

# Avatares reproductivos de un grupo de jefas de familia de la delegación Tlalpan, Distrito Federal<sup>1</sup>

*Florencia Peña, María Antonieta González*

## RESUMEN

Este trabajo se basa en información proporcionada por 29 mujeres que llevaban a sus hijos a una guardería para madres solteras ubicada en la delegación Tlalpan, D.F. A partir de los datos recabados se teje la relación entre las condiciones materiales y emocionales en que se desarrolla su vida con la manera y la ocurrencia con que les suceden algunos eventos sexuales y reproductivos que impactan su salud. Se concluye que el ejercicio de la maternidad en una situación de vulnerabilidad social estructural es un elemento importante para atraparlas en un ciclo de limitaciones a su desarrollo personal y el de sus hijos y mucha pobreza.

**Palabras clave:** madres solteras, trabajadoras domésticas, salud reproductiva, México

## ABSTRACT

This paper is based on information gathered by interviewing 29 women who took their children to a child-care center for single mothers in the Tlalpan area of Mexico City. With this information the relationships between the material and emotional circumstances in which these women's lives took place and the dynamics of the sexual and reproductive events they experienced and impacted their health are established. The paper concludes that maternity in a vulnerable scenario is an important element trapping these women in a cycle of serious development limitations for themselves and their children, as well as chronic poverty.

**Key words:** single mothers, maids, reproductive health, Mexico

<sup>1</sup>Agradecemos a la Dra. Deyanira González de León, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, los comentarios y sugerencias realizados al texto, aunque, desde luego, su versión final es nuestra responsabilidad.

## Introducción

Según el Censo General de Población y Vivienda de 1990 existían en México 22.5 millones de mujeres en edad reproductiva (INEGI, 1994), esto es, entre los 15 y los 45 años, lo que en sí mismo hace a la salud ligada a la procreación un problema de interés público. Hay que considerar también que aunque en términos demográficos la edad reproductiva ha sido determinada convencionalmente, en realidad, la menarquia puede iniciarse tan temprano como a los 10 años y la edad fértil prolongarse hasta los 55, por lo que el número de mujeres en riesgo de sufrir estos problemas de salud en realidad es mayor.

El papel de las mujeres en la reproducción tiene una importancia fundamental en la estructuración de su identidad, dado que les genera una forma de existir ligada a la maternidad real o simbólica y un panorama epidemiológico característico de su género. Son ellas las que ovulan y, por tanto, quienes presentan la menarquia y desencadenan ciclos menstruales; siendo sexualmente activas son quienes corren el riesgo de embarazarse, las que sufren abortos espontáneos o inducidos; gestan, alumbran, amamantan, llegan al climaterio y presentan enfermedades crónicas o degenerativas como consecuencia de embarazos, abortos o complicaciones durante el parto y el puerperio (Szasz, 1995).

Tradicionalmente, en el ámbito de la salud reproductiva se consideran todos los riesgos y problemas que sufren las mujeres como consecuencia del ejercicio de su sexualidad (incluyendo el control natal), el embarazo, el parto, el puerperio y el climaterio, hechos que, como en otros mamíferos, forman parte de los procesos que se desencadenan a partir de la forma de reproducción sexual característica de la especie. Pero la reproducción en los seres humanos además de ser un evento biológico tiene lugar en contextos históricos, sociales y culturales específicos. Como consecuencia, el riesgo reproductivo no se distribuye de manera homogénea entre la población femenina, las mujeres muy jóvenes, las de mayor edad, las de alta paridad y las que han tenido embarazos con intervalos cortos entre un nacimiento y otro son las más propensas a experimentar daños a su salud como consecuencia de su función reproductiva. Universalmente este contexto es característico de los sectores urbanos y rurales depauperados, por lo que se acepta que la enorme mayoría de las enfermedades y muertes de las mujeres ligadas a la reproducción de la especie no ocurrirían en condiciones satisfactorias de calidad de vida y atención a la salud (INEGI y SINU, s/f:121). La morbilidad y la mortalidad reproductiva suelen estar relacionadas directamente con las tasas de fecundidad y los patrones demográficos prevalecientes. Un cambio importante en los últimos

veinticinco años ha sido el uso de métodos anticonceptivos, que no sólo ha contribuido a evitar embarazos no deseados, disminuyendo así la probabilidad de recurrir al aborto (frecuentemente realizado en condiciones precarias y peligrosas o ilegal y caro), sino que ha incidido en el descenso de los niveles de fecundidad y ha contribuido a desligar la sexualidad de la reproducción (INEGI y SINU, s/f:120).

La tasa de fecundidad... alcanzó un nivel máximo de casi siete hijos por mujer a finales de los años sesenta. A partir de entonces, el indicador señalado empezó a observar un descenso significativo, llegando a 4.3 hijos por mujer en 1982 y a 2.8 en 1995... Pero los cambios en la fecundidad no han ocurrido en la misma magnitud ni con la misma velocidad entre los distintos grupos sociales y regiones geográficas del país... Datos más recientes revelan que el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres sin instrucción es de 4.8, mientras que las que lograron completar la primaria tienen 2.2 y las que aprobaron algún grado en los niveles medio y superior tienen una descendencia de un hijo en promedio (INEGI y SINU, s/f:121).

Las diferencias en los niveles de fecundidad de las mujeres económicamente activas e inactivas son también muy marcadas. En 1992, las primeras... tenían 1.8 hijos nacidos vivos en promedio, en tanto que las segundas... 2.5 (INEGI y SINU, s/f:122).

A la fecha, en torno a la salud reproductiva el énfasis está puesto en el control de la natalidad y el proceso de gestación que se lleva a cabo en los cuerpos femeninos. Como han señalado Muriedas y Ballesté (1993) debe darse más importancia al ejercicio de la sexualidad como tal, sobre todo entre los adolescentes, así como a las enfermedades de transmisión sexual, la prevención y el manejo de embarazos no esperados y/o no deseados. Desde esta perspectiva, no existiría razón para excluir a los hombres de la problemática, tienen un papel activo en la reproducción de la especie, en la transmisión de enfermedades sexuales, deberían corresponsabilizarse con sus parejas en la regulación de la fecundidad, que hasta ahora siguen asumiéndose básicamente como una tarea femenina, y en un compromiso de vida económico y emocional hacia los hijos producto de su actividad sexual.

Evolutivamente, las hembras de la especie humana tienen la anatomía y la fisiología adecuadas para asegurar la perpetuación biológica de seres humanos, por lo que el embarazo, el parto y el puerperio deberían ser hechos "naturales" que no les causaran problemas. Sin embargo, las mujeres embarazadas y lactantes elevan significativamente sus requerimientos nutricionales (Daltabuit, 1992) por lo que cuando la reproducción ocurre en concomitancia con pobreza, generalmente caracterizada por falta de conocimientos sobre los hechos fisiológicos que giran alrededor de la reproducción, sus

implicaciones y sus cuidados, falta de recursos económicos, lo que frecuentemente conlleva desnutrición de la mujer, incluso antes de estar embarazada, y acceso restringido o nulo a servicios de atención a la salud, se convierten en un hecho que pone en peligro su salud y la de su producto (Alatorre *et al.*, 1995).

Entre los eventos reconocidos como problemas específicos de salud reproductiva se pueden mencionar el control natal, los cuidados prenatales (un tercio de las mujeres sin escolaridad no los reciben, Langer y Romero, 1996:17), la morbi-mortalidad materna y neonatal (el 85.4 por ciento de los partos se atiende en instituciones de salud, 10 por ciento en la casa de la mujer y 3.3 por ciento en la de la partera, Langer y Romero, 1996:20), el embarazo adolescente y el aborto.

Por otro lado, en la lista de hechos reconocidos como riesgos reproductivos, esto es, la probabilidad que tiene la mujer en edad fértil o su producto de experimentar lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo, se mencionan: la edad de las mujeres, aceptándose como embarazos de alto riesgo los que ocurren en las edades extremas de la edad reproductiva, una paridad alta, periodos intergenésicos cortos, sobre todo si van acompañados de lactancia intensiva que impide que la madre recupere sus reservas nutricionales agotadas (lógicamente, este problema es más grave en mujeres ya desnutridas antes de embarazarse), antecedentes reproductivos complicados y la presencia de patologías independientes al embarazo, como son la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (INEGI y SINU, s/f:121).

Además, sinérgicamente, las mujeres obesas están más propensas a tener riesgos obstétricos y enfermedades crónicas. Pero, como señala Figueroa (1991:592), estos fenómenos distan mucho de tener un origen meramente biológico, no es casualidad que se presenten básicamente entre las mujeres "pobres".

La relación entre una situación de vulnerabilidad social estructural y los riesgos para la salud que el ejercicio de la sexualidad y la maternidad conllevan fue evidente en un grupo de madres de familia que llevaban a sus hijos a una guardería para madres solteras ubicada en la delegación Tlalpan.

Antes de relatar y analizar sus experiencias y los datos que fueron obtenidos a través de entrevistas estructuradas y a profundidad, se realiza una breve semblanza de la relación entre desarrollo económico y la creación de grupos vulnerables dentro del mercado de trabajo, como el que es motivo de esta reflexión.

## Desarrollo económico y creación de sectores vulnerables en México

A partir de mediados de la década de los años cuarenta México, junto con otros países de América Latina, se fue transformando de un país fundamentalmente agroexportador en uno cuyo eje económico principal se centró en el desarrollo de la industria. Este proceso, resultado de la implantación de una política denominada sustitución de importaciones, promovida ampliamente en América Latina con posterioridad a la II Guerra Mundial, estuvo basado en subsidios y amplias facilidades de los gobiernos locales, tanto a inversionistas nacionales como extranjeros (principalmente norteamericanos), en el sector secundario de la economía.

En pocos años creció aceleradamente el sector industrial<sup>2</sup> y, concomitantemente, el del comercio y los servicios en las ciudades. Este cambio en la esfera productiva transformó rápidamente la dinámica sociodemográfica del país, por ejemplo, entre 1940 y 1990 la población rural pasó de representar el 80 por ciento a ser sólo el 31.5 por ciento (INEGI, 1994). La urbanización y el crecimiento económico sostenido mejoraron los niveles de vida promedio de la población, se incrementó la escolaridad, números significativos de mexicanos tuvieron acceso a infraestructura sanitaria básica, como agua potable y drenaje, y a servicios de atención a la salud. Como consecuencia, en este periodo se dio un importante crecimiento poblacional,<sup>3</sup> porque aumentó la esperanza de vida y disminuyeron las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas en la población infantil y preescolar.

Por otro lado, a la vez que para el gobierno mexicano el campo dejó de ser prioritario en términos de inversiones y apoyos crediticios, las ciudades constituyeron un polo de atracción para la población rural porque ofrecían mejores oportunidades laborales. Así, los centros urbanos donde se implantó la industria mexicana (la ciudad de México, el Estado de México, Guadalajara y Monterrey, principalmente) aumentaron su población aceleradamente vía las migraciones campo-ciudad.

<sup>2</sup> "...primero, con base en un uso más intenso de la planta productiva ya instalada y, posteriormente, sobre todo en nuevas inversiones..." (Rendón, 1990:35).

<sup>3</sup> "...el volumen de la población se multiplicó por cuatro entre 1950 y mediados de la década de los ochenta, la esperanza de vida de los varones y mujeres aumentó 20 años..." (Cooper *et al.*, 1989:12).

Además, en ellas se dio también un crecimiento desmedido de las actividades comerciales y de servicios, lo que terciarizó sus economías, incrementándose el número de trabajadores de ambos sexos, tanto asalariados como por cuenta propia. Sin embargo, el mercado de trabajo urbano siempre se ha caracterizado por estar fuertemente segregado. Esto es, salarios, posibilidades de ascenso y capacitación laboral, prestaciones sociales y acceso a servicios de salud, no son homogéneos para los muy diversos puestos que integran el caleidoscopio de los empleos en las ciudades.

Así, la dinámica sociodemográfica nacional conforma sectores vulnerables al insertarse en dicho mercado porque los ubica en actividades mal remuneradas y sin prestaciones laborales en un contexto donde la posibilidad de desarrollar actividades económicas de autosubsistencia se ha reducido al mínimo y, por lo tanto, la vida misma depende fundamentalmente de ingresos monetarios. Generalmente, estos sectores provienen de grupos sociales ya en desventaja estructural antes de buscar empleo en las ciudades. Por ejemplo, las mujeres de origen rural, jóvenes, solteras y poco calificadas, en las urbes se emplean frecuentemente como trabajadoras domésticas por muy bajos sueldos y sin prestaciones laborales (Goldsmith, 1990).

Por si fuera poco, la crisis económica que dio inicio a principios de los años ochenta y las políticas de ajuste implementadas supuestamente para enfrentarla, han segmentado y polarizado aún más a la sociedad. Las mujeres han sido especialmente afectadas porque no sólo han tenido que incorporarse a actividades remuneradas, sino también intensificar el trabajo doméstico y cancelar las opciones educativas que se comenzaban a delinear como posibilidad real para las que pertenecían a algunos sectores sociales (de Barbieri y Oliveira, 1987). Además, la crisis ha acrecentado la violencia intradoméstica, encontrándose las mujeres entre las víctimas principales y aumentado el número de hogares con jefes mujeres, frecuentemente sumidos en la pobreza dadas las bajas remuneraciones que caracterizan los empleos femeninos y el patrón cultural prevaleciente en el que los varones fácilmente dejan de apoyar la economía de los hogares que han desertado.

### Contexto social de las mujeres entrevistadas

En este trabajo se analiza cómo la vulnerabilidad social estructural de un sector de mujeres trabajadoras de la ciudad de México condicionó el desarrollo de su vida sexual y reproductiva. Se trata de un grupo de mujeres que iniciaron su carrera laboral como trabajadoras domésticas y que terminaron siendo jefas de familia. Su extrema fragilidad social estructural condicionó que su vida transcurriera entre pobreza,

angustias crónicas y arduo trabajo, debidos en mucho al ejercicio de la maternidad en condiciones desfavorables, a pesar de que sin lugar a dudas sus hijos constituían el eje principal de sus vidas y la motivación que las impulsaba a seguir adelante y a superar las muchas dificultades encontradas.

Se analiza la información obtenida en entrevistas realizadas a 29 de las 31 madres que tenían hijos inscritos en una guardería para madres solteras de la Secretaría de Salud, ubicada en la Delegación Tlalpan, Distrito Federal. Los datos de campo se recabaron entre 1987 y 1988 con el propósito de valorar el impacto del fenómeno del madresolterismo en la salud propia y en la de sus hijos. La bibliografía reporta que las madres solteras se caracterizan por tener formas precarias de vida, que en conjunción con los estigmas sociales que pesan sobre ellas y el abandono emocional que caracteriza su dinámica cotidiana, condicionan que éstas constituyan uno de los sectores femeninos urbanos reconocidos universalmente como vulnerables. Sin embargo, las entrevistas dejaron claro que estas mujeres no habían procreado uno o más hijos sin haber contraído matrimonio o formado una relación de pareja estable y que ello no era la causa de que hubieran acabado siendo las únicas responsables de la manutención y crianza de su prole (Bauza, 1984). Por tanto, en el momento de las entrevistas ninguna podía categorizarse como madre soltera, aunque en su adolescencia dos de ellas habían pasado por la experiencia de serlo.

La información recabada permitió establecer que a pesar de que la composición del parentesco de sus unidades domésticas no era homogénea, se trataba de un grupo particular de jefas de familia. Todas eran las responsables únicas de la manutención de por lo menos alguno de sus hijos por el hecho de tener niños de relaciones que se habían roto. Esta aseveración fue válida para las dieciséis (55.1 por ciento) que carecían de pareja, las ocho (27.6 por ciento) que tenían pareja corresidente y las cinco (17.2 por ciento) con compañero no corresidente en el momento de la entrevista. Se trataba de un grupo de mujeres jóvenes (media 30.5 años, rangos 25-41), dado que tenían al menos un hijo menor de 6 años, el que acudía a la guardería. Todas realizaban actividades remuneradas, la mayoría todavía como trabajadoras domésticas (19, 65.5 por ciento), del resto cuatro eran vendedoras, dos mecanógrafas, una empleada administrativa, una enfermera y otra vendía tejidos. Tres (10.3 por ciento) eran analfabetas, diez no habían concluido la primaria (34.5 por ciento), cuatro habían terminado este ciclo escolar (13.8 por ciento), siete (24.1 por ciento) habían realizado estudios de secundaria, una era enfermera técnica y otra tenía estudios comerciales (en tres casos no se recabó la información correspondiente).

El tamaño promedio de la familia era de 4.6 miembros (rangos 2-11). Trece (44.8 por ciento) tenían por vivienda un cuarto o cuarto de servicio, generalmente sin agua y sin servicio sanitario en su interior. Todas ganaban menos de un salario mínimo (González y Peña, 1996). Dieciocho (62 por ciento) de estas mujeres eran de origen rural, migraron a la ciudad siendo aún adolescentes para ayudar a la precaria economía familiar. Por ser jóvenes, carentes de educación y calificación laboral y de origen campesino, era predecible que en el mercado de trabajo fuertemente segmentado de la ciudad terminarían empleándose como trabajadoras domésticas (Goldsmith, 1990). Las otras once (38 por ciento) nacieron en la ciudad, pero pertenecían a la primera generación de hijos de migrantes y también eran pobres, con muy baja escolaridad y no calificadas, lo que también las había ubicado dentro del servicio doméstico como primera opción de trabajo remunerado.

Por tanto, se trata de mujeres que iniciaron su trayectoria laboral siendo casi niñas, alejadas de su familia de origen, trabajando en casas ajenas donde su suerte había quedado ligada a los sentimientos y la dinámica doméstica de sus patrones, desempeñando un trabajo socialmente devaluado que conlleva el ocupar el lugar más bajo en la escala de poder intradoméstico y que se caracteriza por el servicio a otros. Por otro lado, se encontraban realizando una actividad mal remunerada, sin horario y días de descanso definidos y carente de prestaciones laborales. Además, principalmente para las mujeres de origen rural, sus vínculos afectivos en su nueva vida urbana se habían reducido al mínimo, por lo que reportaban haberse sentido solas y abandonadas, mientras que quienes habían nacido en la ciudad espaciaban las visitas a parientes y amigos semanal o quincenalmente, sufriendo también de privación afectiva por periodos prolongados.

La conjunción de estos hechos condicionó en gran parte que establecieran relaciones de pareja con personas prácticamente desconocidas que, como se verá más adelante, debido a la construcción de su identidad como hombres en un contexto donde el control sobre las mujeres, el alcoholismo y la violencia eran prevalentes, resultaron ser una pesadilla para sus compañeras y sus hijos.

Así, este grupo de mujeres, ya sea con el fin de cumplir con el ideal femenino de contraer matrimonio y formar su propia familia, para resolver sus necesidades de afecto y sus problemas de soledad, para construirse una vida propia, por sentirse enamoradas o por vislumbrar el vivir con un compañero como una opción mejor que continuar en el trabajo doméstico, iniciaron su vida en pareja, su actividad sexual y su carrera reproductiva en condiciones altamente

desfavorables para ellas. No sólo todas las entrevistadas manifestaron carecer de información mínima básica alrededor de la sexualidad y de la biología de la reproducción cuando comenzaron su vida en pareja (para otras regiones del país, lo propio reportan Castro y Bronfman, 1995), sino que no veían como posible hablar con sus compañeros sobre la frecuencia o las condiciones para tener relaciones sexuales, menos aún se podría esperar que exigieran sexo seguro o que de común acuerdo con ellos recurrieran a métodos anticonceptivos. Del noviazgo pasaron al inicio de la actividad sexual y al embarazo sin grandes preámbulos y sin que cada etapa fuera producto de una decisión pensada por ellas, menos aún, discutida en pareja. Por tanto, conforme transcurrió su curso de vida, su situación de vulnerabilidad social inicial debida a la pobreza de sus familias, a su aislamiento afectivo y a su empleo precario, se agudizó al contraer matrimonio o formar relaciones de pareja dado que la establecieron con hombres consumidores de estupefacientes, alcohólicos y golpeadores, de los que a pesar de sus pocas opciones de vida terminaron separándose, o de compañeros poco responsables que las abandonaron, generalmente "por otra mujer".

Una de las entrevistadas reportó a su primer compañero como alcohólico, "pero no agresivo", tres convivieron con asiduos fumadores de marihuana y trece (44.8 por ciento) habían sido víctimas de hombres alcohólicos y golpeadores a la vez. Cabe señalar que es posible que la frecuencia del alcoholismo en la pareja y de la violencia contra ellas haya sido mayor que la reportada en la investigación, ya que estas cifras surgieron de manera espontánea durante el proceso de las entrevistas, no había preguntas dirigidas expreso para obtener información al respecto. Por otro lado, diez (34.5 por ciento) manifestaron haber sido "abandonadas" y dejadas a su suerte junto con sus hijos.

Ahora bien, tanto en el caso de ruptura como en el de abandono, fueron ellas quienes tuvieron que asumir la responsabilidad de criar y mantener solas a los niños frente a la total indiferencia del padre biológico una vez que éste había abandonado el hogar de procreación. Como es de esperarse, para la totalidad de estas mujeres sus obligaciones con los hijos se mantuvieron aún en el caso de que hubieran establecido otra relación de pareja. Sin embargo, sus nuevos compañeros no asumían responsabilidades económicas con los niños que no eran suyos, aunque, mientras duraba la relación, generalmente contribuían al presupuesto del hogar. Además, no sólo la responsabilidad de los niños de parejas anteriores era sólo de las mujeres, sino que su presencia constituía una continua fuente de tensión, disgusto e inconformidad, que muchas veces culminaba en violencia masculina contra los propios niños o contra ellas.

Por otro lado, por su condición de responsables económicas únicas de por lo menos algunos de sus hijos, tenían que desempeñar alguna actividad remunerada. Sin embargo, sus opciones laborales se restringían aún más al tener que desempeñar sólo aquellas actividades "compatibles" con el cuidado de los niños y el cumplimiento del trabajo doméstico (Buvinic y Roa, 1994). En la situación extremadamente precaria en que se encontraba este grupo de mujeres en el momento de ser entrevistadas se conjugaba su trayectoria de vida, matizada por tener hijos que mantener sin la colaboración de los progenitores masculinos, y el mercado de trabajo fuertemente segmentado que caracteriza a la ciudad. En efecto, la mayoría continuaba laborando como empleada doméstica "de entrada por salida" tanto por su escasa calificación como porque esta actividad les permitía cuidar a los niños. Según Atkin *et al.* (1996:40) en el proceso sexual y reproductivo es posible distinguir seis etapas: la existencia o no de relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, la práctica del aborto, el embarazo y el nacimiento, la adopción y la crianza. Aunque no en este orden, estas etapas servirán de guía de exposición de la situación de las mujeres motivo de este trabajo.

#### Inicio de la vida sexual

Welti y Grajales (citados en Secretaría de Salud, 1994) reportan que en México, la edad a la cual las mujeres tienen su primera relación sexual es alrededor de los 18 años. En una investigación llevada a cabo por Henríquez-Mueller y Yunes 43 por ciento de los varones y 13 por ciento de las mujeres entre los 15 y los 19 años reportaron ser sexualmente activos. Por otro lado, se ha establecido que, en 1980, el 12.7 por ciento de las adolescentes mexicanas tenía una vida sexual activa antes de los 15 años.

Es común que los adolescentes inicien su sexualidad sin métodos para prevenir el embarazo y evitar las enfermedades de transmisión sexual (Muriedas y Ballesté, 1993), éste fue precisamente el caso de las mujeres entrevistadas. Para toda América Latina, se ha calculado que, por lo menos, un cuarto de las adolescentes sexualmente activas no usan métodos anticonceptivos y dos tercios los usan *inconsistentemente*, lo cual hace que su actividad sexual las exponga a embarazos no deseados y no esperados. La edad de la menarquia de estas mujeres se sintetiza en el cuadro núm. 1, el 37.9 por ciento inició su vida sexual muy joven, entre los 15 y los 16 años. De los 17 a los 18 descendió la proporción de mujeres que la comenzaron, para volver a aumentar entre los 19 (13.8 por ciento) y los 20 años (13.8 por ciento). Es decir, a la primera relación sexual el 62 por ciento de las entrevistadas eran menores de veinte años (cuadro núm. 2).

Cuadro núm. 1

Edad de la menarquia		
Edad	núm	%
10	1	03.4
11	5	17.2
12	6	20.7
13	6	20.7
14	3	10.3
15	5	17.2
16	2	07.0
19	1	03.4
Total	29	99.9

Cuadro núm. 2

Edad a la primera relación sexual		
Edad	núm.	%
15	5	17.2
16	6	20.7
17	2	06.9
18	1	03.4
19	4	13.8
20	4	13.8
21	1	03.4
22	3	10.3
24	2	06.9
25	1	03.4
Total	29	99.8

Como ya se dijo, a partir de la información cualitativa recabada es posible afirmar que los conocimientos sobre la fisiología de su propio cuerpo y el de sus parejas, la sexualidad y los mecanismos de procreación eran prácticamente nulos en estas mujeres. No es de extrañar que no utilizaran métodos anticonceptivos y que tampoco practicaran sexo seguro, lo cual condicionó que el 30.8 por ciento fueran madres antes de cumplir 20 años y más de la mitad (54.8 por ciento) ya hubieran tenido hijos a esa edad. No se tiene información sobre las enfermedades de transmisión sexual padecidas por ellas, pero es probable que también hayan estado expuestas a este riesgo a la salud (cuadro núm. 3).

Cuadro núm. 3

Edad al nacimiento del primer hijo		
Edad	núm.	%
15	2	07.0
16	3	10.2
17	3	10.2
18	2	07.0
19	1	03.4
<i>Subtotal madres adolescentes</i>		30.8
20	7	24.0
<i>Porcentaje parcial</i>		64.8
21	2	07.0
22	2	07.0
23	2	07.0
24	2	07.0
25	1	03.4
26	1	03.4
33	1	03.4
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>

Ha sido reconocido que el embarazo durante la adolescencia se presenta, sobre todo, en los sectores de escasos recursos económicos y que es uno de los mecanismos importantes en el proceso de reproducción de la pobreza. De acuerdo con UNIFEM (1995) la fecundidad antes de los 20 años constituye una limitación importante para que las mujeres logren acumular conocimientos y habilidades que les permitan mejorar sus condiciones de vida, porque sus responsabilidades maternas y domésticas limitan seriamente su acceso a la educación y coadyuvan a colocarlas en empleos mal remunerados. Indiscutiblemente, en la muestra estudiada, las condiciones sociales en que ocurrió la maternidad contribuyeron enormemente para agudizar la pobreza de las mujeres y, consecuentemente, la de sus hijos.

Por otro lado, en el terreno de la salud ha sido cuantificado que el 56.8 por ciento de los embarazos de menores de 15 años presentan complicaciones, que las madres adolescentes pobres frecuentemente no reciben atención prenatal, lo que impide la detección de posibles riesgos y que los hijos de madres adolescentes a menudo nacen con bajo peso, un riesgo para la mortalidad neonatal e infantil (WHO/UNFPA/UNICEF, 1989). Además, las mujeres que procrean

a edades tempranas, tienen más hijos y a intervalos intergenésicos más cortos que las que son madres más tardíamente. En 27 de 29 países cubiertos por la Encuesta Mundial de Fertilidad un promedio de .5 menos niños nacieron a las mujeres que se casaron a/o después de los 22 años (WHO/UNFPA/UNICEF, 1989:8).

#### Número de embarazos

Entre las 29 mujeres de la muestra había habido 86 embarazos, 2.9 por mujer en promedio, de los cuales 79 (92 por ciento) llegaron a término, prácticamente una cuarta parte de las mujeres (24.1 por ciento) ya había tenido tres embarazos en el momento de la entrevista y una tercera (31 por ciento), cuatro. Considerando que se trataba de mujeres jóvenes (la mitad tenía menos de 29 años y casi el 80 por ciento menos de 34), su periodo reproductivo no había concluido, lo que auguraba una fecundidad alta en el grupo (cuadro núm. 4).

Cuadro núm. 4

Número de embarazos		
Núm	n	%
1	5	17.2
2	6	20.7
3	7	24.1
4	9	31.0
5	1	03.4
7	1	03.4
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>99.8</b>

#### Número de hijos

En México, la tasa de fecundidad se redujo de 6.8 hijos en 1970 a 3.0 en 1994 (INEGI, 1994). Las entrevistadas en promedio tenían 2.3 hijos, pero, como ya se dijo, estaban lejos del fin de la edad reproductiva. El 55.6 por ciento era madre de dos y tres hijos y un quinto ya había procreado cuatro. Las mujeres que tenían entre 25 y 29 años en el momento de la entrevista, representaban a la mitad de las incluidas en la investigación (51.7 por ciento). Los datos indican que ellas fueron quienes tendieron a embarazarse a una edad más temprana (media 17 años), 11 de las 15 (73.3 por ciento) que se encontraban en este grupo de edad habían sido madres durante la adolescencia (cuadro No. 5).

Cuadro núm. 5

Número de hijos		
Núm	n	%
1	5	17.2
2	8	27.8
3	8	27.8
4	6	20.6
5	2	06.6
Total	29	100.00

### Problemas de salud reproductiva

Cuarenta y cinco por ciento de las entrevistadas declararon haber tenido algún tipo de problema durante el embarazo y el parto, el más frecuente, los golpes propinados por su propia pareja, seguidos de ruptura prematura de las membranas y caídas. Shrader y Valdez (1992) también reportaron que el 20 por ciento de las mujeres que incluyeron en su muestra habían sido golpeadas durante el embarazo. El 24 por ciento (7) de las mujeres declararon haber tenido abortos, uno inducido y seis espontáneos, uno de estos últimos había ocurrido precisamente como consencuencia de los golpes de su pareja (cuadro No. 6).

Cuadro núm. 6

Problemas durante el embarazo y el parto		
Causas	núm.	%
Golpes del compañero	3	10.4
Ruptura prematura de membrana	2	07.0
Caída	2	07.0
Susto	1	03.4
Várices	1	03.4
Nacimiento con forceps *	1	03.4
Producto de 4.5 kg	1	03.4
Nacimiento podálico	1	03.4
Ninguna	17	58.6
Total	29	100.00

13 (44.8%) reportaron algún tipo de problema

\* El producto, una niña, presentaba retraso mental

En México, los abortos son un problema de salud pública, ellos son responsables de buena parte de las muertes maternas que ocurren en el país, se calcula que alrededor del 20

por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas han experimentado un aborto y 5.6 por ciento han tenido más de uno (INEGI, 1994). La incidencia de abortos parece ser mayor en mujeres casadas y mayores de 35 años. Se ha hipotetizado que se trata de mujeres que recurren a él como un último recurso para interrumpir embarazos no deseados. Las prácticas anticonceptivas parecen estar orientadas más a limitar que a espaciar los embarazos, por ejemplo, el consumo de anticonceptivos es más alto entre las mujeres de 35 y 39 años, que parecen usar anticonceptivos cuando su número de hijos ya es elevado. En su momento, esta puede ser una opción para que las mujeres de la investigación limiten el número de hijos.

### Uso de anticonceptivos

Según la Encuesta Mexicana de Fecundidad, en 1976, 30 por ciento de las mujeres en edad reproductiva eran usuarias de algún método anticonceptivo, se estima que en 1992 dicho porcentaje ascendió a 63 por ciento (INEGI). En la muestra, el 83 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos, siendo los dispositivos intrauterinos y los hormonales orales los más frecuentes, la mayoría declaró conocerlos y aceptarlos, solamente dos dijeron no estar de acuerdo con ellos por "ir en contra de Dios". Estos datos coinciden con los reportados por el INEGI (1994) que establecen que en el país, el método más comúnmente usado entre las adolescentes casadas es el DIU (cuadro núm. 7).

Cuadro núm. 7

Uso de anticonceptivos		
Anticonceptivos	núm	%
DIU	9	31.0
Hormonales orales	7	24.0
Esterilización	4	14.0
Inyectables	2	07.0
Condón	2	07.0
Ninguno	5	17.0
Total	29	100.00

### Conclusiones

La dinámica económica y social de la ciudad conformó este sector peculiar de jefas de familia al condicionar que no contaran con el apoyo emocional de sus familias de origen en los años cruciales de la adolescencia, al ubicarlas en un empleo que las hacía sentirse afectivamente solas y lanzarlas

al establecimiento de relaciones de pareja, inicio de la vida sexual y reproductiva en condiciones altamente desventajosas. Pero, sobre todo, ya que habían tenido hijos la construcción de las identidades de género condicionó que una vez rota la pareja los hombres rehicieran sus vidas sin preocuparse por los hijos que habían procreado, mientras

que para las mujeres las obligaciones derivadas de la maternidad eran irrenunciables y aunque las vivían con cariño y daban sentido a sus vidas, jugaron un papel fundamental para agudizar su pobreza y su vulnerabilidad social estructural.

## Bibliografía

- Alatorre, Javier, Ana Langer y Rafael Lozano (1995). "Mujer y salud". *Las mujeres en la pobreza*, México, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza y El Colegio de México.
- Atkin, Lucille, Noemí Ehrenfeld y Susan Pick (1996). "Sexualidad y fecundidad adolescente", en A. Langer y K. Tolbert (eds.) *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, pp. 39-847.
- Barbieri, Teresita de y Orlandina de Oliveira (1987). *La presencia de las mujeres en América Latina en una década de crisis*, Ediciones Populares Feministas, Santo Domingo, República Dominicana.
- Bauza, S. M. (1984). *Madres solteras y marginadas. Procesos adaptativos y efectos psicológicos de madres solteras*, Tesis de doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Buvinic, M. y G.G. Roa (1994). *Targeting poor women-headed households and women maintained families in developing countries: Views and policy dilemmas*, Washington, D.C., ICWR.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1995). "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo", en S. González (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp. 27-70.
- Cooper, Jennifer, Teresita de Barbieri, Teresa Rendón, Estela Suárez y Esperanza Tuñón (1989). "Introducción", en J. Cooper, T. de Barbieri, T. Rendón, E. Suárez y E. Tuñón (Comps.) *Fuerza de trabajo femenina urbana en México. Características y Tendencias*, México, Coordinación de Humanidades y Miguel Angel Porrúa, vol. I, pp. 7-23
- Daltabuit, Magalí (1992). *Mujeres mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Figueroa, J. Guillermo (1991). "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, pp. 590-601.
- Goldsmith, Mary (1990). "El servicio doméstico y la migración femenina", en E. Ramírez e H. Dávila (comps.), *Trabajo femenino y crisis en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, pp. 257-272.
- González, Ma. Antonieta y Florencia Peña (1996). "Condiciones de vida y salud de un grupo de jefas de familia de la delegación Tlalpan, D.F.", *Salud Problema*, Nueva Época, vol I, núm 1, pp. 33-48.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1994). *X Censo General de Población y Vivienda*, México, INEGI.

- INEGI y SINU (s/f). *Perfil estadístico de la población mexicana. Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Sistema Interagencial de las Naciones Unidas.
- Langer, Ana y Mariana Romero (1996). "El embarazo, el parto y el puerperio", en A. Langer y K. Tolbert (eds.) *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council and EDAMEX, pp. 13-37.
- Muriedas, Pilar y Mercedes Ballesté (1993). "La salud sexual y reproductiva de las mujeres", ponencia presentada en el Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza, México, El Colegio de México, 12 de mayo.
- Ramírez, Juan Carlos (1991). *Tres interpretaciones sobre el fenómeno reproductivo. El caso del Consejo Nacional de Población, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Universidad de Guadalajara*, México, Universidad de Guadalajara.
- Rendón, Teresa (1990). "El trabajo femenino remunerado en México durante el siglo XX. Cambios, tendencias y perspectivas", en Elia Ramírez e Hilda Dávila (Comps.), *Trabajo femenino y crisis en México. Tendencias y transformaciones actuales*, México, UAM-X, pp. 29-51
- Secretaría de Salud (1994). *Mujer y familia. Perfiles de salud en México*, México, Cuadernos de Salud núm. 2, Secretaría de Salud.
- Szasz, Ivonne (1995). "Introducción. La condición social de la mujer", en S. González (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp. 13-26.
- Shader, E. y R. Valdez (1992). *La violencia hacia la mujer mexicana como problema de salud pública. La incidencia doméstica en una microrregión de Ciudad Nezhualcóyotl*, México, CECOVID.
- UNIFEM (1995). *La mujer mexicana. Un balance estadístico al fin del siglo XX*, México, UNIFEM.
- WHO/UNFPA/UNICEF (1989). *The reproductive health of adolescents. A strategy for action*, Génova, WHO/UNFPA/UNICEF.