término sexo hace referencia "al macho o a la hembra como seres determinados por características estructurales y funcionales, así, el sexo es un hecho biológico que por lo común tiene una presencia imperante entre los seres humanos y una dicotomía que es mutuamente excluyente; una persona es macho o hembra y sólo debe ser una cosa o la otra". De esta manera, la identidad sexual de una persona es sinónimo de su designación biológica e inequívoca al sexo femenino o masculino.

De la misma forma, para este autor, la identidad genérica es una característica fundamental de la personalidad, la cual incluye factores cognoscitivos y afectivos, directamente relacionados con la evaluación que hace una persona de sí misma y de los demás, como adecuada para su condición de hombre o mujer, es decir, que para Katchadourian el concepto de identidad genérica lleva implícito componentes psicosociales importantes, relacionados con la sexualidad.

De estos dos términos desliga el autor el concepto de rol sexual o genérico, el cual está determinado por el sexo, y se halla compuesto por rasgos sexuales biológicos (sentimientos, comportamientos e impulsos relacionados con el estímulo gonádico) y por rasgos sexuales sociales (funciones diferenciales y componentes de la personalidad que caracterizan a los dos sexos dentro de un contexto social).

Por otro lado, R. Stoller (citado en Katchadourian, 1979, p.30) señala que "la palabra sexual tendrá connotaciones de anatomía y fisiología. Obviamente esto deja sin cubrir enormes áreas del comportamiento, sentimientos, pensamientos y fantasías que están en relación con lo sexos, sin embargo, no tienen primariamente, connotaciones biológicas. Es para algunos de estos fenómenos psicológicos para los que debe emplearse la palabra género: podemos hablar del sexo masculino o del sexo femenino, pero también podemos hablar de la masculinidad y feminidad sin hacer necesariamente referencia a la anatomía o a la fisiología (...). Las dos esferas (sexo y género) no se ligan inevitablemente (...) sino que pueden funcionar casi de manera independiente".

Es así como para Stoller, el género al estar vinculado íntimamente con lo psicológico y lo sociocultural, se aleja definitivamente de lo biológico, manifestándose como un conjunto de rasgos de personalidad aprendidos dentro de una cultura como adecuados a la condición de femenino o masculino.

Bleichmar en 1985, cuestiona las definiciones dadas para los conceptos sexo y género, por lo que aclara: "bajo el sustantivo género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo" (p.38).

El género para esta autora es una categoría compleja que comprende:

a) Atribución del Género: hace alusión a la rotulación del ser humano al momento de nacer, como hombre o mujer partiendo de sus características anatómicas, alrededor de la cual, la sociedad se ubicará, emitirá una serie de juicios y comportamientos estereotipados para la crianza adecuada de ese individuo.

b) El núcleo de la identidad genérica: explica el sentimiento o la autopercepción de pertenecer a un sexo y no a otro ("soy niña" o "soy niño"). Este conocimiento por parte del infante proviene de dos fuentes principalmente: uno, de la percepción de la anatomía y fisiología de sus órganos genitales y, dos de las actitudes de padres, hermanos y sociedad en general en relación al género del niño.

c) El rol de género: se refiere al "conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado" (p.43). Estos comportamientos están prescritos socialmente y definen funciones para el hombre y la mujer, como propios o naturales dependiendo del género.

Por último Money (1982), al estudiar las biografías de sujetos hermafroditas, consideró a la identidad de género como la experiencia particular que resulta de desempeñar un rol genérico, siendo a su vez, la manifestación pública de la identidad. Así, llegó a la conclusión de que la asignación de sexo, pudiendo ser ésta equivocada, confusa o modificada, representa de manera definitiva sinónimo de crianza, ya que esta asignación llevará al niño a confrontarse diariamente con su calidad de varón o hembra.

Este autor concluye sobre los datos correspondientes al hermafroditismo humano, los cuales indican que la predisposición prenatal para la formación de una identidad de género, es probablemente insuficiente por sí sola y precisa de una historia social.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que no es lo mismo sexo biológico e identidad de género. El Sexo, salvo raras excepciones, es claro y constante; mientras que el género, que socialmente se basa en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas de conducta, las cuales no son universales e inmutables. Por lo que se debe aceptar que las características conocidas como "femeninas", no pueden ser vistas ya como el destino ineluctable de las mujeres; sino más bien, como el resultado de un proceso complejo que se construye individual y socialmente y que involucra hechos tanto biológicos, psicológicos como culturales (Lamas, 1986).

La categoría género no niega las diferencias biológicas entre los sexos, sino que explica la relación entre éstas y lo sociocultural, ayudando a su vez a abandonar definitivamente las posiciones biologistas, que niegan por completo la importancia del proceso de socialización. Por lo tanto, resulta claro que no se puede hablar de destino biológico, es necesario conjuntar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos para poder estudiar al ser humano.

DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA FEMINIDAD

Desde diferentes posturas psicológicas, infinidad de teóricos e investigadores han tratado de explicar como es que "no se nace mujer: llega una a serlo" (Beauvoir, 1989b, p.15). Actualmente el campo de las teorías psicológicas acerca de la feminidad, puede dividirse principalmente en dos áreas de investigación: la de los "analistas" predominantemente freudianos cuyo punto de vista es intrapsíquico; y el área de los "feministas", quienes tienden hacia una orientación sociocultural (Howell, 1981a).

A) LA MUJER DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Teniendo como madre a la Psicofisiología, nace el Psicoanálisis que pronto se convierte en una disciplina por excelencia estudiosa de la conducta humana, que abandona las explicaciones de esta primera y considera que "en la vida psíquica no interviene ningún factor que no revista un sentido humano, lo que existe concretamente no es el cuerpo, objeto descrito por los sabios, sino el cuerpo vivido por el sujeto"(Beauvoir, 1989a, p.63).

Freud se encontraba interesado en desentrañar el misterio que representaba para la Psicología la condición femenina. Comenzó por tratar de explicar las vicisitudes psíquicas del varón, estudiando el primer período de la infancia de éste, suponiendo "que en el caso de la niña todo sería semejante, aunque diverso de alguna manera" (Freud, 1925, p.268). Pronto descubrió que la diversidad era

mucho mayor que la similitud y creó entonces, una explicación aparte para comprender la subjetividad femenina.

De acuerdo con Freud, para la niña y el niño preedípicos el primer objeto de amor es la madre, el niño la conservará como tal durante toda su vida, mientras que la niña al advertir la existencia del pene y conceptualizarlo como superior, en comparación con su clítoris, caerá víctima de la envidia del pene (Freud, 1925). Ella cree en un principio que la castración es un castigo personal, pero al descubrir su universalidad, comienza a compartir con el varón el menosprecio por ese sexo mutilado, desvalorizando la feminidad y con ello a la madre, desarrollando un fuerte sentimiento hostil hacia ella (Freud, 1931).

El descubrimiento de su castración es un punto decisivo en el desarrollo de la niña. De ahí pueden partir tres diferentes orientaciones de su sexualidad: una que la llevará a la inhibición sexual o a la neurosis: otra que consistirá en la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, aferrándose a la autoafirmación de que algún día llegará a tener pene, y la tercera que es la feminidad normal (Freud, 1931).

Antes del descubrimiento de su castración, en la fase fálica, la niña es conceptualizada por Freud como un pequeño varón, ya que al ignorar la presencia de su vagina, el único órgano sexual que posee es el clítoris (Freud, 1933a), y dado que éste puede equipararse anatómicamente con el pene, la niña desarrolla

en esta etapa de jugueteo con los genitales, un complejo de masculinidad. Posteriormente la envidia del pene, despierta en la niña un fuerte impulso contrario al onanismo clitoridiano, es decir, en ese momento la niña abandona sus tendencias sexuales activas o masculinas, para adoptar una conducta pasiva, dando así el primer pasó hacia la feminidad (Freud, 1933b).

Este complejo de castración, que para el niño representa una amenaza y para la niña un hecho consumado, la llevará al complejo de Edipo donde tendrá, para alcanzar una feminidad normal, que cambiar por un lado de objeto libidinal, es decir, tendrá que alejarse de la madre para acercarse al padre; y por otro deberá permutar de zona erógena, abandonando el placer clitoridiano para situar su atención en la vagina; mientras que el niño además de conservar idénticos a su objeto y a su órgano sexual (a la madre y al pene respectivamente) se verá empujado por su temor a la castración a salir del complejo de Edipo. Es así como Freud conceptualiza al complejo de castración como promotor de la feminidad y como limitador e inhibidor de la masculinidad (Freud, 1925).

El complejo de Edipo representa el final del proceso evolutivo sexual de la mujer (Freud, 1931), es así, como el autor basado en las características de desarrollo y en las diferencias anatómicas entre los sexos, conceptualiza a la mujer con respecto al hombre como: predominantemente celosa y envidiosa (de la madre, del pene, etc.), menos desarrollada moralmente (dado que tiene menos impulsos para introyectar los valores y prohibiciones de sus padres), menos inclinada hacia

la justicia (debido a su precario desarrollo superyóico), tendiente a dejarse guiar por sentimientos tiernos u hostiles (dado que su superyo se halla más apegado a lo afectivo que a lo sublimado), sexualmente pasiva (en correspondencia a su órgano sexual predominante, la vagina, la cual es por excelencia receptiva), fundamentalmente masoquista (ya que su constitución prescribe sofocar la agresión), tendiente a la vanidad y al narcisismo (como un intento de resarcir su inferioridad sexual), destinada a la vergüenza (para ocultar su deficiencia genital), y como menos apta para sublimar lo pulsional; ya que se deja dominar por sus tendencias libidinales u hostiles (Freud, 1918, 1925, 1931, 1933a y 1933b).

A pesar de todo lo anterior, Freud reconoce que el análisis de la feminidad hecho por él, resulta incompleto y fragmentario y finaliza su escrito de "la feminidad" con estas palabras:

"hemos descrito a la mujer en la medida en que su ser está comandado por su función sexual. Este influjo es sin duda muy vasto, pero no perdemos de vista que la mujer individual ha de ser además un ser humano" (p.125)

Las reacciones frente a los planteamientos freudianos emergieron muy pronto, sobre todo por parte de las psicoanalistas mujeres. De estas participaciones, se retoman a continuación la de Karen Horney, por ser ella la que inicia este

movimiento y Melanie Klein, por la representatividad y fuerza que llegó a adquirir (Saal. 1991).

Karen Horney publica en 1923 su primer artículo sobre psicología femenina. Psicoanalista también, esta autora dedicó una parte importante de su trabajo, a tratar de revisar y replantear la psicología freudiana de la mujer.

Para Horney el organismo no está determinado por su constitución, sino que presenta desde el nacimiento y a lo largo de toda su vida, una infinita capacidad plástica, dada su interacción con el mundo exterior. Así, el organismo y el ambiente se presentan para esta autora, como dos entidades que aunque diferentes, se hallan en íntima y recíproca relación.

Horney en 1923, comienza por cuestionar la validez de la postura freudiana acerca de una psicología de la mujer cimentada en la envidia del pene. Ella no niega la influencia que ejerce en el desarrollo de la subjetividad femenina, la presencia de esta envidia como organizadora de la genitalidad, sin embargo, señala la unilateralidad de las investigaciones analíticas hechas por hombres, para hombres y desde los hombres, lo cual ha afectado la validez objetiva de sus postulados, sobre todo en lo que concierne a la psicología femenina. A este respecto opina:

"...hasta ahora la psicología de las mujeres se
ha venido considerando únicamente desde el

punto de vista de los hombres. Es inevitable que de la posición de ventaja del hombre se siga la atribución de validez objetiva de sus relaciones subjetivas y afectivas hacia la mujer, (...) lo que hasta ahora representa la psicología de las mujeres es un deposito de los deseos y desengaños de los hombres" (p.60).

Sin embargo, lo que reviste de más importancia a este hecho, es la forma en la que las mujeres se han adaptado a la concepción masculina de lo femenino, creyendo hallar en ella su verdadera naturaleza.

De acuerdo con la concepción analítica, la principal diferencia genital entre los sexos es el pene, diferencia a partir de la cual se explican las características psíquicas de los seres humanos. Partiendo de este planteamiento, Horney cuestiona la poca importancia que se le ha prestado a la otra gran diferencia biológica entre los sexos: la función reproductora.

La maternidad representa una superioridad fisiológica incuestionable, aún cuando desde el punto de vista de la lucha social pueda considerársela como una desventaja. Para esta autora, la desvalorización de este hecho parte de una tendencia masculina inconsciente a despreciar, lo que evidentemente representa una diferencia biológica que deja al hombre en franca desventaja. Horney

equipara de esta manera, la envidia femenina del pene, con lo que sería la envidia masculina de la maternidad. Sin embargo señala, que culturalmente las mujeres resuelven este deseo, de manera mucho menos satisfactoria que los hombres, transmutándolo en el anhelo de tener un marido y un hijo, perdiendo así su camino a la sublimación; mientras que la incapacidad del hombre para la maternidad probablemente es experimentada como una simple inferioridad, que no inhibe el desarrollo.

Para explicar el por qué de estas diferencias en la conformación de la subjetividad masculina y femenina, Horney se remonta a las primeras etapas de desarrollo, donde efectivamente encuentra en la niña preedípica una herida narcisista y una envidia del pene, como resultado de su carencia anatómica, hecho que se ve reforzado por una serie de desventajas provenientes de los privilegios de los que goza el niño (erotismo uretral, onanismo, etc.). La autora califica esta envidia como primaria y halla su origen en la diferencia anatómica, distinguiendo además como segunda fuente reforzante, la resolución femenina del complejo de Edipo. La niña al tener que renunciar al padre como objeto sexual, debido a sus sentimientos de culpa y a la incertidumbre en cuanto a la integridad de sus genitales, huye de su femineidad y se refugia en un rol masculino ficticio. El deseo femenino de ser hombre funciona entonces como represor de los deseos femeninos incestuosos.

Esta ficción de masculinidad, le provocará inevitablemente a la niña, sentimientos de inferioridad, dado que comienza a adoptar pretensiones y valores que son

ajenos a su naturaleza biológica y frente a los cuales llegará a sentirse inadecuada, y aunque este sentimiento de inferioridad representa un verdadero tormento, el yo femenino lo tolera mejor que el sentimiento de culpa.

Esta huida de la feminidad, se ve reforzada socialmente, ya que la desventaja real a la que son sometidas las mujeres dentro de una civilización falocéntrica, les impide encontrar cualquier tipo de sublimación que vaya de acuerdo a su naturaleza, dado que las actividades preponderantes son de carácter masculino y obviamente la mujer no podrá rendir como los hombres al desempeñarlas. Es aquí donde, para Horney, los factores biológicos y psíquicos se entrelazan con los sociales, para conformar lo que se conoce como subjetividad femenina (Horney, 1991).

Contemporánea a Horney, surge dentro de la teoría psicoanalítica Melanie Klein, perteneciente a la llamada "Escuela Inglesa", en donde desarrolla una explicación particular del psiquismo humano, basada en un principio en el psicoanálisis freudiano (Langer, 1992).

Según Klein, al nacer los infantes de ambos sexos cuentan con un yo, que aunque primitivo, es capaz de sentir ansiedad, de utilizar mecanismos de defensa y de establecer relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Una de las principales fuentes de ansiedad para el yo del niño pequeño es el conflicto innato entre el instinto de muerte y el de vida. Cuando el sujeto se enfrenta a la ansiedad

producida por el instinto de muerte, su yo proyecta fuera esa parte mala de sí, depositándola en un objeto, sin embargo, este objeto externo depositario del instinto de muerte, se convertirá a su vez en persecutorio.

Simultáneamente, proyectará parte del instinto de vida, con el fin de tener un objeto que satisfaga el impulso de conservación de vida, formándose así una vinculación con un objeto ideal. De esta manera, el yo establece su primera relación de objeto con la madre y con el pecho nutricional de ésta, el cual se disociará en un pecho ideal o bueno y en otro persecutorio o malo. Es así como en esta etapa, denominada por Klein "esquizo-paranoide", la ansiedad predominante surge del temor de que el objeto persecutorio se introduzca en el yo y acabe con el objeto ideal y con el propio yo.

Una vez que el infante ha podido superar la posición esquizo-paranoide, su mundo queda organizado con base en dos objetos: uno ideal y otro persecutorio. Si las condiciones continúan siendo favorables, el sujeto sentirá cada vez más fuerte a su objeto ideal y se percibirá como más capaz de poder defender a éste de su objeto malo. Es así, como la niña y el niño disminuyen sus temores paranoides, ingresando a la posición depresiva.

Klein describe a la posición depresiva como aquella donde el infante deja de percibir objetos parciales, para comenzar a relacionarse con objetos totales. En este momento, el bebé comienza a percibir ya no a dos madres, una buena y otra

mala; sino a una sola que puede ser fuente tanto de maldad como de bondad. Una de las consecuencias de esta integración, es la ambivalencia que surge de la percepción por parte del infante de la existencia en el mismo, de sentimientos de odio y amor hacia una sola persona: su madre.

En el desarrollo normal, dentro de la posición depresiva, surgen sentimientos nostálgicos, por el objeto bueno que piensa puede llegar a destruir, y los culpígenos por lo que esto significa, al amar a su madre y sentir, que debido a sus impulsos agresivos, ésta ha sido destruida, el bebé experimenta, además de sentimientos de pérdida, desesperanza, culpa y nostalgia, una angustia persecutoria (Segal, 1991).

Para Klein una de las fuentes más profundas de la culpa, se halla ligada a la envidia del pecho idealizado y al sentimiento de haber arruinado la bondad de éste, como consecuencia de los ataques que se le dirigen.

Es así como para esta autora, existe una vinculación directa entre la envidia experimentada hacia el pecho y el desarrollo de los celos, los cuales se basan en la sospecha y rivalidad con el padre, al que se le acusa de poseer a la madre y a su pecho. Esta rivalidad caracteriza los primeros estadios del complejo de Edipo, para los dos sexos, en el segundo cuarto del primer año de vida.

El complejo de Edipo se halla entonces, tamizado por las vicisitudes de la relación del niño con la madre, a la cual se le fantasea como poseedora del pene del padre, al igual que se cree que el padre contiene el pecho materno.

Es en este momento donde para Klein, el desarrollo masculino y femenino se bifurcan: el varón desviará hacia el padre su odio, envidiándolo por poseer a la madre; mientras que la niña se alejará de la madre debido a la desilusión que ésta le causa, ya que imagina que la madre le da poco a ella por preferir alimentar al padre. Seguido de esto, la niña tomará a éste como su objeto de gratificación, dado que tiene la creencia de que él alimenta a la madre con su pene, llenándola de hijos, penes y leche. De este modo, en el caso de la niña, los celos reemplazan a la envidia, convirtiendo a la madre en el rival más importante. La niña desea ocupar el lugar de su madre y así llegar a poseer y cuidar a los bebés que el padre ha dado a aquélla (Klein, 1957).

Es aquí donde el punto de vista kleiniano, discrepa de manera interesante de la concepción freudiana, ya que Klein acepta el deseo femenino de un pene y el odio hacia la madre que conlleva esto, sin embargo, considera que lo que la niña anhela no es un pene propio como atributo de masculinidad, sino uno como objeto de gratificación oral. Entonces el deseo del pene, es "la expresión más fundamental de sus tendencias edípicas, y por consiguiente ella cae bajo el dominio de sus impulsos edípicos (...) directamente como resultado de sus dominantes componentes instintivos femeninos" (Klein, 1932, p.321).

Klein considera que la envidia del pene, tiene especialmente un origen oral, ya que bajo el dominio de los deseos orales, el pene equivale al pecho. La relación envidiosa que establece la niña con la madre se expresa en una rivalidad edípica excesiva, la cual debe su génesis a la envidia de la posesión materna del padre y de su pene, más que a un verdadero amor por el primero, "el padre (o su pene) se ha convertido en una pertenencia de la madre y es por estos motivos que la niña quiere robárselo" (Klein, 195, p.43).

Cuando la envidia hacia la madre no es tan fuerte, la niña se aleja de ésta, aproximándose al padre en su búsqueda de un objeto bueno, búsqueda que en un primer momento estuvo vinculada a la madre y fracasó, es entonces cuando la niña idealiza al pene y al padre (Klein, op.cit.).

De acuerdo con Klein, esta situación de odio hacia la madre, lleva a la niña a querer destruir el interior del cuerpo materno y apoderarse de su contenido tan anhelado. Como consecuencia de esto, surge el temor en la niña de que la madre haga lo mismo con ella, en una especie de venganza. La angustia resultante de esta situación, fue lo que Freud conceptualizó como temor a la castración, sin embargo, esta autora discrepa, argumentando que lo que teme la niña es la destrucción de sus órganos internos femeninos. Según Klein, la niña percibe ya su vagina y quiere albergar en ella al pene paterno adoptando normalmente una actitud femenina receptiva (Langer, 1992).

Para Klein existen dos situaciones angustiantes a las que sólo está expuesta la niña a lo largo de su desarrollo, en comparación con el niño, las cuales marcan gran parte de las diferencias psíquicas entre los sexos. Una, que surge de la disposición anatómica de los órganos genitales de la niña, situación que le impide a ésta comprobar continuamente su integridad, cada vez que en sus fantasías sádicas ataca y destruye el interior de su madre, y espera entonces de ésta una retaliación (Klein, 1932). Y otra, que nace de equiparar la posesión de un pene en el niño, con la capacidad de concebir en la niña, haciendo que este logro de la maternidad se visualice como una gratificación muy lejana (Langer, 1951).

Dadas todas estas características de desarrollo, Klein (1932) concibe a la mujer, en contraposición con Freud, como poseedora de una fuerza moral o superyo más fuerte que la del varón, dado que estima que las tendencias receptivas femeninas la llevan a una mayor introyección de sus padres, lo cual la obligará además a ser altruista y dispuesta al sacrificio. Considera además que la mujer desarrolla un agudo poder de observación y visión psicológicas, aunado a una cierta inclinación hacia el engaño y la intriga, todo esto como resultado de la inseguridad frente a la preservación de su interior y la necesidad de dominar sus tendencias destructivas. Así mismo, esta autora considera que debido al temor femenino de haber dañado el interior del cuerpo materno, la mujer tratará de concebir hijos hermosos y alimentarlos, ya sea en la realidad o en forma de sublimaciones (Langer, 1951).

Es posible apreciar, a partir de la exposición anteriormente presentada, que aún cuando existen ciertas variaciones de un autor a otro, la teoría psicoanalítica muestra un cuadro bastante reducido del desarrollo psicológico de la subjetividad femenina. Tal reduccionismo puede explicarse por la reiterativa vinculación dentro de esta teoría, entre feminidad y castración, así como por los términos del discurso que emplea, donde el orden de la naturaleza controla toda la experiencia vivida ("anatomía es destino"); hechos que colocan a la genitalidad de la mujer al mando de su salud mental, de su desarrollo psicológico y de su rol social; relegando al lugar de segunda los factores socioculturales (Saal, 1991), mismos que la teoría feminista adopta como primordiales para desarrollar todo un cuerpo de conocimientos, que intentan desde esta perspectiva explicar el devenir femenino.

B) LA MUJER DESDE LA TEORÍA FEMINISTA

La teoría feminista al tratar de construir una psicología de la mujer, deja de lado el énfasis biologicista preponderante dentro de la teoría psicoanalítica y se centra principalmente en la relación de la niña pequeña con su madre, en el significado de la maternidad.

El hecho de que la crianza de los niños este a cargo de la madre o de otra mujer sustituta, produce efectos singulares en el desarrollo psicológico de ambos géneros, pero en el caso particular de la niña, la construcción de la feminidad, envuelve un proceso complejo y doloroso, en donde la madre tiene la responsabilidad de reproducir los esquemas psicológicos particulares de su

entorno social correspondientes a la feminidad. Esto significa que la madre siendo considerada socialmente inferior debido a su pertenencia al género femenino, deberá introducir y dirigir a su hija hacia el mismo tipo de vida que ella ha tenido que sobrellevar. Esto no quiere decir que la madre desee para su hija las mismas carencias que ella sufrió, ni tampoco significa que la madre trate de negarle a su hija la posibilidad de acceder a lo que ella deseó y no tuvo. Esta actitud de la madre más bien obedece a la necesidad que siente ésta de preparar a su hija para una vida dentro de un mundo con valores específicos. Transmitiéndole desde su propia experiencia las posibilidades emocionales y materiales que existen para la mujer dentro de su sociedad (Eichenbaum y Orbach. 1984).

Al analizar las etapas de desarrollo de la niña, varios teóricos (Chodorow, 1978; Bleichmar. 1985; etc.) coinciden en conceptualizar a la fase preedípica como central en la consolidación de la subjetividad femenina. Tomando como punto de partida que el primer objeto de amor de la niña es alguien semejante a ella, objeto hacia el cual dirigirá sus deseos libidinales, a la vez que representará su primordial modelo de identificación (Meler, 1987); es posible vislumbrar esta situación como uno de los primeros obstáculos que encontrará ésta en su desarrollo: Según lo expresa Bleichmar (1985, p. 82): "el peligro de fusión, proyección y extensión narcisista, así como mayores dificultades a la separación, se presentan más habitualmente cuando la relación materno-filial tiene lugar con las hijas mujeres", ya que, no sólo les será difícil experimentarse como diferenciadas, sino que incluso se prolongará el período de simbiosis entre ellas, en contraste con lo que

sucede en la relación madre-hijo.

Este aspecto del vínculo madre-hija, ya había sido revisado por Freud (1931). Sin embargo, la teoría feminista lo retoma y replantea, explicando que efectivamente el hecho de que ambas pertenezcan al mismo sexo plantea dificultades en el desarrollo de la segunda, pero que este vínculo además de ser esencial para el desarrollo de la feminidad, genera no una supuesta masculinidad como pensaba Freud, sino al contrario, una inevitable feminización.

El vínculo primitivo madre-hija se halla tamizado por sentimientos de unidad, continuidad, identificación y simbiosis; dado que la primera ve en la segunda alguien igual a sí misma; mientras que la relación de la madre con el niño es vívida por ésta como más lejana, siente al varón como opuesto y distinto a ella y entonces lo incita a la separación.

Dadas estas características en el ejercicio de la maternidad, el apego preedípico entre la madre y su hija resulta más exclusivo, intenso, duradero, pero también más ambivalente y confuso, en cuanto a las posibilidad de independencia e individualización de la niña pequeña; en comparación de lo que sucede en la relación madre-hijo. La madre concibe al infante como una prolongación narcisista de ella misma, mostrando una clara tendencia a la fusión, proyección y negación de la separación.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Según Chodorow (1978) la madre mostrará este comportamiento frente a su hija, como un reflejo tanto de la personalidad que le ha moldeado el patriarcado, como de la irresolución del apego entre ella y su propia progenitora. Así la madre tendrá dificultades para reconocer o tenderá a negar la existencia separada de su hija; ya que la sensación de unicidad y continuidad con ella es muy fuerte. Como consecuencia de esto, se prolongará el estado de hiperidentificación y simbiosis entre ellas dos, además de que la hija mostrará problemas para reconocerse a sí misma como una persona aparte, experimentándose como una prolongación de su madre.

Aún cuando el lazo afectivo es mucho más estrecho entre la madre y la hija, el niño preedípico mantiene igualmente un vínculo muy fuerte con ella, dado que también para él la madre representa su primer objeto de amor. Ahora bien, según la teoría psicoanalítica, los niños y las niñas preedípicos tienen la creencia de una "madre fálica", es decir, una madre que por haber sido idealizada, es fantaseada como poseedora de un pene. Bleichmar en 1985, analiza este concepto y argumenta que la creencia de la omnipotencia materna no está relacionada con la diferenciación sexual, ya que los niños desconocen en esta etapa la oposición fálico-castrado, sino que esta idealización nace del conocimiento por parte del infante de las diferencias entre los géneros y de las posiciones en la estructura de parentesco. La niña y el niño reconocen a la madre como proveedora de bienestar, satisfacción, protección y cuidados, mientras que la figura paterna, en la primera infancia es menos consistente y significativa. Es por esto que la feminidad,

en un principio es concebida como una condición ideal.

Es así, como la niña preedípica "vive el paraíso de ser igual al ideal" (p.87), ya que encuentra en la madre un doble, que además de ser totalmente semejante a ella, está repleto de atributos y poder, lo cual hará que quiera fusionarse y confundirse con ella. Sin embargo, esta relación también estará cargada de ambivalencia. Por un lado, la madre deberá satisfacer las necesidades tanto de contacto como de autonomía de su hija, sin embargo, ella misma tiene dificultades para reconocer sus necesidades y nunca aprendió a llevar una existencia psicológica separada; entonces el responder a las necesidades de su hija causará en ella un estado de ansiedad y tensión, la llevará a relacionarse inconsistentemente con la infante y la hará mostrarse algunas veces disponible y otras inaccesible. La hija, por otro lado, al sentir la tensión en la relación con su madre e incapaz de predecir y controlar las acciones de ésta, se halla confundida y ansiosa. Buscará una explicación para esta experiencia de abandono psicológico e introyecta las ideas de que: 1) no debe esperar demasiado, 2) la vida es inconsistente y requiere de una continua adaptación y 3) hay algo erróneo en sus necesidades y en ella misma (Eichenbaum y Orbach, 1984).

En este punto, cuando la madre es a la vez objeto de identificación y frustración, es donde se sitúa según Bleichmar (1985), la base del conflicto de la niña con su madre.

Posteriormente la niña descubrirá la diferencia entre los sexos y su consecuente falta de pene, lo cual le infringirá una doble herida narcisista: la que conlleva el desmoronamiento de su objeto ideal (dado que la madre tampoco lo posee) y la que se refiere a su propia castración. Sin embargo, en contraste con la teoría freudiana, Bleichmar no reduce la castración al simple hecho anatómico, sino que la vincula a un proceso social, que de manera permanente y sistemática desvaloriza al género femenino. Ahora la niña ingresa al complejo de Edipo y como consecuencia pasa a formar parte de una clase que socialmente es considerada inferior, despreciable, secundaria, deficiente, etc.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la niña edípica abandona a la madre como objeto de amor y se acerca al padre con la esperanza de recibir de éste el pene que, no le ha sido otorgado. De esta manera, el Psicoanálisis explica el complejo de Edipo femenino y el vuelco de la niña hacia el padre como resultado de la envidia del pene y de la innata heterosexualidad de ésta. En contraste, Chodorow en 1978 interpreta este hecho como el resultado de la excesiva tensión existente en la relación entre una madre omnipotente, que pretende perpetuar un vínculo de amor e identificación primaria, y una hija que al intentar individualizarse, ve en el padre un símbolo de libertad que la ayudará a distanciarse de su madre. Así para esta autora, la envidia del pene efectivamente llevará a la niña al complejo de Edipo, sin embargo, ahora la masculinidad y el pene se revestirán de gran importancia para ella, pero no como resultado de un deseo de virilidad, sino como un símbolo de liberación y rebeldía ante esa madre omnipotente, que le infringe

una herida narcisista al amenazar la integridad de su yo y al provocarle sensaciones de impotencia y dependencia.

Es así como para Chodorow (1978, p.185) "el deseo narcisista de un pene (se sitúa) en el nivel metafórico apropiado: el pene o falo, es símbolo de poder o de omnipotencia, sea que se posea uno (como un hombre) o se lo tenga como objeto sexual (como lo tiene la madre que "posee" al padre). La niña lo desea por los poderes que simboliza y por la libertad que promete respecto a su previa sensación de dependencia (...). La envidia del pene es básicamente la expresión de otro deseo. Las mujeres no desean ser hombres, pero desean despegarse de la madre y convertirse en mujeres completas, autónomas".

A pesar de lo anterior, la niña no abandona la relación interna y externa con su madre; aún cuando compita con ella por el amor del padre, su apego preedípico hacia ella estará siempre presente. Como consecuencia de esto durante toda la fase edípica la niña mantendrá a sus dos padres como objetos de amor, pero también como rivales, es decir, la niña tratará de romper el lazo simbiótico con su madre y utilizará al padre para esto; sin embargo, ésta continuará siendo emocionalmente más importante para la niña y representará durante toda su vida la relación más primitiva y cercana con la que cuenta.

Paulatinamente la niña resolverá su complejo de Edipo: abandonará de alguna manera la ira y los deseos edípicos que abriga hacia ambos padres, pero en

comparación con el niño, no los reprimirá con tanta urgencia, ya que es menos probable que tema el castigo maternal o paternal (Chodorow, 1978).

La resolución edípica la llevará al llamado período de latencia, durante el cual fortalecerá su identidad de género, mediante el ejercicio de actividades propias para su sexo, proceso contradictorio que conlleva por un lado, la reconstrucción del narcisismo y por otro, la propia devaluación, dada la condición socialmente inferior de lo femenino.

Durante este período de latencia y con la consecuente delimitación de las actividades como femeninas o masculinas, los campos de acción de los géneros quedan perfectamente diferenciados; un mundo doméstico y privado para las niñas y uno público para los niños; lo cual acarreará consecuencias psíquicas para ambos. El varón mediante esta creciente autonomía e independencia, podrá resolver con mayor facilidad su complejo de Edipo, ya que adoptará el normal desprecio masculino a las mujeres. Alejándose de la madre, tomará como modelo e ideal a alguien perteneciente al ahora sexo privilegiado: su padre, lo cual reforzará tanto su masculinidad como su autoestima. La niña, por otro lado, seguirá identificada con el modelo de su primera infancia, es decir, su madre, hecho que la llevará a reconocerse en actividades y habilidades propias de su género, continuando en el ámbito del apego y la dependencia (Bleichmar, 1985).

De esta manera, la masculinidad se definirá a través de la separación, mientras que la feminidad lo hará a través de la unión, así el hombre se verá amenazado por la intimidad, mostrando serios problemas para relacionarse y la mujer se sentirá amagada por la separación, teniendo gran dificultad para individualizarse (Cohn, 1984).

Estas diferencias entre el desarrollo femenino y masculino, también afectarán la conformación del sistema narcisista de los géneros. El varón tendrá como metas el crecimiento intelectual, moral y físico, lo que socialmente le traerá gratificaciones y reconocimiento. Así, masculinidad y narcisismo se reforzarán mutuamente. Por su parte la niña, tendrá dificultades para desarrollar su autoestima, no sólo por la vejación que sufre socialmente como perteneciente al género femenino, sino porque su experiencia y su aprendizaje no le han proporcionado habilidades para desarrollarse socialmente, lo que contribuirá a mermar su autoconcepto. De esta manera, feminidad y narcisismo surgirán como contrarios (Bleichmar, 1985).

La exposición anterior muestra, desde la postura muy particular de las autoras revisadas, a la feminista como una teoría que intenta incluir como parte importante de sus explicaciones la cuestión social; ya que al partir del proceso de socialización para describir el desarrollo psicológico femenino, visualiza a la mujer como un ente biológico, psicológico pero también cultural, que se conforma con base en la interacción con otros seres humanos.

Este tipo de enfoque sienta las bases para conceptualizar al género como un constructo, como un producto social, con implicaciones psicológicas, económicas, culturales, políticas e incluso biológicas. Es decir que ahora, para comprender el devenir femenino no puede partirse de la biología, para después intentar una explicación psicológica de la cual se desprenda un componente social, más bien, debe partirse de lo social para explicar la conformación de la subjetividad femenina, los problemas que la aquejan e incluso como éste ha dado un significado especial a las diferencias biológicas entre los sexos.

LAS DIFERENCIAS SEXUALES MIRADAS DESDE LO SOCIAL.

Del problema Naturaleza vs. Crianza donde se debate acerca de cuales son los factores determinantes en el comportamiento humano, se ha desligado el interés por investigar respecto de las diferencias entre hombres y mujeres, para discernir de la misma manera cuál es el papel de la naturaleza y cuál el de la crianza alrededor de estas diferencias.

La Antropología ha mostrado un interés especial en estudiar de qué manera la diferencia entre los sexos se manifiesta culturalmente. Es así como surgen los trabajos transculturales de Margaret Mead (en Lamas, 1986) que al situar su interés en las diferencias conductuales de mujeres y hombres del mundo occidental y de tres sociedades de Nueva Guinea, concluye que estas diferencias son creaciones culturales y que por lo tanto la naturaleza humana es infinitamente maleable.

Así mismo, Ralph Linton (1972) señala que los seres humanos al nacer cuentan con un bagaje de particularidades físicas, intelectuales y de temperamento, que durante el período de socialización es moldeado por la cultura, para lograr que cada individuo que ingrese a ella encaje y sirva al sistema social en el cual nació. De esta manera, la conducta de hombres y mujeres es efectiva y aceptada en la medida en que se adapte al medio.

Linton desprende de lo anterior, el concepto de *statu*, entendido éste como la posición que ocupa una persona en relación a toda la sociedad; pudiendo tratarse de una asignación arbitraria que no toma en cuenta las habilidades o preferencias de los individuos (*status adscrito*), o surgir como resultado de un entrenamiento o prácticas especiales durante los cuales se obtiene una habilidad particular (*status adquirido*). Sin embargo, estos dos tipos de *status* pueden mezclarse indisolublemente, como es el caso de la división y asignación social con relación al sexo. A este respecto el autor considera "el estudio comparativo de los *status* asignados a las mujeres y a los hombres en diferentes culturas parece demostrar que, si estos factores (las diferencias fisiológicas) pueden haber servido como un punto de partida para el desarrollo de una diferenciación, las verdaderas asignaciones están casi siempre determinadas totalmente por la cultura. Las mismas características psicológicas asignadas a los hombres y a las mujeres en diferentes sociedades, varían tanto que difícilmente pueden tener una base fisiológica" (p.125).

Posteriormente Murdock (1937) compara la división sexual del trabajo en 224 tribus seleccionadas de todas las partes del mundo, mostrando el porcentaje de actividades que dentro de estas sociedades denotaron ser exclusivamente masculinas, predominantemente masculinas, realizadas indistintamente por cualquiera de los dos sexos, predominantemente femeninas y exclusivamente femeninas. Con base en los resultados presentados por Murdock, puede concluirse que la especialización de las actividades económicas por sexo, no

puede ser explicada completamente por las diferencias físicas entre hombres y mujeres, ya que a excepción de aquellas actividades que requieren gran fuerza física, todas las demás pueden y son realizadas en algunas de estas sociedades por mujeres; argumento que elimina entonces la importancia del determinismo biológico en el destino de los sujetos.

Por último y para finalizar esta presentación, Lévi-Strauss publica en 1947 su libro "Las estructuras elementales del parentesco" donde sostiene que es imposible hablar de manifestaciones o conductas humanas preculturales, ya que el ser humano es la única especie animal en la que es difícil discernir los componentes innatos de los aprendidos, donde el punto en el que se pasa de lo biológico a lo cultural no se puede precisar y donde el mecanismo que articula estas dos esferas es casi completamente desconocido; y señala: "La cultura no está ni simplemente yuxtapuesta ni simplemente superpuesta a la vida. En un sentido la sustituye; en otro, la utiliza y la transforma para realizar una síntesis de un nuevo orden" (p.36).

Analizando las aportaciones de estos/as autores/as es posible apreciar algunos de los enfoques que dentro de la Antropología se han adoptado para dar una explicación satisfactoria a las diferencias culturales entre mujeres y hombres y así puede concluirse, por un lado que aún cuando los aspectos biológicos y los culturales se hallan intrínsecamente relacionados, evidentemente la influencia de la cultura sobre el comportamiento de los seres humanos supera de manera considerable a la fuerza que pueda ejercer la herencia biológica sobre ellos; y por

otro lado se concluye que los argumentos antropológicos terminan con la idea de basar las diferencias sociales entre los sexos en las diferencias biológicas, explicando los roles de la mujer y del hombre dentro de una cultura como instituidos, aprendidos y reproducidos socialmente y no como derivados directos de la naturaleza de los individuos. Ahora el interés de esta presentación recae en la relación existente entre las diferencias biológicas y las diferencias socioculturales, más específicamente en el significado social de las diferencias sexuales.

A) EL SIGNIFICADO CULTURAL DE HABER NACIDO MUJER

La división sexual de los seres humanos es un hecho que atraviesa a todas las culturas, aún cuando varíe la atención que éstas puedan concederle, no existe ni ha existido sociedad alguna que ignore por completo el género de sus ciudadanos (Strathern, 1979). Sin embargo, lo que reviste de importancia a esto, es que conjuntamente con la universalidad social de la división genérica, ha sido posible apreciar el status secundario de la mujer como un hecho igualmente pancultural (Ortner, 1979).

Esta desvalorización universal de la mujer, ha sido explicada desde diferentes posturas, tomando como base diversas características femeninas.

Así puede tomarse por ejemplo al "Determinismo Biológico" que intenta explicar el orden de cualquier sociedad a través del uso de fuerzas biológicas, es decir, trata

de Justificar las jerarquías sociales adjudicando al genotipo humano la responsabilidad de la colocación de cada persona dentro de un status determinado (Álvarez y Hernández, 1986). Algunas de las características anatómicas femeninas que han sido utilizadas por el determinismo Biológico para justificar el papel de la mujer dentro de la sociedad son principalmente: a) su capacidad reproductora, donde feminidad es sinónimo de maternidad, y por lo tanto de lo instintual y lo doméstico: así la sexualidad de la mujer tanto como su subjetividad y su rol social han quedado definidos por esta capacidad, planteando límites muy estrechos para la realización integral de la mujer como ser humano; b) su capacidad intelectual, que en comparación con la del hombre se piensa que es inferior por el simple hecho de ser diferente, distinción que además se concibe como innata en vez de generada por la interacción con otros sujetos; c) la menstruación, vista como un hecho meramente biológico que encadena a la mujer a la fluctuación de sus ciclos hormonales, haciendo que ésta asuma sus características conductuales y afectivas como inherentes de su condición femenina, provocando que a su vez ignore el papel que la sociedad ha jugado para que ella viva su cuerpo como ajeno a si misma; y d) su fortaleza física, que se ha tomado como pretexto para confinarla en el ámbito doméstico dada su indefensión.

Los argumentos dados por el determinismo biológico hacen ver a las diferencias biológicas entre los sexos como las responsables del "destino social" de hombres y mujeres, cuestión ante la cual la Antropología se ha mostrado en desacuerdo,

no porque trate de restarle importancia a los hechos biológicos o a las diferencias evidentes e innegables entre los sexos, sino porque estos hechos y diferencias no tendrían importancia si socialmente no se les concediera cierto significado (Lamas, 1986).

Es así como surge el trabajo de Sherry Ortner (1979) al tratar de explicar también la desvalorización universal de lo femenino, desde una postura antropológica, sustenta la hipótesis de que la mujer dentro de todas las culturas ha sido identificada o asociada con la naturaleza y de este hecho surge su lugar subordinado dentro de la sociedad. Dado que los seres humanos siempre han tratado de generar y mantener sistemas sociales que trasciendan el orden de la naturaleza y dado que lo natural no sólo se considera diferente de lo cultural sino inferior; resulta natural que el hombre, que se halla más identificado con la cultura subordine y oprima a la mujer que se encuentra más cercana a la naturaleza.

La explicación de Ortner al hecho de la supuesta menor trascendencia de la mujer con respecto a la naturaleza, encuentra su génesis en el cuerpo y las funciones procreadoras de ésta, a tres niveles principalmente:

1. La mujer al estar más profundamente involucrada en la reproducción de la especie, halla más limitada su movilidad social con respecto al hombre.

2. Estas funciones reproductoras no sólo limitan y confinan a la mujer sino que también la sitúan desempeñando roles sociales inferiores a los masculinos, como son las ocupaciones domésticas y la crianza de los hijos.
3. Los roles sociales que surgen como consecuencia de la anatomía femenina, dan lugar a su vez a una estructura psíquica particular, donde el sentimentalismo, la concreción, el personalismo y la subjetividad son las características principales, que marcan una forma de relación con el mundo en contraste con la interacción masculina más mediata y categorizada.

Ortner resume lo anterior diciendo: "el cuerpo de la mujer parece condenar a la mera reproducción de la vida, el macho por el contrario al carecer de funciones naturales creativas debe (o tiene la posibilidad de) afirmar su creatividad de modo exterior (...) y al hacerla, crea objetos relativamente duraderos, eternos y trascendentes, mientras que la mujer sólo crea algo perecedero, seres humanos" (p.117).

Al mismo tiempo que la mujer es concebida como más cercana a la naturaleza, dadas las características anteriormente mencionadas; su pertenencia y necesaria participación en la cultura, la hace ocupar más bien un papel intermedio, quizá mediador entre la cultura y la naturaleza. Este papel intermedio, que tiene relación directa con la socialización de los individuos (crianza) explica las restricciones y

limitaciones a las que es sometida la mujer: al ser ella el agente básico de socialización es necesario, por un lado que no descuide su misión, y por otro lado, que asimile perfectamente su rol, de manera tan natural que reproduzca este patrón y cree nuevas generaciones de mujeres y hombres que se adecuen a lo que la sociedad necesita y pide de ellos.

Situando este recorrido antropológico dentro del tema tratado, se concluye que es la cultura y no la naturaleza la que construye a la mujer, dándole un significado especial a sus características fisiológicas, colocándola desde su nacimiento en un rol social preestablecido dentro del cual le será permitido realizar sólo ciertas actividades; conformando además como consecuencia de esto, su subjetividad para que introyecte como inherentes a ella, actitudes y valores que le han sido impuestos.

Dado lo anterior puede decirse que el género es entonces el resultado de un proceso cultural que propicia, particularmente en la mujer y generalmente en la sociedad, la interiorización de una serie de estereotipos rígidos, donde cada ser humano debe responder a su naturaleza como a un ser inflexible. Es decir, que el género como tal debe ser visto ahora, por un lado como una construcción social, cultural e histórica, y por otro como el engranaje de las características fisiológicas, psicológicas y de las experiencias particulares de cada individuo, dentro de un contexto social que normatiza todas las prácticas humanas.

CAPÍTULO III

MUJER Y SALUD MENTAL

En este capítulo se analiza la forma en la que se ha ido construyendo el modelo imperante de salud mental femenina, comprendiendo a éste como el resultado de un proceso histórico, donde han intervenido intereses políticos, económicos, religiosos, etc.

De esta manera se presenta en principio, un breve repaso histórico donde se muestran los cambios que ha sufrido la condición femenina a través del paso de los siglos y cómo estos cambios han ido construyendo la subjetividad de la mujer y afectando su salud mental.

Posteriormente se hace una revisión de lo que constituye en la actualidad el modelo de salud mental femenina, desde un punto de vista principalmente médico y psiquiátrico. En este contexto, se toman como ejemplos de los problemas femeninos de salud mental, a las histerias y depresiones, por ser éstas las entidades nosológicas a las que con más frecuencia son asignadas a las mujeres.

A partir de lo anterior, se revisan las consecuencias psicológicas que tienen en la mujer sus condiciones de vida cotidiana, tomando como ejemplos de ésta el desempeño de aquellos roles sociales tradicionales a los que ha sido designada (esposa, madre y ama de casa), a través de lo cual se ha calificado su salud mental y su legítima pertenencia al género femenino.

MUJERES: HEREDERAS DE UN PASADO DIFÍCIL

Durante la prehistoria muy probablemente la división sexual del trabajo estaba basada en las características propias de cada sexo. La maternidad y la menor fuerza física seguramente determinaron las actividades femeninas de esa época. Andrée Michel (en Álvarez y Hernández, 1986) plantea, sin embargo que dicha división del trabajo, sin que interviniera la noción de propiedad privada y acumulación de bienes, seguramente no representó en esa época desigualdad social.

Con el consecuente dominio de la naturaleza, las comunidades se asentaron, comenzaron a cultivar la tierra y a domesticar animales, en este momento la mujer adquiere un prestigio extraordinario, el cual se explica por la imperiosa necesidad que tiene la comunidad de reproducirse rápidamente para así hacer frente a sus enemigos y a la vez, por el papel de trascendencia que implicaban los hijos con respecto al legado de los bienes. La maternidad se convierte entonces en una función privilegiada, ya que la vida del grupo se propaga gracias a ella. Es así como la mujer pasa a ocupar un lugar preponderante en la comunidad; por un lado el parentesco matrilineal se establece [lo cual no significó nunca el establecimiento del matriarcado, mito creado por Baschoffen, al cual la Sociología ya no *otorga* ningún *crédito* (Beauvoir, 1989b, p.38)], y por otro el trabajo agrícola se le confía, en una especie de creencia mágica, donde la mujer posee las mismas cualidades creadoras que la tierra.

La maternidad destina a la mujer a la vida sedentaria, hecho que además conviene a los intereses de la comunidad, mientras que los hombres cuidaban de los animales, cazaban, pescaban y fabricaban utensilios y armas; las mujeres se encargaban del cultivo, la alfarería, el hilado, el tejido y la producción de seres humanos (Beauvoir. 1989a).

El crecimiento constante de la población requirió la acumulación de alimentos, al igual que propició la necesidad de dominio de unas comunidades sobre otras; nacen las clases privilegiadas que eran necesarias para la organización, la conquista y las manifestaciones religiosas. Se crea así el primer antagonismo de clases, estableciéndose además la propiedad privada y la acumulación de bienes, riqueza y poder.

El descubrimiento del papel del hombre en la reproducción resultó ser una base importante para la constitución del patriarcado; ya que en el hombre surge la necesidad de adquirir poder sobre la mujer y la reproducción, para de esta manera asegurar la transmisión del poder a su propia descendencia. Es así, como cambia radicalmente el papel de la mujer, ya que al transformarse la familia en monogámica, ésta se convierte en servidora y subordinada del hombre, quedando reducida al papel de reproductora y sirviente (Álvarez y Hernández, 1986). Esta caída social de las mujeres les restó evidente poder como fuerza colectiva, ya que no sólo quedaron excluidas de la vida pública, sino que el confinamiento al que las somete el nuevo orden patriarcal les impide comunicarse y aliarse con otras mujeres. Simone de Beauvoir (1989a,

p. 101) explica este hecho, argumentando: "La desvalorización de la mujer representa una etapa necesaria en la historia de la humanidad, porque su prestigio no provenía de su valor positivo sino de la debilidad del hombre (...).

La mujer sólo era venerada en la medida en que el hombre se hacía esclavo de sus propios temores, cómplice de su propia impotencia; le rendía culto en el terror, no en el amor; (...) (los machos) han enajenado en parte su existencia en la naturaleza y en la mujer, pero la han reconquistado inmediatamente; condenada a desempeñar el papel del Otro, la mujer estaba también condenada a no poseer más que una potencia precaria; esclava o ídolo, nunca ha elegido ella misma su suerte".

El desarrollo de las sociedades urbanas implicó la acumulación de riquezas, el mejoramiento técnico, la especialización del trabajo y el desarrollo del comercio; lo que propicio así mismo la existencia de distintas clases sociales.

Las mujeres quedaron entonces recluidas en su hogar sin independencia económica ni libertad sexual, pasando a formar parte de la propiedad del hombre.

Dentro de la época de la tradición judeo-cristiana, la mujer es asignada a la noción de objeto, el cual debía ser dominado por el hombre, ya que se le consideraba incapaz de trascender el orden divino. Desde los primeros textos cristianos se declara la inferioridad espiritual de la mujer y comienza a

considerársela peligrosa para la salud mental y física del hombre. Posteriormente se le adjudica alma, pero no se la aleja de lo instintivo e irracional (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

La hembra humana es apreciada entonces, principalmente por su labor reproductiva, que es sólo alterada por aquellas mujeres glorificadas o vírgenes, o por aquellas asociadas al sexo y el pecado. A partir de este momento la Iglesia regula la vida reproductiva de la mujer, promulgando leyes sobre el aborto y la anticoncepción, controlando así mismo la actividad de las comadronas y de los médicos en general (Ehrenreich y English, 1988).

En la Edad Media, con la autoridad básicamente en manos de la Iglesia Católica, la mujer era vista como incapaz de independencia e inteligencia, ya que, se la consideraba más ligada a la naturaleza y evidentemente inferior al hombre. En esta época surge la Inquisición donde infinidad de mujeres son cazadas y quemadas en la hoguera, por dedicarse a la brujería [Ehrenreich y English (1988) explican el hecho de que la Inquisición halla sido particularmente incisiva con aquellas mujeres que aparentemente se dedicaban a la Brujería, puntualizando que como en realidad estas poseían conocimientos bastante avanzados en herbolaria y ginecología, y que incluso los conocimientos de la entonces incipiente Medicina resultaba peligrosa, ya que además de ser personas independientes económica y emocionalmente de los hombres (hecho que cuestionaba la natural sumisión femenina) ayudaban a las mujeres a controlar sus embarazos por medio de la anticoncepción y el

aborto.] Desde esta época comienza a configurarse una noción de la subjetividad femenina donde las mujeres eran sujetos definidos y validados por los hombres (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

En esta etapa preindustrial de la casa feudal, la situación de la mujer de clase media y baja se presenta muy incierta, ya que sí bien, dependía social y económicamente del padre-marido-patrón, participaba de manera equitativa en la producción de bienes y en la reproducción, además de que el trabajo doméstico se consideraba una actividad productiva importante. La situación de la dama noble, esposa del señor feudal, discurre de manera algo diferente, aún cuando el marido seguía siendo su tutor y tirano y ella seguía estando totalmente subordinada a él; ésta podía tener acceso a la educación y a la cultura e incluso la vigilancia a la que estaba sometida su conducta sexual se modifica (era un uso generalizado entre estas mujeres el buscar amante fuera del matrimonio) además de que con el surgimiento del ideal del amor cortés, se la trataba como mayor diferencia (Sáez, 1988).

Durante el Renacimiento, la base de la economía estaba en el comercio. Resurgen la cultura y las artes, pero sólo una porción muy reducida de mujeres, las que pertenecían a la clase privilegiada, logran participar de esto, ya que las demás seguían recluidas en sus hogares, con pocas oportunidades de tener contacto con la educación.

A partir del siglo XVII, el énfasis en la función materna y en el trabajo doméstico

se asocia en las mujeres con la represión sexual. Esto se explica por el hecho de que dentro del nuevo orden burgués, el sexo es incompatible con el trabajo; a partir de entonces comienza a crearse todo un aparato ideológico que permite a la mujer el tránsito por el placer sexual vía búsqueda de la maternidad (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Durante la Revolución Industrial (S. XVIII), la producción extradoméstica se convirtió en la única actividad realmente valiosa, de esta manera la mujer quedó definitivamente relegada a las tareas domésticas, al consumo y a la crianza de los hijos. Es así como comienza a formarse un modelo de salud mental femenina vinculado muy de cerca con la maternidad y cuyas características eran la receptividad; la contención y la nutrición. De esta forma es como se da uno de los virajes históricos más importantes para la configuración de la subjetividad femenina: la creación del "ideal materno" como modelo constitutivo de lo femenino y como garantía de salud mental. Paralelamente, a medida que el ejercicio maternal de las mujeres dejó de cruzarse con las actividades extradomésticas, se fue convirtiendo en un trabajo aislado y exclusivo (Chodorow, 1978).

Con el desarrollo del Capitalismo y la consecuente urbanización e industrialización, sobrevino una marcada división social del trabajo. La producción tiende a la propiedad privada y la competencia económica, lo cual estimula el desarrollo del individualismo y la autoconciencia. El aumento de la producción industrial requirió, por un lado, que las mujeres pertenecientes a la

clase en el poder, así como las de clase media, permanecieran en casa educando a los hijos, siendo el sostén emocional de la familia, que para entonces es considerada ya como la base de la sociedad; y por otro lado, que las mujeres de la clase trabajadora se incorporaran a la producción para mejorar su situación económica y cubrir las demandas productivas, sin que esto significara que descuidaran sus labores domésticas.

La familia se convierte en una institución predominantemente relacional y personal, en contraste con la esfera social. El rol familiar de las mujeres se centró entonces en proporcionar cuidados a los hijos y bienestar a los hombres. La separación de las esferas doméstica/familiar y pública/social, se agudizó con el desarrollo del Capitalismo Industrial; produciendo así una familia reducida a tres elementos básicos: el ejercicio maternal ejercido por las mujeres, el intercambio heterosexual y la reproducción del dominio masculino (Chodorow, 1978).

Es así, como la propiedad privada por excelencia de la mujer la constituye ahora los hijos, "bajo la convicción, de que en tanto producían sujetos, (...) se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad" (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990,31)

Hacia finales del siglo XIX, la mujer perteneciente a la burguesía es sometida a la cocina y al hogar, sus costumbres son vigiladas, su independencia coartada, pero recibe en compensación honores y cortesía; se la libera de toda

responsabilidad extradoméstica para que acepte gustosa el papel de madre y ama de casa. Así mismo, la burguesía revalora los papeles sexuales definiendo a la verdadera mujer como pura, delicada, enfermiza, frágil, insegura, sumisa ante el hombre, realizada totalmente a través del matrimonio y la maternidad; mientras que el hombre debía ser fuerte, seguro, racional, activo y con la obligación de mantener económicamente a la familia. Presas de esa ideología las mujeres burguesas son educadas para ser madres, esposas y para cultivar sólo su belleza y sus sentimientos, lo cual provoca y refuerza su marcada dependencia económica, social y psicológica del hombre.

La realidad para la mujer pobre era muy diferente, sí no se convertía en obrera y se veía sometida a jornadas extenuantes de trabajo (10 o más horas diarias) dentro de las fábricas o talleres, debía pasar a formar parte de la servidumbre de alguna casa perteneciente a la clase poderosa, ejecutando las labores que la mujer de estas familias ya no estaba dispuesta a realizar; o en el peor de los casos, sí no existía alguna otra opción, comenzaba a ejercer la prostitución.

La ideología así imperante creó además una serie de instituciones para formalizar, rigidizar, perpetuar y diseminar este orden social, tales como la Iglesia, los medios de comunicación, la escuela, la familia; donde las relaciones entre los sexos permean todas las prácticas sociales.

Años más tarde aparece el Socialismo que promete la liberación de la mujer junto con la del proletariado, que muestra como la historia de desigualdad

femenina se haya estrechamente ligada a la historia de la propiedad privada y declara que la mujer sólo logrará la emancipación en la medida en que participe de la producción económica.

Paralelo a este acontecimiento, surge el ingreso masivo de las mujeres a las fábricas; por primera vez en muchos siglos ellas pueden escapar del hogar para ingresar a la fábrica, lo que aparentemente incrementa su importancia económica, sin embargo, este cambio no es creado a instancias de los ideales del Socialismo, sino que por un lado, la necesidad económica obliga a las mujeres a ingresar a las fuerzas productivas y por otro, la demanda de trabajadores reclama su participación. Los dueños de las fábricas aprovechan estas circunstancias para explotar a las obreras, ya que sus jornadas generalmente resultan más largas y sus tareas menos especializadas, al mismo tiempo que sus salarios son más bajos en relación con los de sus iguales masculinos (Beauvoir, 1989a).

Ya dentro del siglo XX, las mujeres siguen teniendo como ámbito privilegiado y alienante el hogar, desempeñando los roles de madre-esposa-ama de casa. Y sólo pasada la mitad de este siglo, es cuando las mujeres pudieron acceder a actividad antes vetada para ellas, sin que esto halla significado que se las desligue de los quehaceres domésticos y del maternazgo [Termino que se ha utilizado para designar lo que socialmente se considera el derivado natural y obligado de la capacidad femenina de gestación, lactancia, es decir, el cuidado y la crianza de los niños (Lamas, 1985).].

Conforme avanza el siglo, el número de mujeres que trabajan fuera de casa es mayor y como el servicio domestico es cada vez más escaso, la mujer tiene ahora dos ocupaciones fijas: una asalariada como trabajadora extradoméstica y otra no remunerada como ama de casa y madre. Las mujeres han aprendido que los cambios en las formas sociales y económicas de producción, no les aseguran cambios en las relaciones domesticas de reproducción (Chodorow, 1978).

El trabajo no ha resultado ser para la mujer la panacea que cure todos sus males, no le ha dado el prestigio social que se merece ni la autonomía económica deseada y mucho menos ha podido liberarla de cargar ella sola con la responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de la casa.

Como se ha podido observar a lo largo de este recorrido histórico, las condiciones de vida de la mujer no han variado mucho desde el descubrimiento del papel del hombre en la reproducción. La mujer desde entonces ha sido sobajada, reprimida, recluida, perseguida, vigilada; pero no a consecuencia de su supuesta inferioridad natural, sino como respuesta a los intereses del sexo dominante y de la clase en el poder.

A la mujer se le ha negado el acceso a la educación como un medio para limitar su creatividad y aspiraciones, se le ha recluido en el hogar para evitar que pueda tener contacto con ideas subversivas y se alíe con otras mujeres, se le ha coartado la libertad sexual para que la lujuria no la alejen de su papel

procreativo y no ponga en riesgo el parentesco patrilineal y se le ha obligado a depender económica y emocionalmente del hombre para recrudescer su sometimiento e imposibilitarla para la autonomía.

La repercusión de estas condiciones de vida en la salud mental de las mujeres es innegable; sin embargo, la forma en la que la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología han conceptualizado esta influencia ha contribuido a invisibilizar la opresión de la que son objeto las mujeres, en vez de ayudar a focalizarla y combatirla.

EL MODELO IMPERANTE DE SALUD MENTAL FEMENINA

A finales del siglo XIX la mayoría de las sociedades occidentales existían dos especies totalmente diferentes de mujeres: una rica, frágil, enfermiza, sensible y respetable señora y otra pobre, trabajadora, explotada y extenuada que vivía en los arrabales. Debido a esto, y a que una sola ideología no podía abarcar ni justificar estos estilos de vida tan diferentes, la ciencia biomédica (que para entonces es la fuente más poderosa de control social) crea una concepción apropiada para las mujeres de la clase alta y media (ésta última que aspiraba al estilo de vida de la primera) y otra para las mujeres pobres y de clase obrera.

Por un lado estaba la mujer rica; que denominada por la ciencia médica como perpetuamente enferma, y designada a una única función: la maternidad; vivía en la completa dependencia económica, en el confinamiento hogareño, en una ignorancia casi absoluta y en la perpetua inactividad.

De acuerdo con Ehrenreich y English (1988), la creación del mito de la invalidez femenina incrementó el aislamiento y el tedio en el que vivía la mujer de la clase acomodada, pero también incrementó las racionalizaciones médicas a este respecto. Ahora no sólo el embarazo y el parto predisponían a la mujer a la enfermedad, sino que todas sus funciones orgánicas pasaron a ser consideradas insanas. La mujer era una persona congénitamente enferma.

Este tipo de razonamientos ofrecieron una base sólida para no permitir a la

mujer ningún comportamiento que no fuera compatible con sus rol de madre y esposa, justificando a la vez su exclusión de la vida pública.

El mito de la fragilidad femenina, no era sólo producto del subdesarrollo científico de la época, sino que también servía de soporte a la ideología sexista imperante, además favorecía directamente los intereses económicos del gremio médico. Dentro de esta misma línea, comienzan a crearse una gran cantidad de teorías que explicaban "científicamente" la opresión femenina. Una de ellas postulaba a la reproducción como el aspecto fundamental de la vida biológica de la mujer hecho que la obligaba a ocupar toda su energía en llevar a cabo su misión más importante: la maternidad.

Según estas autoras, la matriz y los ovarios pasan así a dominar no sólo el organismo y la vida social de la mujer sino también su psicología, ya que cualquier alteración femenina, desde la irritabilidad hasta la locura, llegan a atribuirse a la enfermedad de estos órganos. El origen de trastorno en estos órganos era atribuido generalmente a las malas costumbres (la masturbación, el orgasmo o cualquier manifestación de deseo sexual) aún cuando la propia enfermedad podía causar la aparición de estos malos comportamientos. Este hecho marca la separación definitiva entre la sexualidad femenina y la reproducción, al mismo tiempo que niega la presencia de impulsos sexuales en la mujer; reduciendo su vida sexual a la búsqueda de la maternidad; situación que a la vez, incita la creación de una serie de tratamientos médicos en el área ginecológica dirigidos a curar los problemas de personalidad femeninos

(ablación quirúrgica del clitoris, extirpación de los ovarios, histerectomía, etc.) y que sí bien, tenían poco sentido desde el punto de vista médico, eran excelentes para tener a la mujer subyugada y atemorizada.

Aún cuando la mujer llegó a convencerse de su tendencia innata a la enfermedad y ésta resultó ser la principal razón para que no pudiera imaginar siquiera una vida útil y activa; el papel de eterna enferma le sirvió entre otras cosas como una forma de controlar su reproducción y su sexualidad, así como un medio para retener la atención y ejercer cierto poder dentro de la familia.

Aparece entonces un nuevo padecimiento femenino: la histeria (aún cuando la histeria, ya había sido *nominada* mucho antes como "la locura femenina" por excelencia y se la ligaba *directamente con las enfermedades del útero*, es en este *momento de la historia* que se la reconceptualiza como un padecimiento psíquico, perdiendo así su connotación meramente biológica), que se extiende como una epidemia entre las mujeres de esta clase social y como este mal, no mostraba ninguna base médica a la vez que era inmune a cualquier tratamiento, lo que genera un gran movimiento dentro del gremio médico; hecho que provoca entre otras cosas el surgimiento del Psicoanálisis, el cual diagnostica a la histeria como una enfermedad mental.

La mujer pasa así de las manos del ginecólogo a las del psiquiatra, y aún cuando el Psicoanálisis le concede la posibilidad de escapar a los tratamientos médicos físicamente intrusivos y le permite el derecho a una vida sexual

(aunque limitada a las sensaciones vaginales) éste la sigue considerando una persona perpetuamente enferma, destinada a ello por su anatomía.

Por otro lado, estaba la mujer pobre que no enfermaba, aún cuando el cansancio, los accidentes (de trabajo primordialmente) y las enfermedades como el tífus, la fiebre amarilla, la tuberculosis, el cólera y la difteria eran elementos habituales de su vida, ella no podía darse el lujo de cultivar la invalidez, no tenía tiempo ni dinero para ello; y aún cuando llegara a hacer los cuidados médicos a los que podía recurrir se limitaban a los remedios caseros o a los medicamentos patentados, ya que sólo en casos muy graves podía ingresar a los insalubres e insuficientes hospitales públicos.

Sí bien la salud de las pobres no preocupaba a los médicos ni a la opinión pública, en cambio sí existía una gran inquietud entre las clases alta y media acerca del contagio del que podían ser víctimas, debido a la influencia de estos en la salud de las ciudades. Es decir, la población pobre no importaba por enferma (en el caso de que lo estuviera) sino por ser una probable fuente de contagio para la población acomodada. Las mujeres pobres como potenciales portadoras de enfermedades eran especialmente peligrosas dado su contacto más estrecho con las mujeres ricas; ya sea porque realizaban las tareas domésticas, porque lavaban o cosían la ropa que usaban o por la prostitución; de cualquier manera y por estas razones, la persecución contra ellas se mostró más encarnizada e incisiva que con el hombre de la misma clase. "Mientras que la mujer de la clase media alta tenía problemas de salud,

la mujer obrera eran un problema sanitario" (Ehrenreich y English, 1988, p. 70). Pronto la ciencia médica encontró una explicación lógica para la polarización de clases y para la cada vez más creciente enfermedad y mortandad entre la población pobre: la supervivencia de los más aptos y la muerte de los naturalmente inferiores. Así la pobreza no corría el riesgo de explicarse como una injusticia social, se trataba simplemente de selección natural.

En el siglo XX, el conocimiento acerca de la transmisión de las enfermedades se amplió y la clase en el poder comenzó a comprender que su bienestar sanitario se hallaba intrínsecamente ligado a las condiciones de vida de las clases más pobres, lo cual provocó una gran movilización, sobre todo de las mujeres ricas, en favor de la sanidad pública, de la educación de los pobres (a este respecto) y del control de la natalidad para evitar la propagación de la pobreza. Sin embargo, este hecho nunca representó un mejoramiento en el nivel de vida de la clase proletaria; sí bien la mujer obrera pudo tener acceso a métodos anticonceptivos y adquirió cierta educación sanitaria. Sus jornadas de trabajo no disminuyeron ni tampoco se le liberó de la responsabilidad solitaria del cuidado de la casa y la crianza de los hijos (Ehrenreich y English, 1988).

Actualmente la relación de la mujer moderna con el sistema médico no ha sufrido, drásticas transformaciones. La ciencia médica ha seguido incidiendo en muchos de los ámbitos de la conducta femenina, desde el punto de vista sexual controlando desde los embarazos y la anticoncepción hasta la falta de respuesta sexual, desde el punto de vista psiquiátrico atribuyendo a casi todos

sus malestares una gran carga psicosomática e incluso desde el punto de vista de la Pediatría y la Psiquiatría Infantil, responsabilizando a la calidad de la atención materna de la salud mental de su descendencia.

A partir de lo anterior puede observarse como el área de salud mental de la población ha sido monopolizada por el sistema médico, el cual, ha reservado para sí el derecho de definir y etiquetar las enfermedades, de decidir qué clientes y qué problemas son dignos de consideración y de determinar cuales padecimientos merecen prioridad de investigación. La Medicina posee la exclusividad casi total del conocimiento, el diagnóstico, el servicio, el tratamiento, la prescripción y la investigación en el área de la salud mental (Richardson, 1988), contribuyendo muchas veces por estos medios a perpetuar estereotipos culturales.

Este modelo médico hegemónico, que según Menéndez (en Burin, Moncarz y Velázquez, 1990) es esencialmente biologicista, a-histórico, a-social, individualista, mercantilista y pragmático, ha focalizado y enfatizado de manera rígida la oposición entre normal y patológico; donde la diferencia (considerada como desviación dentro de la curva normal) es vista como síntoma de enfermedad; mientras que la adaptación a los requerimientos de la sociedad (estar dentro de la norma) es sinónimo de salud.

De esta manera puede observarse el gran poder de control social que tiene el gremio médico, el cual es regido por un barómetro clasista y sexista (Saéz,

1988) no sólo dicta los estándares de salud y enfermedad mentales imperantes, sino que incluso legisla acerca de la permanencia de una persona dentro de una sociedad, decidiendo quién debe ser marginado, hospitalizado, encarcelado, medicado, etc. y quién es capaz de vivir en armonía con sus congéneres; creando además para esto todo un cuerpo ideológico instaurado institucionalmente que garantiza y perpetua la segregación.

Ignorando que los sujetos son seres construidos culturalmente, inmerso dentro de un contexto y problematizados por sus estilos de vida; la Medicina fundamenta la búsqueda y explicación de los conflictos de las personas sobre bases biológicas y/o psicológicas, olvidando a lo social dentro de sus conceptualizaciones.

Stephenson, y Walker (1981) señalaron a este respecto que las definiciones de normalidad para las mujeres han sido modeladas muy de cerca por estereotipos derivados de ideas arquetípicas, que dividen a éstas maniqueamente en buenas y malas, donde las primeras son o deben ser obedientes, sumisas, dependientes, complacientes, gentiles, puras, diligentes, altruistas, sentimentales, delicadas, fértiles, etc.; mientras que las segundas son o deben ser agresivas, infieles, manipuladoras, vanidosas, egocéntricas, indignas de confianza, seductoras, independientes, irracionales, infértiles, etc.; donde, a su vez, la mujer buena será sana y la mala enferma, conceptos que han impregnado las teorías médicas y psiquiátricas y han ayudado a rigidizar el concepto de salud mental femenina.

Pero no sólo las teorías clínicas se hallan impregnadas de estereotipos acerca de las mujeres, sino que estos han alcanzado a influenciar radicalmente las prácticas en el área de la salud mental.

El trabajo de Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel (1981) muestra claramente esta situación. Estos autores encuestaron a clínicos de la American Psychological Association (APA) hombres y mujeres con diversos años de experiencia, acerca de las características de una mujer psicológicamente sana, de un hombre psicológicamente sano y de un adulto psicológicamente sano.

Los resultados mostraron que la concepción que los clínicos tenían de un hombre sano no difería significativamente de la que tenían de un adulto normal, mientras que las características de una mujer madura y saludable discrepaban de las de un hombre maduro y saludable (e incluso de las del adulto maduro y saludable), por considerarla más sumisa, menos independiente, menos aventurera, más fácilmente influenciada, menos agresiva, menos competitiva, más emocional, menos objetiva, etc. A partir de dichos resultados concluyeron que existe un doble modelo de salud mental para hombres y mujeres, donde las características deseables para toda mujer se alejan mucho de la noción de salud mental para un hombre sano y maduro.

Por su parte Burin, Moncarz y Velásquez (1990), señalan que actualmente existen principalmente dos modelos de salud mental femenina, los cuales han contribuido a estereotipar a las mujeres:

- Modelo Psicopatológico: el cual se basa en un criterio dualista de salud-enfermedad, bueno-malo, donde la enfermedad es vista como desviación de lo normal. Su modo de intervención se realiza a través de expertos profesionales de la salud cuyas herramientas son principalmente farmacológicas.

- Modelo Emotivo-Sensible: se basa en un criterio de salud donde ésta es definida como armonía y equilibrio. Las mujeres son saludables en tanto pueden mantener un equilibrio emocional y armonizar con los afectos de los que las rodean, es decir, la sensibilidad es vista como sinónimo de salud mental, sensibilidad para detectar las necesidades emocionales de los demás y dar respuesta apropiada a ellas. Este modelo admite la existencia de conflictos pero sólo en la medida en que pueda integrarlos, equiparados y armonizarlos, es decir, neutralizarlos. Interviene a través de técnicos con conocimientos apropiados en el área (counselling, asesoramiento, psicoterapias, etc.).

Finalmente para Rawling y Carter (1977) en la actualidad existen dos modelos de salud mental que han generado considerables controversias respecto del tratamiento psicoterapéutico que reciben las mujeres, que son:

- Modelo normativo: define a la salud mental como la expresión de conductas acordes con los valores y roles prescritos por la sociedad, particularmente con los roles genéricos. Dado que las prescripciones culturales son diferentes para la mujer y para el hombre. Este modelo implicará el uso de un doble criterio para evaluar la salud mental femenina y masculina, donde los individuos más sanos serán aquellos que adapten o ajusten mejor, dependiendo de su sexo, sus conductas y actitudes a los requerimientos de la sociedad; mientras que los individuos enfermos serán aquellos que, también dependiendo de su sexo, presenten conductas y actitudes que discrepen con el ideal social; aunque éstas no sean en sí mismas desadaptadas, enfermantes o negativas para el sujeto.

- Modelo Androcéntrico: el cual utiliza un sólo criterio para evaluar la salud mental: el masculino, donde las únicas conductas deseables, sanas y adaptativas serán las típicamente masculinas, mientras que las conductas consideradas como típicamente femeninas serán concebidas como indeseables, enfermas y desadaptativas. Este modelo coloca entonces a la mujer en una grave disyuntiva, ya que si bien devalúa explícitamente lo femenino, tampoco juzgará como sana la expresión de conductas masculinas en una mujer, de tal manera que ella tendrá que decidir entre exhibir

conductas consideradas como deseables para un hombre y/o un adulto normal y sano y así arriesgarse a ser diagnosticada como neurótica y castrante poniendo en duda su "feminidad"; u observar una estricta obediencia con respecto a los criterios culturales y comportarse como "toda una dama", aceptando así, su status como adulto de segunda clase, que socialmente será devaluado y relegado.

Aún cuando podría deducirse de lo anterior que cualquier acercamiento de la mujer al sistema de salud representa un enfrentamiento crudo con el sexismo [Se refiere a la utilización de percibir y operar sobre la realidad desde una perspectiva que coloca al género masculino como modelo de toda aproximación a la realidad (Pág. 22) y que constituye ciertamente un sistema opresivo para las mujeres.] y la discriminación. Actualmente este sector ha encontrado en la mujer a su mejor cliente: las pacientes femeninas exceden a los masculinos en un porcentaje de 3 a 2 visitas oficiales al doctor (Russo. 1990), en el porcentaje de ingresos a hospitales psiquiátricos, de atención psiquiátrica ambulatoria, en la práctica privada y en los estudios epidemiológicos (Sáez, 1988; Ehrenreich y English, 1988; Basaglia, 1983).

Así mismo existen ciertas clasificaciones nosológicas en las que las mujeres ocupan un lugar preponderante, como son las depresiones, las neurosis simples (Burin, Moncarz y Velázquez , 1990), intentos suicidas (Richardson. 1988), fobias, esquizofrenias, desordenes obsesivos-compulsivos y

somatizaciones (Russo, 1990; Careaga, 1994).

Estos datos podrían explicar el que se halla llegado a sugerir que la mujer esta mucho más predispuesta que el hombre a enfermar, específicamente a padecer trastornos psíquicos, sin embargo, la manera en que la Medicina y la Psiquiatría han venido definiendo a la enfermedad llevan a cuestionar, no sólo las explicaciones que se han creado para justificar el hecho de que las mujeres pidan ayuda con mayor frecuencia que los hombres, sino incluso a dudar de la veracidad de que las etiquetas diagnósticas utilizadas con mayor frecuencia en las mujeres hagan realmente referencia a enfermedades psicológicas.

Así podrían tomarse como ejemplos a las histerias y las depresiones, los dos padecimientos denominados femeninos por excelencia (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990); en tanto estos ilustran la forma en que tradicionalmente han sido tratados médica y psiquiátricamente los malestares femeninos.

HISTERIA Y DEPRESIÓN: MAL DE MUJERES

Diversos estudios epidemiológicos parecen indicar que existen ciertos trastornos de salud mental específicos por sexo. Este es el caso de las histerias y las depresiones, las cuales al ser diagnosticadas con mayor frecuencia en la mujer, han sido denominadas como los trastornos mentales típicamente femeninos.

A) EL FENÓMENO HISTÉRICO

El fenómeno histérico, ha suscitado a lo largo de la historia una multitud de interrogantes y explicaciones que van desde las mágicas, las religiosas, las médicas hasta las psicológicas. Sin embargo, existe un punto en el que todas las teorías están de acuerdo: es una enfermedad de mujeres, no tanto porque sean ellas las únicas que la padecen, sino porque parece existir un factor que predispone en la feminidad la aparición de este mal.

A pesar de todos sus avatares históricos, la histeria a partir de Freud cobra un significado diferente, ya que se la desliga de su etiología uterina para redefinirla como un padecimiento psíquico, producto de la represión de un suceso traumático de orden sexual, el cual encuentra su origen en la primera infancia del sujeto y que posteriormente en la vida adulta se asocia con un hecho aparentemente insignificante para formar los síntomas histéricos (Freud, 1896).

Freud observa una predominancia femenina en el número de casos que presentaban esta enfermedad, creando por consecuencia algunas explicaciones teóricas específicas para estas mujeres. De esta manera, encuentra en las pacientes histéricas una preocupación constante por sus órganos genitales y la posibilidad de que éstos puedan parecer desagradables o repugnantes, hecho que a su vez las tornará inseguras, irritables, susceptibles y desconfiadas (Freud, 1905); posteriormente esta preocupación excesiva será explicada por Freud como una reacción anormal ante la inferioridad clitoridiana y la consecuente envidia del pene.

Así mismo, este autor encuentra en la mujer histérica una clara tendencia a la homosexualidad y la masturbación (real o fantaseada), señalando que gran parte de la curación de la histérica pueda hallarse en el matrimonio y en el comercio sexual normal (Freud, 1905).

Las aportaciones freudianas al estudio de la histeria son innegables, "gracias al Psicoanálisis, la histeria cobró distancia del naturalismo etimológico del que provenía, y del útero se desplazó a las reminiscencias, al fantasma, al Edipo (sin embargo, cuando esta teoría) trata de explicar porque se corporiza prevalentemente a través del cuerpo de la mujer, asistimos sorprendentemente a la introducción de la línea supuestamente abandonada: a causa de su anatomía" (Bleichmar, 1985. p. 21).

Actualmente el concepto, la etiología y semiología de la histeria han sufrido ciertas modificaciones, alejándose de alguna manera de los lineamientos propuestos por Freud, debido principalmente a que la Psiquiatría se ha adjudicado el derecho de definirla.

Por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) señala como la manifestación más benigna de la histeria al Trastorno histriónico o histérico de personalidad, cuya sintomatología consiste esencialmente en la búsqueda de atención exagerada, demanda consistente de apoyo, aprobación y/o alabanza por parte de los demás, labilidad emocional, conducta abiertamente reactiva, expresión exagerada de las emociones, poca capacidad de demora, escasa o nula tolerancia a la frustración y excesiva preocupación por la apariencia física. Así mismo, dentro de este Manual se señala que este trastorno es aparentemente común y se diagnostica con mucha más frecuencia en las mujeres.

Por otro lado, Kolb y Brodie (1988) subdividen a los estados histéricos en: Trastorno de somatización, Trastorno de conversión, Trastorno de dolor psicógeno, Hipocondriasis y Trastorno somatoformo amorfo; encontrando en general una alteración importante en el área psicosexual, sobre todo en las pacientes mujeres, cuyo origen muy probablemente se localiza en la relación con la madre (seguramente histérica también) que establece con su hija lazos muy sutiles, ambivalentes, mostrando algunas veces cariño y cuidados excesivos y otras rivalidad y falta de interés. Como consecuencia de esto, la

hija adoptará al padre como una madre sustituta pero envidiándolo a su vez porque recibe más atenciones maternas que ella. Esta niña, según dichos autores, crecerá con una fijación y deseos patológicos por la atención materna, mostrando serias dificultades para aceptar su rol femenino, así como confusiones y conflictos acerca de su identidad sexual.

Esta forma de visualizar a la histeria, la coloca como un ejemplo claro de la forma tradicional en que la enfermedad mental femenina ha sido anclada en la anatomía de la mujer, hecho que la muestra siempre envidiosa del hombre, encerrada en la triangulación edípica, destinada naturalmente al complejo de castración, a la búsqueda eterna del falo y por lo tanto a la enfermedad.

B) EL SÍNDROME DEPRESIVO

Por otro lado, en el caso del padecimiento depresivo se observa que estadísticamente la depresión ha demostrado ser un padecimiento consistentemente femenino, así en la Encuesta Nacional de Salud (Careaga, 1994) se reportó un porcentaje de 17% de mujeres adultas con sintomatología depresiva severa en comparación con un 8.5% de hombres. De la misma manera el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) señala para Estados Unidos y Europa la incidencia por sexo se encuentra en una proporción de un 9% a un 26% para las mujeres en contraste con un 5% a un 12% para los hombres. De igual manera, la mayoría de los estudios en el área aseveran que por cada 2 mujeres con sintomatología depresiva hay un hombre (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990). Así mismo, el impacto de estos

datos en la práctica psiquiátrica ha dado como resultado que los psiquiatras tiendan a diagnosticar con mayor frecuencia y menor exactitud depresión en la mujer y se hallan más dispuestos a recetar drogas psicoactivas para estas pacientes que para sus iguales masculinos (Russo, 1990).

Las formas más comunes de presentación de este padecimiento incluyen como síntomas los siguientes: cefaleas, aumento o pérdida significativa del peso corporal, insomnio o hipersomnía, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, pérdida de energía, vértigo, hormigueo, disminución o pérdida del deseo sexual, déficit motivacional, apatía, reducción en los cuidados personales, ansiedad, sentimientos excesivos o inadecuados de culpa, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse e ideas de muerte recurrentes (Burin, Moncarz y Velázquez , 1990; DSM-IV); pero de igual manera se ha encontrado que existen diferencias por sexo en la forma en la que los paciente femeninos y masculinos perciben y manifiestan la depresión, ya que las mujeres por un lado, reportan con mayor frecuencia sentimientos de tristeza, soledad, incapacidad y dependencia; mientras que los hombres, por otro lado, reportan generalmente sentimientos de culpa, fracaso personal y desesperanza (Carega, 1994).

A pesar de lo anterior, la depresión como trastorno y específicamente como trastorno femenino ha sido difícil de precisar. Las explicaciones utilizadas generalmente la describen como una enfermedad relacionada muy de cerca con la maternidad, ejemplos claros de esto serían:

Depresión Puerpal: se presenta aproximadamente en un 30% de las mujeres que acaban de dar a luz y es atribuida principalmente a los sentimientos de pérdida de la condición de embarazada y al ajuste psicológico a la maternidad; afectando de manera importante la salud mental de la mujer, producto y de la familia (Hernández. 1994).

Depresión Premenstrual: la cual encuadra una sintomatología muy variable que abarca irritabilidad, tristeza, dolor mamario, agresividad, aumento de peso, tensión nerviosa, cefalea, labilidad emocional, estreñimiento o diarrea, disminución o aumento del deseo sexual, entre otros. Este tipo de síndrome afecta a una gran parte de la población femenina en todo el mundo, incapacitando o interfiriendo en el desarrollo adecuado de las tareas cotidianas de las mujeres, y ha sido explicado como una reacción psicológica del temor y/o deseo frente a la maternidad, pero también como un síndrome fisiológico consecuencia de un desequilibrio hormonal y de una retención salina intracelular excesiva (Sáez. 1988).

Depresión del Nido Vacío: que aqueja a las mujeres de mediana edad cuando los hijos se alejan del hogar. Parece estar relacionada con sentimientos de pérdida en cuanto al rol de madre, a la falta de proyectos y metas planeados para esta época de la vida y a la disminución del control ejercido sobre la vida de los hijos; pero que también se ha explicado como una reacción ante la pérdida de la capacidad reproductiva y con ello de la pérdida de la belleza y atractivo para el sexo opuesto (Burin. Moncarz y Velázquez. 1990).

Estas teorías acerca de la depresión femenina aunque intentan dar explicaciones psicológicas, manejan la etiología depresiva como un hecho fisiológico, anclado muy de cerca con la capacidad reproductiva femenina (afirmaciones poco sorprendentes si se toma en cuenta que socialmente la maternidad es considerada el hecho más importante de la vida de las mujeres).

De esta manera, el cuerpo femenino pasa de ser un acontecimiento fisiológico a considerársele un hecho patológico dentro de la ecuación maternidad igual a depresión, el cual ha contribuido a su vez a legitimizar a la depresión como un fenómeno "naturalmente femenino"

A pesar de lo anterior, el hecho de que el rol maternal se vincule de cerca con los padecimientos femeninos, puede sugerir que exista una relación más estrecha entre roles femeninos y malestar psicológico, que entre naturaleza femenina y enfermedad mental. Por esta razón es necesario hacer un análisis de estos roles, así como de su efecto en la salud mental femenina; redefiniendo la cotidianidad de las mujeres para poder destacar como las condiciones de vida de éstas, especialmente los roles a los que tradicionalmente han sido asignadas, recrudescen sus conflictos e incluso alteran la valoración que puedan hacer de ellos.

LA COTIDIANIDAD VUELTA ENFERMEDAD

Los roles son la expresión más clara de la cotidianidad de cualquier ser humano, representan la forma que encuentra éste de vincular su individualidad con la sociedad y su poder es tal "que la configuración de los mismos forma y dirige el sentido del tiempo y el espacio, la motivación y el concepto de sí mismo, así como el funcionamiento psicológico" (Saéz, 1988, p.85). El carácter permanente y rutinario de los roles contribuye que se les considere como normales y rutinarios, pero también los convierte en invisibles, incuestionables y desgastantes.

De todos los roles, los genéricos son los que se adquieren de manera más temprana, penetrante y permanente. A través del desempeño de ellos, se enseña a cada persona los comportamientos socialmente adecuados y convenientes de acuerdo a su sexo, dirigiendo además la evaluación que ésta haga de su propia conducta y la de los demás. Es así como, por medio de esta socialización temprana que, las mujeres son asignadas desde pequeñas al desempeño de los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa.

De acuerdo con esta idea, se han realizado diversos estudios epidemiológicos orientados a revelar datos acerca de la relación entre el desempeño de los roles tradicionales femeninos y el malestar psíquico. Así por un lado, se observa que la tasa de enfermedad mental para los dos sexos, varía según el estado civil, aumentando para la mujer después de haber contraído matrimonio

y disminuyendo en el caso del hombre: mientras que la soltería, la separación, el divorcio o la viudez hacen disminuir esta tasa en el caso de las mujeres y aumentar en el de los hombres (Sáez, 1988; Russo, 1990).

Por otro lado, diversos estudios han revelado que las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo de amas de casa, representan la población más numerosa que acude a solicitar atención psiquiátrica en la mayoría de los países occidentales industrializados (Sáez, 1988), donde específicamente para el área de América del Sur representan el 88.27% de la población femenina con sintomatología neurótica (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Finalmente, el desempeño del rol materno también parece afectar de manera importante la salud mental de la mujer, sobre todo cuando dentro del hogar hay tres o más hijos en edad escolar, cuando éstos presentan un problema grave de salud o cuando no existe apoyo comunitario, familiar o de la pareja para compartir la crianza (Russo, 1990).

Las explicaciones que han surgido alrededor de estos datos, señalan como responsables de la relación entre desempeño de roles tradicionales y malestar psicológico, a las formas específicas en que se ejecutan éstos, ya que someten a la mujer a condiciones de aislamiento, excluyéndola de ciertas áreas de poder y saber, situándola en un lugar de dependencia económica, social y emocional con respecto al hombre, quedando así limitada su influencia al ámbito de lo doméstico y al orden de los afectos.

El caso de la maternidad, muestra especialmente el efecto nocivo que estos roles pueden ejercer sobre la salud mental femenina ya que tradicionalmente cuando se hace referencia a ésta se alude a su función reproductora, no tanto al hecho de su capacidad procreadora como tal, sino a la maternalización de sus actitudes, rasgos y relaciones, por esta razón resulta necesario ampliar el análisis de este rol en particular.

La mujer, durante la mayor parte de la historia del mundo, ha sido explicada y entendida primordialmente a través de su función procreativa, hecho que además, ha marcado su grado de participación en la vida económica, política y social. Sin embargo, la consecuencia quizá más importante de la función reproductiva femenina, es su traducción en maternidad/crianza, donde el papel de la mujer no sólo es parir y amamantar sino proteger, socializar y facilitar el crecimiento y la evolución de los otros, materializando así todos sus roles.

Esta ideología ha sido reforzada principalmente por la ciencia médica que crea el mito del instinto maternal, el cual desembocará durante el siglo XX en el concepto de simbiosis madre-hijo creado por la Psicología, según el cual la salud mental de cualquier ser humano está cimentada en la relación primaria de apego que su madre halla podido establecer con él (Chodorow. 1978). Esta relación simbiótica ayudará al organismo inmaduro a alcanzar la homeostasis durante sus primeros meses de vida, convirtiendo a la madre en un ser insustituible y al infante en totalmente dependiente de ella. Si acaso esta madre llegara a faltarle al infante, las consecuencias sobre su salud mental serían

inevitables, como señala Mahler (1972) cuando puntualiza que: "la iniciación de la psicosis (...) parecía deberse a, o al menos coincidir con la falta por parte del infante de una esperanza normal de rescate de, o gratificación de, hambre de afecto por su madre" (p.20).

De esta manera, la mujer-madre queda responsabilizada del porvenir psicológico de su descendencia, pero a la vez su salud mental será medida por el grado de aceptación que muestre ante la maternidad, ya que aquella mujer que la rechace, que se angustie ante la responsabilidad que implica, que muestre sentimientos de hostilidad o hartazgo o que no establezca una buena relación simbiótica con su hijo, correrá el riesgo de ser juzgada como una madre mala, patógena o nociva (Sáez, 1988)

Este ideal ha moldeado la subjetividad femenina de tal manera que, gran parte de las características deseables en una buena madre como son la comprensión, la pasividad, el desdoblamiento, la disponibilidad, la dulzura, la sumisión, la capacidad de nutrición, la dependencia, la vocación de sacrificio, la falta de egoísmo, etc., son consideradas en general como virtudes típicamente femeninas (Basaglia, 1983). De igual modo, estos estereotipos han encerrado a la sexualidad femenina dentro de la heterosexualidad, la fidelidad, la pasividad y la búsqueda del embarazo; catalogando a aquellas mujeres seductoras, promiscuas, bi/homosexuales o adúlteras como anormales y enfermas (Richarson. 1988).

La manipulación que se ha hecho de este cuerpo de mujer, ha reducido por lo tanto, la importancia social-histórica, la subjetividad y la sexualidad femenina; la única "función legítima": la reproducción, la cual se ha convertido a su vez en una obligación social, donde la mujer podrá sublimar sus deseos y/o necesidades personales, cimentando en la maternidad su realización personal y su validez como ser humano.

Aún cuando numerosos estudios han revelado que las mujeres que sólo se dedican a la casa y al cuidado de los hijos, los toleran menos y tienen tres veces más probabilidades de que éstos sufran alguna perturbación mental" (Sáez, 1988); que el agobio producido por la crianza puede acarrearle a la mujer colapsos emocionales, estrés en las relaciones interpersonales y pérdida de la salud física (McBride. 1990); y que incluso aquellas mujeres con personalidades típicamente femeninas son menos hábiles en la crianza de los hijos que aquellas cuyas características son la independencia, la fortaleza y la asertividad (Richardson, 1988); las prácticas terapéuticas se hallan impregnadas de estereotipos acerca de la feminidad y de la conducta adecuada para una mujer, ayudando a reforzar en ella los roles maternos o a reestructurados sí es que, se hallan distorsionados o mal encaminados.

Esta identificación de la salud mental femenina alrededor del rol de madre tiene, para Careaga (1994), múltiples consecuencias en la vida de las mujeres, entre las que se cuentan:

- La idealización de la maternidad y la consecuente exhibición de características como la abnegación, la entrega total, la renuncia, la generosidad y el altruismo, todas ellas que llevadas a extremos excesivos son perjudiciales para su salud mental.
- La imposibilidad de elegir otros roles diferentes u opuestos a la maternidad, ya que en ella serían considerados insanos y desadaptados.
- La incompatibilidad entre sexualidad y rol materno, donde el erotismo debe quedar supeditado a la maternidad.
- La necesidad de reprimir sentimientos hostiles, agresivos o egoístas que pudieran ser considerados como no maternos y por consecuencia no femeninos.
- La maternalización de los demás roles y relaciones femeninos.

Resumiendo se puntualiza, el alto nivel de expectativas sociales y de la propia mujer con respecto al cumplimiento de sus roles de esposa, madre y ama de casa, sus propiedades idealizadas, agobiantes y exclusivistas, así como la imposibilidad de descansar de su ejercicio, los convierten en factores de riesgo para la salud mental de la mujer, dignos de tomarse en cuenta para el diagnóstico y el tratamiento del malestar psicológico femenino, aún cuando variables como la edad, la raza o el grupo étnico, la escolaridad y el estatus socio-económico pueden influir en el curso y presentación de la enfermedad.

Finalmente puede mencionarse que, contrario al factor de riesgo que representa para la salud mental femenina el ejercicio de estos roles tradicionales, actualmente la inserción laboral y social de la mujer puede considerarse un factor de protección para su bienestar psicológico, ya que ésta puede amortiguar el estrés producido por la maternidad, la vida marital y el cuidado de la casa, resultando todavía más benéfico si además existe comunicación íntima y confidencial con la pareja, si existe soporte de amigos y familiares y si la mujer comparte con ellos las responsabilidades de la crianza (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990; McBride, 1990).

De acuerdo con todo lo anterior, puede aseverarse que los seres humanos, divididos en hombres y mujeres, son fundamentalmente productos de un contexto social y de un momento histórico. Sin embargo, ese momento no ha surgido en el vacío, es el resultado de la historia conjunta de toda la humanidad. Las condiciones en las que viven actualmente hombres y mujeres son la consecuencia lógica de los cambios que ha sufrido la política, la economía, la ciencia, la ideología, la religión, etc. a lo largo de la historia del mundo.

Pero no sólo la política, la economía y la religión han sufrido cambios; la subjetividad de los sujetos que viven estos cambios se ha ido modificando a su vez, obedeciendo a sus circunstancias de vida pero también a lo que el momento histórico ha exigido de ellos, como ha sido imponerles cierto tipo de educación, poner a su disposición determinado tipo de actividades económicas,

coartando o ampliando su libertad sexual, obligarlos a asumir ciertos roles sociales, sometiéndolos a ajustar su subjetividad a los cambiantes modelos de salud mental, etc.

Las diferencias que podemos encontrar de una mujer a otra sin llegar a ser infinitas son definitivamente inimaginables, ya que van desde las variantes más íntimas e individuales hasta las más globales como son las étnicas, religiosas, raciales, económicas, culturales, etc., sin embargo, las mujeres de todo el mundo comparten con sus compañeras de género una característica en común: su papel social subordinado (Basaglia, 1983); es por esto que aunque no pueda estudiarse a la mujer como concepto (ya que no existe "la mujer" como tal), si es posible, a través de focalizarla como un sujeto sistemáticamente oprimido, estudiar a todas las mujeres.

Al hacer este rastreo histórico del origen y desarrollo de dicha "peculiaridad femenina" distintos investigadores (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990; Alvarez y Hernández, 1986; Sáez, 1988; Basaglia, 1983; etc.) han tratado de encontrar, por un lado, cómo se engendró y cómo se ha ido desarrollando esta desigualdad, cuál es la razón a la que obedece y cuál es su función social, y por otro lado, de qué manera han afectado y afectan la salud mental de las mujeres estas condiciones opresivas de vida.

Sí se pretende estudiar en la actualidad a la mujer y a su salud mental, es necesario considerar entonces los roles tradicionales que le han tocado

desempeñar a lo largo de diferentes épocas y sociedades, poniendo especial énfasis en su papel dentro de la producción económica, en el control que se ha ejercido sobre su sexualidad y en la forma en que han ido cambiando las características femeninas denominadas, por la sociedad y luego por la ciencia, como naturales, normales y deseables, pero también hacer una revisión general de sus circunstancias de vida individuales, para de esta manera poder definir, diagnosticar y tratar con mayor exactitud los malestares psicológicos femeninos.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

El propósito de este capítulo es describir las características del método de trabajo a seguir en esta Investigación.

Inicialmente se narra el planteamiento del problema, en el cual se evidencia el "lugar" que ocupa la mujer en la sociedad, a su vez, pone de manifiesto la inequidad y la injusta desigualdad de oportunidades, que impide el desarrollo personal y social para un determinado sector de la población.

Posteriormente se desarrolla la pregunta de investigación, hipótesis de trabajo y los objetivos, los cuales son el eje principal de este trabajo, ya que, determinan la pauta para el escudriñamiento. Consecutivamente se plantean aquellos factores que contribuyen a la formación de la Encuesta de Opinión, así como para el Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco. Dichos términos se refieren a: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo.

Para concluir este apartado se describe el procedimiento, el cual esta dividido en dos fases: la primera giran en torno a la elaboración, aplicación, codificación de datos y resultados de la Encuesta de Opinión. La segunda fase se enfoca a la ambientación y sondeo, establecimiento de objetivos y evaluación del Programa de la mujer en la Delegación Azcapotzalco.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los mayores desafíos que enfrenta México para lograr el desarrollo personal, social y sustentable es la existencia de la inequidad y la injusta desigualdad de oportunidades. Ello ocurre entre clases sociales, entre la zona rural y urbana y entre hombres y mujeres. Sin embargo, una de las más grandes desigualdades es la que prevalece entre hombres y mujeres. Sin que sus capacidades sean inferiores a la de ellos, la discriminación y la opresión hacen de la gran mayoría de las mujeres, seres marginados y subalternos. Esta situación de desventaja para la mujer se presenta en todos los ámbitos de la sociedad: en la escuela y la educación, donde a pesar de los avances en los niveles básicos, su presencia y permanencia disminuye conforme avanza hacia los grados superiores; en el hogar, donde las cargas de trabajo y responsabilidad sobre los hijos siguen recayendo mayoritariamente en ellas; en el trabajo, donde se le paga menos por trabajo igual, y se enfrenta a procedimientos o criterios injustos de ingreso, ascenso y permanencia; en la pobreza donde son las primeras a sacrificar su desarrollo personal, por su participación en la supervivencia cotidiana de la familia; en la salud donde enfermedades prevenibles siguen siendo su principal causa de mortalidad; en la justicia, donde carecen o resultan insuficientes las instancias que consideren su condición de mujeres frente a los delitos que se comenten en su contra; en la política, donde su representación en la toma de decisiones constituye menos de la cuarta parte. Es evidente que este tipo de problemas se originan debido a un funcionamiento inadecuado de los sistemas sociales, los cuales

derivan del desequilibrio psicológico de las personas que se encuentran inmersos en la sociedad.

García (1993) afirman que "Las personalidades saludables adultas aceptan la responsabilidad de sus acciones, toman decisiones y buscan trascender los efectos determinantes y limitativos que en su conducta tienen las incapacidades, las presiones sociales para la conformidad del estrés desmedido, los impulsos y sentimientos biológicos."

Para evitar que las mujeres mexicanas continúen oprimidas, minimizadas, violentadas, y erradicar la inequidad de género en la educación, salud, empleo, entre otras, es indispensable que los psicólogos apuntalen esfuerzos a las transacciones entre la estructura del sistema social, las poblaciones y los individuos; a su vez, deben desarrollar y evaluar métodos de investigación que mejoren la adaptación persona-ambiente, diseñe y evalúe nuevos sistemas sociales; y a partir de los conocimientos y cambios busquen incrementar las oportunidades psicológicas de los individuos.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los tipos de problemas que aquejan a las mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad, relacionados a los temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo?

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Detectar los problemas que más aquejan a las mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad, relacionados a los temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo; puede propiciar una planeación adecuada de un Programa de Atención a la Mujer.

4. OBJETIVO GENERAL

Detectar los principales problemas que aquejan a las mujeres cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad, relacionados a Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo en la Demarcación Territorial de Azcapotzalco.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar la encuesta de opinión con la finalidad de conocer y valorar las necesidades y prioridades de las mujeres, en relación a cuatro temas: Derechos de la Mujer, Educación, Salud y Empleo.
- Aplicar la encuesta de opinión en forma colectiva en 27 barrios, 80 colonias y 20 unidades habitacionales que conforman la Delegación Azcapotzalco, en puntos estratégicos como Centros de Desarrollo Comunitario, Centros de Desarrollo Infantil, Centros de Servicios Comunitarios, Iglesias, Parques, Mercados, Bibliotecas, etc.
- Elaborar el Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco, el cual tendrá identificado los problemas más

acuciantes que aquejan a las mujeres, entre los cuales se pueden mencionar, Derechos Humanos, Educación, Oportunidades Laborales, Fecundidad y Mortalidad en edades tempranas, entre otros.

6. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio Exploratorio, Descriptivo, Transversal.

7. CONCEPTUALIZACION

A) DERECHOS DE LA MUJER

La trasgresión de los derechos humanos por parte de un individuo hacia otro, de una autoridad a un individuo o de una autoridad a un grupo de personas, no es solo un problema de genuina violencia o agresividad. Se trata de una falsa identificación con el otro en su esencia humana; y al mismo tiempo la ignorancia y/o la intolerancia de la diversidad entre los humanos.

Los derechos humanos son un conjunto de garantías inherentes, indivisibles, interdependientes y mínimas. Es decir, pertenecen a cada integrante de la raza humana por el sólo hecho de serlo, y requieren del goce cabal de todos para considerar apenas satisfecha la dignidad de la persona.

La Constitución Política señala al Gobierno la responsabilidad del ejercicio pleno y en pie de igualdad de los derechos de los mexicanos, independientemente de su sexo, origen étnico o condición social. Al hablar de

derechos propios de la mujer se pretende abarcar un conjunto de normas cuya promulgación y aplicación esta dirigida asegurar que las diferencias entre hombres y mujeres no sean utilizadas para un trato desigual.

Los derechos humanos abarcan prácticamente todos los ámbitos y etapas del ciclo vital de las mujeres; desde los derechos de las niñas; los derechos a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda o a la recreación; derechos civiles que se relacionan con el ámbito de la participación política; derechos a una vida libre de violencia; derecho al trabajo; derechos sexuales y reproductivos; el derecho a un medio ambiente sano; o el derecho a utilizar los medios de comunicación.

No es posible dejar de reconocer el largo camino recorrido en la lucha por la promoción, protección y defensa de los derechos de la mujer y por la igualdad jurídica de oportunidades entre varones y mujeres. No obstante, aun persisten creencias arraigadas, así como estructuras y arreglos institucionales que reproducen las prácticas de exclusión y discriminación de género. Por ello, se hace evidente la necesidad de poner en marcha mecanismos efectivos para que el principio de igualdad que establece la Constitución Política sea una realidad tangible.

La mujer misma debe de defender sus derechos, pero es necesario que existan los medios para que los conozca sepa su significado y los ejerza plenamente. Sólo de esta manera será posible alcanzar su verdadero empoderamiento,

autonomía, un aumento gradual en su autoestima, equidad entre hombres y mujeres y el desarrollo pleno de su personalidad y la estabilidad en su salud mental y de la sociedad.

B) EDUCACIÓN

En la actualidad se desarrolla un movimiento teórico de amplias dimensiones que tiende a consolidar los fundamentos de la ciencia educativa, la cual ha trastocado las relaciones sociales trastornando el saber, las formas de su transmisión, los sistemas de poder, y en general, los modos de pensar y de actuar del hombre.

La educación es el mecanismo idóneo para mantener la solidaridad mecánica en la sociedad. La educación deberá reforzar los aspectos simbólicos del orden social, destacando la autoridad, la lealtad de las instrucciones, las formas tradicionales del orden y difundiendo de manera explícita los valores morales y sociales de la sociedad. (Durkheim, citado por Guevara, 1999)

El fundamento de una educación de calidad reside en la sólida adquisición de conocimientos, en el desarrollo de habilidades y destrezas para la actividad productiva, en la transmisión de las costumbres y tradiciones, así como de los valores esenciales que propicien el desarrollo integral y armónico de las personas. La educación contribuye a enriquecer y ampliar los horizontes de los individuos, así como modificar sus actitudes al infundir en ellos el convencimiento de que pueden influir en su propia conducta y en la manera en

que desarrollan sus relaciones sociales e interpersonales. Por ello la educación sobresale como un factor estratégico para mejorar un mejor nivel de vida y es la clave para impulsar el desarrollo personales y la participación plena de la mujer en la sociedad, así como para promover relaciones más equitativas e igualitarias entre hombres y mujeres.

En una sociedad que en su marco jurídico confiere iguales derechos al hombre y a la mujer, es inaceptable la desigualdad en materia educativa. Más aun si dicha inequidad contribuye a favorecer la transmisión intergeneracional de la pobreza y marginación, dado que el papel que desempeña la madre en la educación, la asistencia a la escuela y el aprovechamiento escolar, así como la salud y bienestar de los hijos. La inversión en educación y capacitación de la mujer repercute no sólo en su propio provecho, sino también en el de sus hijos, su familia y en el de la sociedad en su conjunto.

La menor educación de las mujeres constituye uno de los principales factores que, históricamente, han incidido en la falta de equidad y en la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Uno de los instrumentos para terminar con la pobreza, no sólo es la economía, sino también, la educación. La posibilidad de conocer, expresarse y cumplir con una ciudadanía participativa y responsable depende de los niveles educativos que tengan las personas, por lo que todo recurso que sea canalizado a la educación es garantía de obtener réditos en el largo plazo.

C) SALUD:

La salud es un derecho fundamental del ser humano, es el elemento central del bienestar y una precondition del potencial productivo de mujeres y hombres. La búsqueda de la eficiencia en las políticas de salud es una de las más importantes tareas que un país puede proponerse, ya que la salud es el principal factor para una autentica redistribución del ingreso y por lo tanto, es una condición indispensable de la equidad. Por ello el proceso de salud-enfermedad puede ser entendido como un proceso social que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de una comunidad y que produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o desfavorables), los estados ecológicos de salud-enfermedad (San Martín, 1984).

Mujeres y hombres presentan demandas distintas a los servicios de salud y acceden a éstos de manera desigual. Usualmente las demandas de la mujer en ese ámbito no sólo se originan en su calidad directa, sino también para buscar atención a los problemas de salud de sus hijos y de otros miembros de la familia. Diversos factores obstaculizan el acceso de las mujeres a los servicios de prevención y atención de la salud. En este sentido se habla de una demanda insatisfecha y de problemas de adecuación de dichos servicios a las demandas y necesidades de niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores.

El bienestar y el nivel de vida se encuentran estrechamente relacionados con sus condiciones de salud. Una población sana es creativa y productiva. Por

ello, el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la mujer en la familia y en los ámbitos de la educación, el trabajo y la cultura sólo es posible en condiciones de buena salud. Esto contribuye a reforzar el círculo entre salud y equidad.

Subsisten considerables problemas de salud en colonias con más rezago socioeconómico. La salud de la mujer se ve amenazada por factores económicos, sociales y culturales que interactúan a lo largo de su ciclo de vida con las desigualdades de género, lo cual no permite que la mujer desarrolle su salud mental plenamente.

D) EMPLEO:

El Trabajo ha sido concebido como un instrumento de promoción y prevención en el campo de la Salud Mental, es así, que el trabajo tiene como fin primordial, favorecer el desarrollo de las personas y asegurar la subsistencia de los trabajadores, su familia y el núcleo laboral. A su vez tiene la potencialidad de poder generar seguridad, estabilidad emocional, satisfacción, creatividad, desarrollo de la autoestima, superación personal y felicidad para los trabajadores. Pero de la misma manera, cuando el trabajo se realiza en condiciones psicológicas no favorables, asume características de gran compromiso, malestar, enfermedad y rápido deterioro para la integridad física y mental de los trabajadores.

En la actualidad es bastante frecuente la aparición de alteraciones psicológicas en los trabajadores que evolucionan desde el estrés, a la neurosis, a la depresión o a la psicosis, es considerable la incidencia de las psicopatologías en las trabajadoras mexicanas, que se hace evidente con la manifestación de diversas enfermedades de carácter general cuyo origen subyacente pertenece al área de las alteraciones psicológicas. (Fernández, 1992)

A pesar del notable incremento de las tasas de participación femenina en la actividad económica, persisten obstáculos que limitan la realización de su potencial como trabajadoras. La segmentación ocupacional por sexo es un denominador común de los mercados de trabajo, en los que las mujeres suelen concentrarse en un reducido número de ocupaciones. A su vez, la concentración femenina en los niveles de menor jerarquía se traduce en la concentración de trabajadoras en los puestos de trabajo de menor calificación, productividad y reconocimiento, precariamente remunerados y más inestables.

La persistencia de concepciones sociales perpetúa la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres; la inequidad de género conlleva un elevado costo económico y social para la mujer y se traduce en indicadores como los ingresos promedio, el estatus en el trabajo o las diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad (siendo el cáncer cérvico - uterino y de mama un problema nodal a resolver para mejorar la salud de la mujer).

La pobreza afecta tanto hombre y mujeres, pero en general se considera que hay un fenómeno de feminización de la pobreza, la cual se manifiesta en múltiples dimensiones que conllevan inequidad de género; por ejemplo la reducción de oportunidades de acceso a la escuela que es más grave en las niñas; la mala alimentación durante los años fértiles de la mujer; los altos grados de morbilidad materna e infantil, las dobles y triples jornadas de trabajo, el tipo de trabajo al que tiene acceso, la discriminación que sufre y el aislamiento, etc., la feminización de la pobreza no sólo se expresa en el número de mujeres pobres, sino en las características que asumen la pobreza de las mujeres, las dificultades que estas se enfrentan para subsistir y en los efectos en su calidad de vida y en su grupo familiar.

Existe interés y necesidad de muchas mujeres por ver incrementada su capacidad productiva. Su escasa experiencia acumulada en relación con la gestión de micro y pequeña empresa y las dificultades de acceso a recursos económicos, tecnológicos, financieros, son factores que obstaculizan el desarrollo de su capacidad productiva. La creatividad y el talento de las mujeres son características invaluable que pueden y deben desarrollarse para su propia realización personal y en beneficio de la sociedad en conjunto. Su participación en la economía puede fortalecerse mediante el acceso a recursos productivos crediticios, asistencia técnica y capacitación empresarial, del mismo modo que a canales apropiados de comercialización.

El propósito de este trabajo de investigación es detectar que tipos de problemas relacionados a Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo, aquejan a las mujeres cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad en la Demarcación Territorial de Azcapotzalco, en un periodo de 24 meses (2003-2004).

8. PROCEDIMIENTO:

FASE I. ENCUESTA DE OPINION

Etapa I. Elaboración del Instrumento:

- La Encuesta de Opinión pretende conocer y valorar las necesidades y prioridades de las mujeres, en relación a cuatro temas: Derechos de la Mujer, Educación, Salud y Empleo, con la finalidad de que el Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco aborde de manera inmediata dichas necesidades y prioridades. A su vez esto permitirá mejorar su estado emocional, físico y social.
- Se elaboró un cuestionario con 50 reactivos alusivos a cuatro temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo (**Anexo 1**). Para validar dicho instrumento se les presentó el cuestionario a cuatro expertos en trabajo comunitario de la Delegación Azcapotzalco. Se les pidió calificaran como oportuno y no oportuno cada uno de los ítems para lo cual se les entregó una primera versión del instrumento. Posteriormente se solicitó una cita para recoger el cuestionario.
- El criterio para incorporar cada uno de los ítems fue que los expertos estuvieran de acuerdo en que cada ítem era

oportuno, si uno de ellos no estaba de acuerdo con el ítem se desechaba, ya que el criterio difería de los otros.

- En base a las observaciones y comentarios de los expertos en trabajo comunitario se concentro la información y se elaboró el cuestionario final, al cual se título "Encuesta de opinión" (**Anexo 2**).
- Las mujeres encuestadas se tomaron de una muestra representativa del 10% del total de la población femenina y al azar.
- Los criterios de inclusión estuvieron determinados por dos condiciones: características homogéneas: ser mujeres mexicanas y que actualmente residan en la Demarcación Territorial de Azcapotzalco, así como, características heterogéneas en lo relativo a edad (12 a 60 años), estado civil, religión, nivel de instrucción y académico, nivel socioeconómico, etc.

Etapa II. Aplicación de la Encuesta:

- Para la aplicación de la Encuesta de opinión se convocó a ocho trabajadores que están adscritos a la Dirección de Servicios Sociales de la Delegación Azcapotzalco, los cuales recibieron capacitación e instrumentos de trabajo de campo (tablas, plumas, formatos de encuesta, gorras, oficios de identificación y de presentación del programa, botellas de

agua natural). El lugar de reunión fue la oficina de la Dirección de Servicios Sociales. La coordinación de la capacitación estuvo a cargo del responsable del proyecto.

- En la capacitación se estableció el encuadre de trabajo, que significa el establecimiento de: los objetivos del trabajo, la presentación del equipo y definición de su función, establecimiento del periodo de aplicación de la encuesta de opinión, asignación de las rutas críticas, duración y horarios, así como la fecha de entrega de la encuesta de opinión.
- La convocatoria se realizó por medio de un oficio dirigido a los Administradores de los diferentes Centros de Desarrollo Comunitario pertenecientes a la Delegación Azcapotzalco, invitando a sus subordinados a participar en la aplicación de la Encuesta de Opinión.
- La aplicación de la encuesta de opinión se realizó en forma colectiva en 27 barrios, 80 colonias y 20 unidades habitacionales que conforman la Delegación Azcapotzalco, en puntos estratégicos como Centros de Desarrollo Comunitario, Centros de Desarrollo Infantil, Centros de Servicios Comunitarios, Iglesias, Parques, Mercados, Bibliotecas, ya que estos recintos son concurridos por dicha población (**Anexo 3**).
- La encuesta de opinión se aplicó en 30 días hábiles, del 26 de mayo al 26 de junio de 2003. La encuesta tuvo una duración

de 10 minutos aproximadamente, ya que los reactivos están compuestos por afirmaciones, los cuales tienen dos opciones de respuesta positiva (De acuerdo) y negativa (En desacuerdo).

- Para el establecimiento de la Ruta Crítica se seccionó a la Delegación Azcapotzalco en cuatro zonas: Noroeste, Noreste Suroeste y Sureste, para lo cual se formaron equipos de dos persona, para que cada equipo cubriera una zona (**Anexo 4**)

Etapa III. Codificación de la Información:

- Se llevó a cabo mediante una base de datos en Microsoft Access, en la cual se definieron los campos en relación a longitud y tipo. Una vez establecidos se elaboró un formulario, donde se ingresaron las respuestas de la Encuesta de Opinión. Al finalizar los registros se exportaron a Microsoft Excel para la elaboración y derivación de los resultados de la Encuesta, así como, la realización de las gráficas. (**Anexos 5 y 6**).

Etapa IV. Resultados:

- Los resultados se presentaran mediante tablas y gráficas, estableciendo porcentajes sobre cada una de las respuestas.

FASE II. PROGRAMA DE LA MUJER EN LA DELEGACION AZCAPOTZALCO

Etapa I. Ambientación y Sondeo:

- Consulta de información bibliográfica y hemerográfica en torno a los aspectos socioeconómicos y demográficos de la mujer en la Delegación Azcapotzalco.
- Selección de la bibliografía adecuada.
- Recabación la información para el proyecto "Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco".
- Concertación citas de trabajo con diferentes Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, Federales y Locales para recabar información y coordinar acciones en torno a este proyecto.
- En el Edificio Delegacional se investigaron los antecedentes sobre las acciones desarrolladas sobre los programas sociales de la Mujer, para identificar: si anteriormente se realizaron actividades de esta índole; quien había dirigido o coordinado las mismas; que personas o profesionales habían participado; con que apoyos contaron. Se identificó que el área de Desarrollo Social anteriormente había trabajado con las Mujeres.
- Respecto al espacio físico para el trabajo con las mujeres se asignaron áreas dentro de los diferentes Centros de

Desarrollo, Módulos, Bibliotecas, que administra la Delegación Azcapotzalco.

- Esta etapa concluyó con la realización de un proyecto de trabajo para la Delegación Azcapotzalco denominado "Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco".

Etapa II. Establecimiento de Objetivos y Procedimientos:

- En esta etapa se determinaron los objetivos, procedimientos y actividades que se llevarían a cabo redactadas en el Programa de la Mujer de la Delegación Azcapotzalco para mujeres cuyas edades oscilan entre los 12 y 60 años. El contenido es el siguiente: (**Anexo 7**)

- Características generales que integran el Programa
 - a) Objetivos,
 - b) Acciones Estratégicas,
 - c) Líneas Programáticas,
 - d) Lineamiento General,
 - e) Acciones Prioritarias.
- Normas de aplicación,
- Universo de trabajo,
- Anexos estadísticos.

- El procedimiento para efectuar los objetivos y las acciones prioritarias es, mediante el desempeño de las propuestas operativas que se diseñaron para el Programa, ya que cada una de ellas contemplan los cuatro rubros del proyecto. (Anexo 8).

Etapa III. Evaluación:

Esta etapa actualmente se encuentra bajo diseño sobre las siguientes líneas de trabajo:

- Mediante un consejo consultivo en donde participan mujeres calificadas, ya que es un mecanismo de análisis, evaluación y seguimiento de políticas públicas, que se emprenden en beneficio de las mujeres.
- Por Redes colectivas femeninas para dar seguimiento a las actividades programadas.
- Organizando foros de consulta popular para revisar los avances en la materia.
- Supervisando el impacto social del Programa a través de los comités vecinales.
- Monitoreando el programa a través de reuniones periódicas o foros regionales de consulta con instancias de sector social.
- Revisando los avances de las reformas en la presente Administración.

- Integrando equipos de seguimiento y evaluación en el Instituto Nacional de las Mujeres sobre la capacitación de género.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

El propósito de este capítulo es puntualizar por medio de gráficas, tablas y datos estadísticos los resultados que se obtuvieron del proceso de investigación.

Primeramente se hace una descripción detallada del escenario de trabajo donde se llevó a cabo la exploración. Se plantean aquellos factores que contribuyeron a la formación de la Demarcación Territorial de Azcapotzalco, a su vez, se narran las características que la conforman.

De esta manera, se muestra la situación actual de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco, en relación a los aspectos, demográficos, económicos, educativos, religiosos, entre otros. Los cuales indican los avances en la situación social de las mujeres, sin embargo, persiste aun la desigualdad entre hombres y mujeres.

Por ultimo se presentan los datos estadísticos obtenidos de la Encuesta de Opinión aplicada a las mujeres de la Delegación Azcapotzalco y con ello se enuncian los problemas que más agobian a las mujeres en torno a Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo.

ESCENARIO DE TRABAJO.

ANTECEDENTES

Hay pruebas que confirman la existencia de asentamientos humanos desde los años 10,000 a 5,000, a.C., además de que en Azcapotzalco se han encontrado osamentas de animales prehistóricos así como utensilios.

Durante el periodo preclásico que abarcó del año 1200 a.C. al 200 d.C., la cuenca de México contaba con pequeñas aldeas, que se dedicaban a la caza, pesca, artesanía y por supuesto a la agricultura.

De la cultura Olmeca surgieron dos grandes civilizaciones, la Teotihuacana y la de Cuicuilco, ésta última fue destruida por el volcán Xitle y sus habitantes tuvieron que emigrar a Teotihuacan.

Teotihuacan fue tan importante que habitantes de aldeas como Azcapotzalco, Texcoco, Tlatilco, Copilco, Cuicuilco, Tlapacoya y otros más emigraron a los pequeños barrios de Teotihuacan.

A causa del desproporcionado crecimiento en su población, los teotihuacanos se revelaron contra los reyes-sacerdotes y destruyeron la ciudad, por lo cual tuvieron

que establecerse otra vez en las aldeas que se encontraban alrededor de la cuenca y más allá de ella; en Cholula, Michoacán, Morelos y el Estado de México.

A la caída de Teotihuacan, Azcapotzalco cobró importancia, continuando las tradiciones culturales y las costumbres teotihuacanas, se convirtió en un gran centro ceremonial y comercial.

Al fundarse Tula, los mejores artesanos, orfebres y técnicos emigraron a esa ciudad, relegando a Azcapotzalco, el cual perdió importancia junto con otras ciudades.

Se dice que fue Matlacohuatl, de la región Tula-Jilotepec, quien hizo renacer a Azcapotzalco poco antes de la caída de Tula en el año 1152, también se dice que este señor se casó con una princesa chichimeca y de esa unión nacieron Chiconcuac y Acolhua.

A la caída de Tula, los acolhuas se fueron hacia Tula y Jilotepec y así regresaron a Azcapotzalco bajo el mando de Xolotl, este regreso fue por los años 1200 a 1230 d.C.

Este es el periodo más certero para aceptar la fundación del imperio Tecpaneca. En ese entonces, en Azcapotzalco se encontraban aldeas con influencias teotihuacana y otros orígenes; dándose esta unión de grupos étnicos, se formó el imperio denominado "Tecpaneca".

AZCAPOTZALCO Y SU HISTORIA

La Ciudad de México ha vivido un proceso de expansión sobre los islotes de Tenochtitlán y Tlatelolco, que creció a ritmo muy lento durante los tres siglos de dominación colonial y que da un formidable salto, cuantitativo y cualitativo, en la segunda mitad del siglo XIX.

A partir de la fundación de nuevas colonias y fraccionamientos, comienza a tejerse una red urbana que unirá a la Ciudad de México con diversos pueblos, relativamente aislados de ella: Azcapotzalco, Tacuba, Tacubaya, Mixcoac. San Ángel, Coyoacán, Tlalpan, Xochimilco.

Azcapotzalco, ocupa uno de los lugares privilegiado en la reconstrucción histórica de lo que es el Valle de México, dado que la fundación de Tenochtitlán se efectuó bajo el permiso expreso del señorío tecpaneca de Azcapotzalco (en aguas y tierras que eran de su propiedad), además de que los mexicas rindieron tributo a los tecpanecas durante más de un siglo. En el año 1230, cuando se inicia el gran desarrollo cultural de Azcapotzalco y se funda el señorío tecpaneca que llegó más tarde a dominar el Altiplano Central.

Los arqueólogos afirman que Azcapotzalco durante el periodo preclásico 1500 a.C., este fue un centro de desarrollo comercial. Probablemente existían en el área

pequeñas aldeas y villas agrícolas que más tarde, en el periodo clásico del 400 al 800 d.C., se mantuvieron bajo el influjo cultural y político de Teotihuacán.

Tras la decadencia y destrucción de esta ciudad, Azcapotzalco fue uno de los centros donde continuaron las tradiciones culturales teotihuacanas.

Sus habitantes hablaban náhuatl y otomí, practicaban una religión compleja asociada a deidades agrícolas que eran relacionadas con los elementos de la naturaleza: el aire, el agua, el fuego y la tierra. Asimismo, conocían el calendario solar y una serie de técnicas artesanales para trabajar piedra, concha, plumas, hueso y otros materiales. Desde entonces se convirtió en un centro ceremonial de enorme importancia en la región.

La palabra Azcapotzalco se deriva del náhuatl:

Azcatl que significa *Hormiga*, **Potzoa o Potzalli** que significa *Montículo*, y **Co** que significa *En*. Por eso el significado de Azcapotzalco es "**En el Hormiguero**".

El nombre está ligado a una leyenda referente a Quetzalcóatl, deidad máxima de los toltecas. ". . . Después de formarse el Quinto Sol, Quetzalcóatl fue el encargado de volver a crear al hombre, y por ello tuvo que introducirse en el Mictlan o inframundo, donde la muerte guarda los restos fósiles de la humanidad pasada.

Las hormigas le indicaron a Quetzalcóatl el lugar donde se encontraban los restos humanos, y él mismo tuvo que convertirse en hormiga para robárselos y sacarlos; pero al huir a toda prisa, tropezó y cayó; los esqueletos quedaron desarmados y los huesos se revolvieron. Cuando los juntó y los volvió a armar, no coincidían, por ello algunos hombres son más pequeños que otros.

Más tarde las hormigas también penetraron en el inframundo para sacar granos de maíz que habían quedado olvidados y eran necesarios para mantener a la nueva humanidad."

El símbolo de Azcapotzalco es la hormiga roja rodeada con granos de maíz. La leyenda representa el descubrimiento del maíz por parte de los toltecas, quienes gracias a la insistente observación de los hábitos de las hormigas, supieron que éstas escondían bajo tierra los granos de esta planta rica en nutrientes.



En el siglo XX se desarrolla una poderosa industria en la zona, por lo que algunas de estas antiguas tierras de labor se convierten en colonias y unidades

habitacionales producto de las conquistas de los trabajadores; así nacieron: Trabajadores del Hierro, La Petrolera, Patrimonio Familiar, Un Hogar para cada Trabajador, Electricistas, Unidad Habitacional el Rosario (Considerada la unidad habitacional más grande de Latinoamérica y donde se asienta una cuarta parte de los habitantes de Azcapotzalco).

Actualmente cuenta con un total de 1,694 empresas ubicadas en cinco zonas:

- Vallejo con aproximadamente con 600 industrias.
- San Antonio con cerca de 100 establecimientos.
- San Salvador Xochimanca con industrias dedicadas a la metalurgia no-ferrosa.
- El Gas con fábricas de minerales no-metálicos.
- Pantano-Ferrería, con la Terminal de carga de Ferrocarriles Nacionales, ex-Rastro de la Ciudad de México, los Almacenes Generales, la Aduana Postal y la Central Mecanizada de Correos.

Con los años el surgimiento de nuevas necesidades se refleja en la faz de Azcapotzalco: el Metro con las líneas 6 y 7 y modernas vías rápidas en lugar de las viejas calzadas. El asfalto y el concreto han cubierto los campos y las milpas, sustituyendo las haciendas y casonas porfirianas que antes eran el símbolo que caracterizaba esta localidad.

La constancia y laboriosidad de la gente de Azcapotzalco se ha caracterizado a lo largo de su historia, por su empeño y dedicación en el trabajo, y al desarrollo comercial e industrial de la región.

DIAGNOSTICO:

A) UBICACIÓN:

La Delegación Azcapotzalco se conformó con sus límites y superficies actuales en los años de 1971, como resultado de la modificación de la estructura administrativa del Distrito Federal.

El territorio de Azcapotzalco se ubica en la parte noroeste del D. F., colindando con al norte con los municipios de Tlalnequiltla de Estado de México; al oriente, la Delegación Gustavo A. Madero, al sur las Delegaciones de Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc, y al poniente, el Municipio de Naucalpan.

La Demarcación Territorial de Azcapotzalco tiene una superficie de 33 km², equivalente al 2.4% del Distrito Federal (ocupando el 12º en extensión) y el 4.4 de la zona urbana de la entidad.

Respecto a su división Geoestadística, se conforma por 2,763 distribuidas en 88 áreas Geoestadísticas básicas (AGEB'S).

La Delegación Azcapotzalco se encuentra en el altiplano Mexicano a una altitud promedio de 2240 m.n.m., con una pendiente media menor al 5%. Respecto de su zonificación geotécnica, se encuentra en la zona II de transición en la que los depósitos profundos se encuentra a 20 m. de profundidad y que esta constituida predominantemente por estratos arenosos y limó arenosos intercalados por capas de arcilla lacustre. Lo anterior supone la existencia de restos arqueológicos, cimentaciones antiguas, grietas y variaciones fuertes de estratigrafía que puede originar asentamientos diferenciales de importancia. La Delegación cuenta solamente con 100 hectáreas de cobertura vegetal debido al intenso uso del suelo.

El clima es templado sub-húmedo con bajo grado de humedad, una temperatura anual de 16°C, con lluvias en verano de humedad media (cw1) en las colonias San Pedro Xalpa, Santiago Ahuizotla y Providencia, y templado húmedo con lluvias en verano de menor humedad (cwo) en el 88% restantes de la Delegación (Unidad de Parques y Jardines, junio de 1998).

La Delegación esta formada por 27 barrios de origen precuauhtémico, 80 colonias y 20 unidades habitacionales.

Debido al crecimiento urbano y su topografía plana, no existen corrientes superficiales en toda su extensión, carece completamente de depósitos o cuerpos

agua, no obstante que a mediados del siglo pasado el 50% de su territorio estaba inundado. Sin embargo señalar, que toda el área cuenta con recargas acuíferas subterráneas, actualmente sobre explotadas. A sí también, la Delegación forma parte de la cuenca de los Ríos Consulados y el de los Remedios: este último se localiza fuera de la Delegación, casi paralelo al límite norte, es uno de los ejes de desagüe del Valle de México. Se inicia en el Vaso de Cristo, localizado entre los municipios de Naucalpan y Tlalnepantla, en donde se concentran gran parte de los escurrimientos de la zona poniente del Valle de México.

B) POBLACIÓN:

La población de la Demarcación Territorial de Azcapotzalco actual se estima en 455,042 habitantes.

En la pirámide poblacional del año 1999, destaca el segmento de población joven entre 15 y 19 años, mientras que 1980 sobresalía la población entre 5 y 9 años. Sin embargo, se ha conservado un alto porcentaje de jóvenes (64%), destacando en particular las mujeres que tienen la mayor participación relativa en su población.

La disminución de la población infantil incide en la subutilización del equipamiento de la educación básica en el corto y mediano plazo y una fuerte presión en los

ciclos de los niveles medio superior, así como la generación de nuevas plazas de trabajo laboral.

El total de personas que hablan lengua indígena en la Demarcación es de 4,936 habitantes que equivale, al 1.04% no obstante, el reducido porcentaje de la población indígena no debe restársele importancia a la atención de este sector por representar la tradición cultural más antigua.

C) INDUSTRIA:

En la Delegación se concentra el 37.4% del total de la planta industrial del Distrito Federal, ocupa 822.51 hectáreas aproximadamente. En la actualidad, existe una tendencia al cambio de uso del suelo de industria a oficinas y bodegas por el deterioro de la planta industrial.

Se estima que Azcapotzalco con su industria manufacturera aporta el 73% del PIB del D. F. y el 23% del PIB nacional. El 20.6% de la población económicamente activa del D. F. se encuentra en esta Delegación. Con relación a los aspectos socioeconómicos, la población en edad a trabajar (12 años y más) registrada en la Delegación asciende a 365,084 personas, el 83.5% del total de la población.

El 36.7% se dedica a la actividad industrial y el 59.68% al sector terciario del cual el 15.8% se dedica a la actividad comercial y en el sector primario únicamente de usos habitacionales por comerciales.

El 41.1% de la población económicamente activa percibe de uno a dos salarios mínimos solamente alrededor del 5.87% percibe más de cinco salarios mínimos y el 19.9% ganan menos de un salario mínimo.

Se ha calculado además una tasa de subempleo en base a los criterios establecidos, existen 25,160 habitantes subempleados que representan el 5.2% de la población subocupadas en el Distrito Federal.

D) INFRAESTRUCTURA:

El déficit en infraestructura se ubica en pequeñas zonas que están por regularse. Adicionalmente, existen unos 400 Km. de ductos de PEMEX que abarcan las colonias Industrial Vallejo, San Martín Xochinahuac, Santa Bárbara, Santa Lucía, San Francisco Tetecala, San Salvador Xochimanca, Ampliación el Gas y el Arenal, entre otras, lo cual las convierten en zonas de alto riesgo.

Estos ductos, corren por algunas vialidades como Tezozomoc, 5 de mayo, Salónica, Cuitláhuac, Eje 3 Norte, Ferrocarril Central y Camarones; además existen 16 estaciones de servicio de operación.

E) AGUA POTABLE:

Los problemas en esta área se debe a las bajas presiones ocasionadas por la ausencia de estructuras especiales que alimenten directamente a la red

secundaria; así como la presencia de fugas provocadas por la antigüedad de las redes, el hundimiento diferencial y la demanda creciente de la ciudad.

La Delegación cuenta con una planta tratadora de agua con capacidad de 18 lts/seg, insuficiente para las necesidades de riego. Para complementarla actualmente se usa agua potable, por lo que se requieren nuevas plantas de tratamiento.

F) DRENAJE:

En la Demarcación, en épocas de lluvia, se presentan encharcamientos ocasionados por hundimientos que provocan dislocamientos y contra pendientes, situación que se suma a la antigüedad de las redes, a la insuficiencia de la capacidad instalada y al crecimiento urbano.

G) ALAMBRADO PÚBLICO:

El servicio de alumbrado se ha mantenido estático en términos del número de habitantes por luminaria, que es de 27 en el D. F. por 25 en Azcapotzalco, equivalente casi el 100%.

De 26,000 luminarias de la Delegación, sólo el 15% están sobre postes propios, el resto está en los de la Compañía de Luz y Fuerza y funcionan con balastras tradicionales.

H) VIALIDAD:

Existe una serie de problemas de vialidad y transporte, debido a la falta de continuidad de vías primarias y secundarias, lo que limita y dificulta la conexión con los Municipios conurbanos y genera una deficiente fluidez en los principales cruces de la demarcación, que se agrava por la falta de espacios para estacionamientos del transporte de carga, principalmente trailer.

Se cuenta con dos vialidades de acceso controlado, Circuito interior y Av. Aquiles Serdán-Parque Vía; 14 vialidades primarias: Las Armas, Las Culturas, San Isidro, 5 de Mayo, Tezozomoc, Eje 4 Norte, El Rosario, Camarones, Heliópolis, Las Granjas, Cuitlahuac, Salónica, Eje 3 Norte y Vallejo. Presenta dos nudos conflictivos que son conexión con el Estado de México, el cruce de Las Armas con el Eje 3 Norte y con Parque Vía.

En la vialidad secundaria, los principales problemas han sido la instalación anárquica de topes y el sistema deficiente de señalamientos.

I) EQUIPAMIENTO URBANO:

Cuenta con algunas instalaciones de salud y deporte y tiene un déficit en la cultura, esparcimiento y áreas verdes. El índice general de estos rubros es de 0.77%, de educación es de 0.76%, salud de 1.69%, cultura 0.25%, deportes de

1.49% y áreas verdes 0.22% (Programa General de Desarrollo Urbano del D. F. Documento Temático Preliminar, 1995)

Existen 19 mercados públicos y 11 centros comerciales.

J) ÁREAS VERDES:

Existe un déficit de 2 m²/hab. El área aproximada de áreas verdes es de 1,456,300 m², incluye 56 jardines públicos, entre los que resaltan la Alameda Norte y el Parque Tezozomoc, se calcula una población de 90,000 árboles de edades aproximadas de 5 a 60 años o más. Existen dos viveros con capacidad para reproducir 12,500 arbustos y plantas ornamentales. (Programa General de Desarrollo Urbano del D. F. Documento Temático Preliminar, 1995)

K) EDUCACIÓN Y SERVICIOS:

La Delegación Azcapotzalco cuenta con 191 planteles educativos de orden público que cubre las demandas de nivel básico, medio superior y de postgrado, más de 105 planteles privados. Se tienen 9 Centros de Desarrollo Comunitario, 12 Estancias de Desarrollo Infantil y 4 Casas Hogar para Ancianos.

L) SALUD:

Existen cinco hospitales, 15 Centros de Salud, dos Clínicas del ISSSTE y tres del IMSS, formando un total de 22 Centros de Salud. También se cuenta con

infraestructura heterogénea en materia de Servicios de Salud, dado que el 31.88% de la infraestructura no presta servicios a la comunidad en general sino sólo a sus derechohabientes.

M) CULTURA Y RECREACIÓN:

La Delegación cuenta con una Casa de la Cultura, un Foro Cultural, un Parque Recreativo, una Alameda, tres Jardines Públicos, dos Teatros al Aire Libre, cuatro Salones de Usos Múltiples, seis Centros Deportivos y 25 Módulos Deportivos.

El equipamiento de deportes y recreación ocupa un área de 67 has. Aproximadamente, sobresaliendo las instalaciones del Deportivo Renovación Nacional, Deportivo Reynosa, el Centro Deportivo Ferrocarrilero, la Unidad Deportivo Benito Juárez y el Parque Ceylan.

N) VIVIENDA:

Con respecto a las zonas habitacionales de la Demarcación territorial en Azcapotzalco se puede agrupar en conjuntos habitacionales, donde predomina la vivienda plurifamiliar de interés social. Azcapotzalco es una de las Demarcaciones que en proporción cuenta con un mayor número de conjuntos habitacionales, los que alcanzan una densidad de 800 habitantes por hectárea.

Existen amplias zonas con construcciones deterioradas y predios subutilizados, amplias áreas sin regularizar y muchos terrenos intestados, ociosos y baldíos que son susceptibles de un mayor aprovechamiento para la vivienda. Por otra parte, la falta de alternativas de vivienda, ha ocasionado que en unidades habitacionales como las del el Rosario se desate una dinámica de construcciones irregulares para resolver el problema del desdoblamiento familiar o para establecer pequeños negocios.

La densidad de población promedio en Azcapotzalco es de 4.2 hab/vivienda, por lo que la vivienda es cada vez menor, con menos áreas verdes y espacios comunitarios.

O) AMBIENTE:

El problema de contaminación del agua, aire y ruido se generan por fuentes móviles y fijas. Hacia el norte, los parámetros más constantes son dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃); al centro considerables concentraciones de monóxido de carbono (CO), siendo una de las zonas con mayor ascendencia en la normas de ozono (Programa de Medio Ambiente, 1996).

En el caso de los desechos sólidos, se generan residuos peligrosos en la planta industrial y en los múltiples talleres diseminados en la Delegación, algunos de los

cuales son controlados y muchos otros se depositan en vía pública o en lotes baldíos.

P) SITUACIÓN SOCIAL:

Actualmente se esta viviendo una desintegración del tejido social, que se ve agravada por el deterioro de la situación económica, el desempleo, los contenidos de los medios de comunicación y por grupos de presión con estructuras corporativas y clientelares que provocan divisiones entre las comunidades.

Las diversas Instituciones de salud, educación, productivas, religiosas, comerciales, políticas, culturales, de asistencia social y de vecinos que desarrollan actividades en la Delegación, están desarticuladas y se abstraen de las necesidades generales de la población, centrándose únicamente en su ámbito estrecho, lo que impide una resolución integral de los problemas.

Al interior de la Delegación, esta situación se ve reflejada en:

- Resistencia al cambio y una cultura burocrática y corrupta.
- La herencia de una Administración Pública Centralista y Partidista.
- Una exigencia por parte de la sociedad para la dotación de servicios no atendidos.
- Falta de credibilidad por la forma de gobernar.

- Falta de enlace y coordinación con todas las diversas instituciones que opera en la demarcación. Sin embargo, los valores de trabajo, solidaridad y participación no se han perdido.

Azcapotzalco forma parte del Sector Metropolitano Norte 1, presenta una problemática urbana caracterizada por la emigración de sus habitantes hacia otros sectores del área Metropolitana de la Ciudad de México, la sustitución de usos del suelo habitacionales e industriales y la consecuente subutilización de zonas habitacionales e industriales, equipamiento e infraestructura instalada.

Los principales problemas de la Demarcación Territorial en Azcapotzalco son:

- Tasa de crecimiento poblacional desde 1980, situación que se refleja en el bajo número de habitantes por vivienda de algunas zonas.
- En la actualidad, existe una tendencia al cambio de uso del suelo de industria a oficinas y bodegas por el deterioro de la planta industrial.
- Falta de alternativas viales en sentido norte-sur y la necesidad de mejorar la liga hacia el Estado de México, saturación y problemas viales ocasionados por la utilización de vialidades por estacionamiento de carga.

- Déficit de equipamiento cultural y de recreación, en contraste el superávit y subutilización del resto de los equipamientos, principalmente en educación básica.
- Subutilización y deterioro del patrimonio histórico y cultural en la zona histórica.
- Deterioro ambiental.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA MUJER EN LA DELEGACIÓN AZCAPOTZALCO

El balance sobre la situación de la mujer en la Delegación Azcapotzalco debe interpretarse a la luz de las transformaciones económicas, sociales, y culturales que han tenido lugar en el contexto Distrital durante los últimos años.

Con el fin de presentar una visión de conjunto de la situación actual de las mujeres en la Demarcación, se mencionan una serie de indicadores que ponen en relieve las diferencias entre hombres y mujeres, así como los avances y rezagos al respecto.

La población femenina constituye el 52% del total de la población, encontrándose más adolescentes, adultas y adultas mayores, la edad más predominante en las mujeres es de 25 a 29 años, en tanto que, el índice de niños y pubertos es más alto en el sexo opuesto. **(Tabla 1 y 2)**

El estado civil más representativo de la población femenina es la soltería ya que constituye el 39% de la población, seguida por el consorcio civil y religioso, teniendo un promedio de tres hijos. A su vez, se encuentra un alto índice de madres solteras, cuyas edades parten de los 12 años en adelante. **(Tabla 3 y 4)**

El porcentaje de mortalidad esta constituido por el 8 %, ya que las madres presentan diferentes trastornos durante el embarazo y/o alumbramiento, generalmente este índice de mortalidad se presenta en edades tempranas correspondientes a los 12 años y en edades avanzadas pasando los 60 años.

(Tabla 5)

La mayoría de la población femenina son originarias del Distrito Federal y una parte proporcional del 4% son nativas del interior de la República: Michoacán, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Guanajuato, Jalisco, Oaxaca. **(Tabla 6 y 7)**

Las lenguas indígenas más trascendentales habladas por las mujeres de esta Delegación son el Náhuatl, Otomí, Mixteco y Mazahua. Sin embargo, en los hogares con jefatura femenina la lengua predominante es el Otomí. **(Tabla 8, 9 y 10)**

La religión más profesada por la mujeres en Azcapotzalco es la Católica, sin embargo, hay un incremento importante en las religiones Protestantes y Evangélicas. **(Tabla 11)**

La diferencia que existe entre las niñas y adolescentes que saben leer y escribir es del 1%, lo que indica que hay un bajo nivel de alfabetismo en estas etapas. Sin embargo, este problema no sólo se presenta en niñas y adolescentes, ya que las

mujeres adultas presentan un alto índice de analfabetismo (de una muestra de 311,924 hombres y mujeres, el 78% de la mujeres son analfabetas). **(Tabla 12, 13 y 14)**

Las mujeres que tienen instrucción en el nivel primaria, secundaria, medio superior y superior presentan una tasa baja de incidencia, en comparación con las mujeres que son analfabetas. Sin embargo, las mujeres que tienen profesión el .5 de ella tienen maestría y/o doctorado. **(Tabla 15 y 16)**

El nivel de instrucción promedio de las mujeres es a nivel técnico en las especialidades de salud, medio ambiente y química, administrativas y comunicación, educación artísticas e idiomas y servicios de belleza. **(Tabla 16)**

En cuanto a los servicios de salud la mayoría de la población es derechohabiente a las Instituciones de Salud, predominando un alto índice al IMSS, ISSSTE, PEMEX y otras Instituciones, mientras que el 30% de la población femenil no es derechohabiente. **(Tabla 17)**

La población femenina que es farmacodependiente representa un 11%. Sin embargo, hay un incremento en las mujeres de 12 años y más en el consumo de sustancias. Las drogas más consumidas por la población son la cocaína, marihuana (cannabis) y alcohol. **(Tabla 18, 16 y 20)**

El 4% de la población femenina presenta algún tipo de discapacidad motriz, visual, mental, auditiva, de lenguaje y otra. Siendo este un problema mayor, ya que, a nivel Nacional está representado por el 1%. **(Tabla 21)**

Las mujeres que actualmente se encuentran económicamente activas presentan un alto índice tanto que, las que están inactivas económicamente se dedican al estudio, quehaceres del hogar, están pensionadas o presentan una discapacidad para laborar. **(Tabla 23 y 24)**

En comparación con la participación económica del sexo masculino, las mujeres tienen una participación inferior, ya que, su situación social en comparación, es significativamente diferente. **(Tabla 25)**

En relación con la jefatura del hogar masculina, las mujeres presentan un índice bajo del 23%, ya que, en Azcapotzalco se percibe a la familia de manera tradicional. **(Tabla 26 y 27)**

Los hogares predominantes con jefatura femenina son los nucleares, ya que presentan una población altamente significativa. **(Tabla 27)**

El tipo de vivienda más sobresaliente son las viviendas particulares representado un 94%, ubicándose la casa independiente con un 50%, seguido por los

departamentos en edificio con un 30% y por último están las viviendas en vecindad con un 15%. El promedio de habitantes en la vivienda es de 4. Los materiales más utilizados en pisos son los de madera, mosaico y otros recubrimientos, en cambio los materiales de las paredes son de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento y concreto, y los techos están construidos por losa de concreto, tabique, ladrillo y terrado con vigería. **(Tabla 28, 29 y 30)**

En relación a la disponibilidad de bienes que se tienen en la vivienda, siendo los más sobresalientes la radio - grabadora con un 95%, televisión con un 98%, licuadora con un 96%, refrigerador por un 90%, calentador de agua con un 80%, lavadora con un 75%, teléfono por un 70%, videocasetera con un 66%, automóvil con un 40% y por último se encuentra la computadora con un 21%. **(Tabla 31)**

Tabla 1.

POBLACIÓN TOTAL POR EDAD DESPLEGADA Y GRUPOS QUINQUENALES POR EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

POBLACIÓN TOTAL POR EDAD DESPLEGADA Y GRUPOS QUINQUENALES POR EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO			
EDAD DESPLEGADA Y GPOS QUINQUENALES DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES
15-19 AÑOS	38838	19354	19484
20-24 AÑOS	41360	20164	21196
25-29 AÑOS	42913	20790	22113
30-34 AÑOS	38481	18338	20143
35-39 AÑOS	34602	16148	18454
40-44 AÑOS	28957	13318	15639
45-49 AÑOS	23238	10553	12685
50-54 AÑOS	20208	9067	11141
55-59 AÑOS	15501	6969	8532
60-64 AÑOS	13515	5745	7770
65-69 AÑOS	10534	4551	5973
70-74 AÑOS	7915	3310	4605
75-79 AÑOS	5489	2212	3277
80-84 AÑOS	3153	1185	1968
85-89 AÑOS	1891	677	1214
90- 94 AÑOS	777	273	504
95-99 AÑOS	296	95	201
100 Y MÁS	60	14	46

Los repertorios de desarrollo poblacional hacen reseña al incremento integral de la población con un total de 441008 habitantes de sexo masculino y femenino, cuyas edades giran entorno de los 0 a 75 años y más. De lo que se desprende que la población femenina es de 230907, representando el 52%, por lo que se concluye que hay un índice mayor de mujeres en esta Delegación.

Tabla 2.

POBLACIÓN TOTAL Y TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

TAMAÑO DE LOCALIDAD	DISTRIBUCIÓN GRANDES GRUPOS DE EDAD								
	POBLACIÓN TOTAL			0-14 AÑOS			15-64 AÑOS		
	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
AZCAPOT ZALCO	441008	210101	230907	106631	53982	52649	297603	14446	157157
1000000-4999999	441008	210101	230907	106631	53982	52649	297603	14446	157157

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al incremento del sexo masculino de 0 a 14 años, ocupando el 51% de la población, mientras que la población femenil ocupa 49% por lo que se concluye que hay más infantes y pubertos masculinos. Sin embargo, en las edades de 15 a 64 años la población femenil ocupa el 53%, por lo que se desprende que hay más adolescentes, adultos y adultos mayores femeninos.

Tabla 3.

POBLACIÓN FEMENINA DE 12 AÑOS Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

POBLACIÓN FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS								
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER	POBLACIÓN FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS	DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS						TOTAL
		8	9	10	11	12	13	
AZCAPOTZALCO	185623	2598	1869	1324	811	719	841	2868
12-14 AÑOS	10678	0	0	0	0	0	0	541
15-19 AÑOS	19484	0	0	0	0	0	0	637
20-24 AÑOS	21186	1	2	1	0	0	0	504
25-29 AÑOS	22113	3	2	2	6	0	0	340
30-34 AÑOS	20143	10	2	10	2	5	6	205
35-39 AÑOS	18454	25	6	9	3	3	12	127
40-44 AÑOS	15639	62	24	21	5	5	14	108
45-49 AÑOS	12685	107	58	32	13	6	13	73
50-54 AÑOS	11141	275	143	64	29	18	27	67
55-59 AÑOS	853	409	269	153	104	63	57	59
60-64 AÑOS	770	502	388	257	148	132	127	58
65-69 AÑOS	5973	418	353	272	169	138	189	37
70-74 AÑOS	4605	336	240	209	133	133	155	31
75 AÑOS Y MAS	7210	450	382	294	199	216	241	81

Las listas de crecimiento poblacional forjan un informe relacionado al promedio de 3 hijos por madre, tomando en consideración la edad de la madre que va desde los 12 años en adelante, representando así el 78% de la población total femenil.

Tabla 4.

POBLACIÓN FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS, TOTAL Y PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, ESTADO CONYUGAL Y GRUPOS QUINQUENALES DE LA MUJER

POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS, TOTAL PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR ESTADO CONYUGAL Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER			
ESTADO CONYUGAL	POBLACIÓN FEMENINA DE 12 AÑOS Y MÁS	HIJOS NACIDOS VIVOS	
		TOTAL	PROMEDIO
UNION LIBRE	13,696	30,916	2.26
CASADA CIVIL Y RELIGIOSAMENTE	54,469	167,220	3.07
CASADO SOLO POR EL CIVIL	18,017	43,918	2.44
CASADA SOLO RELIGIOSAMENTE	1,088	3,545	3.26
VIUDA	15,636	78,144	5.00
DIVORCIADA	4,778	11,568	2.42
SEPARADA	9,213	27,941	3.03
SOLTERA	65,677	14,300	0.22
NO ESPECIFICADO	181	320	1.77

Las tablas de desarrollo poblacional indican que las mujeres de 12 a 75 años y mas, que están casadas civil y religiosamente representan el 30% de la población femenina, presentando un alto índice de hijos nacidos vivos, cuyo promedio oscila entre el 30.7; en cambio, las madres solteras ocupan un 36% de la población total y su promedio de hijos es de 0.22.

Tabla 5.

TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS, TOTAL Y PORCENTAJE DE HIJOS FALLECIDOS Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER.

TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS, TOTAL Y PORCENTAJE DE HIJOS FALLECIDOS POR GRUPOS QUINQUENALES Y EDAD DE LA MUJER			
GRUPO QUINQUENAL DE EDAD DE LA MUJER y ESTADO CONYUGAL	TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS	HIJOS FALLECIDOS	
		TOTAL	PORCENTAJE
12-14	24	1	4.17
15-19	1,637	43	2.63
20-24	10,057	262	2.61
25-29	21,674	569	2.63
30-34	31,726	945	2.98
35-39	38,078	1,331	3.50
40-44	38,254	1,829	4.78
45-49	35,649	1,888	5.30
50-54	37,325	2,425	6.50
55-59	35,049	2,700	7.70
60-64	37,098	3,409	9.19
65-69	31,104	3,596	11.56
70-74	24,127	3,360	13.93
75 y más	35,863	7,452	20.78

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al incremento de los porcentajes de los hijos nacidos vivos, por lo que se ubican en el 92%, en cambio, los hijos nacidos fallecidos se ubican en un índice menor, ya que representan el 8% de la población total de los hijos nacidos vivos o muertos.

Tabla 6.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS DE RESIDENCIA ACTUAL Y LUGAR DE NACIMIENTO Y SU DISTRIBUCIÓN SEXO.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Y LUGAR DE RESIDENCIA DE ENERO DE 1995, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU SEXO			
DELEGACIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL Y LUGAR DE RESIDENCIA DE ENERO DE 1995	POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
Azacapatzalco	400,010	189,359	210,651
En la Entidad	378,302	179,390	198,912
En otra Entidad	20,318	9,251	11,067
Aguascalientes	68	32	36
Baja California	106	49	57
Baja California Sur	47	24	23
Campeche	45	23	22
Coahuila de Zaragoza	82	41	41
Colima	29	15	14
Chiapas	414	195	219
Chihuahua	114	65	49
Durango	44	14	30
Guanajuato	360	150	210
Guerrero	411	179	232
Hidalgo	938	420	518
Jalisco	412	179	233
México	12,088	5,553	6,535
Michoacán de Ocampo	421	169	252
Morelos	305	148	157
Nayarit	42	20	22
Nuevo León	313	68	63
Oaxaca	640	257	383
Puebla	900	399	501
Querétaro de Arteaga	231	108	123
Quintana Roo	110	66	44
San Luis Potosí	171	75	96
Sinaloa	140	50	90
Sonora	64	35	29
Tabasco	125	58	67
Tamaulipas	126	51	75
Tlaxcala	231	120	111
Veracruz-Llave	1,389	629	760
Yucatán	75	37	38
Zacatecas	59	22	37
En otro país	568	312	256
No especificado	822	406	416

Las relaciones del proceso poblacional hacen referencia a la procedencia de las mujeres de esta Delegación, tomando en consideración a los Estados que presentan un mayor índice de derivación como Distrito Federal 4%, Michoacán, Hidalgo, Puebla, Veracruz, y Guanajuato con un 2% Jalisco 1% y Oaxaca 1%.

Tabla 7.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS DE RESIDENCIA ACTUAL, SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN MIGRATORIA ESTATAL E INTERNACIONAL.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS DE RESIDENCIA ACTUAL, SEXO, GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN MIGRATORIA ESTATAL E INTERNACIONAL								
GRUPOS DE EDAD	POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS	TOTAL	NO MIGRANTE	MIGRANTE	NO ESPECIFICADO	TOTAL	EN OTRA ENTIDAD	EN OTRO PAÍS
AZCAPOT-ZALCO	400,010	378,302	362,433	14,890	979	20,896	20,318	568
Mujeres	210,661	198,912	190,593	7,811	508	11,323	11,067	256
5-9	17,989	16,782	15,969	761	52	1,024	995	29
10-14	17,717	16,801	16,205	556	40	882	862	20
15-19	19,484	17,766	17,144	582	40	1,682	1,666	16
20-24	21,196	19,174	18,175	939	60	1,984	1,955	29
25-29	22,113	20,310	18,957	1,294	59	1,783	1,744	39
30-34	20,143	18,878	17,678	1,141	59	1,243	1,210	33
35-39	18,454	17,581	16,750	801	30	860	822	38
40-44	15,639	15,020	14,452	536	32	609	598	11
45-49	12,685	12,306	11,930	348	28	370	362	8
50-54	11,141	10,900	10,647	228	25	238	231	7
55-59	8,532	8,362	8,189	160	13	161	150	11
60-64	7,770	7,635	7,496	128	11	128	121	7
65 y más	17,788	17,397	17,001	337	59	359	351	8

Las relaciones de evolución poblacional hacen énfasis a los datos de los no migrantes Delegacionales representando el 96% la población, los migrantes representan el 4%, en cambio, los migrantes estatales e internacionales constituyen un alto índice de residencia en comparación con los provenientes de otros países.

Tabla 8.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL HABLA INDÍGENA Y HABLA ESPAÑOLA.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA Y HABLA ESPAÑOLA							
GPO DE EDAD	POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS	TOTAL	HABLA ESPAÑOL	NO HABLA ESPAÑOL	NO ESP	NO HABLA LENGUA INDIGENA	NO ESP.
AZCAPOTZ ALCO	400,010	5,093	4,965	26	102	393,730	1,187
Mujeres	210,651	2,796	2,699	19	78	207,231	624
5-9	17,989	107	84	3	20	17,634	248
10-14	17,717	98	97	1	0	17,575	44
15-19	19,484	333	328	2	3	19,112	39
20-24	21,196	370	364	2	4	20,776	50
25-29	22,113	307	303	1	3	21,766	40
30-34	20,143	278	273	2	3	19,817	48
35-39	18,454	257	254	0	3	18,166	31
40-44	15,639	213	204	2	7	15,402	24
45-49	12,865	188	185	1	2	12,481	16
50 y más	45,231	645	607	5	33	44,502	84

Las tablas de desarrollo poblacional hacen una reseña de la mujeres que hablan español, las cuales simbolizan el 96% de la población, en cambio, las mujeres que hablan una lengua indígena es del 7% de la población total de las mujeres, cuyas edades van desde los cinco años en adelante.

Tabla 9.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS QUE HABLA UNA LENGUA INDÍGENA, EL TIPO DE LENGUAJE Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA ESPAÑOLA Y SEXO

TIPO DE LENGUA	HABLA ESPAÑOL			NO HABLA ESPAÑOL			NO ESPECIFICADO		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
AZCAPOTZALCO	4,965	2,266	2,699	26	7	19	102	24	78
Aguateco	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Amuzgo	17	8	9	0	0	0	0	0	0
Cora	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Cuicateco	8	6	2	0	0	0	1	0	1
Chatino	11	5	6	0	0	0	0	0	0
Chichimeca Jonaz	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Chinanteco	52	14	38	1	0	1	0	0	0
Chocho	5	2	3	0	0	0	1	0	1
Chol	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Chontal de Oaxaca	10	2	8	0	0	0	0	0	0
Guarño	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Huasteco	36	18	18	0	0	0	1	0	1
Hueve	8	3	5	0	0	0	1	1	0
Huichol	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Jacalteco	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Karijobel	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Mame	4	1	3	0	0	0	0	0	0
Matlatzincas	12	4	8	0	0	0	0	0	0
Maya	83	58	25	0	0	0	2	0	2
Mazahua	204	91	113	0	0	0	5	0	5
Mazateco	144	68	76	1	1	0	3	0	3
Mixe	78	34	44	0	0	0	0	0	0
Mixteco	268	107	161	6	1	5	9	3	6
Mixteco de la Mixteca Alta	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Náhuatl	1,044	445	599	2	0	2	13	1	12
Otomí	702	304	398	6	1	5	25	2	23
Pame	5	2	3	0	0	0	0	0	0
Popoloca	6	4	2	0	0	0	0	0	0
Popolucas	8	4	4	0	0	0	0	0	0
Purépecha	76	45	31	0	0	0	1	0	1
Tarahumara	5	2	3	0	0	0	0	0	0
Tepehua	18	11	7	0	0	0	0	0	0
Tlapaneco	32	13	19	0	0	0	0	0	0
Tojolabal	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Totonaca	171	79	92	1	0	1	3	0	3
Triqui	13	3	10	0	0	0	0	0	0
Tzeltal	13	4	9	0	0	0	0	0	0
Tzotzil	38	5	33	1	0	1	0	0	0

Yaqui	6	2	4	0	0	0	0	0	0
Zapoteco	580	258	322	2	0	2	6	3	3
Zapoteco Sureño	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Zapoteco Vallista	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Zoque	7	2	5	0	0	0	0	0	0
Otras Lenguas indígenas de México	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Otras Lenguas indígenas de América	6	4	2	0	0	0	0	0	0
No esp.	1,273	650	623	6	4	2	31	14	17

Los repertorios poblacionales más trascendentales de las mujeres de la Zona de Azcapotzalco, cuyas edades abarcan desde los cinco años de edad, forman una lista más representativa con las siguientes lenguas indígenas: Náhuatl, Otomí, Mixteco y Mazahua, con un porcentaje de hablantes es del 21%, 15%, 6.1% y 4.2%, respectivamente.

Tabla 10.

POBLACIÓN DE 0 A 4 AÑOS EN HOGARES DONDE CUYO JEFE (A) Y/O CÓNYUGE HABLAN UNA LENGUA INDÍGENA POR TIPO DE LENGUA Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA ESPAÑOLA DE JEFE (A), LA CÓNYUGE Y SEXO DE LOS MIEMBROS DEL 0 A 4 AÑOS DEL HOGAR.

POBLACIÓN DE 0 A 4 AÑOS EN HOGARES CUYO JEFE(A) Y/O CÓNYUGE HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA POR TIPO DE LENGUA, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA ESPAÑOLA DEL JEFE(A) Y/O CÓNYUGE Y SEXO DE LOS MIEMBROS DE 0 A 4 AÑOS DEL HOGAR												
TIPO DE LENGUA DEL JEFE(A) Y/O CÓNYUGE	POBLACIÓN DE 0 A 4 AÑOS EN HOGARES CUYO JEFE(A) Y/O CÓNYUGE HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA			DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA ESPAÑOLA DEL JEFE(A) Y/O CÓNYUGE Y SEXO DE LOS MIEMBROS DE 0 A 4 AÑOS DEL HOGAR								
	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	HABLA ESPAÑOL			NO HABLA ESPAÑOL			NO ESP.		
				TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES
AZCAPOT-ZALCO	859	405	454	847	399	448	3	2	1	9	4	5
Amuzgo	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Cuicateco	3	2	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0
Chinanteco	11	6	5	11	6	5	0	0	0	0	0	0
Chontal de Oaxaca	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Huasteco	3	2	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0
Huichol	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Mame	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Matlatzinca	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Maya	12	6	6	12	6	6	0	0	0	0	0	0
Mazahua	44	23	21	43	22	21	0	0	0	1	1	0
Mazateco	22	11	11	22	11	11	0	0	0	0	0	0
Mixe	6	1	5	6	1	5	0	0	0	0	0	0
Mixteco	52	24	28	48	21	27	3	2	1	1	1	0
Náhuatl	195	95	100	193	95	98	0	0	0	2	0	2
Otomí	152	67	85	148	66	82	0	0	0	4	1	3
Pame	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Purépecha	8	5	3	8	5	3	0	0	0	0	0	0
Tarahumara	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Tapehua	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Tlapaneco	5	3	2	5	3	2	0	0	0	0	0	0
Tojolabal	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Totonaca	42	18	24	42	18	24	0	0	0	0	0	0
Triqui	5	3	2	5	3	2	0	0	0	0	0	0
Tzeltal	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Tzotzil	3	1	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0
Zapoteco	90	43	47	89	42	47	0	0	0	1	1	0
Zoque	3	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Otra lengua indígena	5	1	4	5	1	4	0	0	0	0	0	0
No esp.	196	88	98	186	88	98	0	0	0	0	0	0

En relación con el jefe (a) del hogar y/o cónyuge que habla lengua indígena, se localizó un índice mayor de la lengua Náhuatl en el sexo masculino figurando un 23%, mientras que en el sexo femenino se delimitó a un 22%, en cambio en la lengua Otomí, el sexo femenino presenta un índice mayor constituyendo el 19%, en cambio, el sexo masculino presenta un índice inferior constituyendo el 16%.

Tabla 11.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS POR SEXO Y RELIGIÓN Y SU DISTRIBUCIÓN QUINQUENALES DE EDAD

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR SEXO Y RELIGIÓN Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD										
RELIGIÓN	POBLACION	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD								
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Azacapotzalco	400,010	36,264	36,028	38,838	41,360	42,903	38,481	34,602	28,957	23,238
Mujeres	210,851	17,989	17,717	19,484	21,196	22,113	20,143	18,454	15,839	12885
Católica	193,787	16,287	16,255	17,848	19,394	20,365	18,592	16,939	14,310	11,675
Protestantes y evangélicas	7,668	581	668	732	712	796	745	725	594	504
Históricas	447	29	36	31	48	48	39	40	34	39
Pentecostales y neopentecostales	716	52	62	88	63	65	57	75	56	52
Iglesia del Dios vivo, columna y apoyo de la verdad	19	2	3	6	1	0	1	2	3	0
Otras evangélicas	6,486	498	567	607	600	683	648	608	501	413
Bíblicas no evangélicas	2,778	192	255	273	303	264	244	233	235	170
Adventistas del 7° día	148	8	8	11	18	23	12	6	4	11
Iglesia de Jesucristo de los Santos (Mormones)	612	48	56	66	84	65	48	55	60	28
Testigos de Jehová	2,018	136	191	196	201	176	184	172	171	131
Judaica	31	4	2	3	2	1	5	1	4	2
Otras religiones	1,226	86	88	104	124	141	108	108	111	75
Sin religión	3,961	354	363	454	571	465	384	390	342	215
No especificada	1,200	485	86	70	90	81	65	58	43	44

Los repertorios de evolución poblacional hacen referencia al acrecentamiento de las diferentes religiones que profesan las mujeres de 15 años en adelante, entre las más notables se encuentran: Católica 92%, Protestantes y Evangélicas 3.6%, otras evangélicas 3%, Testigos de Jehová 1% y sin Religión el 2%.

Tabla 12.

POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS POR EDAD DESPLEGADA Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU ACTITUD PARA LEER Y ESCRIBIR Y SEXO

POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS POR EDAD DESPLEGADA Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN APTITUD PARA LEER, ESCRIBIR, Y SEXO												
EDAD	POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS			DISTRIBUCIÓN SEGÚN APTITUD PARA LEER Y ESCRIBIR								
				SABE LEER Y ESCRIBIR			NO SABE LEER Y ESCRIBIR			NO ESPECIFICADO		
	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES
Azacapo tzalco	65,063	32,947	32,136	61,291	30,980	30,311	3,608	1,862	1,746	184	105	79
6	7,401	3,769	3,632	4,620	2,344	2,276	2,715	1,392	1,323	66	33	33
7	7,200	3,629	3,571	6,656	3,340	3,516	511	269	242	33	20	13
8	7,228	3,627	3,601	7,096	3,556	3,540	112	60	52	20	11	9
9	7,226	3,611	3,615	7,126	3,554	3,572	66	38	28	34	19	15
10	7,419	3,787	3,632	7,360	3,756	3,604	49	24	25	10	7	3
11	7,015	3,608	3,407	6,960	3,574	3,386	40	23	17	15	11	4
12	7,388	3,747	3,641	7,356	3,730	3,626	29	15	14	3	2	1
13	7,026	3,537	3,489	6,963	3,518	3,465	41	18	23	2	1	1
14	7,180	3,632	3,548	7,134	3,608	3,526	45	23	22	1	1	0

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al incremento de los porcentajes de las mujeres de 6 a 14 años que saben leer y escribir, simbolizando un 49%, en cambio, las mujeres que no saben leer y escribir presentan un índice menor, ya que constituyen el 48% de la población.

Tabla 13.

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y SEXO

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y SEXO												
GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS			DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO						NO ESPECIFICADO		
	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	AL	FA	BETAS	ANALFABETA	TO-TAL	HOM-BRES	MUJE-RES	TO-TAL	HOM-BRES
AZCAPOT ZALCO	327,718	162,773	174,945	319,924	160,942	168,982	7,676	1,790	5,886	118	41	77
15-19	38,838	19,354	19,484	38,602	19,247	19,355	220	102	118	16	5	11
20-24	41,360	20,164	21,196	41,117	20,059	21,058	222	98	124	21	7	14
25-29	42,903	20,790	22,113	42,631	20,673	21,958	265	113	152	7	4	3
30-34	38,481	18,338	20,143	38,190	18,235	19,955	282	101	181	9	2	7
35-39	34,602	16,148	18,454	34,246	16,032	18,214	349	112	237	7	4	3
40-44	28,957	13,318	15,639	28,547	13,202	15,345	399	109	290	11	7	4
45-49	23,238	10,553	12,685	22,774	10,436	12,338	460	115	345	4	2	2
50-54	20,208	9,067	11,141	19,550	8,936	10,614	653	130	523	5	1	4
55-59	15,501	6,969	8,532	14,804	6,835	7,969	692	133	559	5	1	4
60-64	13,515	5,745	7,770	12,666	5,570	7,096	840	171	669	9	4	5
65 y más	30,115	12,327	17,788	26,797	11,717	15,080	3,294	606	2,688	24	4	20

Se tomo una muestra de ambos sexos de 15 años y más de 319924, de la cual el 53% de la muestra esta representada por mujeres alfabetas. A su vez, se tomo una muestra de 7766, en la que se simboliza el 77% de mujeres analfabetas del total de la muestra.

Tabla 14.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICION DE ASISTENCIA ESCOLAR Y SEXO

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR EDAD, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICION DE ASISTENCIA ESCOLAR Y SEXO												
EDAD	POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MAS			DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR						NO ESP		
	TO-TAL	HOM-BRE	MU-JER	ASISTE TO-TAL	HOM-BRE	MU-JER	NO ASISTE TO-TAL	HOM-BRE	MU-JER	TO-TAL	HOM-BRE	MU-JER
AZCAPOT-ZALCO	400,010	189,359	210,651	122,202	62,089	60,113	275,958	126,476	149,480	1,852	794	1,058
5	7,209	3,639	3,570	6,431	3,262	3,169	427	196	231	351	181	170
6	7,401	3,769	3,632	7,162	3,656	3,506	153	70	83	86	43	43
7	7,200	3,629	3,571	7,029	3,548	3,481	123	54	69	48	27	21
8	7,228	3,627	3,601	7,068	3,550	3,518	135	63	72	25	14	11
9	7,226	3,611	3,615	7,076	3,539	3,537	111	51	60	39	21	18
10	7,419	3,787	3,632	7,303	3,733	3,570	99	46	53	17	8	9
11	7,015	3,606	3,407	6,900	3,543	3,357	92	49	43	23	16	7
12	7,388	3,747	3,641	7,229	3,673	3,556	151	72	72	8	2	6
13	7,026	3,537	3,489	6,782	3,429	3,353	237	105	105	7	3	4
14	7,180	3,632	3,548	6,707	3,386	3,321	470	245	245	3	1	2
15	7,450	3,717	3,733	6,441	3,222	3,219	1,004	494	494	5	1	4
16	7,500	3,729	3,771	5,807	2,852	2,955	1,682	872	872	11	5	6
17	7,867	3,961	3,906	5,557	2,733	2,824	2,032	1,223	1,223	8	5	3
18	8,506	4,261	4,245	5,257	2,678	2,579	3,233	1,579	1,579	16	4	12
19	7,515	3,686	3,829	4,149	2,114	2,035	3,353	1,569	1,569	13	3	10
20-24	41,360	20,164	21,196	14,491	7,529	6,962	26,768	12,594	12,594	101	41	60
25-29	42,903	20,790	22,113	5,371	3,066	2,305	37,395	17,668	17,668	137	56	81
30 y más	204,617	92,465	112,152	5,442	2,576	2,866	198,221	89,526	89,526	954	363	591

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al incremento de los datos de las mujeres que asisten a la escuela, manifestando un 49%, posteriormente se tomo una muestra en donde el 54% constituye a la mujeres que no asisten a la escuela.

TABLA 15.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MAS EN CONDICIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR, SEXO Y EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, DESAGREGANDO LOS GRADOS EN SECUNDARIA, MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS POR CONDICIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR, SEXO Y EDAD, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, DESAGREGANDO LOS GRADOS APROBADOS EN SECUNDARIA, MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR									
EDAD	ASIS- TENCIA	SIN INSTRU- CIÓN	SECUNDARIA			NO ESP	ESTUDIOS TÉCNICOS O COMERCIALES CON PRIMARIA TERMINADA		
			1°	2°	3°				
MUJERES	185,623	56,779	5,281	6,909	31,952	23	4,514	78,808	1,357
12	3,641	2,968	665	0	0	2	0	0	6
13	3,489	1,238	1,677	561	0	8	0	0	5
14	3,548	474	879	1,724	455	7	0	0	9
15	3,733	272	216	956	1,717	0	0	556	16
16	3,771	278	94	289	1,396	0	2	1,705	7
17	3,906	277	61	126	1,085	0	7	2,325	25
18 y más	163,535	51,272	1,689	3,253	27,299	6	4,505	74,222	1,289
Asiste	35,975	5,133	3,810	3,555	4,597	16	77	18,944	143
12	3,556	2,900	650	0	0	2	0	0	4
13	3,353	1,141	1,657	546	0	7	0	0	2
14	3,321	349	841	1,684	432	7	0	0	8
15	3,219	110	182	895	1,461	0	0	541	10
16	2,955	65	56	211	977	0	2	1,641	3
17	2,824	33	18	57	534	0	3	2,161	18
18 y más	16,747	535	106	162	1,173	0	72	14,601	98
No asiste	148,669	51,354	1,759	3,345	27,248	6	4,410	59,616	1,131
12	79	64	14	0	0	0	0	0	1
13	132	96	19	15	0	0	0	0	2
14	225	124	38	39	23	0	0	0	1
15	510	162	34	60	234	0	0	6	5
16	810	213	38	78	415	0	0	62	2
17	1,079	244	43	69	550	0	4	167	5
18 y más	146,034	50,451	1,573	3,084	26,026	6	4,406	56,327	1,115
No especificado	779	292	12	9	107	1	27	248	83

Los repertorios de evolución poblacional hacen referencia a los datos de las mujeres que no tienen acreditada el nivel post primaria, cuyo porcentaje representa el 30%. En cuanto a la población femenina que concluyó el nivel secundario está representado por el 30%, con datos sobresalientes de cada grado; 1° esta constituido por el 3%, 2° está formado por el 4%, y el 3° esta representado por el 20%. En relación a la población femenil que asume tener estudios técnicos o comerciales con primaria terminada ocupa el 2% y en lo que se refiere a la población femenil con instrucción a nivel media superior y nivel superior es caracterizado por el 42%.

TABLA 16.

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS CON ESTUDIOS TÉCNICOS O COMERCIALES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR POR SEXO, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÁREAS DE ESTUDIO

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS CON ESTUDIOS TÉCNICOS O COMERCIALES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR POR SEXO, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÁREAS DE ESTUDIO										
SEXO	COMERCIALES	AGROPECUARIA	SA-LUD	AMBIENTAL Y QUÍMICA	ADMINISTRATIVAS Y COMUNICACIÓN	EDUCACIÓN ARTÍSTICA E IDIOMAS	INDUSTRIAL Y TECNOLÓGICA	SERVICIOS DE BELLEZA	MILITAR Y POLICIAL	NO ESP
AZCAPOTZALCO	28,456	24	2,553	174	17,582	1,130	5,563	251	29	1,150
Hombres	6,322	17	198	58	1,971	105	3,517	11	28	417
Mujeres	22,134	7	2,355	116	15,611	1,025	2,046	240	1	733

Los repertorios poblacionales más trascendentales de las mujeres de 15 años y más con estudios técnicos o comerciales de nivel medio superior y nivel superior, se observa que las mujeres presentan un índice mayor en comparación con el de los hombres, ya que representan el 78% de la población. Las especialidades más irrumpidas por las mujeres son de salud de 92%, ambiental y química con un 66%, administrativa y comunicación del 89%, educación artística e idiomas con un 91%, servicio de belleza con un 96%.

TABLA 17.

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN Y CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTE A SERVICIOS DE SALUD

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN Y CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTE A SERVICIOS DE SALUD								
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL	NO DERECHOHABIENTE	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTE A SERVICIOS DE SALUD					
			DERECHOHABIENTE					
			TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	OTRA	NO ESP.
MUJERES	230907	75799	149880	113637	27822	8512	1750	5228
0-4	16943	6158	10538	8530	1558	481	125	247
5-9	17989	6425	11354	8774	2002	617	150	210
10-14	17717	6707	10841	8000	2241	640	130	169
15-19	19484	4805	10898	8220	10972	763	114	181
20-24	21196	8923	12036	10210	1264	533	129	237
25-29	22113	7917	13955	11513	1899	422	209	241
30-34	20143	6679	13233	10253	2341	581	174	231
35-39	18454	5980	1289	8812	2701	724	185	185
40-44	15639	4772	10690	7411	2576	679	143	177
45-49	12685	3574	9008	6211	2204	596	102	103
50-54	11141	2836	8210	5746	1915	564	75	95
55-59	8532	1863	6620	4849	1400	421	39	49
60-64	7770	1467	6250	4721	1158	407	44	53
65-69	5973	1111	4822	3675	837	344	42	40
70 Y MAS	11815	2832	8905	6528	1714	732	88	78
NO ESP.	3313	150	231	184	39	8	1	2932

Los repertorios de evolución poblacional hacen referencia al porcentaje de la mujeres de 0 a 70 años que acuden distintas instalaciones médicas, es decir, el 33% de la población no es derechohabiente, por lo que no pertenece al IMSS; ISSSTE, entre otras, en cambio, el 75% de dicha población pertenece al IMSS, el 18% de la urbe pertenece al ISSSTE, el 6% de la localidad es perteneciente a PEMEX, Defensa o Marina y el 1% de la población acude a otra institución de salud.

TABLA 18.
PACIENTES FARMACODEPENDIENTES Y TIPO DE DROGA

PACIENTES FARMACODEPENDIENTES Y TIPO DE DROGAS										
ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	ALCO - HOL.	ANFETA - MINAS	CANNABIS	TIPOS DE DROGAS					
					COCAINA	ALUCINO - GENOS	INHALA - BLES	OPIA - CEOS	SEDAN - TES	OTRAS
Azcapotzalco	820	163	14	209	242	13	112	9	48	20

Los índices de evolución poblacional hacen referencia al porcentaje del consumo de drogas en la población total de Azcapotzalco, el 30% de la población consume cocaína, el 25% de la población consume cannabis, el 20% de la población consume alcohol, el 14% consume inhalantes, el 6% consume sedantes, el 2% consume anfetaminas y otras sustancias, el 1.5% consume opiáceos.

TABLA 19.
PACIENTES FARMACODEPENDIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

PACIENTES FARMACODEPENDIENTES SEGÚN OCUPACIÓN							
ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	OCUPACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES				ESTUDIA	ESTUDIA Y TRABAJA
		TRABAJA	NO ESP.	SIN OCUPACION			
AZCAPOTZALCO	383	82	72	2	207	20	

Los repertorios de desarrollo poblacional hacen mención al porcentaje de ocupación de los farmacodependientes, el 53% de la población adicta trabaja, el 21% no tiene ocupación, el 19% estudia y el 5% no esta especificado.

TABLA 20.
PACIENTES FARMACODEPENDIENTES SEGÚN SEXO

PACIENTES FARMACODEPENDIENTES SEGÚN SEXO				
ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO
AZCAPOTZALCO	404	312	44	48

Los tabulados de desarrollo poblacional hacen referencia al porcentaje de hombres y mujeres que son farmacodependientes, el 77% de la población es del sexo masculino, en cambio, el 11% de la población es del sexo femenino y el 12% de la población no esta especificado.

TABLA 21.

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN Y TIPO DE DISCAPACIDAD.

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN Y TIPO DE DISCAPACIDAD.											
GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL	SIN DISCAPACIDAD	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD								
			CON DISCAPACIDAD								
			NO ESP.	TOTAL	MOTRIZ	AUDITIVA	LENGUAJE	VISUAL	MENTAL	OTRA	NO ESP.
MUJERES	230907	222590	4645	2647	700	103	864	695	37	23	3672
0-4	16943	16721	88	55	6	0	4	24	3	0	134
5-9	17989	17790	132	49	19	7	21	44	2	1	67
10-14	17717	17525	133	38	18	7	15	62	3	1	59
15-19	19484	19274	154	38	14	8	18	87	1	0	56
20-24	21196	21000	146	44	17	7	20	67	0	0	50
25-29	22113	21908	169	42	20	7	31	73	1	0	36
30-34	20143	19911	177	65	15	5	25	72	2	2	55
35-39	18454	18238	167	74	25	7	23	40	4	2	49
40-44	15639	15415	182	81	26	7	27	47	3	3	42
45-49	12685	12449	207	130	27	5	30	16	2	3	29
50-54	11141	10859	248	149	30	4	54	19	2	20	34
55-59	8532	8260	254	145	43	2	51	16	3	1	18
60-64	7770	7434	303	169	48	4	87	11	3	0	33
65-69	5943	5580	376	223	50	4	96	19	3	1	17
70 Y MAS	11815	9852	1895	1341	337	27	361	96	5	9	68
NO ESP.	3313	374	14	4	5	2	1	2	0	0	2925

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al incremento de los datos de las mujeres de 0 a 70 años y más que presentan algún tipo de discapacidad como: motriz con un 59%, mental con un 15%, visual con un 18%, auditiva con un 15%, lenguaje con un 2.1% y otra con .8%, ya que estas constituyen el 4% de la población total femenina.

TABLA 22.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MAS POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CONYUGAL

POBLACION DE 12 AÑOS Y MÁS POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGUN ESTADO CONYUGAL										
GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS	SOLTERA	CIVIL	RELIGIOSAMENTE	CIVIL Y RELIGIOSAMENTE	UNION LIBRE	SEPARADA	DIVORCIADA	VIUDA	NO ESP.
Mujer	185,823	67,830	18,129	1,099	54,764	13,822	9,228	4,801	15,682	268
1-14	10,678	10,630	8	7	16	10	2	2	3	0
15-19	19,484	17,750	493	12	300	774	89	8	5	53
20-24	21,196	13,497	2,231	79	2,551	2,189	466	24	45	44
25-29	22,103	8,730	3,251	153	6,078	2,729	754	320	71	27
30-34	20,143	4,967	3,064	161	7,712	2,531	979	540	165	24
35-39	18,454	3,369	2,662	159	7,868	2,039	1,266	744	326	21
40-44	15,639	2,352	2,103	122	6,968	1,417	1,292	825	546	14
45-49	12,685	1,704	1,484	102	5,968	797	1,114	701	808	7
50-54	11,141	1,402	1,077	91	5,237	554	1,036	606	1,125	13
55-59	8,532	941	639	48	3,965	296	815	380	1,437	11
60-64	7,770	827	514	60	3,329	213	620	251	1,945	11
65 y más	17,778	1,661	603	105	4,772	273	795	330	9,206	43

Los tabulados de desarrollo poblacional hacen referencia al incremento de los datos de las mujeres de 12 a 65 años y más, en relación a su estado conyugal, el 39% corresponde a las mujeres solteras, el 31% son casadas civil y religiosamente, el 10% son mujeres casadas por el civil, el 8% son mujeres que se encuentran en unión libre, el 5% son mujeres viudas, el 4% son mujeres separadas, el 2% son divorciadas y el .1% de las mujeres son las que se encuentran casadas religiosamente solamente.

TABLA 23.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MAS Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y OCUPACIONAL.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y OCUPACIONAL						
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICION DE ACTIVIDAD ECONOMICA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA				
		INACTIVA	OCUPADA	DESOCUPADA	NO. ESP.	TOTAL
MUJERES	185623	73095	72033	1062	112173	355
12-14 AÑOS	10678	221	210	11	10344	113
15-19 AÑOS	19484	3565	3435	130	15870	49
20-24 AÑOS	21196	9635	9335	300	11524	37
25-29 AÑOS	22113	12414	12166	248	9672	27
30-34 AÑOS	20143	11301	1156	145	8820	22
35-39 AÑOS	18454	10119	10519	100	7816	19
40-44 AÑOS	15639	8736	8681	55	6893	10
45-49 AÑOS	12685	6282	6244	38	6397	6
50-54 AÑOS	11141	4501	4486	15	6633	7
55-59 AÑOS	8532	2593	2587	6	5930	9
60-64 AÑOS	7770	1597	1587	10	6161	12
65 AÑOS Y MAS	17788	1631	1627	4	16113	44

Los repertorios de evolución poblacional hacen referencia al porcentaje de la mujeres de 12 a 65 años y más que se encuentran ocupadas y económicamente activas, ya que estas constituyen el 98% de la población, mientras tanto, el 15% de la población restantes se encuentra económicamente inactiva.

TABLA 24.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA Y SU DISTRIBUCIÓN Y TIPO DE INACTIVIDAD.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE INACTIVIDAD						
GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA	ESTUDIANTES	PERSONAS DEDICADAS AL HOGAR	JUBILADOS Y PENSIONADOS	INCAPACITADOS PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR	OTRO TIPO DE INACTIVIDAD
Mujeres	112,173	25,548	63,774	5,004	620	17,227
10-14	10,344	8,964	119	7	5	1,249
15-19	15,870	11,153	2,015	13	20	2,669
20-24	11,524	4,225	5,090	22	25	2,162
25-29	9,672	833	7,148	34	65	1,592
30-34	8,820	167	7,731	34	55	1,233
35-39	7,506	76	6,666	61	42	971
40-44	6,893	46	5,902	97	27	821
45-49	6,397	19	5,955	268	30	725
50-54	6,333	16	5,309	539	31	738
55-59	5,930	13	4,633	565	29	690
60-64	6,161	7	4,505	824	28	797
65 y más	16,113	29	9,701	2,540	263	3,580

Los tabulados de desarrollo poblacional hacen referencia al tipo de inactividad de las mujeres de 20 a 65 años y más, se concluye que el 23% corresponde a los estudiantes, el 57% se dedican a los quehaceres del hogar, el 4% pertenecen a las mujeres pensionadas y jubiladas, el 5% corresponde a las mujeres que se encuentran incapacitadas permanentemente para trabajar y el 15% se relaciona a las mujeres que tienen otro tipo de inactividad.

TABLA 25.

TASAS ESPECÍFICAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA Y GRUPOS QUINQUENALES POR EDAD Y SEXO

TASAS ESPECÍFICAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO			
GRUPOS DE EDAD	TASAS ESPECÍFICAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA		
DELEGACION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Azcapotzalco	53.47	69.44	39.38
12-14	2.58	3.09	2.07
15-19	24.01	29.76	18.30
20-24	57.03	69.20	45.46
25-29	72.44	89.78	56.14
30-34	74.49	94.68	56.10
35-39	75.26	95.50	57.54
40-44	73.72	94.70	55.86
45-49	68.90	92.19	49.52
50-54	60.65	85.53	40.40
55-59	50.73	75.63	30.39
60-64	35.92	56.69	20.55
65 y más	17.20	28.78	9.17

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al decremento de la participación económica de las mujeres de 12 a 65 años y más en esta Delegación, ya que los hombres tienen un índice superior en la participación económica de esta Zona.

TABLA 26.

HOGARES Y SU POBLACIÓN Y GRUPOS DE EDAD DEL JEFE DEL HOGAR Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN DEL JEFE DEL HOGAR.

HOGARES Y SU POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DEL JEFE DE HOGAR, Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DEL JEFE DE HOGAR					
EDAD DEL JEFE DEL HOGAR	ESTUDIANTES	PERSONAS DEDICADAS A LOS QUEHACERES EL HOGAR	JUBILADOS Y PENSIONADOS	INCAPACITADOS PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR	OTRO TIPO DE INACTIVIDAD
MUJERES	25,548	63,774	5,004	620	17,227
10-14	8,964	119	7	5	1,249
15-19	11,153	2,015	13	20	2,669
20-24	4,225	5,090	22	25	2,162
25-29	833	7,148	34	65	1,592
30-34	167	7,731	34	55	1,233
35-39	76	6,666	61	42	971
40-44	46	5,902	97	27	821
45-49	19	5,955	268	30	725
50-54	16	5,309	539	31	738
55-59	13	4,633	565	29	690
60-64	7	4,505	824	28	797
65 y más	29	9,701	2,540	263	3,580

Los tabulados de desarrollo poblacional hacen referencia al incremento de los datos de las jefaturas femeninas en el hogar, teniendo como edad mínima 12 años y edad máxima 65 años, lo que constituye el 27% de la población total (se incluyen hombres y mujeres). Sin embargo, la población de hogares en la jefatura femenina es menor que en la jefatura masculina, ya que, esta sólo constituye el 23% de la población total antes mencionada

TABLA 27.

HOGARES Y SU POBLACION Y SEXO DEL JEFE DEL HOGAR Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO Y CLASE DE HOGAR

HOGARES Y SU POBLACION, SEXO DEL JEFE DEL HOGAR Y SU DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO Y CLASE DE HOGAR										
JEFE DEL HOGAR	TOTAL DE HOGARES Y SU POBLACION	DISTRIBUCIÓN SEGUN TIPO DE HOGAR								
		TOTAL	NUCLEARES	HOGARES FAMILIARES			UNIPERSONALES	CORRESIDENTES	IND.	N. ESP
				AMPLIADO	COMPUESTOS	NO. ESP.				
HOGARES	30239	25290	13888	10976	330	96	4936	1707	229	13
POBLACION	99794	94514	41517	50765	1735	497	5250	4707	504	30

Los índices de desarrollo poblacional hacen referencia a los diferentes tipos de hogares con su población de las mujeres cuyas edades se encuentran entre los 12 y 65 años y más. Los hogares que predominan son: Hogares Nucleares que constituyen el 13%, con una población de 10%, Hogares Ampliados formados por un 11%, con una población del 12%. Hogares Compuestos lo componen el .3% y su población es de .4%. El total de hogares unipersonales esta formado por el 34%. Hogares Corresidentes lo constituye el 5%, con una población de 10%.

TABLA 28.

VIVIENDAS HABITADAS Y SUS OCUPANTES, TIPO Y CLASE DE VIVIENDA PARTICULAR.

VIVIENDAS HABITADAS Y SUS OCUPANTES POR TIPO Y CLASE DE VIVIENDA PARTICULAR		
TIPO Y CLASE DE VIVIENDA PARTICULAR	VIVIENDAS HABITADAS	OCUPANTES
AZCAPOTZALCO	110772	441008
VIVIENDA PARTICULAR	110685	440171
CASA INDEPENDIENTE	52132	222927
DEPARTAMENTO EN EDIFICIO	35505	129615
VIVIENDA EN VECINDAD	18194	68557
CUARTO DE AZOTEA	605	2039
LOCAL NO CONSTRUIDO PARA HABITACIÓN	283	1098
VIVIENDA MOVIL	4	9
REFUGIO	4	4
NO ESPECIFICADO	3958	15922

Los índices de evolución poblacional hacen referencia al tipo de vivienda que habitan las mujeres en esta Delegación, las más representativas son la vivienda particular, casa independiente, departamentos en edificio, viviendas en vecindad, cuya población constituyen los siguientes datos 94%, 50%, 30% y 15% respectivamente.

TABLA 29.

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR NÚMERO DE OCUPANTES EN LA VIVIENDA.

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR NUMERO DE OCUPANTES EN LA VIVIENDA		
NUMERO DE OCUPANTES	DISTRITO FEDERAL	DELEGACIÓN AZCAPOTZALCO
1 OCUPANTE	164160	8195
2 OCUPANTES	306468	16546
3 OCUPANTES	413887	21994
4 OCUPANTES	506623	26666
5 OCUPANTES	344975	17892
6 OCUPANTES	175142	8436
7 OCUPANTES	81333	3938
8 OCUPANTES	44450	2190
9 Y MÁS OCUPANTES	64514	3176
TOTAL	2103762	109233

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al promedio del porcentaje del número de habitantes que va desde 1 hasta 9 y más por vivienda, el cual es del 5% en todos los habitantes.

TABLA 30.
VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR MATERIAL PREDOMINANTE
EN PISOS PAREDES Y TECHOS.

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR MATERIAL PREDOMINANTE EN PISOS, PAREDES Y TECHOS		
MATERIAL PREDOMINANTE	TOTAL	PORCENTAJE
PISOS:	109233	100%
MADERA, MOSAICO Y OTROS RECUBRIMIENTOS	57010	52.2%
PAREDES:	109233	100%
TABIQUE, LADRILLO, BLOCK, PIEDRA, CANTERA, CEMENTO Y CONCRETO	106721	97.7%
TECHOS:	109233	100%
LOSA DE CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO Y TERRADO CON VIGUERÍA	95510	84.4%
NO ESPECIFICADO	551	0.5%

Los índices de crecimiento poblacional hacen referencia al tipo de material predominante en pisos, paredes y techos, de los cuales los más sobresalientes en pisos son los de madera, mosaico y otros recubrimientos, ya que constituyen el 52.2%, en cambio los materiales de las paredes son de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento y concreto, lo cuales constituyen el 97.7%. Y por último los techos están constituidos por losa de concreto, tabique, ladrillo y terrado con vigería, ocupando un 87.4%.

TABLA 31.

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE BIENES EN LA VIVIENDA

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE BIENES EN LA VIVIENDA		
CONCEPTO	TOTAL	DISPONEN
RADIO	109233	104143
TELEVISIÓN	109233	106911
VIDEOCASETERA	109233	71797
LICUADORA	109233	104751
REFRIGERADOR	109233	98676
LAVADORA	109233	81497
TELEFONO	109233	76133
CALENTADOR DE AGUA	109233	86730
AUTOMÓVIL	109233	42258
COMPUTADORA	109233	23332

Los tabulados de desarrollo poblacional hacen referencia a la disponibilidad de bienes que se tienen en la vivienda, siendo los más sobresalientes la radio-grabadora con un 95%, televisión con un 98%, licuadora con un 96%, refrigerador por un 90%, calentador de agua con un 80%, lavadora con un 75%, teléfono por un 70%, videocasetera con un 66%, automóvil con un 40% y por último la computadora con un 21%.

Como se desprende de esta descripción, es claro que ha habido avances en la situación social de las mujeres. Sin embargo, es evidente que permanecen fuertemente arraigadas en la sociedad las condiciones estructurales y culturales que reproducen desigualdad entre hombres y mujeres.

ENCUESTA DE OPINION

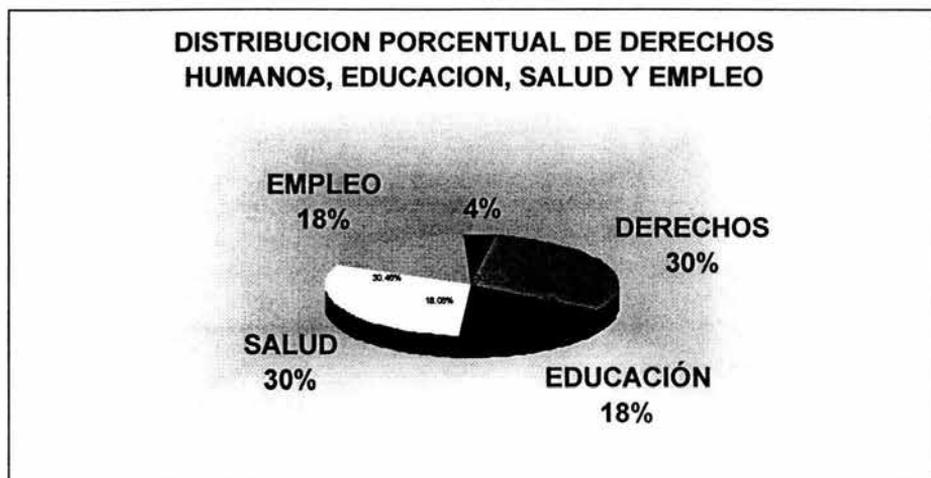
Este trabajo de investigación se centró en la detección de los principales problemas que aquejan a las mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 60 años de edad, relacionados a los temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo. Gracias a la metodología empleada se detectaron estos problemas, los cuales se ubican de la siguiente forma:

- Derechos Humanos: 607 mujeres encuestadas votaron por este ítem, lo que indica que obtuvo un porcentaje de 30.46.
- Salud: 601 mujeres eligieron este ítem, consiguiendo un porcentaje de 30.16.
- Educación: 360 mujeres seleccionaron este ítem, adquiriendo un porcentaje de 18.06.
- Empleo: 354 mujeres encuestadas optaron este ítem, lograron un porcentaje de 17.76.

De acuerdo con estos resultados se planeó y elaboró adecuadamente "El Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco".

Los datos finales de la Encuesta de Opinión se centraron en las respuestas dadas por la población femenina de la Demarcación Territorial de Azcapotzalco.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DERECHOS HUMANOS, EDUCACION, SALUD Y EMPLEO

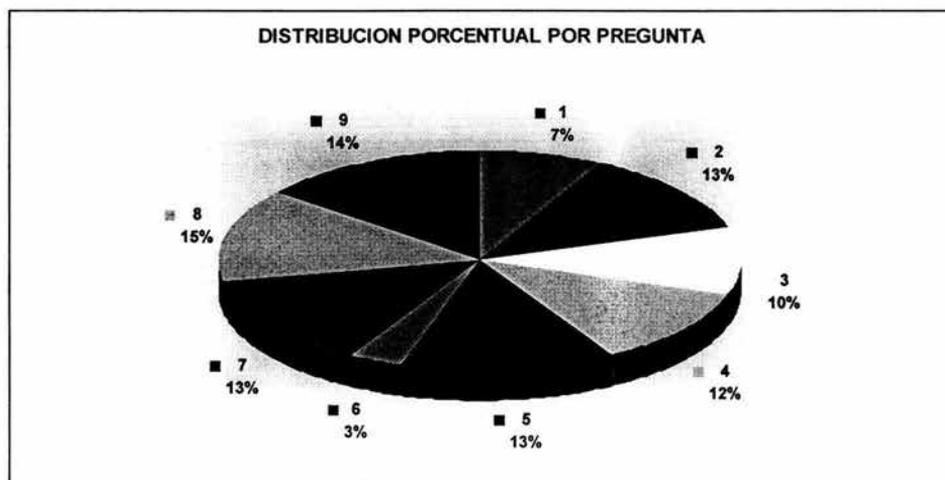


FUENTE: Encuesta de Opinión. Delegación Azcapotzalco, 2003.

Como se observa en esta gráfica el 30% de la población encuestada manifiesta mayor interés por Derechos Humanos, el otro 30% de la población se inclina más por la salud, mientras que el 18% de las mujeres encuestadas centran su atención en la educación, así como por el empleo; por último el 4% de esta mujeres no especifica cual era la cuestión de mayor importancia para ellas.

Por lo que se concluye que los problemas que más aquejan a las mujeres en la Demarcación Territorial de Azcapotzalco son: **Derechos Humanos y Salud**, seguidos de **Educación y Empleo**.

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR PREGUNTA DE LA ENCUESTA DE OPINION



FUENTE: Encuesta de Opinión. Delegación Azcapotzalco, 2003.

En esta gráfica se observa la distribución porcentual de las nueve afirmaciones que conforman la Encuesta de Opinión. (Anexo 2)

- En el primer ítem, el 7% de la población manifestó que si conoce todos sus derechos.
- En el segundo ítem, el 13% no le gustaría aumentar su nivel académico.

- En el tercer ítem, el 10% de las mujeres encuestadas creen que el sistema de salud público no es deficiente.
- En el cuarto ítem, el 12% de la población encuestada piensan que en el ámbito laboral no existe discriminación (cabe señalar que la tercera parte de este porcentaje, eran mujeres dedicadas al hogar).
- En el quinto ítem, el 13% de la muestra no le interesa que el varón este informado sobre sus Derechos.
- En el sexto ítem, el 3% de las mujeres sabe donde se encuentran las plazas comunitarias del INEA.
- En el séptimo ítem, el 13% del ejemplar no quiere recibir información acerca de las diversas enfermedades.
- En el octavo ítem, el 15% de la población encuesta no considera necesario prevenir el embarazo en adolescentes.
- En el noveno ítem, el 14% de las mujeres no quieren un programa para la mujer por parte de la Delegación.

Es necesario señalar que la tercera parte de la población femenina encuestada desea saber más sobre sus Derechos, incrementar su Educación, saber más sobre diversas enfermedades relacionadas a ellas, así como prevenir el embarazo en edades tempranas, erradicar la discriminación y buscar equidad en el ámbito laboral.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Indudablemente la división más grande que existe entre los seres humanos es la de género, diferencia que se encuentra desde los inicios de su existencia como especie y como individuos; es decir, que no sólo mujeres y hombres han sido separados como tales desde la Antigüedad, sino que también una de las primeras exigencias del proceso de socialización es rotular al infante y enseñarlo a que se identifique como pertenencia al género femenino y masculino.

Ahora bien, la designación genérica como un hecho pancultural y obligado para todos los seres humanos no sería en sí un hecho importante sino implicara dos cuestiones: primero, la creencia de que "la anatomía es destino" (Freud, 1925), y por lo tanto cada persona debe responder a ella de manera inexorable; y segundo la vinculación tan estrecha y rígida que se ha establecido entre las esferas biológica, psicológica y social, donde la primera define el desarrollo de las otras dos. Esto significa, que según dichas creencias, cada persona estará destinada, solamente debido a su sexo, a comportarse, relacionarse, enfermarse, definirse, etc., de una manera específica y única, además del papel que ocupe dentro de la sociedad, estarán marcados indiscutiblemente por su designación sexual.

Alrededor de estas suposiciones han surgido estudios e investigaciones de diferentes teóricos (Katchadourian, Bleichmar, Stoller y Money entre otros) que

comienzan por distinguir entre sexo biológico e identidad genérica para concluir que los aspectos psicológicos y sociales del entramado tan complejo que representa el género, no puede ser explicado por la disposición prenatal y que aunque la identidad genérica se desprenda de la designación sexual; termina por alejarse de ésta para mezclarse indisolublemente con componentes psicológicos y sociales, que se manifiestan como un conjunto de rasgos de personalidad aprendidos dentro de la cultura adecuados a la condición de femenino o masculino.

La perspectiva de género para que en los procesos de planeación de desarrollo nacional, estatal y municipal, proporciona la promoción de un trato equitativo hacia la mujer en su participación en la vida política, económica, social y cultural del país que garantice la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Para ello es necesario analizar las implicaciones de género en la visión, misión, objetivos y metas de las dependencias e impulsar la inclusión de la perspectiva de género en la planeación, normatividad, seguimiento, evaluación, educación, comunicación y prestación de servicios, cuidando que en los proyectos se tome en cuenta al hombre en su relación con la mujer y se combata la discriminación.

Esto requiere el desarrollo de programas específicos, como son los de desarrollo comunitario, que brinden una atención integral a la mujer acorde con la cultura de los diversos grupos y regiones.

Es necesario fortalecer el impacto social de estos programas con medidas que favorezcan a la mujer y que ayuden a eliminar los rezagos históricos en su atención. Se requieren programas dirigidos a mujeres, con objetivos y acciones específicos, con criterios programáticos, sensibles al género y sus prioridades en beneficio de los rubros, no sólo de Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo, sino de Cultura, Alimentación, Toma de Decisiones, Política, Justicia. Asimismo, los programas deben orientarse a la eliminación de inequidades de pobreza, analfabetismo, índices de escolaridad, violencia, justicia y acceso a la cultura, con atención especial a los grupos vulnerables

Gracias al sustento teórico y práctico, al paradigma y desarrollo de la Psicología Clínica se pudo desarrollar el modelo de la Psicología Comunitaria, ya que, ambas buscan como meta alcanzar la salud mental del individuo y de la comunidad, valiéndose de diversos medios, objetivos y métodos, los cuales conforman las características propias dichas disciplinas.

La Psicología de la Comunidad reconoce la relación indisoluble de la teoría y de la práctica, propiciando la solución del problema. Es a través de la capacitación del personal y la emancipación del colono que se propicie la seguridad y confianza del marginado a resolver sus problemas y los del grupo.

La capacidad de resolución permite incrementar la autoestima y con ello cobrar conciencia de su capacidad de transformación de su realidad.

La Psicología de la Comunidad se convierte entonces en una alternativa de solución, ya que estudia las transacciones entre la estructura del sistema social, las poblaciones y los individuos, es decir, del mismo modo, contempla que cada ser humano contiene distintos elementos tanto de su comunidad inmediata como el resto de su especie manteniendo una paradoja de individuación-colectivo. Desde esta perspectiva entender el todo es entender una mínima de sus partes y del mismo modo entender una parte mínima de su totalidad es entender el todo sin que tenga una relación lineal causa-efecto definida (Grof, 1992). Sin embargo en México se presentan obstáculos y limitaciones para el desarrollo de la Psicología Comunitaria, ya que, se le da poca validez a la salud psicológica como parte del sistema de Salud.

Desafortunadamente el gobierno no ha incluido dentro de sus metas el subsanar y promover la salud psicológica. Prueba de esto es el distinto apoyo a la comunidad en programas paternalistas. Gracias a esto, la labor del psicólogo en México es estereotipada. Aunado a esto, son pocas las universidades que incluyen a la Psicología Comunitaria en su plan curricular.

Las ventajas y beneficios de los proyectos de desarrollo comunitario son:

- La multiplicación del servicio en menos tiempo y costo.
- Los promotores, siendo miembros de la comunidad, son vistos como cercanos a la realidad, sobre todo en los grupos con

rechazo a las instituciones, por lo tanto, favorecen el sentido de pertenencia hacia los programas.

- Aumenta el personal capacitado.
- Los promotores tienen el mismo interés y lenguaje que los usuarios.
- Enlaza los consultores a la comunidad.
- Favorece la redistribución del poder.
- Promueve los procesos de humanización, autogestión y autodeterminación.
- Ajusta los programas a las necesidades de la comunidad.
- Favorece la organización comunitaria.
- Retroalimenta a las instituciones del sector público o privado.
- Favorece los procesos de concientización.
- Asimila el mercado productivo a sujetos tales como jóvenes, amas de casa, jubilados, delincuentes e indigentes.

El programa de la mujer en la Delegación Azcapotzalco refleja las características del desarrollo comunitario con la población femenina a partir de cuatro líneas programáticas. Este compromiso se arraiga, de manera sólida, en la labor comunitaria que se está realizando, lo que ha obligado a revisar los logros alcanzados e identificar los obstáculos que persisten para diseñar procedimientos y mecanismos que permitan superar la situación actual de las mujeres.

En este contexto el "Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco" es un proceso que refleja la voluntad de favorecer la organización comunitaria, por introducir de manera transversal, un enfoque de género en el diseño, ejecución y evaluación de sus políticas públicas, de ahí que no es un fin en sí mismo, sino un punto de partida desde el cual se articulan objetivos, estrategias y acciones cuya ejecución es responsabilidad de toda la Delegación, cada sector en sus áreas de competencia, todos unidos en un objetivo común: fortalecer el papel de las mujeres para que puedan mejorar su situación en todos los ámbitos de su vida.

En cuanto a las características del Programa de la mujer en la Delegación Azcapotzalco, que como programa especial y transversal promueve la equidad de género, en el cual los planteamientos son viables; esto es, que se puedan coordinar entre las instituciones de la administración pública.

Actualmente el programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco opera con una gran afluencia en los Centros de Desarrollo Comunitario y Centros Comunitarios, los cuales promueven diversas actividades, que buscan iniciar los aspectos autogestivos dentro de la comunidad.

El Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco actualmente forma parte de la Red de Referencia y Contrarreferencia de Casos de Violencia Doméstica del Distrito Federal.

Este trabajo de investigación fue posible a partir de la elaboración de la Encuesta de Opinión, enfocado a cuatro temas: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo, la cual permitió tener un primer contacto con la población femenina de la Delegación Azcapotzalco, a su vez, permitió escuchar sus demandas. Así mismo la encuesta de opinión fue necesaria para la elaboración del programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco.

Realizar un trabajo de esta índole me permite reflexionar sobre el papel del psicólogo en el trabajo comunitario, motivo por el cual considero importante aludir lo siguiente:

- El psicólogo debe ser un profesional capaz de atender las demandas de la población para lo cual debe manejar estrategias y metodología comunitaria que le permita acceder al interés del público (usuarios).
- La elaboración de programas debe tener como fundamento adecuado “conocer las demandas de la población”, por medio del sustento de las diversas aportaciones que la teoría hace al trabajo empírico.
- Actualmente hay cambios en los intereses públicos, en donde se debe abordar a las poblaciones de acuerdo a sus características. El psicólogo por su formación debe considerar a las poblaciones vulnerables como prioritarias para el trabajo comunitario.

La única forma de entender las paradojas humanas es entrando en contacto con “los otros”. Sin embargo, cuando se trata de lograr la fusión entre “tú y yo”, se excluye a un tercero y se ubica fuera, a su vez, se llega a privarlo de su sentido de realidad, a concebirlo “como si” no existieran las diferencias y a huir a lo imaginario, pues el tercero que es excluido no se destruye, sino persiste con una gran indole de rezagos (Grof, 1992).

¿A caso la mujer ha sufrido esta exclusión a lo largo de la historia de la humanidad?

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A) LIMITACIONES

- El Programa de la Mujer Azcapotzalco es derivado de políticas públicas dirigido a la mujer de la Dirección de Servicios Sociales, de la Delegación Política de Azcapotzalco, Los resultados mas esperados e importantes por esta dependencia son los cuantitativos.
- Es un programa dirigido especialmente a mujeres, cuyas edades son entre los 12 y 60 años de edad, el cual no cubre todas las etapas del desarrollo de la Mujer.
- El programa se enfoca solamente a cuatro temas relacionados con la mujer: Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo.
- El Programa no aborda otras áreas de trabajo comunitario, como por ejemplo la inclusión del hombre a proyectos para la mujer, lo cual considero importante, ya que así se podrá lograr una mayor concientización en la comunidad.

- La investigación sólo detectó las necesidades de las mujeres en un determinado momento histórico y periodo de tiempo.

B) SUGERENCIAS:

- Cada Institución, de todos los niveles de gobierno, debería desarrollar programas específicos de atención a la mujer en un marco de equidad y en el ámbito de su competencia. Asimismo, las instancias municipales requieren implementar procesos de gestión y gerencia con equidad de género a través de espacios institucionales especializados en el desarrollo de las mujeres.
- Se requiere impulsar la participación de la mujer en programas con equidad de género en donde se considere a las mujeres como "beneficiadas" y no únicamente como "beneficiarias", esto es que su participación redunde en una mejora sustancial de su desarrollo y no se contemple con la mera aportación de tiempo y trabajo. Esto llama a la realización de acciones que no sólo incrementen las oportunidades de acceso de las mujeres a espacios y actividades tradicionalmente asignados a los hombres, sino que permitan comparar con ellos los

beneficios y costos en el marco de un replanteamiento de los roles femeninos y masculinos.

- Es necesario embarcarse en un proceso de construcción y reconstrucción de las instituciones publicas, para que se conviertan en referentes sociales del impulso de la igualdad de oportunidades y la justicia social, mediante estrategias y mecanismos que ayuden a llevar a la práctica los conceptos que guían la equidad entre los géneros.
- Para ello, una tarea urgente es la de plasmar la perspectiva de género en normas, difundirlas e inducirlas, tanto en las acciones de las instituciones públicas como en las de la sociedad civil.
- La participación de mujeres debe plantearse, en términos generales, a través de convocatorias dirigidas a todos los recintos de ubicación de las mujeres, a asociaciones, colegios de profesionistas, instituciones públicas y privadas.
- Para lograr una adecuada difusión de los programas sociales, se requiere de informar sobre sus objetivos, la oferta que plantean, los beneficios o servicios que ofrecen y los requisitos para la inclusión de beneficios.

- Se requiere también difundir las reformas legislativas que benefician a las mujeres para lo cual se proponen unidades administrativas que brinden información y orientación a la ciudadanía, módulos de asesoría y asistencia ciudadana atendidos por el personal sensible para que las mujeres reciban un trato digno con igualdad de oportunidades.
- Finalmente se plantea la necesidad de buscar consensos entre hombres y mujeres sobre los programas de Desarrollo Comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, P.E y Hernández, R.C (1986) Discusión sobre algunos planteamientos biológicos acerca de la condición social de la mujer. Tesis de Biología, Facultad de Ciencias, México; U.N.A.M.
- American Psychiatric Association (1988) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Mason.
- Baile, S.H. (1975). Community development as a process of emergente. En Lees, R. y SMITH, G. (Eds) *Action-Research in community development*. Londres:Routledge y Kengan Paul.
- Barba, R y Gilardi, G. (1993) Psicología comunitaria: Desprofesionalización y desarrollo comunitario (reseña de un caso). En Serano, R.; Virseda, J.A. y Osuna, P. (coms) *Formación universiotaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana, 59-70.
- Barba, R. y Moch, P. (1993) Algunas consideraciones sobre la conformación de una psicología comunitaria. En Serano, R.; Virseda, J.A. y Osuna, P. (coms) *Formación universitaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana, 181-194.
- Bassaglia, F. (1983) *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Beauvoir, S. (1989a) *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*. México: Alianza Editorial.
- Beauvoir, S. (1989b) *El segundo sexo. La experiencia vivida*. México: Alianza Editorial.
- Belle, D. (1990) Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45 (3), 385-386.
- Berlanga, G. (1991) Confrontación se sabers y diseño de alternativas tecnologicas: Una invitación a la intervención de la psicología social comunitaria. En Serano, R.; Virseda, J.A. y Osuna, P. (coms) *Formación universiotaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana, 59-70.
- Bleichmar, D.E. (1985) *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Fontamara.
- Bloom, B. (1977) *Community mental health. A general introduction*. E.U.A.: Brooks/cole Publishing Co.
- Broverman, K.L.; Broverman, M.D.; Clarson, E.F.; Rosenkrantz, S.P. y Vogel, R.S. (1981) Sex role stereotypes and clinical judgments of mental

- health. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Brodsky, A.M. y Holroyd, J. (1981) Report of the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
 - Brody, C.M. (1984) Authenticity in feminist therapy. En C.M. Brody *Women therapists working with women; new theory and process of feminist therapy*. Nueva York: Springer Publishing Company.
 - Burin, M; Moncaraz, E. y Velásquez, S. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
 - Careaga, G. (1994) Mujer, pobreza y salud mental. *Revista FEM*, 132, 25-27
 - Castro, I. (1987) Psicoterapia de mujeres; algunos aspectos relevantes. En M. Burin *Estudios sobre la subjetividad femenina, Mujeres y salud mental*. Argentina: Grupo Editorial Latinoamericano.
 - Chodorow, N. (1978) *El ejercicio de la maternidad*. España: Gedisa.
 - Cohn, S.B (1984) Female role socialization: the analyst and the analysis. En C.M. Brody. *Women therapists working women; new theory and process of feminist therapy*. Nueva York: Springer P.C.
 - COMISIÓN NACIONAL DE LA MUJER.: (1999), *Taller de Análisis de Género y Políticas Públicas*. México Talleres Gráfico de México. 168.
 - Cueli, J. (1989) *Psicoterapia social*. México: Trillas.
 - Devereux, G. (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
 - Díaz, H. (1991) Educación media y salud comunitaria. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana, 16-23.
 - Ehrenreich, B. y English, D. (1988) *Sobre brujas, comadronas y enfermeras. Dolencias y trastornos*. Barcelona: LaSal, Cuadernos Inacabados.
 - Eichenbaum, L. y Orbach, S. (1984) Feminist Psychoanalysis: theory and practice. En C.M. Brody. *Women therapists whit women; new theory and process of feminist therapy*. Nueva York: Springer P.C.

- Escovar, L.A. (1989) Análisis comparado de dos modelos de cambio social en la comunidad. En Gómez del Campo E. y Hernández, J. (comp) *Psicología de la comunidad*. México: Universidad Iberoamericana, 236-246.
- Esquivel, J. (1986) *Curso de comunicación para padres*. México: Universidad Iberoamericana.
- Fernández, G. y Arroyo, A. (1991) La participación comunitaria en los programas de salud. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana, 53-60.
- Flores, P.F. (1989) El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo. En P.M. Bedolla, O.R. Bustos, F.P. y B.G. y Gracia (compils). *Estudios de género y feminismo I*. México: Fontamara, U.N.A.M.
- Freud, S. (1905) Análisis fragmentario de una histeria. En S. Freud *Escritos sobre la histeria*. España: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1918) *El tabú de la virginidad*. Obras completas V. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas V. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933a) La feminidad. En S. Freud *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. España: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1933b) La sexualidad infantil. En S. Freud *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gesten, E. y Jason, L. (1987) Social and community interventions. *Annual review of psychology*, 38 427-460.
- Gomez del Campo, E. (1992) *Psicología de la comunidad. Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones. Un punto de vista humanista*. Tesis de doctorado en psicología. México: Universidad Iberoamericana.
- Gómez del Campo, E. (1992b) *Manual para el diseño de programas de intervención*. México: Universidad Iberoamericana.
- Gómez del Campo, E. y Hernández, V (Eds). (1989) *Psicología de la comunidad*. México: Universidad Iberoamericana.
- Gomezjara, F. (1986) *Técnicas de desarrollo comunitario*. México: Fontamara.

- González Casanova, P. (1990) La democracia en México. La estructura social y política. En departamento académico de estudios generales, ITAM. *Problemas de la realidad mexicana contemporáneo. El pasado reciente*. México: ITAM, 127-188.
- Goodrich, T.J.; Rampage, Ch.; Ellman, B. y Halstead, K. (1989) *Terapia familiar feminista*. Argentina: Paidós.
- Goz, R. (1981) Women patients and women therapists: some issues that come up in psychotherapy. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Guzmán, L. y Puente de Guzmán, M. (1984) *Desarrollo personal, integración comunitaria. Guía de ejercicios y dinámicas*. México: Contraste.
- Hare-Mustin, R.T (1981) A feminist approach to family therapy. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Hasen, R. (1990) la política del desarrollo mexicano. Buenos resultados: ¿Para quién?.. En departamento académico de estudios generales, ITAM. *Problemas de la realidad mexicana contemporáneo. El pasado reciente*. México: ITAM, 51-92.
- Hellen y Monahan (1977). *Psychology and community change*.
- Hernández, C.E. (1994, 2 de mayo) Depresión posparto. *La Jornada* (sup. Doble jornada). Pp.3.
- Hierro, G. (1994) Política y filosofía feminista. *Revista FEM*. 133 9-12.
- Horney, K. (1991) *Psicología femenina*. México: Alianza Editorial.
- Howell, E (1981a) From Freud to the present. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Howell, E (1981b) Psychotherapy with women clients: the impact of feminism. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- INEGI.: *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno no. 16. México. P. 341.
- INEGI.: *Tabulados Básicos Distrito Federal*. XII Censo General de Población y Vivienda. México, 805.

- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (2001) *Programa Nacional para la Igualdad de oportunidades y No Discriminación contra las mujeres*. México, 125.
- Israel, J. (1981) A feminist work with nontraditional clients. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Jordan, P. (1966) *El proceso de desarrollo de la comunidad*. En BID (Ed) Desarrollo de la comunidad. Teoría y práctica, México: BID.
- Jason, L. (1989) Psicología comunitaria con enfoque conductual: conceptualizaciones y aplicaciones. En Gómez del Campo, E. y Hernández, V (comps). *Psicología de la comunidad*. México: Universidad Iberoamericana, 263-280.
- Katchadourian, A.H. (1979) La terminología de género y del sexo. En H.A. Katchadourian. *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Klein, M (1932) *El psicoanálisis de niños*. Obras Completas V.I. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Klein, M (1957) *Envidia y gratitud*. Obras Completas V.VI. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Kolb, C.L. y Brodie, K.H. (1988) *Psiquiatría clínica*. México: Interamericana.
- Lamas, M. (1985) Feminismo y maternidad. *Revista FEM*, 43 26-30.
- Lamas, M. (1986) La antropología feminista y la categoría de género. *Revista de Ciencias Sociales. Nueva Antropología*. 8(30), 173-198.
- Lartigue, M. (1993) Sistema de orientación profesional para la implantación de practicas de campo en la carrera de psicología. En Serrano, R.; Virseda, J. y Osuna, P. (comps) *Formación Universitaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana, 117-132.
- Lartigue, M. y Harrsch, C. (1993) Intervención en comunidades marginadas desde la perspectiva psicoanalítica. En Serrano, R.; Virseda, J. y Osuna, P. (comps) *Formación Universitaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana.
- Lesur, L. y Tejeda, C. (1964) *Problemática del desarrollo de la comunidad. Seminario sobre el Desarrollo de la comunidad y su aplicación en América Latina. Documento informativo*. México: Centro de Educación Fundamental para el Desarrollo de la Comunidad en América Latina.

- Lévi-Strauss, C. (1991) *Las estructuras elementales del parentesco*. España: Paidós.
- Lombardi, A. (1990) *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*. Argentina: Paidós.
- Mahler, S.M. (1972) *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. México: Joaquín Mortiz.
- McBride, A.B. (1990) Mental health affects of women's multiples roles. *American Psychologist*, 45 (3), 381-384.
- Meler, I. (1978) Identidad de género y criterios de salud mental. En M. Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982) *Desarrollo de la sexualidad humana*. Madrid: Morata.
- Rappaport, J. (1977) *Community psychology. Values, research and action*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rezsóhazy, R. (1988). *El desarrollo comunitario. Participar, programar, innovar*. Madrid: Narcea.
- Rawlings, I.E. y Carter, K.D. (1977) *Psychotherapy for women. Treatment equality*. E.U.A.: Charles C. Thomas Publisher.
- Richardson, L. (1988) *The dynamics of sex and gender. A sociological perspective*. Nueva York: Harper Collins Publisher Inc.
- Russo, N.F. (1990) Algunas consecuencias políticas de la diferencia psíquica de los sexos. En M. Lamas y F. Saal (com) *La bella (in)diferencia*. México: Siglo XXI.
- Saéz, B.C. (1988) *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: LaSal, Cuadernos Inacabados.
- Segal, H. (1991) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Segura, H.; Martínez, R. y Zepeda, V. (1991) La psicología comunitaria como proceso de salud. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana, 61-67.

- Serrano, R. (1993) psicoanálisis y cambio social. En Serrano, R.; Virseda, J. y Osuna, P. (comps) *Formación Universitaria y promoción social*. México: Universidad Iberoamericana.
- Serrano, R.; Barba, R.; Ahuja, R. y Barreto, H. (1991) Propuesta metodológica de intervención comunitaria. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana, 68-81..
- Shield, J. (1969) *La educación en el desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Solís, A.J. (1991) Género, Comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto. Tesis de Licenciatura; Facultad de Psicología, México; U.N.A.M.
- Solís, V. (1991) El concepto de salud: entre el individualismo y la comunidad social. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana, 3-7.
- Spitz, A.R. (1965) *El primer año de la vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stephenson, P.S. y Walter, A.G. (1981) The psychiatrist-woman patient relationship. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Stricker, G. (1977) Implications of research for psychotherapeutic treatment of women. *American Psychologist*, 32 14-22.
- Tovar, M. (1994) Modelo de investigación comunitaria. Una contribución desde la psicología social comunitaria. *Revista cubana de psicología*, vol. 11, no. 1, 29-34.
- UNIFEM. (1999).; *Mujeres Mexicana: Avances y Perspectivas*. México: Arroyo Cerda, SC. 77.
- Virseda, J. (1991) Prólogo. En Lartigue, T. (comp) *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana.
- Zax, M. (1989) Historia y fundamentos del movimiento de salud mental comunitaria. En Gómez del campo E.; y Hernández, J. (comps) *Psicología de la comunidad*. México: Universidad Iberoamericana, 4-35.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1.

Primer formato de 50 reactivos de la Encuesta de opinión que se presentó a los jueces para su evaluación.

PRIMER CUESTIONARIO DEL PROGRAMA DE LA MUJER EN LA DELEGACION AZCAPOTZALCO

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una lista de 50 afirmaciones, marque con una "X" si esta de acuerdo o en desacuerdo en cada afirmación. Por ejemplo:

	De acuerdo	En desacuerdo
Estoy favor de la lucha por las mujeres	x	

	De acuerdo	En desacuerdo
1. Conozco todos mis derechos de mujer	_____	_____
2. Los hijos necesitan más la cercanía de la madre que la del padre.	_____	_____
3. Las mujeres son mejores para la crianza de los hijos.	_____	_____
4. Los hombres tienen mayores necesidades sexuales.	_____	_____
5. La responsabilidad económica del hogar debe recaer en Hombre.	_____	_____
6. La persona responsable de evitar un embarazo es la mujer	_____	_____
7. Me gustaría aumentar mi nivel académico	_____	_____
8. El hombre debe ser el jefe del hogar.	_____	_____
9. Los Derechos no son aptos para las mujeres.	_____	_____
10. El hombre es el que debe estudiar.	_____	_____
11. Las mujeres sólo deben dedicarse a la casa.	_____	_____
12. Los hombres son los únicos que pueden tener dinero.	_____	_____
13. La mujer no es capaz de progresar en el trabajo	_____	_____
14. Considero que el servicio médico (Público) es deficiente	_____	_____
15. Considero que en el mercado laboral, las mujeres recibimos discriminación.	_____	_____
16. Las mujeres son más resistentes a las enfermedades	_____	_____
17. Me gustaría que el varón estuviera informado sobre mis derechos de mujer.	_____	_____
18. Los hombres toman mejores decisiones que las mujeres.	_____	_____
19. Sé a donde se encuentran ubicadas las Plazas Comunitarias del INEA	_____	_____
20. Las mujeres no saben manejar en forma adecuada el poder.	_____	_____
21. Las mujeres mayores no tienen nada que aportar.	_____	_____
22. La cultura es sólo para hombres.	_____	_____
23. La felicidad de la mujer depende del hombre.	_____	_____
24. Las mujeres son menos importantes que los hombres.	_____	_____
25. El sistema educativo se hizo para los hombres.	_____	_____

	De acuerdo	En desacuerdo
26. Me gustaría recibir más información sobre las enfermedades más comunes en las mujeres.	_____	_____
27. La salud es prioritaria para los hombres.	_____	_____
28. Considero que es necesario realizar campañas de prevención del embarazo y de sexualidad para los adolescentes.	_____	_____
29. La mujer no se puede realizar si no tiene un hijo.	_____	_____
30. Los límites sólo son para las mujeres.	_____	_____
31. Las mujeres deben de participar en las actividades de esfuerzo físico.	_____	_____
32. La riqueza es solo para los hombres.	_____	_____
33. La mujer es inferior al hombre.	_____	_____
34. El derecho de igualdad sólo es para los hombres	_____	_____
35. Me gustaría que hubiera un Programa de la Mujer por parte de la Delegación.	_____	_____
36. El INEA es solo para hombres.	_____	_____
37. El cáncer es el destino de las mujeres.	_____	_____
38. Las mujeres son capaces de dirigir	_____	_____
39. Las mujeres son las que tienen que usar métodos anticonceptivos.	_____	_____
40. Los hombres respetan mis derechos.	_____	_____
41. Los trabajos son diseñados para el hombre.	_____	_____
42. La economía del País depende únicamente de los hombres	_____	_____
43. La felicidad de la mujer depende del hogar.	_____	_____
44. Los hijos son la responsabilidad de la mujer únicamente.	_____	_____
45. El trabajo débil y sencillo es para las mujeres.	_____	_____
46. La inteligencia de las mujeres es inferior a la de los hombres.	_____	_____
47. En México no se respetan los Derechos.	_____	_____
48. La depresión es un chantaje utilizado por la mujer.	_____	_____
49. La mujer no puede desarrollarse plenamente si no tiene un hombre a lado.	_____	_____
50. Las mujeres no son capaces de desempeñar actividades en las áreas físico-matemático.	_____	_____

ANEXO 2.

Formato de la Encuesta de opinión que se aplico en los 27 barrios, 80 colonias y 20 unidades habitacionales de la Delegación Azcapotzalco.

ENCUESTA DE OPINION DEL PROGRAMA DE LA MUJER EN LA DELEGACION AZCAPOTZALCO

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una lista de 9 afirmaciones, marque con una "X" si esta de acuerdo o en desacuerdo en cada afirmación. Por ejemplo:

	De acuerdo	En desacuerdo
Estoy favor de la lucha por las mujeres	x	

	De acuerdo	En desacuerdo
1. Conoce todos sus derechos de mujer	_____	_____
2. Le gustaría aumentar su nivel académico	_____	_____
3. Considera que el servicio médico (Público) es deficiente	_____	_____
4. Considera que en el mercado laboral, las mujeres reciben discriminación	_____	_____
5. Le gustaría que el varón estuviera informado sobre sus derechos de mujer.	_____	_____
6. Sabe a donde se encuentran ubicadas las Plazas Comunitarias del INEA	_____	_____
7. Le gustaría recibir más información sobre las enfermedades más comunes en las mujeres.	_____	_____
8. Considera que es necesario realizar campañas de prevención del embarazo y de sexualidad para los adolescentes.	_____	_____
9. Le gustaría que hubiera un Programa de la Mujer por parte de la Delegación.	_____	_____

A continuación hay cuatro temas que debe enumerar (iniciando por el NO. 1) comenzando por el más importante para usted.

- Derechos de la Mujer _____
- Educación _____
- Saludos _____
- Empleo _____

Aplicador

Fecha

Anexo 3:

En la tabla se observan dos columnas, en la columna del lado izquierdo están los nombres de los barrios, colonias y unidades habitacionales que conforman la Delegación Azcapotzalco y en la columna del lado derecha se mencionan los puntos estratégicos como Centros de Desarrollo Comunitario, CENDIS, Centros de Servicios Comunitarios, Calles, Iglesias, Parques, Mercados, Bibliotecas, en donde se llevó a cabo la aplicación de la Encuesta de Opinión.

DELEGACIÓN AZCAPOTZALCO	
COLONIA	RECINTO DE APLICACIÓN
1. Aguilera	Iglesia "Sagrado Corazón de Jesús"
2. Aldana	Calle "Abasolo"
3. Allende	Deportivo Democracias
4. Ampliación el Gas	CDC "Francisco J. Mújica"
5. Ángel Zimbrom	Club de León A.C.
6. Arenal	Parque "Refinería"
7. Azcapotzalco	CENDI "Azcapotzalco"
8. Benito Juárez	Mercado "Benito Juárez"
9. Campo Encantado Habitacional	Unidad Habitacional
10. Clavería	Parque de la China
11. Coltongo Barrio	Iglesia "Coltongo"
12. Cosmopolita	CENDI "Cosmopolita"
13. Cosmopolita Ampliación	Iglesia "La Sagrada Familia"
14. Cuítlahuac Unidad Habitacional	Unidad Habitacional
15. Del Gas	Iglesia
16. Del Maestro	Parque Delegacional
17. El arenal	CENDI "Arenal"
18. El Porvenir	Concentraciones "Porvenir"
19. El Recreo	Calle "Nopaltitla"
20. El Rosario	Metro Rosario
21. El Rosario Nueva Ampliación	CDC "Gabriela Brimer"
22. El Rosario Unidad Habitacional	CSC "Antonio Valeriano"
23. Electricistas	Centro de Salud Dr. Galo Soberon Parra
24. Estación Pantano	Mercado
25. Euzkadi	Centro Deportivo "Popular Ceylan"
26. Ferrería	Calle Ángeles y Lázaro Cárdenas
27. Francisco Villa Unidad Habitacional	Unidad Habitacional
28. Haciendas del Rosario	Parque
29. Hogar y Seguridad	Calle de Narciso
30. Hogares Ferrocarrileros Habitacional	Calle Ferrocarril
31. Huautla de las Salinas Barrio	Metro "Norte 45"
32. Industrial Vallejo	Telégrafos
33. Jagüey Barrio	Metro "Ferrería"
34. Jardín Azpeitia	CDC "Jardín Azpeitia"
35. Jardines de Ceylan Habitacional	Av. Ceylan
36. La Preciosa	Biblioteca "José María Vigil"
37. La Providencia	CDC "Manuel Salazar"

38.	La Raza	Hospital "La Raza"
39.	Las Armas Unidad Habitacional	CONALEP
40.	Las Salinas Pueblo	Iglesia "Nuestra Señora del Pilar"
41.	Las Trancas	Unidad Habitacional
42.	Lázaro Cárdenas Unidad Habitacional	Calle "san Isidro"
43.	Liberación	Mercado
44.	Libertad	Calle "Wake"
45.	Los Reyes Barrio	Iglesia "Los Santos Reyes"
46.	Lotería Nacional	Glorieta de Camarones
47.	Miguel Hidalgo Unidad	Parque "Federico Montes"
48.	Miguel Lerdo de Tejada Unidad Habitacional	1° Privada de Ferrocarriles Nacionales
49.	Monte Alto	PTE 116
50.	Nextengo Barrio	Iglesia "San Salvador Nextengo2"
51.	Novedades Impacto U. Ecológica	Calle "Francisco Marques"
52.	Nueva Santa María	CENDI "Nueva Santa María"
53.	Obrero Popular	Mercado "Obrero Popular"
54.	Pantano Unidad Habitacional	Unidad Habitacional
55.	Pasteros	Mercado "Pasteros"
56.	Patrimonio Familiar	Calle "Geramínio"
57.	PEMEX Unidad	Hospital
58.	Petrolera	CDC "Petrolera"
59.	Petrolera Ampliación	Mercado "Jardín Forti"
60.	Plenitud	Primaria "Maestro Mexicano"
61.	Potrero del Llano	CDC "Josefa Ortiz de Domínguez"
62.	Prados del Rosario	Parque "Tezozomoc"
63.	Presidente Madero Unidad Habitacional	Unidad Habitacional
64.	Prohogar	CENDI "Prohogar"
65.	Renacimiento Unidad	Unidad Habitacional
66.	Reynosa Tamaulipas	CENDI "Reynosa Tamaulipas"
67.	Rivera Anaya M. CROC 1 conj Urb.	Centro Comercial
68.	Rosario El Ejido	Campo Bello
69.	San Álvaro	Parque
70.	San Andrés Barrio	Mercado de la "Reynosa"
71.	San Andrés de las Salinas Barrio	Metro "Vallejo"
72.	San Andrés Pueblo	Calle "Tepantengo"
73.	San Antonio	CSC "San Antonio"
74.	San Antonio Ampliación	Campo Moluco
75.	San Bartolito	Calle "Poza Rica"
76.	San Bartoló Cacahualtongo	Iglesia "San Bartola Cacahualtongo"
77.	San Bernabé Barrio	Banco "Nacional de México"
78.	San Francisco Tetecala	Iglesia "San Francisco de Asís"
79.	San Francisco Xocotitla	Iglesia
80.	San Juan Tlihuaca	CDC "San Juan Tlihuaca"
81.	San Lucas	Iglesia
82.	San Marcos Barrio	CDC "San Marcos"
83.	San Martín Xochinahuac	Concentrado "San Martín Xochinahuac"
84.	San Mateo	Calle "San Mateo"
85.	San Miguel Amantla Pueblo	CDC "San Miguel Amantla"
86.	San Pedro Xalpa Ampliación	Calle "Francisco Villa"
87.	San Pedro Xalpa Unidad	CDC "San Pedro Xalpa"
88.	San Rafael	Centro de Salud "San Rafael"

89.	San Salvador Xochimanca	Av. Cuiclahuac
90.	San Sebastián	Iglesia
91.	Santa Apolonia Barrio	Iglesia "Santa Apolonia"
92.	Santa Bárbara Pueblo	Alameda Norte
93.	Santa Catarina	Rastro
94.	Santa Cruz Acayucan Barrio	Biblioteca "Santa Cruz Acayuca"
95.	Santa Cruz de las Salinas Barrio	Centro de Salud "Santa Cruz de las Salinas"
96.	Santa Inés	Centro de Salud "Santa Inés"
97.	Santa Lucía	CENDI "Santa Lucía"
98.	Santa María Minanalco	Escuela "Asociación de Investigadores"
99.	Santiago Ahuizotla	Centro de Salud "santiago Ahuizotla"
100.	Santo Domingo	Privada "Águiles Serdan"
101.	Santo Tomás Barrio	Asociación de Charros Mexicanos
102.	Sector Naval	Iglesia
103.	Sindicato Méx. de Electricistas	Iglesia "Santa Eduvigés"
104.	Tepalongo Unidad Habitacional	Unidad Habitacional
105.	Tetecala	Jardín Bermúdez
106.	Tezozomoc	CENDI "Margarita Maza de Juárez"
107.	Tierra Nueva	Centros de Integración Juvenil
108.	Tlatilco	CENDI "Tlatilco"
109.	Tlatilco Unidad Habitacional	Centro Comercial
110.	Trabajadores del Hierro	Mercado "Laminadores"
111.	Un Hogar para cada trabajador	Unidad Habitacional Cuiclahuac
112.	Victoria de las Democracias	CENDI "Victoria de las Democracias"
113.	Villa Azcapotzalco	Jardín "Hidalgo"
114.	Villa Azcapotzalco FOVISSSTE	Campo Ocotepéc
115.	Xochinahuac U. Hab. INFONAVIT	Calle Aztacalco

Anexo 4

Para el establecimiento de la Ruta Critica se seccionó a la Delegación Azcapotzalco en cuatro zonas: Noroeste, Noreste Suroeste y Sureste., para lo cual se formaron equipos de dos persona, para que cada equipo cubriera una zona.

RUTA CRITICA			
NOROESTE	NORESTE	SUROESTE	SURESTE
Pueblo San Andrés	Ferrería	Unidad Habitacional Las Armas	Barrio San Marcos
Reynosa Tamaulipas	Santa Bárbara Pueblo	Ampliación San Pedro Xalpa	Barrio de santo Tomás
Santa Inés	Barrio San Andrés	Santiago Ahuizotla	Del Maestro
San Martín Xochinahuac	Pueblo Santa Catarina	San Pedro Xalpa	Barrio San Sebasrian
Unidad Habitacional Tepantongo	Industrial Vallejo	Unidad Renacimiento	Libertad
Nueva Ampliación El Rosario	Barrio Jaguey	Petrolera	Santa María Maninalco
Unidad San Pedro Xalpa	Barrio Hautla de las Salinas	Ampliación San Antonio	Sindicato Mexicano de Electricistas
Unidad Ecológica Novedades Impacto	San Francisco Xocotitla	San Bartola Cahuacaltongo	Benito Juarez
Conjunto Urbano Miguel Rivera Anaya CROC. 1	Libertad	Pueblo San Miguel Amantla	El Recreo
Unidad Habitacional Xochinahuac	Electricistas	Santa Lucia	Loteria Nacional
Ejido El Rosario	Porvenir	Plenitud	Sector Naval
Pasteros	La Raza	Barrio Santa Apolonia	San Alvaró
Villas Azcapotzalco	Aldana	Angel Zombrom	San Salvador Xochimanca
Unidad Las Trancas	Prohogar	Clavería	Obrero Popular
Tezozomoc	Barrio Santa Cruz de las Salinas	San Lucas	Nueva Santa María
Unidad Miguel Hidalgo	Barrio Coltongo	Unidad Azcapotzalco	Tlatilco
El Rosario	Trabajadores del Hierro	Barrio Nextengo	Unidad Habitacional Tlatilco
San Juan Tluhuaca	Aguilera	Barrio Santa Cruz Acayucan	Victoria de las Democracias
Providencia	Del Gas	Villa Azcapotzalco	Barrio San Bernabé
Unidad Habitacional Francisco Villa	Ampliación del Gas	Barrio los Reyes	Hogar y Seguridad
Tierra Nueva	Allende	San Rafael	Jardín Azpetía
Prados del Rosario	Ampliación Cosmopolita	Santo Domingo	Un Hogar para cada Trabajador
Unidad PEMEX	Unidad Habitacional Hogares Ferrocarrileros	Barrio San Simón	Unidad Habitacional Cuitlahuac
Azcapotzico	Cosmopolita	San Mateo	Estación Pantano

Hacienda el Rosario		Unidad Miguel Lerdo de Tejada	Unidad Habitacional Pantaco
Ampliación Petrolera		Unidad Lázaro Cárdenas	Pueblo las Salinas
		San Antonio	Monte Alto
		Unidad Campo Encantado	Unidad Jardines de Ceylan
		Ampliación Petrolera	Euzkadi
			Potrero del llano

Anexo 5:

Formato del cuestionario que se utilizó para incorporar las respuestas de la Encuesta de Opinión a la Base de Datos en Microsoft Access. En la primera parte sólo se situaba una X en los números de las respuestas señaladas por las encuestadas. En la segunda parte se ubicaban los números del 1 al 4 según la importancia manifestada por las mujeres y en la tercera parte de la base de datos sólo se agregaba el nombre de la colonia y/o lugar de recinto donde se realizó la aplicación y la fecha.

FORMULARIO PARA INCORPORAR LAS RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE OPINION

ENCUESTA DE OPINION DEL PROGRAMA DE LA MUJER EN LA DELEGACION AZCAPOTZALCO								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1 DERECHOS	10.2 EDUCACION		10.3 SALUD		10.4 EMPLEO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
COLONIA	<input type="text"/>							
FECHA	<input type="text"/>							

ANEXO 6

Base de datos que muestra las puntuaciones finales obtenidas de la Encuesta de Opinión, por colonia y pregunta.

BASE DE DATOS DE LA ENCUESTA DE OPINION													
COLONIA	PREGUNTAS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10.1	10.2	10.3	10.4
Arenal	53	48	36	51	47	41	51	49	53	205	210	198	206
Aguilera	1	7	4	7	7	0	7	7	7	13	19	19	19
Angel Zimbron	10	11	14	17	17	1	18	18	18	42	43	49	46
Azcapotzalco	4	10	6	7	10	4	10	10	10	18	24	24	34
Benito Juárez	11	22	14	19	22	2	22	22	21	60	55	41	65
Cahuacatzingo	63	79	63	69	77	21	79	80	78	204	220	162	213
Camarones	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	3	4
Clavería	7	18	18	13	20	0	20	21	21	53	55	41	61
Coltongo Barrio	5	12	13	13	13	2	14	15	15	47	35	33	35
Conjunto Urbano Miguel Rivera CROC 1	16	27	28	28	28	2	29	28	30	72	96	79	53
Cosmopolita	8	20	15	17	19	3	20	20	20	47	51	34	48
Edificio Delegacional	3	16	11	12	17	5	17	17	17	44	30	23	43
Ejercito Mexicano	105	154	105	136	145	59	159	156	159	332	347	359	411
Ejido El Rosario	15	23	29	24	18	3	24	29	30	88	88	66	58
El Gas	2	15	10	14	17	0	16	18	17	34	43	45	58
El Porvenir	13	22	19	27	23	4	23	27	30	80	77	70	73
El Recreo	9	19	15	14	19	3	19	18	19	37	49	47	57
Estación Pantano	7	13	13	14	13	3	16	16	15	40	33	45	42
Euzkadi	13	15	11	11	15	2	15	15	15	29	39	29	43
Ex Hacienda del Rosario	12	19	14	16	18	6	20	19	18	26	32	28	34
Francisco J. Mújica	14	21	14	16	20	5	21	21	20	53	43	31	63
Francisco Villa	14	16	8	17	19	3	19	20	20	49	48	38	65
Gabriela Brimmer	14	28	18	25	27	5	28	29	28	69	59	59	103
Hermanos Florez Magon	19	29	13	20	29	7	29	29	29	73	68	50	89
Hierro	5	25	26	25	25	4	11	23	24	64	55	60	81
Hogar y Seguridad	15	20	15	16	20	3	19	20	19	55	42	32	51
Huatla de las Salinas	9	12	12	14	14	0	15	15	15	34	41	37	38
Jardin Azpeitia	20	27	17	26	28	12	26	30	29	56	80	75	89
Jardines Ceylan	6	14	15	19	17	2	19	19	19	48	42	50	50

Josefa Ortiz de Domínguez	22	59	41	46	56	17	59	57	60	158	153	115	116
La Preciosa	5	9	5	9	11	4	11	11	11	29	29	19	33
La Petrolera	12	24	15	18	24	5	24	25	25	57	40	49	73
La Raza	12	16	14	18	21	4	21	22	22	109	55	49	52
La Rosita	16	25	20	21	25	4	26	26	26	52	60	48	80
Las Trancas	3	14	10	15	14	0	15	15	15	47	41	33	29
Lazaro Cardenas UH	8	6	13	15	15	1	15	16	16	49	35	34	42
Lecona	21	33	26	28	32	6	33	33	32	79	73	53	105
Liberación	13	24	24	24	25	9	26	26	30	81	84	64	71
Libertad	6	14	14	15	23	12	18	22	20	67	57	27	69
Los Reyes	5	12	3	3	12	2	12	12	12	36	29	31	34
Lotería Nacional	6	16	17	17	20	9	20	21	21	62	44	32	62
Margarita Maza de Juárez	15	34	24	30	33	8	34	34	32	85	83	65	97
Miguel Hidalgo	4	11	5	14	19	8	17	18	19	44	53	46	47
Novedades Impacto	13	22	21	20	19	7	26	27	28	75	77	67	71
Nueva Santa María	11	20	14	14	21	3	20	21	20	58	59	38	55
Obrero Popular	6	8	3	6	7	3	6	10	9	23	22	23	32
Pantaco UH	10	10	6	6	10	5	10	10	10	26	27	23	24
Pasteros	14	13	14	15	16	1	16	16	16	46	25	30	59
Petrolera	19	30	19	23	30	8	29	31	31	89	72	60	89
Plenitud	8	11	4	7	13	3	13	13	13	29	35	28	38
Prados del Rosario	298	513	429	504	516	152	565	587	602	1579	1531	1346	1585
Presidente Madero	6	17	10	20	22	4	22	22	22	69	54	43	54
Prohogar	27	40	29	34	41	13	41	42	41	80	108	96	129
Providencia	11	20	19	17	19	5	20	20	20	50	54	43	53
Reynosa Tamaulipas	11	27	20	25	27	5	25	26	28	54	71	65	80
Rosario	21	36	39	44	34	5	46	48	48	119	132	115	114
San Alvaro	6	15	14	15	17	0	16	17	17	37	43	39	52
San Antonio	20	28	22	21	29	5	28	28	29	61	64	62	93
San Andres	5	18	14	16	20	3	20	20	20	51	54	42	53
San Francisco Tetecala	6	7	8	15	6	5	14	13	11	20	25	42	36
San Juan Tihua	14	31	25	26	31	7	30	31	32	99	86	70	92
San Marcos	2	10	3	9	10	3	10	10	10	16	23	25	36
San Martín Xochinahuac	18	27	24	19	18	9	24	22	30	82	78	72	78
San Miguel Amantla	18	24	15	21	23	8	24	23	24	62	46	41	81
San Pablo	10	15	0	4	15	10	15	15	15	47	31	32	40
San Pedro Xalpa	14	25	15	21	24	8	27	27	27	69	69	56	75
San Rafael	7	8	2	6	16	10	16	14	16	131	39	39	32

Santa Barbara	14	18	8	16	17	6	18	17	18	28	49	46	57
Santa Catarina	14	22	27	33	31	6	30	33	34	95	101	77	67
Santa Lucia	8	15	12	13	15	4	14	15	15	38	31	30	41
Santa María Maninalco	9	10	5	10	10	4	10	10	10	24	26	24	26
Santiago Ahuizotla	5	13	15	15	13	1	18	18	18	45	52	43	40
Telpango	6	9	11	13	11	2	15	15	15	31	34	47	38
Tezozomoc	9	20	18	17	19	5	22	22	22	57	63	42	58
Tlatilco	9	24	22	28	23	4	28	30	30	97	72	68	63
U. PEMEX	8	17	14	15	16	8	16	17	16	30	45	35	30
U.H. Cuitlahuac	19	19	14	15	20	4	20	20	20	47	45	45	63
Unidad San Pedro Xalpa	18	25	23	23	18	8	21	28	29	82	77	70	71
Unidad Tlatilco	12	22	25	28	23	6	27	30	30	81	88	56	75
Victoria de las Democracias	21	46	42	46	43	20	41	49	51	86	115	95	144
Villas Azcapotzalco	5	9	12	15	14	1	15	15	15	44	43	33	30

ANEXO 7.

PROGRAMA DE LA MUJER EN LA DELEGACIÓN AZCAPOTZALCO



INDICE

	PAG
• Introducción.....	1
• Situación Actual de la Mujer.....	4
• Objetivos.....	9
• Líneas Programáticas.....	11
• Derechos de la Mujer.....	11
• Educación.....	15
• Salud.....	18
• Empleo.....	23
• Universo del Trabajo.....	27
• Bibliografía.....	28

-1-

INTRODUCCIÓN

La Demarcación de Azcapotzalco experimenta rápidos y profundos cambios. Son evidentes los avances logrados en materia de salud, educación, participación y en la actividad económica, entre otros. De manera concomitante, la población femenina ha ido ampliando su presencia en diversas esferas de la vida social, económica y cultural. No obstante, las mujeres todavía enfrentan obstáculos que limitan la realización de su potencial en la sociedad. En mayor o menor grado, el hecho de ser mujeres las expone a prejuicios ancestrales, y a prácticas de discriminación y opresión que a menudo las relegan a una condición desmerecida, de inferioridad y subordinación.

Para realizar sus anhelos, aspiraciones y desarrollar su pleno potencial, las mujeres requieren tanto de condiciones favorables en su entorno Delegacional y familiar, como de espacios propicios para su participación integral en la vida social y cultural. Además, debe tomarse en consideración que las mujeres enfrentan necesidades cambiantes a lo largo de su vida, de manera que la problemática de su condición femenina tienen expresiones específicas entre las mujeres de distintas edades. Las necesidades de las niñas no son las mismas que las de las adolescentes, como tampoco lo son las de las mujeres en edades productivas y reproductivas con respecto a las de la tercera edad.

-2-

Es importante tomar en cuenta este hecho y ofrecerles más y mejores oportunidades en materia de educación, empleo, cultura, atención en salud, pugnando por la puesta en marcha de acciones dirigidas a atender y responder a sus demandas y necesidades.

Diversos programas y acciones gubernamentales han sido puestos en práctica en los últimos veinte años para coadyuvar al mejoramiento de la condición de la mujer. Sin embargo, estos programas han estado enfocados a nivel nacional, tratando de abordar la problemática de manera general para toda la población femenina, sin tomar en consideración la diferencia que hay entre los Estados, la condición de vida y la problemática que presenta de cada uno de ellos. Por tal motivo, se requiere de estrategias y acciones para cada Estado y/o Sector, alentar una amplia participación de las mujeres en la formulación, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, cuidando que los programas se atiendan en base a sus demandas y necesidades específicas; llevar a cabo acciones de educación y comunicación con el propósito de crear conciencia entre la población acerca de la condición de la mujer; impulsar esfuerzos de sensibilización dirigidos a los encargados de elaborar y operar planes y programas públicos; actualizar y fortalecer los mecanismos para asegurar el ejercicio íntegro de su derechos ciudadanos.

La Delegación Azcapotzalco está interesada por la situación actual que viven las mujeres en esta Demarcación, por tal razón pone en marcha el

-3-

"Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco", el cual tiene identificado los problemas más acuciantes que aquejan a las mujeres, entre los cuales se pueden mencionar, la educación, oportunidades laborales, fecundidad y mortalidad en edades tempranas, por mencionar algunos.

Mediante las directrices que traza este "Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco", se coadyuvará al mejoramiento de la condición de la mujer. Con ello se busca atender las legítimas demandas, problemáticas, eliminar obstáculos para su participación en todos los órdenes y ámbitos de la vida social. Las estrategias propuestas no sólo persiguen cambios de índole material, sino también transformaciones en las actitudes y conductas de hombres y mujeres, las cuales posibiliten el fortalecimiento de una Demarcación de equidad e igualdad.

El Programa es el resultado de un amplio proceso de investigación bibliográfica socioeconómica y demográfica, de consulta a Instituciones Sociales y, así mismo, recoge las contribuciones realizadas por diversas Instituciones.

-4-

SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER

El balance sobre la situación de la mujer en la Delegación Azcapotzalco debe interpretarse a la luz de las transformaciones económicas, sociales, y culturales que han tenido lugar en el contexto Distrital durante los últimos años.

Con el fin de presentar una visión de conjunto de la situación actual de las mujeres en la Demarcación, se describe a continuación una serie de indicadores que ponen en relieve las diferencias entre hombres y mujeres, así como los avances y rezagos al respecto.

La población femenina constituye el 52% del total de la población, encontrándose más adolescentes, adultas y adultas mayores, la edad más predominante en las mujeres es de 25 a 29 años, en tanto que, el índice de niños y pubertos es más alto en el sexo opuesto.

El estado civil más representativo de la población femenina es la soltería ya que constituye el 39% de la población, seguida por el consorcio civil y religioso, teniendo un promedio de tres hijos. A su vez, se encuentra un alto índice de madres solteras, cuyas edades parten de los 12 años en adelante.

El porcentaje de mortalidad esta constituido por el 8 %, ya que las madres presentan diferentes trastornos durante el embarazo y/o alumbramiento,

-5-

generalmente este índice de mortalidad se presenta en edades tempranas correspondientes a los 12 años y en edades avanzadas pasando los 60 años.

La mayoría de la población femenina son originarias del Distrito Federal y una parte proporcional del 4% son nativas del interior de la República: Michoacán, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Guanajuato, Jalisco, Oaxaca.

Las lenguas indígenas más trascendentales habladas por las mujeres de esta Delegación son el Nahuatl, Otomi, Mixteco y Mazahua. Sin embargo, en los hogares con jefatura femenina la lengua predominante es el Otomi.

La religión más profesada por la mujeres en Azcapotzalco es la Católica ya que esta representada por el 92% de la población, sin embargo, hay un incremento importante en las religiones Protestantes y Evangélicas.

En cuanto a los servicios de salud la mayoría de la población es derechohabiente a las Instituciones de Salud, predominando un alto índice al IMSS, ISSSTE, PEMEX y otras Instituciones, mientras que el 30% de la población femenil no es derechohabiente.

El 4% de la población femenina presenta algún tipo de discapacidad motriz, visual, mental, auditiva, de lenguaje y otra. Siendo este un problema mayor, ya que, a nivel Nacional está representado por el 1%.

-6-

La población femenina que es farmacodependiente representa un 11%. Sin embargo, hay un incremento en las mujeres de 12 años y más en el consumo de sustancias. Las drogas más consumidas por la población son la cocaína, marihuana (cannabis) y alcohol.

La diferencia que existe entre las niñas y adolescentes que saben leer y escribir es del 1%, lo que indica que hay un bajo nivel de alfabetismo en estas etapas. Sin embargo, este problema no sólo se presenta en niñas y adolescentes, ya que las mujeres adultas presentan un alto índice de analfabetismo (de una muestra de 311,924 hombres y mujeres el 78% de la mujeres son analfabetas).

El nivel de instrucción promedio de las mujeres es a nivel técnico en las especialidades de salud, medio ambiente y química, administrativas y comunicación, educación artísticas e idiomas y servicios de belleza.

Las mujeres que actualmente se encuentran económicamente activas presentan un alto índice del 95%, tanto que, las que están inactivas económicamente se dedican al estudio, quehaceres del hogar, están pensionadas o presentan una discapacidad para laborar.

-7-

En relación con la jefatura del hogar masculina, las mujeres presentan un índice bajo del 23%, ya que, en Azcapotzalco se percibe a la familia de manera tradicional.

Los hogares predominantes con jefatura femenina son los nucleares, ya que presentan una población altamente significativa.

El tipo de vivienda más sobresaliente son las viviendas particulares representado un 94%, ubicándose la casa independiente con un 50%, seguidos por los departamentos en edificio con un 30% y por último están las viviendas en vecindad con un 15%. El promedio de habitantes en la vivienda es de 4. Los materiales más utilizados en pisos son los de madera, mosaico y otros recubrimientos, en cambio los materiales de las paredes son de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento y concreto, y los techos están contruidos por losa de concreto, tabique, ladrillo y terrado con vigería.

En relación a la disponibilidad de bienes que se tienen en la vivienda, siendo los más sobresalientes la radio – grabadora con un 95%, televisión con un 98%, licuadora con un 96%, refrigerador por un 90%, calentador de agua con un 80%, lavadora con un 75%, teléfono por un 70%, videocasetera con un 66%, automóvil con un 40% y por último se encuentra la computadora con un 21%.

-8-

Como se desprende de esta descripción, es claro que ha habido avances en la situación social de las mujeres. Sin embargo, es evidente que permanecen fuertemente arraigadas en la sociedad las condiciones estructurales y culturales que reproducen desigualdad entre hombres y mujeres.

OBJETIVOS

La Constitución Política establece en el Artículo Cuarto que "el varón y la mujer son iguales ante la ley". Asimismo, la Ley General de Población tiene como uno de sus objetivos primordiales promover la participación integral y efectiva de la mujer en los procesos económico, político, social y cultural, además de propiciar las condiciones necesarias para que tome parte activa en todas las decisiones, responsabilidades y beneficios de desarrollo, en igualdad de condiciones con el varón. El Reglamento de dicha Ley establece también que deberá evitarse toda forma de abuso y discriminación tanto individual como colectiva hacia la mujer, así como impulsar medidas dirigidas a lograr la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres.

El "Programa de la Mujer en la Delegación Azcapotzalco" aspira a dar resoluciones a la situación que viven las mujeres, para lograr así, un mejor nivel de vida en todas las esferas de la sociedad. En concordancia con ello, se contempla un Objetivo General y ocho Acciones Estratégicas.

OBJETIVO GENERAL

Coordinar acciones que fortalezcan el papel de las mujeres para que le brinden la oportunidad de mejorar su situación económica, laboral y social, así como su desarrollo personal en las diferentes facetas de su vida.

-10-

ACCIONES ESTRATÉGICAS DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Incorporar la perspectiva de género en las Acciones Prioritarias en torno a Derechos Humanos, Educación, Salud y Empleo, para atender y optimizar la Salud Mental de la Mujeres inmersas en la Comunidad de Azcapotzalco.
- Promover un sistema efectivo, oportuno y de calidad para el cuidado de la salud de las mujeres.
- Prevenir el embarazo en mujeres, cuyas edades sean tempranas.
- Crear círculos de asistencia y de apoyo a madres solteras.
- Ampliar las oportunidades laborales y la protección de los derechos de las trabajadoras.

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- Dar a conocer y defender los derechos de las mujeres.
- Fomentar un acceso equitativo e igualitario a la educación.
- Crear un centro de atención Gineco – obstetra en las colonias de bajos recursos.
- Fomentar la igualdad de oportunidades económicas entre mujeres y hombres.

-11-

LÍNEAS PROGRAMÁTICAS

La complejidad y amplitud de la situación actual de las mujeres, requiere que el "Programa de Mujeres en la Delegación Azcapotzalco", organice las actividades en las siguientes Líneas programáticas:

- Derechos de la mujer.
- Educación.
- Salud.
- Empleo

En este rubro se introducen los elementos que justifican la inclusión de cada uno de ellos, así como el lineamiento general y las acciones prioritarias que le dan cuerpo.

A) DERECHOS DE LA MUJER

La Constitución Política señala al Gobierno la responsabilidad del ejercicio pleno y en pie de igualdad de los derechos de los mexicanos, independientemente de su sexo, origen étnico o condición social. En la Delegación Azcapotzalco se habla de derechos propios de la mujer se pretende abarcar un conjunto de normas cuya promulgación y aplicación esta dirigida asegurar que las diferencias entre hombres y mujeres no sean utilizadas para un trato desigual.

-12-

Los derechos humanos abarcan prácticamente todos los ámbitos y etapas del ciclo vital de las mujeres; desde los derechos de las niñas; los derechos a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda o a la recreación; derechos civiles que se relacionan con el ámbito de la participación política; derechos a una vida libre de violencia; derecho al trabajo; derechos sexuales y reproductivos; el derecho a un medio ambiente sano; o el derecho a utilizar los medios de comunicación.

No es posible dejar de reconocer el largo camino recorrido en la lucha por la promoción, protección y defensa de los derechos de la mujer y por la igualdad jurídica de oportunidades entre varones y mujeres. No obstante, aun persisten creencias arraigadas, así como estructuras y arreglos institucionales que reproducen las prácticas de exclusión y discriminación de género. Por ello, la Delegación Azcapotzalco hace evidente la necesidad de poner en marcha mecanismos efectivos para que el principio de igualdad que establece la Constitución Política sea una realidad tangible.

La mujer misma debe de defender sus derechos, pero es necesario que existan los medios para que los conozca sepa su significado y los ejerza plenamente. Sólo de esta manera será posible alcanzar la verdadera igualdad entre hombres y mujeres y el desarrollo pleno de la sociedad.

-13-

LINEAMIENTO GENERAL:

Fortalecer los mecanismos que aseguren la eliminación de la brecha entre la igualdad de derecho y las condiciones de hecho, incluida la revisión de la legislación para eliminar las disposiciones que obstaculizan la participación plena de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural de nuestro país.

ACCIONES PRIORITARIAS:

- Asegurar a las mujeres el pleno disfrute de todos los derechos humanos reconocidos en los instrumentos nacionales e internacionales, lo que implica impulsar acciones para defenderlos y protegerlos y combatir las prácticas de violación de los mismos.
- Salvaguardar y proteger los derechos humanos civiles y culturales de las mujeres indígenas, combatiendo todas las formas de discriminación étnica y de género.
- Asegurar a las mujeres la correcta aplicación del principio de no discriminación en la impartición de justicia.

ACCIONES PRIORITARIAS DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Desarrollar programas encaminados a promover nuevas prácticas políticas tendientes a incorporar las perspectivas e intereses de las mujeres.

-14-

- Involucrar directamente al varón como agente de cambio en el marco de una participación complementaria entre hombres y mujeres.
- Reindivisar el carácter productivo de la mujer no sólo en el ámbito laboral, sino también cuando asume el rol de ama de casa y madre, a través del reconocimiento económico del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos.
- Diseñar e instrumentar acciones de información, educación y comunicación para que mujeres y hombres conozcan sus derechos y puedan defenderlos.
- Sensibilizar y crear conciencia entre las mujeres acerca del ejercicio de sus derechos ciudadanos y promover su participación efectiva en todas las instancias y niveles de toma de decisiones.
- Apoyar el trabajo de las organizaciones y redes de mujeres a nivel local, regional, alentando la sistematización y difusión de sus experiencias, conocimientos y demandas.
- Contribuir a fortalecer el papel desempeñado por las organizaciones de mujeres.

B) EDUCACIÓN

La educación es el derecho de mujeres y hombres a recibir las herramientas básicas para poder desplegar el conjunto de sus habilidades, aptitudes, capacidades, y destrezas. En la actualidad se le reconoce como parte fundamental de una cultura igualitaria.

La menor educación de las mujeres constituye uno de los principales factores que, históricamente, han incidido en la falta de equidad y en la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Uno de los instrumentos para terminar con la pobreza, no sólo es la economía, sino también, la educación, que es uno de los elementos para terminar con la pobreza. La posibilidad de conocer, expresarse y cumplir con una ciudadanía participativa y responsable depende de los niveles educativos que tengan las personas, por lo que todo recurso que sea canalizado a la educación es garantía de obtener réditos en el largo plazo.

EDUCACIÓN BÁSICA: La obligatoriedad de la educación básica constitucionalmente se refiere a los niveles de preescolar, primaria y secundaria, se otorga cada vez más importancia a la educación inicial en sus diferentes modalidades, como una forma de responder con equidad tanto a la situación diferenciada que vive la mujer, al incorporarse al mercado de trabajo y a la vez llevar la responsabilidad del cuidado de los hijos.

-16-

Con el apoyo que la educación inicial puede dar a la mujer madre, se pretende ofrecer más elementos para romper el círculo perpetuador de la pobreza y dar más a quienes menos tienen. Cabe resaltar que, si se considera que en Azcapotzalco el 23% de los hogares están dirigidos por mujeres, que son madres que sus hijos requiere cuidados cuando ellas trabajan.

La Delegación Azcapotzalco administra y opera 12 Centros de Desarrollo Infantil y 14 Centros de Desarrollo, donde a través de las escuelas para padres se incorpora contenido temático de género y equidad.

Es por ello que la educación inicial constituye un espacio de privilegio para el trabajo con mujeres con una herramienta estratégica para construir la equidad que permita establecer las bases para la igualdad de oportunidades entre los sexos. La política educativa tendrá que considerar procesos de sensibilización y toma de conciencia de la sociedad, sobre la igualdad entre los hombres y mujeres, asumiendo sus aportes diferenciados para elevar la calidad.

EDUCACIÓN SUPERIOR: En términos generales se pone de manifiesto los sesgos por sexo en las opciones curriculares que hacen que los alumnos elijan carreras típicamente masculinas (ingeniería) y las mujeres seleccionen carreras típicamente femeninas (educación).

-17-

Las mujeres están en desventaja respecto a los hombres en logros de matemáticas, ciencia y computadoras y obtienen menores salarios que ellos.

En cuanto a niveles educativos alcanzados por hombres y mujeres, persisten los diferenciados ingresos y de acceso a los factores de producción en contra de la mujer.

Habría que enfatizar que la educación es una condición necesaria, aunque insuficiente, para producir un efecto definitivo en la productividad y calidad de vida de las mujeres en condiciones de mayor rezago social.

En la Delegación Azcapotzalco existen 190 escuelas de nivel básico, CONALEP, CECATY, ESIME, UAM.

Dos escuelas de bachilleres, junto con los jefes de sector unirán esfuerzos para fortalecer el quehacer profesional con enfoque de género y equidad.

LINEAMIENTO GENERAL:

Promover medidas que contribuyan a garantizar el acceso y permanencia de las mujeres en todos los niveles y modalidades del sistema educativo. A su vez, potenciar sus capacidades y habilidades y fortalecer su autonomía, independencia, autoestima y capacidad de decisión y logro personal.

-18-

ACCIONES PRIORITARIAS:

- Alcanzar la igualdad de oportunidades de educación para mujeres y hombres.
- Impulsar el desarrollo de materiales, transversales respecto a la estructura curricular del nivel de enseñanza básica.
- Crear más plazas comunitarias del INEA.

ACCIONES PRIORITARIAS DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Fomentar acciones dirigidas a prevenir el ausentismo y la deserción escolar.
- Fortalecer los programas de educación compensatoria que contribuyan a ampliar el acceso y permanencia de las mujeres en la escuela.
- Impulsar investigaciones que permitan identificar las barreras que impiden la igualdad de oportunidades en la educación.

C) SALUD

El bienestar y el nivel de vida delegacional se encuentra estrechamente relacionado con sus condiciones de salud. Una población sana es creativa y productiva. Por ello, el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la mujer en la familia y en los ámbitos de la educación, el trabajo y la cultura sólo

-19-

es posible en condiciones de buena salud. Esto contribuye a reforzar el círculo entre salud y equidad.

En la Delegación Azcapotzalco subsisten considerables problemas de salud en colonias con más rezago socioeconómico. La salud de la mujer se ve amenazada por los riesgos propios de su condición femenina y por factores económicos, sociales y culturales que interactúan a lo largo de su ciclo de vida con las desigualdades de género.

Las acciones deben estar orientadas por un amplio enfoque que contemple, en las organizaciones y funcionamiento de los servicios, todos los aspectos interrelacionados con la esfera de salud: información, educación, comunicación, acciones eficientes y solidarias de promoción de salud y prevención de enfermedades, y servicios de atención curativa. Estos deben considerar todas las etapas del desarrollo de las mujeres y atender las distintas necesidades de las mujeres según su sector social.

Una primera estrategia para mejorar el estado de salud en la población se refiere a la necesidad de generar una cultura de prevención de enfermedades y auto cuidado de la salud. En la formación de esta cultura juega un papel clave los cambios que se logren para que las personas adopten estilos de vida sana en lo que corresponde a alimentación, higiene, actividad física y deporte, así, como la conciencia de llevar a la practica recomendaciones

-20-

para la detección temprana de diversas enfermedades.

LINEAMIENTO GENERAL:

Para garantizar y mejorar el estado de salud se refiere a la necesidad de generar una cultura de prevención de enfermedades y auto cuidado de la salud. En la formación de esta cultura juegan un papel clave los cambios que se logren para que las personas adopten estilos de vida sana en lo que corresponde a la alimentación, higiene, actividad física y el deporte, así como la conciencia de llevar a la práctica recomendaciones para la detección temprana de diversas enfermedades. En este sentido, resulta de principal relevancia las acciones que se instrumenten del sector salud a fin de Concienciar y educar a la población sobre las prácticas de prevención y auto cuidado de la salud, tareas en las que el sector educativo y los medios de comunicación deben adoptar un papel activo.

ACCIONES PRIORITARIAS:

- Asegurar el acceso de la población femenina a un paquete básico de servicios de salud, con especial énfasis en la provisión de servicios integrales y de calidad en materia de medicina preventiva, nutrición y salud reproductiva,

-21-

acompañados de acciones de comunicación educativa y social.

- Los derechos humanos de mujeres relacionados con la salud.
- Reforzar de manera permanente la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud, incluida la capacitación con una perspectiva de género y en comunicación interpersonal para garantizar una atención digna y respetuosa a las usuarias.
- Ampliar el acceso de las mujeres de la tercera edad a programas de seguridad social, promoción y atención de la salud y otros servicios sociales y culturales.
- Proteger el derecho de las personas discapacitadas a recibir un trato digno, equitativo e igualitario en las Instituciones de salud.
- Contribuir con la implementación del programa de Cáncer cervico – uterino.

ACCIONES PRIORITARIAS DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Impulsar la inclusión de la perspectiva de género en las actividades de planeación, normatividad, seguimiento, evaluación y comunicación, así como en la prestación de los servicios de salud, con el objetivo de atender de manera

-22-

integral la salud de las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo de vida.

- Proteger el derecho a las parejas a decidir el número y espaciamiento de los hijos en un marco de respeto a la dignidad de las personas, así como la estricta aplicación de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
- Prevención y la erradicación de adicciones.
- La salud en las etapas de climaterio y menopausia.
- La prevención de depresiones y el cuidado de la salud mental.
- Implementar talleres de prevención del embarazo en adolescentes.
- Crear círculos de asistencia para madres solteras.
- Estimular la comunicación de los adolescentes y jóvenes con sus padres para abordar en familia temas relativos a la sexualidad.
- Dar a conocer las Instituciones de Salud en la Delegación Azcapotzalco, encargadas de la atención y rehabilitación en la discapacidad.

D) EMPLEO:

A pesar del notable incremento de las tasas de participación femenina en la actividad económica en la Delegación Azcapotzalco, persisten obstáculos que limitan la realización de su potencial como trabajadoras. La segmentación ocupacional por sexo es un denominador común de los mercados de trabajo, en los que las mujeres suelen concentrarse en un reducido número de ocupaciones. A su vez, la concentración femenina en los niveles de menor jerarquía se traduce en la concentración de trabajadoras en los puestos de Trabajo de menor calificación, productividad y reconocimiento, precariamente remunerados y más inestables.

La persistencia de concepciones sociales perpetúa la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres; la inequidad de género conlleva un elevado costo económico y social para la mujer y se traduce en indicadores como los ingresos promedio, el estatus en el trabajo o las diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad (siendo el cáncer cervicouterino – uterino y de mama un problema nodal a resolver para mejorar la salud de la mujer).

La pobreza afecta tanto hombre y mujeres, pero en general se considera que hay un fenómeno de feminización de la pobreza, la cual se manifiesta en múltiples dimensiones que conllevan inequidad de género; por ejemplo la reducción de oportunidades de acceso a la escuela que es más grave en las niñas; la mala alimentación durante los años fértiles de la mujer; los altos

-24-

grados de morbilidad materna e infantil, las dobles y triples jornadas de trabajo, el tipo de trabajo al que tiene acceso, la discriminación que sufre y el aislamiento, etc. La feminización de la pobreza no sólo se expresa en el número de mujeres pobres, sino en las características que asumen la pobreza de las mujeres, las dificultades que estas se enfrentan para subsistir y en los efectos en su calidad de vida y en su grupo familiar.

Existe interés y necesidad de muchas mujeres en Azcapotzalco por ver incrementada su capacidad productiva. Su escasa experiencia acumulada en relación con la gestión de micro y pequeña empresa y las dificultades de acceso a recursos económicos, tecnológicos, financieros, son factores que obstaculizan el desarrollo de su capacidad productiva. La creatividad y el talento de las mujeres son características invaluableles que pueden y deben desarrollarse para su propia realización personal y en beneficio de la sociedad en conjunto. Su participación en la economía puede fortalecerse mediante el acceso a recursos productivos crediticios, asistencia técnica y capacitación empresarial, del mismo modo que a canales apropiados de comercialización.

LINEAMIENTO GENERAL:

Garantizar el respeto y protección a los derechos laborales de las mujeres y facilitar su acceso a las oportunidades de empleo y participación económica.

-25-

Ello exige la formulación de normas para el mejoramiento de sus condiciones laborales de trabajo, así como por la ampliación de sus alternativas ocupacionales.

ACCIONES PRIORITARIAS:

- Brindar un trato igualitario a hombres y mujeres en la selección, contratación y promoción del personal de la administración pública, evitando toda forma de discriminación de los candidatos femeninos.
- Promover la prestación de servicios de apoyo a las madres y padres que trabajan, tales como los servicios de guardería y atención a los niños y niñas en edad preescolar y escolar, que sean eficientes, adecuados y de calidad, con horarios flexibles y que se consideren de los trabajadores de ambos sexos.

ACCIONES PRIORITARIAS DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Impulsar programa de capacitación y adiestramiento para el trabajo dirigido a las mujeres y propiciar la profesionalización del personal femenino dentro de la administración pública y privada.
- Se sugiere promover iniciativas de capacitación en los ámbitos de la familia, colonia y conformar una red de cédulas de

-26-

promoción femenina, para la implementación y expansión de proyectos de

- capacitación, orientación, asesoría y bolsas de trabajo con perspectiva de género.
- Se propone incluir en los procesos de capacitación a mujeres de grupos vulnerables en especial a mujeres de la tercera edad, madres de escasos recursos, mujeres desempleadas.
- Estimular la participación de la mujer en el desarrollo de nuevas opciones productivas generadoras de empleos e ingresos que integren, de manera armónica, criterios tecnológicos, económicos, sociales y regulatorios.
- Vinculación con bolsas de trabajo y ferias de empleo para que las mujeres tengan mayores oportunidades de acceder al ámbito laboral.

-27-

UNIVERSO DE TRABAJO

El programa se desarrolla en los Centros de Servicio Comunitarios, Centros de Desarrollo Comunitario, Centros de Desarrollo Infantil, Módulos de Bienestar, Bibliotecas, Videoteca, Casa de la Cultura, Instalaciones Deportivas y Parques Ecológicos, etc., situadas en las colonias que son más vulnerables, de bajos recursos socioeconómicos y donde hay más incidencia de la problemática de la mujer.

Las colonias más sobresalientes en la problemáticas que presentan las mujeres de esta Delegación son:

- Santa Lucía, Pasteros y Tezozomoc son las colonias donde hay un mayor índice de población femenina de 0 a 60 años y más
- San Álvaro, Clavería y Electricistas son las colonias donde se observa un incremento de personas discapacitadas.
- Tezozomoc, Pasteros y Santa Lucía son las colonias donde se presenta un mayor número de personas sin instrucción.

-28-

BIBLIOGRAFÍA

- INEGI.: *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno no. 16. México. P. 341.
- INEGI.: *Tabulados Básicos Distrito Federal*. XII Censo General de Población y Vivienda. México. P. 805.
- COMISIÓN NACIONAL DE LA MUJER.: *Taller de Análisis de Género y Políticas Públicas*. México Talleres Gráfico de México. 1999. p 168.
- UNIFEM.: *Mujeres Mexicana: Avances y Perspectivas*. México Arroyo + Cerda, SC. 1999. p. 77.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.: *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las mujeres*. México. 2001. P 125.

Anexo 8

Para el cumplimiento de los procedimientos, objetivos y acciones prioritarias se diseñaron diferentes actividades las cuales se encuentran debidamente analizadas

PROPUESTAS OPERATIVAS

A) DAR A CONOCER Y DEFENDER LOS DERECHOS DE LAS MUJERES:

- Implementar campañas para el conocimiento de los derechos de las mujeres, dirigidos a la población en general, en los Centros de Desarrollo Comunitario, Casa de la Cultura, Centros de servicios Comunitarios.
- Difundir los Derechos de la mujer mediante una hoja informativa en los diferentes Planteles, Instituciones, Sectores de Salud, Bibliotecas, Videoteca, Centros de Servicios Comunitarios, Centros de Desarrollo Comunitario, Centros de Desarrollo Infantil, Módulos de Bienestar, Casa de la Cultura, Instalaciones Deportivas y Parques Ecológicos, para que tengan acceso a ellos y los pongan a la vista de la comunidad.
- Difundir entre las mujeres los conocimientos básicos sobre los procedimientos legales de mayor interés para ellas.
- Llevar a cabo vinculaciones con las diferentes Instituciones que trabajan con las mujeres para coordinar acciones.

INTERVENCION DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Implementar talleres de autoestima, autoconocimiento y asertividad, en los Centros Comunitarios, dirigido a las mujeres para que asuman el rol que están ejerciendo con dignidad y, a su vez, se puedan reindicar en un carácter productivo en todos los ámbitos.
- Incorporar la perspectiva de género en las políticas de atención a los grupos vulnerables.
- Fomentar la cultura de la denuncia e impulsar la creación y el fortalecimiento de espacios de atención en los Centros de desarrollo Comunitario.
- Instalar un grupo de trabajo para lograr que en la educación básica el estudio de los Derechos Humanos incorpore la perspectiva de género.
- Diseñar mecanismos de vigilancia, con la participación de organizaciones de la sociedad civil, para garantizar la equidad en el acceso a la justicia de las mujeres.

B) FOMENTAR UN ACCESO EQUITATIVO E IGUALITARIO DE LA EDUCACIÓN:

- Incentivar la inscripción de mujeres en la educación básica y media superior.
- Incrementar 5% de becas a alumnas de escasos recursos.

- Apertura de la Plaza Comunitaria San Antonio.
- Efectuar la vinculación con el Consejo Nacional de Fomento Educativo, para trabar conocimiento de sus diferentes programas para adultos y con ello se podrá determinar cómo se puede abordar el problema de analfabetismo en adultos.
- Inclusión de la perspectiva de género en la curricula de educación básica.

INTERVENCION DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Coordinar acciones con la Delegada de la Secretaria de Educación Pública en Azcapotzalco.
- Implementar un taller de orientación vocacional con un enfoque de género y equidad en los diferentes planteles de nivel medio superior de la Delegación Azcapotzalco. (Se llevara a cabo una entrevista con la Psicóloga educativa y con la orientadora vocacional para que se pueda llevar a cabo el taller de orientación vocacional).

C) PROMOVER UN SISTEMA EFECTIVO, OPORTUNO Y DE CALIDAD PARA EL CUIDADO DE LAS MUJERES:

- Implementar campañas de difusión e información sobre los servicios integrales y de calidad en materia de medicina preventiva, nutrición y salud reproductiva en los diferentes

Centros de Desarrollo Comunitario con un enfoque de género y equidad.

- Realizar folletos informativos y la difusión de los mismos con contenidos temáticos de menopausia y climaterio, depresión, demencia senil, cáncer cervico-uterino, entre otros, explicando ¿qué es?, edad en la que se presenta, ¿por qué se presenta?, síntomas y ¿qué medidas se deben tomar?
- Difundir mediante folletos informativos ¿cuáles son los centros de atención a personas discapacitadas y cuáles son los servicios que brindan?, haciendo mayor énfasis en la colonia Electricistas, ya que aquí se encuentra un mayor número de personas discapacitadas, a su vez aquí se encuentra el Carpa Rabaul.
- En un Centro de Desarrollo Comunitario o Centro de Servicio Comunitario de bajos recursos se creará un consultorio de atención Gineco-obstetra, pudiendo ser Margarita Maza de Juárez en la colonia Tezozomoc.

INTERVENCION DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Capacitación con enfoque de género y equidad para el personal médico con el objetivo de brindar atención integral e igualitaria a las mujeres en la Delegación Azcapotzalco.

- Realizar Foros y campañas de planificación familiar en los Centros de Desarrollo Comunitario, Centros de Servicios Comunitarios, Centros de Desarrollo Infantil.
- Elaboración de campañas y talleres de farmacodependencia, en las distintas secundarias y preparatorias que se encuentren ubicadas en la Delegación Azcapotzalco, así como la intervención de los Módulos de Bienestar Social, Instituciones que trabajan con adicciones y en las Jornadas de Prevención de Adicciones y del Delito.
- Taller de prevención del embarazo en Adolescentes, 5º y 6º de primaria, secundaria y bachillerato.
- Promover vinculaciones con las organizaciones y grupos en los que se encuentren personas de la tercera edad para la elaboración de programas de seguridad social, pláticas de los diferentes servicios médicos y los servicios culturales con los que cuenta la Delegación Azcapotzalco.
- Realizar un Foro y una campaña sobre los derechos de las mujeres con discapacidad.
- Implementar un sistema de evaluación para medir de las acciones a favor de la salud de las niñas y mujeres.
- Implementación de campañas permanentes para fomentar la mayor participación de los hombres en las decisiones de la planificación familiar.

- Formar círculos de madres, solteras en los diferentes Centros de Desarrollo Comunitario y Centros de Servicios Comunitarios, para Crear un espacio de ayuda y autoayuda a madres solteras en los aspectos bio-psico-social, a través de la coordinación de Acciones y Estrategias de los diferentes Sectores de la Delegación Azcapotzalco.

D) FOMENTAR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ECONÓMICAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES:

- Preparación de ferias de empleo para mujeres.
- Diseñar políticas públicas con enfoque de género en el área de Fomento Económico de la Delegación Azcapotzalco.

INTERVENCION DEL PSICOLOGO COMUNITARIO:

- Conferencia magistral sobre la importancia que tiene la mujer en la sociedad y en el ámbito laboral.
- Vinculación con CEDEPECA para que le den prioridad a las madres solteras, una vez establecido, se darán identificaciones como integrante del Programa de la Mujer para que pueda acceder a este servicio sin mayores dificultades.

- Vinculaciones con las diferentes bolsas de trabajo y ferias de empleo para que las mujeres tengan mayores oportunidades de entrar al ámbito laboral.
- Diseñar cursos de capacitación, en donde las mujeres puedan ser remuneradas.