

Claudio Stern
coordinador

EL PAPEL DEL TRABAJO MATERNO EN LA SALUD INFANTIL

Contribuciones al debate desde las ciencias sociales



THE POPULATION COUNCIL
EL COLEGIO DE MÉXICO

**EL PAPEL DEL TRABAJO MATERNO
EN LA SALUD INFANTIL**
Contribuciones al debate desde las ciencias sociales

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

EL PAPEL DEL TRABAJO MATERNO EN LA SALUD INFANTIL

Contribuciones al debate desde las ciencias sociales

Maricarmen Acevedo
Elizabeth Arteaga
Viviane Brachet-Márquez
Fernando Cortés
Leticia de la Cruz
Carlos J. Echarri
Marisa Fernández
Juan Guillermo Figueroa
Paulina Grobet
Patricia Hernández
Martha C. Híjar
Octavio Ixtacuy
Teresa Jácome
Ma. Asunción Lara
Elsa Karina López

Ma. Victoria López
Rafael Lozano
Eduardo Menéndez
Doroteo Mendoza
Takehiro Misawa
Alma G. Nájera
Isaura Ortiz
Aurora Rábago
Florinda Riquer
Rosa Ma. Rubalcava
Claudio Stern
J. Ramón Tapia
Beatriz Vázquez
Alfredo Zetina

Claudio Stern
coordinador



EL COLEGIO DE MÉXICO
THE POPULATION COUNCIL

331.40972

S8392p

Stern Feitler, Claudio

El papel del trabajo materno en la salud infantil: contribuciones al debate desde las ciencias sociales / Claudio Stern, coordinador. — México : El Colegio de México : The Population Council, 1996.

419 p. ; 21 cm.

ISBN 968-12-0695-9

1. Madres trabajadoras- México. 2. México- Niños de madres que trabajan. 3. Niños-Salud e higiene. 4. Trabajo y familia- México.

Este trabajo fue llevado a cabo con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

El Population Council es una organización sin fines de lucro fundada en 1952, que busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras para alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales, realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y el alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad de investigación en países menos desarrollados.

Portada de Mónica Diez-Martínez

Fotografía de Agustín Estrada

D.R. © El Colegio de México

Camino al Ajusco 20

Pedregal de Santa Teresa

10740 México, D. F.

D.R. © The Population Council, Inc.

Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Alejandro Dumas 50

11560 México, D. F.

ISBN 968-12-0695-9

Impreso en México/*Printed in Mexico*

ÍNDICE

Lista de siglas y acrónimos	15
Presentación	19
I. Estrategia del Proyecto de investigación sobre “madres trabajadoras y sus hijos: riesgos y necesidades de salud”	21
Antecedentes	21
Objetivos, justificación y naturaleza del Proyecto	22
Estrategia para el desarrollo del Proyecto	24
Selección de los proyectos que recibieron apoyo	26
El desarrollo de las investigaciones y de las actividades complementarias de asesoría y de apoyo	28
Diseminación	30
Resultados obtenidos	31
Capacitación de investigadores y fortalecimiento institucional	31
Fortalecimiento de redes interinstitucionales	33
Difusión	34
Conclusión	35
II. Los trabajos realizados y sus aportaciones	37
Introducción	37
Un panorama de los trabajos	38
Fuentes de datos y población estudiada	52
Apreciaciones generales y recomendaciones para la investigación	54
III. Trabajo materno y salud infantil: hacia una guía teórica para las políticas sociales	59
Introducción	59
Breve historia del debate	61
Trabajo materno y salud infantil: una reevaluación	65
Trabajo materno y salud infantil: hacia la elaboración de un modelo	71

Mercados, instituciones y hogares: de los macro a los microdeterminantes del efecto del trabajo materno en la salud infantil	74
Cambios globales	76
Factores políticos e institucionales	77
El hogar	80
Resumen y conclusiones	82
 IV. Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades	87
Introducción	87
Supuestos básicos	88
Las unidades de observación y análisis como construcciones	90
Sobre la investigación estadística y la cualitativa	95
Sobre la posibilidad de medir	99
Confiabilidad y validez	104
 V. Experiencia laboral y patrones reproductivos en México	109
Resumen	109
Introducción	110
Revisión de estudios similares	111
Trabajo de la mujer y fecundidad (patrones reproductivos)	111
Patrones reproductivos y salud infantil	114
Análisis de la experiencia laboral y patrones reproductivos	118
Análisis descriptivo inicial	119
Análisis multivariado	128
Conclusiones	136
 VI. Características de la inserción laboral de mujeres con hijos en edad preescolar	139
Resumen	139
Introducción	140
Revisión de algunos estudios similares	142
Antecedentes de la inserción laboral de las mujeres	142

Aproximación al estudio de la inserción laboral de las mujeres	144
Elementos de la inserción laboral: una visión sociodemográfica	146
Inserción laboral de las madres trabajadoras	147
Inserción laboral y condiciones de trabajo	152
Inserción laboral y unidad doméstica	159
Elementos de la inserción laboral: una visión psicosocial	164
Magnitud de la experiencia laboral y algunos momentos de referencia	165
Razones declaradas para empezar a trabajar y para no hacerlo	166
Razones declaradas para interrumpir el trabajo por la primera unión o a partir del primer hijo	169
Conclusiones	172
 VII. Efectos de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las estrategias de cuidado infantil en la morbilidad de los menores de seis años, en la ciudad de México	175
Resumen	175
Introducción	176
Fuente de datos y metodología	177
Morbilidad percibida	179
Marco analítico	182
Factores biológicos: edad del niño	183
Características socioeconómicas y unidad doméstica	183
Características de la madre	185
Cuidado del niño	186
Características de la población estudiada	187
Factores determinantes y morbilidad preescolar	187
Niños de 0 a 11 meses	192
Niños de 12 a 35 meses	192
Niños de 36 meses y más	194
Trabajo materno, cuidado infantil y morbilidad	194
Análisis multivariado	196
Consideraciones finales	199

VIII. Trabajo materno y gravedad de lesiones accidentales en niños menores de cinco años	203
Resumen	203
Introducción	204
Metodología	205
Definición y operacionalización de las variables	207
Resultados	211
Características socioeconómicas de las familias	211
Condiciones del trabajo materno	213
Características individuales, demanda de atención y gravedad de las lesiones	216
Cuidado infantil y gravedad de las lesiones	220
Factores de riesgo de la vivienda y gravedad de las lesiones	222
Discusión	223
Recomendaciones	227
IX. Efectos del <i>status</i> laboral de la madre sobre su salud emocional y sobre los patrones de apego de los(as) hijos(as)	229
Resumen	229
Introducción	230
Antecedentes	231
Los efectos del trabajo materno en la infancia	231
Estresores y salud mental de las mujeres empleadas	233
Metodología	236
Sujetos	236
Selección de la muestra	236
Instrumentos	237
Procedimiento de aplicación	238
Procedimiento de calificación	238
Resultados	238
Características sociodemográficas de las mujeres	238
Diferencias en salud emocional entre madres empleadas y no empleadas	241
Variables relacionadas con el malestar emocional	242
Características de los niños	243
<i>Status</i> laboral de la madre y patrón de apego	245

Patrón de apego y nivel de desarrollo por edad y sexo	247
Variables mediadoras del patrón de apego	247
Malestar emocional de la madre y patrón de apego	249
Discusión	250
Limitaciones y propuestas	256
Apéndice 1	259
Apéndice 2	260
Apéndice 3	263
Apéndice 4	265
 X. Cuidado y salud en hijos de vendedoras ambulantes de la ciudad de México	267
Resumen	267
Introducción	268
Fuente de información y metodología	271
Resultados	273
Descripción de la población	274
Cuidado infantil	275
Discusión	283
Sugerencias para investigaciones futuras	289
Conclusiones y recomendaciones	291
 XI. Empleo materno y nutrición infantil: trabajadoras de las empacadoras plataneras en Chiapas	293
Resumen	293
Introducción	293
Evidencia empírica	294
Efecto del ingreso familiar y materno	294
Efecto del tiempo para el cuidado del niño	295
Efecto del <i>status</i> de la madre	296
Justificación del modelo explicativo	296
Efecto del ingreso	297
Patrón de alimentación como mediación entre el ingreso materno y el estado nutricional del niño	298
Relación entre el nivel de gastos en alimentos y cada una de las dimensiones del patrón de alimentación	299

Efecto del tiempo de cuidado del niño	299
Efecto del <i>status</i> de la madre	300
Infección gastrointestinal infantil	301
Escolaridad de la madre	301
Contextuación según <i>status</i> migratorio de la madre	302
Sistema de hipótesis	302
Efecto del ingreso	302
Relaciones entre el nivel de gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto y el estado nutricional	303
Efecto del tiempo	303
Efecto del <i>status</i>	304
Diseño y metodología	304
Resultados	305
Comparación de las características de madres me- xicanas e inmigrantes	305
Comparación de las características de los niños según el <i>status</i> migratorio de la madre	307
Análisis de trayectoria	308
Conclusiones	317
Apéndice 1	319

XII. Dinámica doméstica y cuidado infantil en familias de bajos recursos	321
Resumen	321
Introducción	321
Supuestos de investigación	323
Diseño de investigación	324
Objetivos de investigación	325
Resultados	327
Condicionantes del trabajo de la mujer de escasos recursos	327
“Pequeñas madres” e “hijas de familia”	330
Experiencia frente a la enfermedad y la muerte	333
Saberes y prácticas sobre cuidado infantil	336
Tipos de dinámica doméstica y estrategia para el cuidado infantil	337
Conclusiones	346

XIII. Poder paterno, poder materno y bienestar infantil: el papel de la legislación familiar mexicana	349
Introducción	349
Leyes relacionadas con la familia en México: un sobrevuelo	350
El contexto social de las decisiones de vida	359
Características de la muestra	359
Situación familiar	360
Cargas económicas del padre y de la madre	362
Responsabilidad de la madre y del padre en el cuidado y la salud de los niños	365
Problemas maritales e intentos de solución	367
Características socioeconómicas y gravedad de los cargos, como predictores de la etapa en el proceso legal	369
Conclusiones	377
¿Son los tribunales familiares capaces de controlar las conductas que son dañinas para el bienestar de los niños?	377
¿Es posible que los tribunales penales puedan compensar las limitaciones de los civiles?	378
¿Pueden las mujeres utilizar las leyes para resolver sus problemas domésticos?	378
Recomendaciones	379
Reformas estructurales	380
Propuestas de cambios específicos en la ley	383
¿Pueden las mujeres hacerse cargo de su vida?	384
¿Qué acciones pueden emprenderse para beneficio de los hombres?	385
Bibliografía	387
Miembros del comité asesor del Proyecto "Trabajo materno y salud en la niñez"	409
Acerca de los(as) autores(as) principales	411

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAAS	American Association for Advancement of Science.
Amidem	Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
AP	Atención primaria.
AV	Análisis de varianza.
CAM	Coordinadora de Ayuda a la Mujer.
Canaco	Cámara Nacional de Comercio.
CDC	Centers for Disease Control.
CEDDU	Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina.
CES	Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.
CES-D	Center for Epidemiologic Studies-Depression (scale).
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
CIPAF	Centro de Investigación para la Acción Femenina.
Colmex	El Colegio de México.
Colson	El Colegio de Sonora.
Conacyt	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
Coplamar	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.
CRIM	Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM.
DDF	Departamento del Distrito Federal.
DF	Distrito Federal.
DGE	Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
DGEIE	Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud.
DIF	Desarrollo Integral de la Familia.
Edeпам	Encuesta de Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México.

Edineci	Encuesta sobre disponibilidad y necesidades de cuidado infantil.
END	Encuesta Nacional de Demografía.
Enfes	Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
F	Razón.
Flacso	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
GACEA	Gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto.
Gimptap	Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza.
H. Nucl.	Hogares nucleares.
H. Ext.	Hogares extendidos.
H. Mp.	Hogares monoparentales.
H. Extmp.	Hogares extensos con padre ausente.
IC	Intervalo de Confianza.
ICRW	International Center for Research on Women.
IDRC	International Development Research Centre.
IISUNAM	Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
IMES	Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
IMP	Instituto Mexicano de Psiquiatría.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
INN	Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".
Inrep	Inicio de la reproducción.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
ME	Madres empleadas.
MNE	Madres no empleadas.
NCHS	National Center for Health Statistics.
NHS	National Health Service.
NRC	National Research Council.
OECD	Organización Europea para la Cooperación y el Desarrollo.
OEF	Overseas Educational Fund.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organismo no gubernamental.

ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PISPAL	Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina.
Pronasol	Programa Nacional de Solidaridad.
RM	Razón de momios.
SCL-90	System Cheklist-90, reactivos.
SI	Salud infantil.
Somede	Sociedad Mexicana de Demografía.
SPP	Secretaría de Programación y Presupuesto.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia.
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
TM	Trabajo materno.
Tst	Prueba t de Student.
UACH	Universidad Autónoma de Chiapas.
UG	Universidad de Guadalajara.
UIA	Universidad Iberoamericana.
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
UPNTS	Unión del Pueblo Nueva Tenochtitlan Sur.
Verep	Velocidad reproductiva.
WB	World Bank.
WHO	World Health Organization.
X ²	Prueba de ji cuadrada.

PRESENTACIÓN

En este libro se dan a conocer los resultados de un proyecto de investigación auspiciado por la Oficina Regional del Population Council para América Latina y el Caribe con el objeto de propiciar la investigación sobre uno de los factores que podrían estar jugando un papel importante en relación con el bienestar y la salud infantil en México, y sobre el cual prácticamente no se había realizado investigación alguna hasta finales de la década pasada: el trabajo materno remunerado fuera del hogar.

El proyecto se llevó a cabo entre marzo de 1990 y julio de 1993. Durante el segundo semestre de este último año se realizó el trabajo de edición para este libro, cuyo contenido sufrió modificaciones con base en las sugerencias de los dictaminadores externos, proceso que se extendió por más de un año.

El libro contiene, además de los diez capítulos en los que se presentan los resultados de las investigaciones apoyadas por el proyecto, un capítulo en el que se describe la estrategia que se siguió para llevarlo a cabo, una presentación y apreciación de los trabajos incluidos y un capítulo con algunas reflexiones sobre las aproximaciones estadísticas y cualitativas en la investigación social, escrito por tres de los investigadores que fungieron como asesores en diversas etapas del proyecto.

Muchas personas han contribuido en esta empresa. Quiero agradecer la colaboración prestada por Carolina Martínez durante los primeros meses para ponerla en marcha, la de los miembros del Comité Asesor del Proyecto, cuyos nombres aparecen en el anexo 1. En particular, su colaboración en los tres talleres de asesoría y discusión de los avances de las investigaciones, cuya utilidad para el desarrollo y la culminación de las mismas fue reconocida por los participantes. Agradezco en especial la generosa y desinteresada colaboración de Rosa María Rubalcava y de Fernando Cortés, quienes demostraron una vez más su elevado compromiso con la formación de investigadores en el campo de las ciencias sociales y con el avance del conocimiento científico en el mismo. El trabajo

minucioso de Oralia Rodríguez y de Guillermina Herrera en la corrección y transcripción de los textos fue decisivo para la edición de los mismos. Finalmente, agradezco la ayuda prestada por Elizabeth García durante la última parte de la edición y la corrección del texto, y la de Carlos Javier Echarri, quien amablemente aceptó el encargo un tanto extemporáneo y apresurado de ofrecer un panorama de los trabajos presentados y sus aportaciones.

CLAUDIO STERN

México, D.F., octubre de 1995

I. ESTRATEGIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE “MADRES TRABAJADORAS Y SUS HIJOS: RIESGOS Y NECESIDADES DE SALUD”

CLAUDIO STERN*

ANTECEDENTES

En 1985, la Oficina Regional del Population Council para América Latina y el Caribe inició un Programa de Investigación Sobre Salud Infantil y Fecundidad en Adolescentes. Durante la primera etapa de dicho programa (1985-1989), se apoyaron más de 30 proyectos de investigación llevados a cabo por investigadores de la región, así como diversos seminarios, talleres y conferencias.

Una evaluación de la primera etapa del programa, realizada en 1989, mostró que había contribuido de manera sustancial a acrecentar el conocimiento existente sobre las características y los determinantes de la fecundidad adolescente, y también a fortalecer la capacidad institucional para investigar sobre los determinantes sociales de la salud infantil; sin embargo, los resultados de la investigación que se había apoyado en el área de la salud infantil fueron demasiado dispersos en términos temáticos, lo que limitó la posibilidad de relacionar los conocimientos adquiridos a partir de los diversos proyectos. Con el fin de tratar de superar esta situación en fases subsecuentes, se diseñó una propuesta que permitiera una mayor integración de los conocimientos, sin sacrificar el objetivo de fortalecimiento institucional inherente a todos los programas del Council.

* Investigador del Centro de Estudios Sociológicos (CES) de El Colegio de México; director del Programa de Salud Infantil y Fecundidad en Adolescentes de la Oficina Regional de Population Council para América Latina y el Caribe entre 1988 y 1991.

A partir de una discusión con investigadores de la región sobre las temáticas emergentes en el campo de los determinantes sociales de la salud infantil que fueran relevantes para políticas y programas, y tomando en cuenta la experiencia acumulada por el propio Population Council en este campo, se llegó a la conclusión de que la creciente inserción de la madre con hijos pequeños en el mercado de trabajo remunerado podía ser un factor cuyas interrelaciones con el bienestar y con la salud infantil eran importantes y poco conocidas en la región.

Con el fin de propiciar la investigación sobre dicho tema y para solicitar apoyo financiero, se elaboró una propuesta que fue presentada al Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC, de acuerdo con sus siglas en inglés), la cual fue aprobada en febrero de 1990.

OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y NATURALEZA DEL PROYECTO ¹

Los objetivos a largo plazo del Proyecto fueron:

a) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de los infantes y niños preescolares de grupos socioeconómicos y ocupacionales de bajos ingresos de la población mexicana; y

b) contribuir al fortalecimiento de la capacidad institucional del país para definir, diseñar, coordinar y llevar a cabo la investigación orientada a resolver los problemas de salud infantil y preescolar que confronta México.

Los objetivos de corto plazo del Proyecto fueron:

a) Conocer las condiciones del trabajo materno que tienen repercusiones favorables y adversas sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños;

¹ Por abreviar, en el texto nos referimos al proyecto en su conjunto como Proyecto (con mayúscula) y a los proyectos individuales que formaron parte de él como proyectos (con minúscula). Asimismo, en lugar de repetir el título del Proyecto original: "Madres trabajadoras y sus hijos: riesgos y necesidades de salud", nos referiremos a él como "Trabajo materno y salud infantil".

b) contribuir a la capacitación de investigadores del país para la realización de la investigación pertinente, de calidad y orientada a la solución de problemas y a la elaboración de políticas sociales en el campo de la salud infantil y preescolar;

c) fortalecer la red de individuos e instituciones interesados en el campo de las relaciones entre el trabajo materno y la salud de los niños;

d) difundir los resultados de la investigación y de las recomendaciones derivadas de ella entre los grupos estudiados, la comunidad académica, los responsables de la formulación de políticas y programas, y el público en general.

El Proyecto se justificó en un contexto de importancia creciente de la inserción de madres con hijos pequeños en el mercado de trabajo, proceso que se aceleró a partir de la crisis económica que vivió el país entre 1982 y 1987 (De Oliveira, 1989b) y que, junto con otros factores, produjo cambios en la estructura social y en la organización de las unidades domésticas. Estos cambios, aparentemente, conllevaron menores posibilidades de cuidado alternativo para los niños, así como insuficiencia de servicios de cuidado infantil adaptados a las necesidades y posibilidades de familias de bajos ingresos en las que la madre trabaja.² La confluencia de estos elementos hacía pensar en el aumento de los riesgos contra la salud de los hijos pequeños de estas madres.

Ante estos cambios se generaron hipótesis que proponían efectos positivos derivados de la incorporación de estas madres al mercado de trabajo, debido tanto a los mayores ingresos percibidos como a la adquisición de un mayor *status* y poder de negociación de la madre en el seno de la familia, así como por permitir un mayor control de los recursos disponibles y su canalización más directa para la atención de los hijos. Sin embargo, se argumentaba también efectos negativos derivados de la ausencia de la madre en el hogar por periodos prolongados, así como de un mayor estrés,

² Como parte de su Programa de Salud Infantil y Fecundidad en Adolescentes, la Oficina Regional de Population Council apoyó un estudio sobre necesidades de cuidado infantil en la ciudad de México, mediante el cual se pudo apreciar que era mínima la proporción de madres trabajadoras de los sectores populares que utilizaban servicios institucionales de cuidado infantil (cf. Tolbert *et al.*, 1993).

cansancio y conflicto de roles, que posiblemente derivaban a su vez en problemas intrafamiliares y en descuidos relacionados con la seguridad, la salud y el desarrollo de los hijos.

El Proyecto se justificó también por la escasa (prácticamente nula) investigación que se había hecho en México sobre las características que asumen estas relaciones entre el trabajo de las madres y la salud de sus pequeños, a lo cual se sumó el interés existente para llevarla a cabo, según se pudo desprender de un sondeo realizado entre diversas instituciones e investigadores del país.

El Proyecto fue planteado para desarrollarse en un lapso de 30 meses, centrado en un conjunto de investigaciones de diversa naturaleza, que serían llevadas a cabo por los investigadores interesados, bajo la coordinación del Population Council, y mediante una variedad de actividades complementarias. Además de una serie de talleres que acompañarían el desarrollo de las investigaciones, el Proyecto contempló la publicación de los resultados y su posible discusión en un seminario con la participación de funcionarios que toman decisiones y de representantes de organizaciones sociales, además de otros investigadores interesados.

ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Una vez aprobada la propuesta, se formó el comité asesor (véase el anexo 1) para el desarrollo del Proyecto, integrado por 10 personas —al cual se agregaron después tres más— con antecedentes profesionales y filiaciones institucionales diversos, cuyo trabajo reciente era relevante para las cuestiones a ser tratadas en el programa: estudios sobre la mujer, estructura familiar, participación femenina en la fuerza de trabajo, salud pública, salud materno-infantil, nutrición. Se hizo también un esfuerzo por incluir a individuos que trabajaran en instituciones públicas y privadas, así como en distintas regiones del país. Con el comité asesor se discutieron y definieron entre otros, los siguientes puntos:

a) El problema a ser estudiado y su recorte en términos poblacionales. Se decidió enfocar el estudio básicamente a los riesgos y necesidades de los niños —no de las madres— y limitarlo a menores de 5 años.

b) Para orientar el estudio en su conjunto, se propuso hacer una revisión de la bibliografía existente para definir el “estado de la cuestión”, trabajo encomendado a Viviane Brachet-Márquez, investigadora de El Colegio de México, que culminó con un documento titulado originalmente “De la doble a la triple jornada: la contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de sus hijos” (Brachet-Márquez, 1993) y que aparece aquí, revisado, como capítulo III.

c) Se recomendó tener flexibilidad en la elección de la metodología a ser empleada en las investigaciones que serían apoyadas, así como dejar abierta la opción de emplear bases de datos ya existentes.

d) Se decidió abrir una convocatoria amplia para la presentación de proyectos individuales o colectivos de investigación y no limitar las posibilidades únicamente a la red de investigadores conocidos, para lo que se emprendió la tarea de formar un directorio de investigadores e instituciones que pudieran interesarse en participar en el Proyecto y se lanzó una amplia convocatoria en el mes de junio de 1990.

El Proyecto intentaría, pues, proporcionar “conocimientos iniciales” que permitieran avanzar en la comprensión de las relaciones existentes entre el trabajo de la madre con hijos pequeños y la salud de éstos en México, y particularmente estimular la realización de investigaciones al respecto en distintos ámbitos institucionales.

Conscientes de la complejidad de las relaciones entre ambos fenómenos, especialmente considerando la gran variedad de contextos socio-ocupacionales existentes en una sociedad como la mexicana, y la cantidad e importancia de las variables susceptibles de influir en la relación buscada, se pretendía poner mayor énfasis en la comprensión de los mecanismos que vinculan al trabajo materno con la salud infantil, y no tanto en la descripción y cuantificación de posibles asociaciones entre ambas variables. No obstante, era deseable que los proyectos susceptibles de ser apoyados cubrieran diversos niveles de análisis, utilizaran distintas estrategias metodológicas, y estudiaran diferentes grupos de población. En este sentido, se pensó que sería conveniente contar con algunos proyectos que permitieran definir el contexto sociodemográfico de las madres con hijos pequeños que

trabajan en forma remunerada, y también otros que permitieran especificar los efectos del trabajo materno en la salud infantil en ciertos grupos socio-ocupacionales, tanto rurales como urbanos. Como ejemplo de estos últimos se pensó en los trabajadores del sector informal urbano.

Se quiso dar un carácter colectivo al Proyecto mediante la realización de talleres en los que participaran los investigadores de los proyectos individuales, así como los coordinadores y asesores del Proyecto en su conjunto, para discutir los diseños de los mismos, las estrategias de organización y análisis de la información y los resultados, así como los problemas comunes que fueran apareciendo como obstáculos para el avance de las investigaciones. También se respondió, en la medida de lo posible, a las necesidades de asesoría técnica para los proyectos, así como a sus requerimientos de bibliografía y materiales especializados.

SELECCIÓN DE LOS PROYECTOS QUE RECIBIERON APOYO

Como respuesta a la convocatoria se recibieron 34 propuestas preliminares. Después de una primera selección, basada en la calidad de la propuesta y en su relevancia para el Proyecto en su conjunto, se seleccionaron 16 propuestas con suficiente calidad e interés como para ser evaluadas por el comité asesor. Éstas fueron clasificadas en tres categorías: proyectos *macro*, que se proponían utilizar grandes bases de datos ya existentes (como las estadísticas vitales o encuestas nacionales) para realizar análisis relevantes sobre el tema del Proyecto; proyectos *meso*, que también se proponían utilizar bases de datos ya existentes, pero con muestras más restringidas que las anteriores en términos territoriales; y proyectos *micro*, que buscaban información nueva sobre ciertos grupos específicos de población.

Una vez revisadas y discutidas las propuestas preliminares por miembros del comité asesor, se decidió mantener vigentes 12 de ellas para competir en la segunda fase de selección. A los investigadores responsables de estas 12 propuestas se les envió el trabajo de Brachet-Márquez arriba mencionado, como posible marco orientador para la reelaboración de sus proyectos, y tam-

bién una lista de materiales bibliográficos sobre el tema que había logrado reunirse en la oficina regional del Population Council, y se les ofreció el envío de copias de los documentos que requirieran. En la siguiente etapa fueron remitidos ocho proyectos y, previa evaluación del comité asesor, fueron seleccionados los siguientes cinco:

i) “Trabajo femenino y salud en la infancia en tres regiones de México”, presentado por Juan Guillermo Figueroa y colaboradores, de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud;

ii) “Efectos de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las estrategias de cuidado infantil no materno en la morbilidad infantil y de la niñez”, presentado por Doroteo Mendoza y Aurora Rábago, de la Asociación Mexicana de Investigación en Demografía Médica (Amidem);

iii) “El cuidado infantil y la salud de los hijos de vendedoras ambulantes de la ciudad de México”, presentado por Patricia Hernández, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Alfredo Zetina, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE);

iv) “Lesiones accidentales e intencionales en niños de madres que trabajan”, presentado por Martha Híjar y Rafael Lozano, del INSP;

v) “Trabajo materno y salud en la niñez: el caso de las madres trabajadoras de la producción platanera de Tapachula”, presentado por Takehiro Misawa de El Colegio de México y Octavio Ixtacui de la Universidad Autónoma de Chiapas (UACH).

En vista del tipo de aproximación metodológica de estos proyectos, fundamentalmente de carácter estadístico-cuantitativo, y de que ninguno se acercaba al problema de la relación entre el trabajo materno y la salud del niño desde una perspectiva cualitativa ni psicosocial, el coordinador del Proyecto sugirió al comité asesor que se diera apoyo complementario a una propuesta de las sometidas —cuyo proceso de investigación ya se había iniciado con fondos de la institución que lo auspiciaba— que partía de una perspectiva psicosocial. Sugirió también que se comisionaran dos proyectos adicionales que adoptaran un enfoque más cualitativo y que permitieran adentrarse con mayor profundidad en algunos de

los procesos involucrados en las relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil.

El proyecto que recibió un apoyo complementario fue: *vi*) “Relación entre trabajo materno y salud en la familia”, presentado por Asunción Lara, del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Los dos proyectos comisionados fueron: *vii*) “Madres trabajadoras y salud infantil en el sector popular de la ciudad de México: una aproximación cualitativa”, desarrollado por Florinda Riquer, de la Universidad Iberoamericana (UIA), y *viii*) “Padres ausentes, madres trabajadoras y salud infantil desde la perspectiva de las políticas públicas”, desarrollado por Viviane Brachet-Márquez, de El Colegio de México.

Los proyectos recibieron apoyos financieros que variaron entre el equivalente a 5 000 y 17 500 dólares, con un promedio de entre 11 000 y 12 000 por proyecto, sumando un total de 104 000 dólares, a los que deben agregarse los fondos institucionales, no cuantificados. Los apoyos cubrieron principalmente compensaciones salariales para los investigadores —durante un periodo máximo de un año— y gastos de trabajo de campo, de transcripción de entrevistas y otros relacionados.

EL DESARROLLO DE LAS INVESTIGACIONES Y DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ASESORÍA Y DE APOYO

Las investigaciones se desarrollaron entre el mes de abril de 1991 y el mes de septiembre de 1992. En dicho periodo los asesores del programa atendieron algunas solicitudes de apoyo técnico y metodológico. Además, se llevaron a cabo tres talleres de investigación y de asesoría colectiva e individual, como sigue:

El primero en abril de 1991, diseñado para que los investigadores de los cinco proyectos aprobados inicialmente conocieran los proyectos de los demás y para discutir cuestiones conceptuales, metodológicas y de política social relacionadas con los proyectos individuales y con el Proyecto en su conjunto. Los investigadores recibieron una valiosa ayuda en relación con las bases teóricas, el diseño y la implementación de los proyectos, así como entrenamiento en el manejo de datos. Cinco miembros del comité asesor

y tres invitados especiales —la profesora Patrice Engle de la Universidad Politécnica Estatal de California, la doctora Brígida García de El Colegio de México y la actuaría Rosa María Rubalcava, de la misma institución— participaron en el taller y asesoraron a los investigadores.

El segundo taller tuvo lugar en octubre de 1991. Fue diseñado para plantear y discutir los avances de los primeros cinco proyectos aprobados y presentar los tres proyectos adicionales aprobados más tarde. Se discutió la importancia teórica y práctica de los resultados por ser obtenidos, en términos del conocimiento acumulado y de las políticas sociales y de salud. Con base en dicha discusión, se propuso definir estrategias más adecuadas para el análisis de datos. Los investigadores recibieron la asesoría de cuatro miembros del comité asesor así como de los dos invitados especiales para esta ocasión: la doctora Rebeca Wong, de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y el doctor John Townsend, del Population Council.

El tercer taller tuvo lugar en junio de 1992 y fue diseñado para discutir los resultados preliminares de los ocho proyectos, estrategias para el análisis de datos de los proyectos que aún estaban en marcha, y la naturaleza de la publicación que aquí presentamos, así como la posibilidad de organizar un seminario para discutir los resultados del Proyecto en su conjunto. Participaron tres miembros del comité asesor, así como John Townsend y Rosa María Rubalcava, invitados especiales.

Con antelación a los tres talleres, fue enviada información preliminar (propuestas/informes de avance/informes finales) a los investigadores, a los miembros del comité asesor y a los invitados especiales, para propiciar un intercambio más fructífero de puntos de vista. Los tres talleres mostraron haberse constituido en espacios de gran utilidad para que los investigadores compartieran experiencias, levantaran sus dudas y recibieran asesoría técnica de parte de investigadores con mayor experiencia. El tiempo dedicado al análisis de datos fue particularmente productivo.

Por otra parte, la coordinación del Proyecto estuvo recopilando continuamente bibliografía relevante al tema bajo estudio, la cual puso a disposición de los investigadores y asesores del mismo, proporcionándoles copia de los trabajos más importantes y aten-

diendo sus solicitudes para el envío de copia de otros que fueran de su interés. Copia de los documentos coleccionados fue también donada posteriormente a las bibliotecas de El Colegio de México y del Instituto Nacional de Salud Pública.

DISEMINACIÓN

Información sobre el Proyecto en su conjunto y sobre los proyectos individuales que comprendió, fue diseminada por diversos medios, incluyendo el *Boletín de la Sociedad Mexicana de Demografía* (Somedé), el Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (Gimtrap), así como varias reuniones y congresos en los que se dio a conocer.

En una reunión nacional sobre "Investigación sobre Mujer, Trabajo y Salud" el coordinador del Proyecto difundió la estrategia que estaba siguiendo el Population Council para llevarlo a cabo (cf. Stern, 1993).

En el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, organizado por el INSP y realizado en Cuernavaca, en enero de 1992, el coordinador del Proyecto convocó a una sesión sobre "Relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil", en el que fueron presentados cinco trabajos con resultados preliminares del Proyecto.

En el IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, organizado por el INSP y realizado en Cuernavaca, en enero de 1993, Claudio Stern efectuó nuevamente una sesión en la que se presentaron y discutieron parte de los resultados definitivos de cuatro de las investigaciones propiciadas por el Proyecto.

Adicionalmente, los investigadores de los proyectos han presentado los resultados obtenidos en diversas publicaciones y los han discutido en varios foros, incluyendo reuniones con funcionarios públicos de alto nivel de la Secretaría de Salud, entre otros.

Los resultados del proyecto de Asunción Lara y colaboradores fueron también presentados a la población estudiada, de la cual se recogieron comentarios y sugerencias.

RESULTADOS OBTENIDOS ³**Capacitación de investigadores y fortalecimiento institucional**

El desarrollo de los proyectos fue acompañado por los tres talleres colectivos, con una duración de dos o tres días cada uno, mencionados anteriormente. En ellos, los investigadores pudieron discutir, tanto en forma individual como colectiva, sus estrategias y problemas de investigación con especialistas, así como recibir entrenamiento en el desarrollo de modelos conceptuales, diseño y métodos de investigación y análisis de datos. El coordinador del Proyecto y los asesores especiales atendieron también las demandas de consulta surgidas de los equipos de investigación. Se preparó y distribuyó una bibliografía con más de 150 referencias sobre el tema, cuyos materiales se pusieron a disposición de los investigadores.

La participación de los invitados especiales en los talleres fue particularmente importante. Patricia Engel, del Departamento de Psicología y Desarrollo Humano de la Universidad Politécnica Estatal de California, transmitió a los participantes su experiencia y conocimientos sobre el tema, derivados de su larga trayectoria de investigación del mismo. El trabajo sobre el estado del conocimiento sobre el tema, de Viviane Brachet-Márquez, que fue presentado también en este taller, fue de gran utilidad para ubicar las investigaciones en marcha en un marco conceptual más amplio. Las presentaciones de Brígida García sobre el proceso de incorporación de la población femenina a la fuerza de trabajo en las últimas décadas, así como sobre las características cambiantes de la misma, y también la presentación de Rebeca Wong, sobre las relaciones cambiantes entre la estructura familiar y el trabajo femenino, ayudaron a ubicar los proyectos en un contexto más amplio.

Cabe lamentar que estas actividades se hayan realizado cuando los proyectos ya estaban en marcha. Para futuras experiencias,

³ Los resultados de las investigaciones realizadas se presentan en el capítulo siguiente. Reseñamos aquí solamente los que se refieren a la estrategia que se siguió para el desarrollo del proyecto.

sería recomendable organizar actividades tendentes al desarrollo de un marco de referencia común, antes de la puesta en marcha de los proyectos, particularmente cuando se involucra a investigadores con formaciones disciplinarias diversas.

Otro aspecto que debió ser reforzado en mayor medida se refiere a la metodología y a las técnicas de recolección y de análisis de datos. La asesoría brindada durante los talleres y en las ocasiones en que fue demandada por los investigadores resultó a todas luces insuficiente. Para futuras experiencias, se recomienda que los equipos de investigación de cada uno de los proyectos tengan a su disposición, durante todo el desarrollo del proyecto, a un asesor permanente, así como a asesores especializados de acuerdo con las necesidades de su investigación.

Proyectos como el realizado, que conjuntan objetivos de apoyo institucional, de formación de investigadores y de obtención de conocimiento en temáticas novedosas, debieran contemplar un horizonte temporal mayor que los dos años y medio que se tuvieron en este caso, así como mayores recursos para asegurar su continuidad.

En función de la dedicación parcial de los participantes, probablemente sería necesario pensar en un año para la organización del proyecto —identificación de investigadores, revisión del estado de la cuestión, elaboración de un marco analítico común, etcétera; otros seis meses de entrenamiento colectivo para la socialización del enfoque entre los investigadores y la elaboración de los proyectos individuales —mediante seminarios, talleres y asesorías—; un año para la recolección, organización y análisis de la información; seis meses para la elaboración y discusión de los informes y seis más para la preparación y edición de los trabajos para publicación.

A pesar de sus limitaciones, el Proyecto tuvo cierto éxito en términos del entrenamiento de investigadores y del fortalecimiento de la capacidad institucional para llevar a cabo investigación social en el campo de la salud materno-infantil. Varios investigadores, particularmente aquellos que cuentan con una formación biomédica o del campo de la salud pública, agradecieron explícitamente la oportunidad de capacitación que se les brindó bajo un enfoque distinto al que manejaban lo que les permitió ampliar el horizonte de sus investigaciones.

La mayor parte de los proyectos se llevó a cabo por equipos de investigadores y no de manera individual, lo cual permitió extender la red de desarrollo institucional en este campo. Veintiún investigadores y siete instituciones participaron en el Proyecto. El investigador principal de uno de los proyectos era director de Investigación de una Dirección General de la Secretaría de Salud (ss); varios investigadores eran jefes de departamentos de investigación en sus instituciones. Para muchos de ellos, era su primera experiencia de trabajo colaborativo interinstitucional, experiencia que probablemente será de utilidad en sus actividades y programas futuros.

El coordinador del Proyecto, por su parte, obtuvo una importante experiencia en la coordinación de proyectos interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales, que seguramente será de utilidad, tanto personalmente como para la institución en la que trabaja —El Colegio de México—, en las tareas de esta naturaleza que sean emprendidas.

Fortalecimiento de redes interinstitucionales

El Proyecto en general fue explícitamente diseñado para fortalecer las redes existentes y conjuntar a investigadores provenientes de experiencias profesionales diversas y de instituciones de distinto tipo.

Dos de los proyectos realizados se llevaron a cabo por equipos que laboraban en instituciones públicas o semipúblicas proveedoras de servicios: la DCPF de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Otros dos fueron llevados a cabo por equipos que trabajaban en instituciones de investigación dependientes del gobierno federal: el IMP y el INSP. Los cuatro proyectos restantes fueron realizados por investigadores que trabajaban en universidades públicas o privadas: El Colegio de México, la UACH y la UIA. Estuvieron también involucrados investigadores de otras instituciones.

Por otra parte, las doce personas que formaron el comité asesor provenían de ocho instituciones diferentes, incluyendo algu-

nas externas a la capital del país, y representaban ocho disciplinas distintas: medicina, salud pública, psicología, demografía, medicina social, nutrición, sociología y antropología.

Se llevaron a cabo tres reuniones del comité asesor y varios de sus miembros participaron en los talleres de avance de las investigaciones, donde tuvieron contacto con los investigadores de los proyectos.

El Proyecto contribuyó, por tanto, al fortalecimiento de las redes de investigación existentes, lo cual seguramente tendrá algún impacto en el conocimiento de las relaciones entre los procesos sociales y los problemas de salud y, esperamos, en el diseño de mejores políticas sociales y de salud que contribuyan a satisfacer las necesidades de las madres que trabajan y al mayor bienestar de sus hijos.

El diálogo estimulado por la discusión y el desarrollo colectivo de los proyectos por parte de personas provenientes de instituciones públicas y privadas, de investigación y de servicio, de las ciencias sociales y de la salud, probablemente contribuyó en alguna medida a una mejor comprensión y una mayor relación entre ellas.

Varios de los investigadores que participaron en este Proyecto tenían poca experiencia en abordar temas que demandaran un enfoque interdisciplinario entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Aun cuando los obstáculos encontrados para trabajar con un enfoque integrado fueron múltiples, algún avance se logró en términos de una mejor comprensión del trabajo interdisciplinario y del aprendizaje para incorporar elementos provenientes de otras disciplinas en el marco analítico de un problema de investigación y en la realización de la misma.

Difusión

Las tareas de difusión del Proyecto y de los resultados preliminares de algunas de las investigaciones emprendidas, a los que se hizo mención en la página 30, permitieron darlo a conocer y reforzar el interés de la comunidad científica en la temática abordada. No obstante, la discontinuidad en el seguimiento institucional del

Proyecto⁴ no ha permitido hacer la difusión de sus resultados con la oportunidad deseada.

Este libro sufrió mayores retrasos de los que hubieran ocurrido de haberse dado una mayor continuidad en el seguimiento durante las últimas etapas. En función de ello, no se ha llevado a cabo el seminario programado para discutir los resultados obtenidos con otros investigadores y con personas involucradas en el desarrollo de políticas sociales y de salud relevantes sobre el problema investigado, lo cual probablemente se hará con la presentación de este libro.

De la difusión de los resultados de los trabajos individuales realizada por los autores de los mismos no hemos podido hacer un seguimiento puntual, aunque tenemos noticia de la publicación de varios artículos derivados de las investigaciones, en revistas nacionales e internacionales.

Conclusión

En resumen, pensamos que la estrategia diseñada para el Proyecto tuvo sus aciertos y desaciertos. En función de las condiciones contextuales, poco propicias en el país para realizar investigaciones colectivas o colaborativas que vayan más allá de proyectos individuales durante los últimos años, podría decirse que aquélla tuvo algún éxito. Se llevaron a término un conjunto de trabajos sobre una temática común, lo que permite, creemos, que el conjunto trascienda a la simple suma de las partes.

El desarrollo de dichos trabajos, por otra parte, fue acompañado de actividades colectivas que permitieron enriquecer a los participantes, no sólo desde un punto de vista informativo, sino formativo. Se generó interés por la investigación de un problema

⁴ El suscrito, coordinador del Proyecto, dejó su puesto en el Population Council a principios de 1991 e hizo el seguimiento del mismo como asesor de dicha institución, desde su posición como profesor-investigador de El Colegio de México, desde la cual no tuvo la oportunidad ni las condiciones para hacerlo con el mismo grado de dedicación que antes.

muy relevante en la situación actual del país, relativo a los campos de la población, la organización social y la salud.

Qué tanto pudo haber contribuido el Proyecto a mejorar el conocimiento existente sobre las relaciones entre el trabajo materno, el bienestar y la salud de los hijos, podrá apreciarse a partir de la lectura del siguiente capítulo.

II. LOS TRABAJOS REALIZADOS Y SUS APORTACIONES

CARLOS JAVIER ECHARRI*

INTRODUCCIÓN

Visto en retrospectiva, no resulta sencillo abordar las relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil: la complejidad del tema, el muy limitado conocimiento que se tenía al respecto en el momento de iniciar el Proyecto, así como la falta de un marco teórico unificado, complican enormemente el análisis, como ocurre con todos los objetos de investigación emergentes. Para comenzar, se hacía necesario establecer algunos lineamientos teóricos que justificaran el interés y la pertinencia de analizar de manera conjunta dos temas que hasta entonces habían sido analizados de manera aislada e independiente. En los estudios sobre la salud infantil —tal vez habría que decir sobre mortalidad infantil, el indicador privilegiado en la bibliografía— rara vez se encontraban referencias a la actividad económica de la madre; a su vez, en el análisis del impacto del trabajo femenino sobre la reproducción, se había desatado una polémica sobre la dirección y la causalidad de la relación entre el trabajo asalariado y la fecundidad: se discutía si una menor fecundidad permitía la participación laboral de las madres, o bien si era la actividad económica la que retrasaba la edad de las primeras nupcias y el nacimiento del primer hijo.

Los trabajos que resultaron de este Proyecto vienen a cubrir necesidades de conocimiento, no sólo para la investigación, sino también para el planteamiento y la evaluación de políticas públicas, para la adecuación de la legislación e incluso para la formación de investigadores en ciencias sociales. Es necesario recalcar el carácter

* Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU), El Colegio de México.

sincrónico de las investigaciones aquí reunidas, así como la diversidad de los contextos institucionales desde donde fueron generadas, tanto los académicos como el sector público, lo que influye en el grado de dedicación de los autores. Lo anterior es especialmente importante en el caso de los dos primeros trabajos, los cuales no fueron la base teórico-metodológica desde donde partieron las demás investigaciones, sino que se elaboraron uno al mismo tiempo y el otro después que las demás.¹ Tenerlo en mente permite explicar las diferencias tanto de objetivos como del alcance de los trabajos que contiene este libro. Tal vez los autores se plantearían ahora, ante los resultados aquí presentados, nuevas preguntas de investigación, con diferentes formas de abordarlas.

En este apartado intentaremos dar una visión de conjunto de los trabajos reunidos en este libro, resumiendo sus características, sus objetivos, sus conclusiones y también sus limitaciones. No pretendemos elaborar un resumen cuya lectura sustituiría a la de cada trabajo, sino más bien, brindar al lector un panorama amplio sobre las investigaciones y sus resultados. Comenzaremos por el tipo de estudios realizados, lo cual nos remite a las fuentes de datos utilizadas, la población estudiada, los objetivos, así como a las perspectivas teóricas y los acercamientos metodológicos utilizados en cada trabajo, para finalizar con algunas recomendaciones sobre perspectivas de investigación futura sobre el tema.

UN PANORAMA DE LOS TRABAJOS

El libro comienza con dos trabajos que conforman el marco de referencia general. Se trata de dos revisiones, una teórica y otra metodológica. La primera reúne el *estado de la cuestión* en la

¹ El trabajo de revisión del estado de la cuestión, que aparece como capítulo III, fue emprendido antes del inicio formal de las investigaciones, pero cuando los primeros proyectos ya habían sido aprobados, por lo que no sirvió como punto de partida para los mismos. El trabajo de carácter metodológico que aparece como capítulo IV, por su parte, fue solicitado a sus autores cuando los investigadores se encontraban ya preparando sus informes finales, pensando precisamente en la utilidad que podría tener una reflexión anclada en las investigaciones realizadas y en las discusiones que se suscitaron en los talleres. [N. del E.]

bibliografía internacional, y la segunda se refiere a una *revisión de las aproximaciones metodológicas* que se han seguido en los trabajos sobre el tema. A continuación, encontramos dos *análisis secundarios* de una encuesta por muestreo en el ámbito nacional, ninguno de los cuales aborda *directamente* la relación entre el trabajo materno y la salud infantil; les siguen *análisis de aspectos más específicos*: las estrategias de cuidado infantil, la gravedad de las lesiones accidentales atendidas en hospitales, la salud emocional de la madre y los patrones de apego de los niños, así como la dinámica doméstica y el cuidado infantil en hogares de escasos recursos, todo ello referido a la ciudad de México. El panorama se completa con una investigación en Chiapas que compara la situación nutricional de los hijos de trabajadoras en empacadoras plataneras con los de mujeres que no trabajan o que lo hacen por su cuenta, y finalmente, con un trabajo que combina el análisis de los recursos legales de un grupo de mujeres, también de la ciudad de México, para lograr la cooperación de sus cónyuges en la manutención de sus hijos, con una *revisión de la legislación* sobre familia vigente en México. Presentaremos enseguida una breve descripción de cada uno de ellos.

El primer trabajo, "Trabajo materno y salud infantil: hacia una guía teórica para las políticas sociales" de Viviane Brachet-Márquez, sintetiza el estado de la cuestión de la investigación sobre la relación entre el trabajo materno y la salud infantil: revisa el debate internacional acerca de la existencia de tal relación, primero, y de su dirección y de los aspectos inherentes a ella, para después, poniendo especial atención en los elementos teórico-metodológicos que han estado presentes en el debate y en las limitaciones de los trabajos revisados, proponer un modelo integrado que permitiría avanzar en la explicación de la relación entre el trabajo materno y la salud infantil.

La clave para el modelo propuesto es, por un lado, el reconocimiento de la complejidad y heterogeneidad de los conceptos involucrados, comenzando por el de trabajo materno: la autora nos explica la necesidad de tomar en cuenta sus diversas características, tales como el tipo de trabajo desempeñado, el nivel de remuneración, la duración de la jornada, la flexibilidad de los horarios, la estabilidad en el empleo, el lugar de trabajo, etcétera. Igualmente, se presenta el problema de la definición de la variable

dependiente —la salud infantil— tanto como el de la elección de indicadores pertinentes, aun antes de considerar otras variables intervinientes en el proceso (el tipo y calidad del cuidado alternativo disponible, la contribución del padre al presupuesto para alimentación, la colaboración de otros miembros del hogar en la generación de ingresos, el trabajo doméstico y el cuidado de los niños). Sobre todo, resalta la importancia de considerar diferentes grupos de edad de los niños; particularmente, la necesidad de distinguir entre lactantes y preescolares. Otro aspecto de gran importancia es que se intenta estudiar una relación diacrónica entre dos procesos —el del trabajo de la madre y el de la salud del niño—, lo cual dificulta el manejo de modelos de causalidad.

Este modelo nos muestra la complejidad de la relación y la dificultad de proponer explicaciones comprehensivas. A partir de su lectura puede inferirse que una vía potencialmente fructífera para la investigación sería, más que intentar una aproximación que englobara la totalidad de las relaciones, seleccionar *algunas* de las relaciones implicadas, especificando las vías de acción de los efectos y los elementos participantes, para su contrastación empírica. De hecho, éste es el camino que siguieron varias de las investigaciones aquí presentadas: los autores se concentraron en algunos aspectos del múltiple espectro de posibles relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil.

La segunda parte del capítulo se refiere a la necesaria *contextualización* que debe darse a las investigaciones; la autora recorre desde los determinantes que operan en niveles más agregados —los cambios globales que se han dado en el mundo—, hasta aquéllos más inmediatos de los procesos intrafamiliares que operan en los hogares, pasando por la consideración de los aspectos institucionales y culturales. Esta contextualización permite identificar los factores sobre los que podrían incidir cambios en las políticas sociales. La conclusión a la que llega la autora es que “lo potencialmente dañino o benéfico para la salud infantil no es tanto el trabajo materno en sí, sino el hecho de que la mujer tenga (o no) el poder necesario para disponer de los bienes del hogar necesarios para la salud de los niños”.

El segundo trabajo que se presenta, “Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompati-

bilidades", de Fernando Cortés, Eduardo Menéndez y Rosa María Rubalcava, va más allá de una simple revisión de las aproximaciones estadística y cualitativa seguidas en investigaciones sociológicas y sociodemográficas sobre el tema de este libro. Se trata de un texto que resultará muy útil tanto a los investigadores en ciencias sociales actuales como a los que aún estén en formación. Su interés principal reside en la desmitificación —a partir de la producción teórica latinoamericana sobre la problemática infantil y sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad— de los enfoques metodológicos estadístico y cualitativo como parcelas excluyentes, a las que sólo pueden acceder algunos, sin posibilidades de intercambio, y a veces ni siquiera de diálogo. Los autores nos hablan —sin llamarlos así— de los requisitos para una investigación de calidad, profesional; de lo que debe ser el quehacer científico sobre este tema.

El capítulo parte de ocho supuestos, cuyo desarrollo podría constituir un curso de metodología en las ciencias sociales; el primero de ellos, al señalar que las aproximaciones estadísticas y cualitativas no deben ser consideradas como opuestas o antagónicas, sino como complementarias, constituye ya una llamada de atención para los investigadores, quienes frecuentemente se adhieren a un enfoque y desdeñan otros, muchas veces por desconocimiento; otras, tal vez por prejuicios poco fundados. Otro aspecto importante que aborda, es la consideración de las unidades de observación y análisis como *construcciones*, lo cual está relacionado con la necesidad de una profunda reflexión metodológica que permita al investigador explicitar sus preguntas; qué considera como información estratégica y cuáles considera que son los medios convenientes para obtenerla y analizarla, incluyendo la especificación y la justificación de la unidad de observación y análisis.

Otro tema abordado es el de la clasificación de las investigaciones y las bases sobre las que éstas se realizan (cuestionarios *versus* entrevistas, observación, etc.; técnicas diversas de análisis de la información), el cual va unido al relativo a la medición y los atributos de confiabilidad y validez. El examen de ambos lleva a los autores a proponer que la diferencia entre los enfoques estadístico y cualitativo sería más de grado que de esencia.

El tercero de los trabajos presentados, “Experiencia laboral y patrones reproductivos en México”, de Juan Guillermo Figueroa, Alma Gloria Nájera, Paulina Grobet y Beatriz Vázquez, responde —junto con el trabajo del siguiente capítulo— a la identificación de ciertos elementos que forman parte del complejo entramado de relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil.² Los autores abordan un análisis secundario de lo que al momento de iniciar las investigaciones que conforman el Proyecto era la fuente de datos más reciente (la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud [Enfes] de 1987), cuyo diseño permite profundizar a propósito de algunas relaciones que se conjeturan entre el trabajo materno y la salud infantil. A pesar de las limitaciones que pueda tener la información que fue colectada con otros fines, es importante que estos datos sean explotados al máximo; es frecuente que ese tipo de fuentes (las encuestas nacionales por muestreo) sean subutilizadas, a pesar de su alto costo. En este trabajo, los autores decidieron hacer un análisis *indirecto*; es decir, su interés no es el de contrastar empíricamente la existencia y dirección de relaciones entre indicadores del trabajo materno y otros sobre salud infantil, sino, basándose en una revisión de la bibliografía —incluyendo investigaciones realizadas con la misma fuente de datos por otros autores— en *suponer* la existencia de tales relaciones, para analizar el vínculo entre la experiencia laboral y los patrones reproductivos, considerados éstos como posibles factores de riesgo para la salud infantil.

Este procedimiento ejemplifica lo que arriba señalábamos acerca de la posibilidad de, una vez establecido un marco conceptual de relaciones (incluyendo su causalidad y temporalidad), seleccionar algunas de éstas para su análisis y contrastación empírica. Evidentemente, esto no puede hacerse en el vacío; es necesario poner esas relaciones en una perspectiva más amplia y especificar el contexto en el que se dan. Un segundo paso es la selección de la herramienta metodológica para alcanzar los objetivos. En este sentido es importante señalar que ese artículo presenta una innovación teórica, al agregar a los patrones reproductivos, planteados

² Ambos trabajos a los que se refiere aquí el autor forman parte de la misma investigación. [N. del E.]

primero por Hobcraft (1987) y después modificados por Bobadilla *et al.* (1993), y por Schlaepfer *et al.* (1990), el tiempo de exposición, lo cual viene a subsanar algunas de las deficiencias de tal indicador.

El capítulo inicia con una revisión bibliográfica acerca de las relaciones entre trabajo femenino y fecundidad, primero, y después sobre las relaciones entre los patrones reproductivos y la salud infantil, especialmente en los análisis realizados a partir de la misma fuente de datos. Posteriormente aborda el análisis de la experiencia laboral de las mujeres con hijos menores de cinco años, el cual se realiza primero en forma descriptiva para luego recurrir a un análisis multivariado con el objeto de tratar de simplificar las variables intervinientes. La experiencia laboral se refiere al periodo previo al primer hijo, y se relaciona con una serie de variables tales como nivel de escolaridad, lugar de residencia, la generación y el grupo social. Los autores concluyen que estas variables definen claramente ciertos patrones reproductivos de la población, de una manera diferente según la región geográfica. Pero lo más importante sería que la experiencia laboral previa a la maternidad tiene un efecto que incrementa las diferencias entre la mayor parte de las categorías de cada variable considerada. Los autores encuentran que esta experiencia laboral previa tiene efectos positivos en los patrones reproductivos, sobre todo al inicio de la reproducción, aunque en algunas regiones es más importante el efecto en la velocidad del proceso reproductivo que sus patrones.

El cuarto de los trabajos que componen este libro, "Características de la inserción laboral de mujeres con hijos pequeños en edad preescolar", de Juan Guillermo Figueroa, Paulina Grobet e Isaura Ortiz, constituye también un acercamiento indirecto al conocimiento de las relaciones entre trabajo materno y salud infantil. Como parte de la necesaria contextualización, este trabajo aborda la magnitud y las características de la inserción laboral de las mujeres con hijos menores de cinco años, a partir de la misma fuente de datos del capítulo anterior, la Enfes (1987). En este trabajo se investigan las relaciones entre el trabajo materno y variables tales como la paridad, la edad del último hijo, la generación y el nivel de escolaridad, haciendo referencia al tipo de trabajo desarrollado, a la persona a quien recurren para el cuidado coti-

diano y al tipo de unidad doméstica en la que vive la mujer. Un rasgo importante de este trabajo es que combina el uso de una fuente de datos que podríamos calificar de rígida, con otra más flexible; en efecto, en el trabajo se utilizan también los datos de una encuesta, la Encuesta de Determinantes de la Práctica Anticonceptiva (Edepam, 1988), que consistió en un seguimiento, un año después, a mujeres alguna vez unidas de tres regiones de las entrevistadas en la Enfes, interesándose, más que en la medición precisa de algunas variables, en las razones que daban las mujeres a diversos comportamientos, como el trabajo o el recurso a la anticoncepción.

Igual que en el capítulo anterior, este trabajo parte de una revisión de estudios similares, de una presentación del contexto mexicano, y de las perspectivas teóricas desde las cuales se ha abordado el estudio del trabajo femenino. Aun cuando en el análisis se incluyen las características del trabajo materno, su gran aporte lo constituyen, por una parte, la documentación de las estrategias de cuidado infantil seguidas por las madres trabajadoras en el ámbito nacional y, por otra, el estudiar la inserción laboral en el contexto de los hogares.

Es importante recalcar el énfasis puesto en la composición de la unidad doméstica como condicionante de la inserción laboral de la mujer, y la utilización de las preguntas abiertas de la Edepam, las cuales permiten la incorporación de la interpretación de la propia mujer sobre sus entradas y salidas del mercado laboral en el análisis, lo cual nos lleva al campo de los papeles sociales y sus representaciones y muestra claramente cómo se pueden combinar acercamientos estadísticos a otros de orden más cualitativo, a partir de técnicas distintas de las entrevistas a profundidad.

Este capítulo confirma tanto la tendencia creciente de la participación laboral femenina, como una relación inversa entre ésta y el número de hijos; sin embargo, las tasas de actividad de las mujeres van en aumento con la edad del último hijo, lo que implicaría que las tareas socialmente asignadas a las madres (crianza y cuidado infantil) siguen limitando su participación en la llamada población económicamente activa. Las razones expresadas para ello por las mujeres son un ejemplo del "altruismo materno"

mencionado en la literatura sobre la condición femenina: son más frecuentes las razones ligadas con los otros que los deseos y aspiraciones personales.

El siguiente capítulo se titula “Efectos de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las estrategias de cuidado infantil en la morbilidad de los menores de seis años en la ciudad de México” y sus autores son Doroteo Mendoza, Alma Gloria Nájera y Leticia de la Cruz. Su trabajo es también un análisis secundario, pero de una encuesta levantada en la ciudad de México; su investigación se refiere a la relación entre el trabajo materno y la morbilidad de los niños, referida esta última a tres aspectos: morbilidad general, gastroentérica y lesiones accidentales. En este caso, lo que se pretende averiguar es otro aspecto de la hipótesis de la incompatibilidad de roles, referida no a la fecundidad, sino a la responsabilidad de la mujer como encargada de la salud de sus hijos y de los demás miembros del hogar. En este sentido, los autores tratan de averiguar si efectivamente la ausencia de la madre del hogar por razones laborales se traduce en un aumento de la morbilidad y de los accidentes en los niños.

Un objetivo secundario es evaluar la morbilidad percibida por las madres, respecto a la que sería diagnosticada médicamente, en varios grupos de patologías: enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación, lesiones accidentales, malformaciones congénitas y estados morbosos mal definidos, todo esto durante el año anterior a la encuesta. Se procede a analizar esta morbilidad percibida y reportada por las madres, para después presentar el marco analítico que vincula las variables consideradas, diferenciando este análisis según la edad del niño y el apoyo para el cuidado infantil disponible. Finalmente, se estiman modelos multivariados de riesgos para los diferentes tipos de morbilidad, considerando la existencia de apoyo para el cuidado infantil.

Los resultados de los análisis muestran que las variables consideradas —factores socioeconómicos, características de la unidad doméstica, de la madre y del cuidado infantil— ejercen influencias específicas tanto para cada tipo de morbilidad como para los diferentes segmentos de edad de los niños. En los más pequeños, no se encontró un efecto significativo del trabajo materno sobre la salud infantil, pero para los niños de uno y dos años de edad éste

tenía, por un lado, un efecto protector respecto a la morbilidad gastroentérica, y por otro representaba un factor propiciatorio de accidentes, sobre todo en el caso de jornadas laborales completas o que se realizan fuera del domicilio. Así, en ausencia de cuidados cotidianos alternativos al de la madre, y cuando ésta trabaja tiempo completo, el riesgo de sufrir lesiones por accidente se multiplica por cinco, respecto de las mujeres que no trabajan.

Otro trabajo que aborda la salud infantil desde esta expresión negativa aguda que constituyen los accidentes es el que se presenta en el sexto capítulo, "Trabajo materno y gravedad de lesiones accidentales en niños menores de cinco años", elaborado por Martha Híjar, Rafael Lozano, Juan Ramón Tapia y María Victoria López. Se trata de un estudio de casos y controles, que intenta averiguar la relación entre el trabajo materno y la gravedad de las lesiones accidentales. Los casos son los niños con lesiones accidentales de mayor gravedad, tratados en seis hospitales pediátricos del Departamento del Distrito Federal (DDF); éstos se aparearon como controles, con niños cuyas lesiones resultaron ser más leves. Se aplicó un cuestionario a las madres de los niños accidentados.

En este capítulo encontramos una referencia explícita a la culpabilización que se aplica a la madre trabajadora, de los accidentes que sufren sus hijos. Para averiguar si realmente existe un efecto negativo del trabajo materno sobre la gravedad de las lesiones accidentales, o bien si por el contrario, existen efectos positivos, la investigación hace intervenir en el análisis las condiciones socio-económicas de la familia, las características laborales de la madre, el entorno socio-familiar, la calidad del cuidado alternativo, el medio ambiente físico y las características individuales del niño.

El análisis consta de una etapa descriptiva, de otra en donde se consideran relaciones bivariadas y finalmente, de un modelo de regresión logística multivariado. Aunque los resultados indican que el trabajo materno no es un factor de peso para la gravedad de las lesiones accidentales, los autores encuentran indicios de un posible efecto protector en el trabajo materno, sobre todo cuando éste se realiza en condiciones adecuadas. En contraste, las variables que tienen efectos negativos significativos son: que la madre sea menor de 24 años, que el accidente haya ocurrido en el patio o la

azotea de la casa, que se haya brindado una atención inadecuada y que haya un retraso en la demanda de atención.

Los autores finalizan con una serie de recomendaciones, tanto de orden metodológico para el afinamiento de futuras investigaciones, como de orden programático, en el sentido de la identificación de grupos en mayor riesgo, campañas de información, educación para la salud, etcétera. Implícitamente, sus resultados apuntan a la necesidad de modificar los estereotipos relacionados con las responsabilidades socialmente asignadas a las madres, y a su redistribución, no sólo entre los demás miembros del hogar, sino entre el conjunto de la sociedad.

La siguiente investigación, "Efectos del *status* laboral de la madre sobre su salud emocional y sobre los patrones de apego de los(as) hijos(as)", realizada por María Asunción Lara, Maricarmen Acevedo y Marisa Fernández, enfoca un elemento de la salud infantil raramente analizado: el aspecto emocional, considerándolo de manera conjunta con la salud emocional de su madre. Recurre a la técnica de casos y controles, eligiendo un grupo profesional, las enfermeras, que se distingue por sus altos niveles de enajenación y estrés y las compara con amas de casa no empleadas. Respecto a los niños, se evalúan sus patrones de apego mediante el dibujo de la familia.

En este trabajo se intenta medir el efecto de la ausencia materna y de sus condiciones emocionales, no sobre la morbilidad o la gravedad de accidentes, sino sobre los patrones de apego de sus hijos, suponiendo que aquéllos tendrán un efecto en el desarrollo emocional de los niños, y por lo tanto en su estado de salud. Es importante recalcar la ausencia de desarrollos teóricos al respecto, en el contexto mexicano o latinoamericano, que esta investigación puede ayudar a subsanar.

Este capítulo aborda de manera específica el impacto que tiene en las mujeres que trabajan el conflicto originado por la multiplicidad de roles sociales que deben desempeñar, midiendo su efecto en la salud emocional de las mujeres. Sin embargo, estos conflictos no son los únicos que inciden en el malestar emocional; así, entre las mujeres no empleadas se encontraron mayores niveles de malestar emocional que entre las enfermeras, y éste se relacionaba con la tensión provocada por la relación con su pareja y la tensión

materna, mientras que para el segundo grupo, los factores más importantes eran la tensión ocupacional, el turno vespertino, el laborar en un área crítica, el tamaño de la vivienda y el recibir ayuda de un familiar femenino para el cuidado de los hijos. Los resultados obtenidos no indican diferencias significativas en cuanto a los patrones de apego entre hijos de amas de casa y los de enfermeras, pero sí en los niveles de desarrollo cognoscitivo, a favor de las madres que trabajan, sin poderse establecer claramente el papel del malestar emocional de la madre sobre los patrones de apego.

El siguiente capítulo, "Cuidado infantil y salud en los hijos de vendedoras ambulantes en la ciudad de México", de Patricia Hernández y Alfredo Zetina, aborda un grupo específico, intentando estudiar las alternativas de cuidado y sus repercusiones en la salud infantil. En el trabajo se pretendió verificar dos hipótesis relacionadas, una con el papel de la composición del hogar en la determinación del tipo de cuidado infantil al que se recurre, y otra con los riesgos para la salud del niño generados por su permanencia en la vía pública junto a su madre.

El acercamiento que se siguió de la salud infantil fue a través de la prevalencia de enfermedades agudas y accidentes, analizándose mediante regresiones logísticas los factores intervinientes, destacando entre éstos la edad del niño y el tipo de cuidado infantil. Respecto a esta última variable, se encontró que el cuidado materno se asociaba con la presencia de menores de un año, hogares nucleares, falta de apoyo doméstico y baja escolaridad; en tanto que el cuidado familiar se relacionaba con presencia de apoyo doméstico, mayor edad en los niños y mayor escolaridad materna. En relación con los indicadores de salud, el cuidado materno estaba asociado a una frecuencia de accidentes 5.2 veces mayor respecto al cuidado de algún familiar, mientras que la presencia del niño en la vía pública se relacionaba también con una mayor morbilidad.

El noveno trabajo se titula "Empleo materno y nutrición infantil: trabajadoras de las emparadoras plataneras en Chiapas", y fue elaborado por Takehiro Misawa y Octavio Ixtacuy. Lo que se pretende en esta investigación es estudiar el efecto del empleo materno sobre el estado nutricional de los niños menores de cinco

años. Se utilizan tanto indicadores directos —medidas antropométricas de peso y talla— como indirectos, referidos a los patrones de consumo de ciertos alimentos, agregándose la presencia de infecciones gastrointestinales. Los autores tratan de averiguar cómo incide el aporte monetario de la madre en la distribución del gasto familiar, cuál es el impacto de la ausencia de la madre sobre la alimentación de los niños y cuál el aporte del cuidado alternativo en la modificación de la desnutrición infantil. Son dos, entonces, los elementos del trabajo materno a los que se les presta especial atención: el monto del ingreso y la duración de la jornada laboral.

En este trabajo es de particular importancia el *contexto*, que lleva a los autores a incluir una variable interviniente que resulta de gran poder discriminante, pero que no estaba considerada en la revisión de la bibliografía que presentan al inicio, a saber, la situación migratoria de la madre. Así, a factores mencionados en otros estudios, como la modificación de la posición de la mujer en el hogar relacionada con su aporte monetario y la distribución del tiempo dedicado al cuidado infantil por los diferentes miembros del hogar, se agrega otro: la situación migratoria, lo cual es de gran relevancia teórica. Ello tiene también implicaciones metodológicas, pues se relaciona con la flexibilidad que debe tener el diseño de la investigación para incorporar elementos no considerados inicialmente.

Los autores proponen, después de la revisión de la bibliografía, un modelo explicativo en términos de cadenas de efectos, el cual explicita las mediaciones existentes entre el trabajo materno y el estado nutricional del niño. Se detienen en la justificación de los elementos del modelo, especificando las relaciones supuestas y las hipótesis a contrastar, un total de doce. El sistema de hipótesis propuesto permite introducir en el mismo modelo efectos tanto positivos como negativos de una misma variable; por ejemplo, una mayor duración de la jornada de trabajo materno puede tener un efecto benéfico, al aumentar el ingreso, pero los autores plantean que puede también reflejarse en un estado nutricional menos favorable y en una reducción del número de cuidadores adecuados.

Al momento del análisis se estratifica a la población según la situación migratoria, lo que lleva a efectos sobre el estado nutricional —positivos por el ingreso y negativos por el tiempo de cuidado

del niño— diferenciales según la condición migratoria de la madre. Así, entre los inmigrantes, dadas las condiciones de bajos niveles de alimentación y de retraso en el crecimiento, el efecto del ingreso resulta crucial para mejorar el estado actual del niño, en tanto que las actividades remuneradas de estas mujeres no tienen efectos sobre los indicadores de estados crónicos de desnutrición, lo cual se relaciona con la temporalidad de los efectos.

El penúltimo trabajo es el de Florinda Riquer, titulado “Dinámica doméstica y cuidado infantil en familias de escasos recursos”. Se trata de una investigación basada en un acercamiento cualitativo a partir de la información obtenida mediante 22 entrevistas a profundidad, realizadas en la zona metropolitana de la ciudad de México. La autora intentaba identificar los factores operantes dentro de los hogares que condicionan el trabajo remunerado de la mujer, así como reconstruir los conocimientos y las prácticas relacionados con el cuidado de la salud infantil, y las estrategias seguidas con este mismo fin.

En este sentido, estaríamos frente a una investigación que aborda también de manera indirecta la relación entre el trabajo materno y la salud infantil, puesto que no hace referencia directamente a ésta, sino a los factores que la condicionan. Se trata de un acercamiento diferente del realizado en los trabajos anteriores, en el que se intenta considerar al trabajo materno no como un asunto aislado, sino como un proceso que depende no sólo de los determinantes macrosociales, sino también de la historia personal de la mujer, y de manera muy importante, de las características del hogar en el que creció. Éstas se refieren al número de miembros, el orden de nacimiento de la descendencia, a los niveles de escolaridad y a quiénes realizaban en la familia de origen las actividades asociadas a la reproducción, la producción y el ingreso.

Las características del hogar de origen también determinan la reproducción de los papeles de cuidadoras y responsables de la salud, y su posible conflicto con el trabajo asalariado, en términos de un proceso de aprendizaje y contacto con la enfermedad y la muerte. Esto se relacionó con las prácticas de las propias mujeres, en términos de la atención de sus embarazos y partos y los patrones de cuidado infantil que siguieron, incluyendo las prácticas de alimentación. Así, se procedió a reconstruir las estrategias

seguidas en el marco de las unidades domésticas para la atención de la salud de los hijos de mujeres que trabajan, poniendo especial atención en las interacciones que se presentan. Finalmente, se plantea una serie de *tipos de unidades domésticas*, según las estrategias que se presentan en ellas, respecto al cuidado de los menores de cinco años.

El último trabajo aborda una temática poco explorada, como deja adivinar el título: “Poder paterno, poder materno y bienestar infantil, el papel de la legislación familiar”, de Viviane Brachet-Márquez. El tema se aborda en dos etapas: primero, presentando las condiciones jurídicas del divorcio y de la obtención de la pensión alimenticia en México, y después, mediante el análisis de los esfuerzos de un grupo de mujeres del Distrito Federal para obtener una pensión alimenticia y cuáles fueron los principales obstáculos encontrados.

Es poco frecuente encontrar una descripción del marco legal del divorcio en términos legibles para un público lego en la materia. Además, se trata de una revisión crítica que pone de relieve la obsolescencia de la legislación y su escasa aplicabilidad a situaciones concretas, sobre todo en casos de violencia familiar. Por otra parte, la aproximación al tema del libro, la relación entre el trabajo materno y la salud infantil es también indirecta: se trata de mujeres para quienes el trabajo no constituye una opción, sino una necesidad, ante la falta de apoyo del cónyuge, y la autora se refiere al *bienestar* infantil, presentando las condiciones que ella supone serían mejores para los hijos. Por otra parte, el trabajo se concentra en las posibles consecuencias en el bienestar de los hijos de las interacciones entre el padre y la madre, más que en la participación de otras personas.

El análisis de las trayectorias de los esfuerzos de las mujeres entrevistadas resulta en un retrato muy detallado de las condiciones adversas para la mujer que existen en México, en términos de sus características socioeconómicas, la situación familiar, las cargas económicas, la violencia y sobre todo las responsabilidades en materia de cuidado cotidiano y de atención a la salud. Sólo 21 de las 95 mujeres alcanzaron la etapa final —todos divorcios necesarios— y de ellas, únicamente en nueve casos hubo un pago efectivo de la pensión alimenticia.

El capítulo concluye con una serie de consideraciones respecto al papel y la eficacia real de los tribunales familiares en el mejoramiento de las condiciones de bienestar infantil, del papel hipotético que juegan los tribunales penales, así como de los medios legales de que disponen las mujeres. Finalmente, se brinda una serie de recomendaciones específicas de modificaciones tanto estructurales como legislativas.

FUENTES DE DATOS Y POBLACIÓN ESTUDIADA

Como hemos visto, el panorama que nos presentan las diferentes investigaciones es bastante amplio, y con excepción de los dos primeros capítulos que tratan aspectos teóricos y metodológicos, se refieren a diferentes segmentos de población: el tercer y cuarto capítulos, frutos de un mismo proyecto de investigación, abordan el ámbito nacional, aunque se pone especial énfasis en tres regiones del país: noroeste, centro y sureste; el resto de los trabajos se refieren principalmente a sectores medios y bajos, uno en Chiapas y los demás en el área metropolitana de la ciudad de México. Se presentan entonces, tanto trabajos que nos dan un panorama general de la situación en México, como otros que exploran con mayor detalle las condiciones de grupos específicos, tanto en el aspecto socioeconómico como en el geográfico.

En cinco casos, el instrumento de recolección fue diseñado específicamente para la investigación, y en otros cuatro se recurrió al análisis secundario de otras fuentes. Esto permite balancear las ventajas e inconvenientes de ambos procedimientos. Por otra parte, podemos apreciar que en general se trató con mayor detalle el aspecto del trabajo materno que el de la salud infantil, lo cual responde ciertamente a la mayor complejidad de este último.

A continuación presentamos de manera sintética las fuentes de datos y la población estudiada en cada capítulo:

“Experiencia laboral y patrones reproductivos en México”: Enfes, 1987 (nacional), muestra aleatoria de mujeres alguna vez unidas con al menos un hijo nacido vivo entre 1982 y 1987.

“Características de la inserción laboral de mujeres con hijos pequeños en edad preescolar”: Enfes, 1987, mujeres alguna vez

unidas, que se encontraban trabajando en el momento del levantamiento o durante el año anterior a éste, con hijos menores de cinco años, y Edepam, 1988 (tres regiones), 1 481 mujeres alguna vez unidas con al menos un hijo nacido vivo, entrevistadas un año antes en la Enfes en tres regiones del país.

“Efectos de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las estrategias de cuidado infantil en la morbilidad de los menores de seis años en la ciudad de México”. *Encuesta sobre Disponibilidad y Necesidades de Cuidado Infantil* (Edineci), 1988 (sectores populares del área metropolitana de la ciudad de México). 1 544 niños menores de seis años.

“Trabajo materno y gravedad de lesiones accidentales en niños menores de cinco años”. Estudio realizado en seis hospitales pediátricos del Departamento del Distrito Federal a partir del 1 de noviembre de 1991 con 700 niños de cero a cuatro años con lesiones accidentales, consecuencia de un hecho no intencional (se excluyeron las lesiones intencionales, tales como maltrato físico, abuso sexual, homicidio, etc.); 350 casos (cuando requirieron de hospitalización, cirugía, terapia intensiva, o que fallecieron como consecuencia de la lesión), y 350 controles (cuando requirieron del servicio de urgencias). Médicos residentes del último año de pediatría aplicaron cuestionarios a las madres.

“Efectos del *status* laboral de la madre sobre su salud emocional y sobre los patrones de apego de los(as) hijos(as)”. Muestra no probabilística de 103 enfermeras seleccionadas en nueve hospitales de tercer nivel de atención en el sur de la ciudad de México, y 108 amas de casa seleccionadas entre las vecinas de las enfermeras. Las enfermeras entrevistadas trabajaban en el momento del estudio y lo habían hecho por más de seis meses desde que nació el hijo, unidad de análisis; las amas de casa eran madres no empleadas que no recibían ingresos por algún trabajo al momento de la entrevista y que no lo habían hecho por más de seis meses desde que nació el hijo unidad de análisis. Ambos grupos debían tener un hijo entre cinco y seis años once meses, encontrarse en una relación de pareja en el momento de la entrevista y por lo menos desde seis meses antes, y no tener en casa una persona con una enfermedad crónica física o mental.

“Cuidado infantil y salud en los hijos de vendedoras ambulantes en la ciudad de México”. Muestra aleatoria de mujeres ubicadas en aceras y puestos semifijos en el Distrito Federal, excluyendo a grupos organizados bajo una institución, así como a quienes laboran sólo uno o dos días por semana. Aplicación de un cuestionario a 426 vendedoras ambulantes de la ciudad de México, con al menos un embarazo ocurrido en los tres años previos al segundo semestre de 1990.

“Empleo materno y nutrición infantil: trabajadoras de las emparadoras plataneras en Chiapas”. Muestra de 125 madres trabajadoras asalariadas en las emparadoras plataneras en Chiapas, 122 madres que no trabajan eran vecinas de las anteriores y 43 que trabajan por cuenta propia en las emparadoras y sus inmediaciones. Todas las mujeres debían tener por lo menos un hijo menor de cinco años, y las del segundo y tercer grupos, además, debían ser residentes de las mismas localidades y no estar emparentadas entre ellas ni con las trabajadoras asalariadas.

“Dinámica doméstica y cuidado infantil en familias de escasos recursos”. Entrevistas a profundidad a 22 madres de menores de cinco años que realizan algún tipo de actividad remunerada, en hogares con ingresos globales no mayores de tres y medio salarios mínimos, localizados en el área metropolitana de la ciudad de México.

“Poder paterno, poder materno y bienestar infantil, el papel de la legislación familiar”. Muestra no probabilística de 95 mujeres que viven en la ciudad de México y que solicitaron asesoría jurídica entre 1988 y 1992 sobre su situación familiar en la Coordinadora de Ayuda a la Mujer (CAM).

APRECIACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Los textos que componen este libro constituyen un avance muy importante en el conocimiento; resaltan la complejidad no sólo de las relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil, sino también de los requerimientos teóricos y metodológicos para

su análisis, y sientan las bases para la elaboración de propuestas que permitan establecer mejores condiciones para la salud infantil.

La riqueza de los resultados, no obstante, hace resaltar también las limitaciones de las investigaciones. Éstas se refieren básicamente a tres aspectos. Por un lado, a la cobertura de la población, puesto que se trata básicamente de mujeres urbanas, y principalmente de la ciudad de México. Futuras investigaciones deberían ampliar el espectro social investigado, interesándose por otros contextos rurales, así como por otras regiones del país. En segundo lugar, llama la atención que en general los trabajos desarrollan más los aspectos relacionados con el trabajo femenino que con la salud infantil, lo cual ciertamente constituye una limitación importante. Futuros trabajos debieran definir mejor y enfocar más decididamente, ya sea como estados, o mejor aún, como procesos, la salud y el bienestar de los niños. Una tercera limitación es que sólo se tomó como informantes y como sujetos de investigación a las madres, cuando uno de los resultados de las investigaciones es la consideración tanto del trabajo materno como de la salud infantil como procesos construidos social e históricamente, en los que intervienen otros actores. Así, sería deseable profundizar en aspectos tales como las representaciones sociales del trabajo materno y del cuidado infantil, así como en el control social y cultural que existe sobre ellos.

Este último punto nos lleva a lo que se adivina como un hilo conductor subyacente: la situación de la mujer. Si bien ello no aparece explícitamente en los textos, este libro constituye un aporte sustancial al conocimiento de la condición de la mujer en México. De hecho, gran parte de las investigaciones gira alrededor de la discusión sobre el conflicto de roles al que se enfrentan las madres con un empleo remunerado. Sin embargo, en muchas ocasiones los autores no cuestionan el que socialmente se asigne a las madres el papel de cuidadoras de los hijos, sino que lo toman como algo dado y natural. En los planteamientos de los diferentes capítulos, los autores dan como un hecho el que la madre deba buscar quién la reemplace en el cuidado cotidiano de sus hijos, en vez de analizar estrategias seguidas por los *hogares* para el cuidado infantil.

Los trabajos reunidos en este volumen responden a diferentes objetivos, desde el examen crítico de la bibliografía sobre la cuestión, buscando una mayor elaboración tanto teórica como metodológica, hasta el análisis de aspectos muy específicos, como lo serían los patrones de apego de los niños, pasando por el impacto del trabajo materno en la gravedad de las lesiones accidentales o en los niveles de nutrición infantil. Un hecho que se debe resaltar es la poca información que se tenía sobre el tema al iniciar el proyecto: la evidencia que presentaba la bibliografía era muchas veces contradictoria, y sobre todo adolecía de una serie de carencias teórico-metodológicas tales, que confundían más que aclaraban el panorama.

Los trabajos presentados se enfocan en muchos casos a aspectos particulares, lo que los lleva a *suponer* una serie de relaciones y mediaciones que operan conjuntamente; de ahí la importancia de reunirlos en una publicación, pues se complementan entre sí. De cierta manera, los trabajos que tratan sobre la población en general, sirven de marco de referencia para los demás, y otros los complementan en aspectos que no fueron abordados en sus fuentes de datos, como es el caso de las lesiones accidentales o los patrones de apego.

Los resultados alcanzados por los trabajos que recurren a análisis secundarios de fuentes de información, refuerzan la necesidad de explotar toda una serie de datos que fueron creados con el fin de analizar otro tipo de aspectos. Al examinar los instrumentos de recolección desde una perspectiva que considere las relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil, como lo hacen varios trabajos aquí presentados, pueden encontrarse vías de investigación que ayuden al conocimiento y la explicación de estas relaciones que nos ocupan.

Sin embargo, es posible percibir acercamientos metodológicos muy diferentes, incluso en el lenguaje. El reunir distintos enfoques es una de las riquezas de este libro; sin embargo, esto debería constituir también una manera de acercar las diversas perspectivas y de tender puentes de unión que permitan en el futuro proponer investigaciones más completas, que aprovechen las ventajas y reduzcan las limitaciones de trabajar exclusivamente con una encuesta de fecundidad o con entrevistas a profundidad a un pequeño grupo de mujeres, por ejemplo.

Este acercamiento es necesario también para seguir avanzando en el desarrollo teórico del trabajo materno, de la salud infantil y de los factores concurrentes e intervinientes que han sido identificados. Asimismo, se requieren actualizaciones más frecuentes del estado de conocimiento al respecto, sobre todo en lo que se refiere a los contextos mexicano y latinoamericano.

III. TRABAJO MATERNO Y SALUD INFANTIL: HACIA UNA GUÍA TEÓRICA PARA LAS POLÍTICAS SOCIALES

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ*

INTRODUCCIÓN

Durante la década de los setenta, el tema de la participación de la mujer en el mercado de trabajo en los países en desarrollo fue generalmente tratado por separado del de la salud de los niños,¹ salvo en unos cuantos estudios que reportaron una relación negativa entre estos factores. Por un lado, los demógrafos buscaban establecer el trabajo de la mujer como condicionante de una disminución de la fecundidad. Los planeadores de la salud, por otro, acostumbraban considerar a las mujeres del Tercer Mundo fundamentalmente como reproductoras y como mano de obra voluntaria disponible para desarrollar actividades comunitarias de salud. Quedaba implícito que las mujeres que trabajaban posponían o interrumpían su papel reproductor, mientras que las madres

* CES, El Colegio de México.

¹ En este artículo, la palabra "niño", utilizada en el sentido técnico del término, cubre el intervalo de uno a cinco años de edad. Ésos son los años más importantes del crecimiento, durante los cuales los niños necesitan ingerir continuamente alimentos con alto contenido de energía para poder desarrollarse física y mentalmente. Por el momento, no tomaremos en cuenta los aspectos afectivos e intelectuales del desarrollo infantil —tan dominantes en la bibliografía de las sociedades industrializadas. El motivo de esta decisión no es que consideremos que estos aspectos del desarrollo infantil sean menos importantes que la sobrevivencia física en condiciones adecuadas de salud, sino que esta última es más urgente y representa un prerequisite indispensable para el crecimiento emocional y mental. El énfasis en el trabajo remunerado se debe a que a menudo (aunque no siempre), implica que la mujer debe salir de su hogar. Por lo tanto, puede requerir cuidadores alternativos y carecer de ellos, lo cual tiene un impacto importante en la salud del niño. El concepto de trabajo, tal como se aplica a la mujer, se discute brevemente en la sección metodológica de la primera parte.

de hijos pequeños, salvo excepciones, se dedicaban a las indispensables tareas de cuidado de éstos.

Mientras se desarrollaban estos debates, las condiciones del crecimiento económico en el mundo cambiaron de manera drástica, sobre todo en las zonas rurales y en los países al sur del Sahara, aunque también fueron afectados gran parte de Asia, América Latina y el Caribe. Pese a que pueda calificarse de mundial, este fenómeno ha sido particularmente agudo en los países que algunos científicos sociales insisten en seguir llamando "en desarrollo", conduciéndolos hacia una creciente pobreza, que ha cobrado el mayor precio entre las mujeres y los niños (UNICEF, 1989, 1990). A lo largo de esta crisis, el complemento (y en algunos casos hasta sustituto) del ingreso aportado por el trabajo femenino e infantil se ha convertido en la estrategia principal de sobrevivencia de los hogares pobres. En la actualidad, las mujeres producen entre 50 y 80 por ciento de los productos alimenticios del mundo (Sivard, 1985; Leslie, Lycette y Buvinic, 1986; Jiggins, 1989; Turshen, 1982; OMS, 1985; Guyer, 1988),² además de tener a los hijos, cuidarlos y realizar otra serie de tareas productivas y reproductivas. A pesar de su ingreso masivo al mercado de trabajo, estas mujeres han padecido un descenso en su estándar de vida (Cornia, Jolly y Stewart, 1987). Por lo tanto, podemos imaginar que, de no haberse dado este ingreso al trabajo remunerado, el índice de morbi-mortalidad infantil hubiera sido mucho mayor, pese a la difusión mundial de técnicas para promover la sobrevivencia infantil.³

A partir de los años ochenta, se tuvo que reconocer que estas mujeres no podían elegir entre realizar un trabajo productivo o cuidar a sus hijos, sino que, en la mayoría de los casos, tenían que trabajar (Overseas Educational Fund, 1979; Nieves, 1981; Safilios

² El hecho de que las mujeres africanas producen la mayor parte de los alimentos es conocido desde 1928 (Baumann, 1928), de manera que difícilmente puede considerarse un descubrimiento. Sin embargo, esta realidad se ha ignorado en muchos programas de desarrollo.

³ Las llamadas "técnicas de sobrevivencia infantil", difundidas principalmente por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, consisten en el uso intensivo de "GOBI", siglas que en inglés se refieren al monitoreo del crecimiento, la rehidratación oral, la lactancia materna y la inmunización. Queda ausente la nutrición, o sea, el ingrediente principal del crecimiento.

Rothschild, 1979). Al mismo tiempo, se había despertado el interés por investigar la problemática de la creciente carga impuesta a la mujer del Tercer Mundo por los múltiples papeles y tareas que asume en la economía del hogar. Los resultados de las investigaciones que surgieron de este nuevo interés llevaron a conclusiones opuestas a las anteriores: no se encontró, en la mayoría de los casos, relación alguna entre trabajo materno y salud infantil, o cuando se presentaba, ésta era positiva (Leslie, 1989).

El presente artículo se aboca a reexaminar este debate desde una doble perspectiva: para lograr una mayor elaboración tanto metodológica como teórica por un lado, y para proponer programas de acción de apoyo a la mujer y a la infancia, por otro. El trabajo se divide en cuatro partes: la primera presenta una breve historia del debate; en la segunda, se evalúan las herramientas conceptuales y metodológicas con las que se ha analizado esta relación. La tercera parte propone una reconceptualización de la relación entre trabajo materno y salud infantil; y la cuarta ofrece un marco analítico amplio dentro del cual se contextualiza la contribución de la mujer a la salud infantil en las condiciones económicas y socioculturales especialmente difíciles que presentan actualmente los países del Tercer Mundo. En las conclusiones, se sugieren algunas implicaciones del modelo teórico propuesto para las políticas de apoyo a las familias con madres trabajadoras. El propósito de tal búsqueda no va en el sentido de recomendar o desaconsejar el trabajo materno, dado que las circunstancias actualmente no lo permiten, sino de emprender reformas jurídicas, sociales y laborales que permitan disminuir su impacto negativo potencial (tanto para las propias mujeres como para sus hijos), así como maximizar sus efectos positivos.

BREVE HISTORIA DEL DEBATE

Para lograr limitar el espectro de su competencia y su rango de acción, las organizaciones fragmentan la realidad y la adaptan a sus objetivos. Los organismos nacionales e internacionales que han sido el motor de las políticas económicas y sociales en los países del Tercer Mundo no son ninguna excepción a esta regla. Ejemplo de

ello se encuentra en el hecho de haber definido a las mujeres de estos países, lo mismo como asalariadas potenciales que como usuarias de métodos anticonceptivos, individuos sin empleo que pueden ocuparse en proyectos comunitarios o ser educados, encargadas de proporcionar servicios básicos de salud a los infantes, administradoras de los recursos de su hogar, encargadas de arar, plantar, cosechar, vender verduras, acarrear agua, recolectar leña, cocinar, limpiar, construir letrinas, etcétera. La lista es tan vasta como el número de programas de desarrollo y la imaginación de sus planificadores. La única diferencia con la realidad es que las mujeres desarrollan todas estas tareas de manera concurrente, no sólo algunas. Por lo tanto, las tareas relacionadas con la salud de los hijos deben considerarse dentro del universo de otras tareas productivas y reproductivas —algunas de las cuales están al cuidado de otros miembros del hogar— cuya combinación conforma la estrategia de sobrevivencia de la mujer del Tercer Mundo.

Este proceso de fragmentación de las políticas orientadas hacia la mujer llevó a minimizar su papel como madre, así como a subestimar la importancia de sus tareas cotidianas en el diseño de los programas de salud infantil (Leslie y Buvinic, 1989). En el primer caso, se daba implícitamente por hecho que el trabajo y el cuidado de los hijos no estaban en conflicto, o que era posible disponer de alguien que cuidara a los hijos. En el segundo, estas políticas consideraban a las mujeres como agentes de instrumentación de técnicas de salud infantil, sin tomar en cuenta el tiempo que requieren éstas, y por lo tanto, las razones por las cuales las mujeres a menudo decidían no aprovechar sus beneficios.

Al ignorar las limitaciones de tiempo y dinero en los hogares pobres, las políticas que sólo se centraban en la salud y la nutrición del niño orientaron la investigación y la acción a mantener a la mujer en su casa, o disponible para trabajos de tipo voluntario (Leslie y Buvinic, 1989:1). Estas recomendaciones se han basado en los supuestos, cada vez menos comprobados, de que:

1) Todos (o casi todos) los hogares están bajo la tutela de un hombre;

2) los hombres jefes de familia ganan lo suficiente para proveer de la dieta necesaria a todos los miembros del hogar;

3) ellos ponen estos recursos a la disposición de la mujer para adquirir esos productos.

Este es el caso, por ejemplo, de la atención primaria (AP) nacida en 1978 de la conferencia de la OMS/UNICEF en Alma Ata; y de las técnicas de sobrevivencia infantil (SI) derivadas de ella, mismas que no prevén la posibilidad de que la mujer tenga que hacer un trabajo remunerado fuera del hogar.

La disponibilidad de las madres para vigilar la salud de sus hijos no era la única fuente de presiones ejercidas sobre las mujeres para que se quedaran en casa.⁴ Detrás del concepto de la madre ideal, dedicada por completo a su hogar y a sus hijos, se escondía un supuesto freudiano de que la ausencia de la madre en el hogar era causa de carencias emocionales y cognoscitivas de los hijos (Engle, 1985); de aquí la idea tan arraigada en la investigación realizada hasta fechas recientes, de que el trabajo remunerado de la madre y la salud de los hijos están en conflicto. Este sesgo a menudo coincide con las estrictas normas existentes en muchos países en desarrollo (en especial en países musulmanes), que prohíben a la mujer salir de su casa o manejar sola el dinero. Por lo tanto, sirve de refuerzo a las limitaciones que estas mujeres enfrentan en sus esfuerzos para aportar un ingreso adicional a sus hogares, por lo general indispensable para mejorar la dieta de sus hijos.

No debe sorprendernos, pues, este proceso de reconstrucción sesgada de la realidad, que llevó a conformar programas de acción inadaptados a las condiciones de la vida cotidiana. No se trata, sin embargo, de orientaciones rígidas e intangibles. A partir de los años ochenta, asistimos a una toma de conciencia por parte de los organismos internacionales sobre la vinculación entre los papeles de trabajadora y de madre que se habían separado durante décadas anteriores. Por lo tanto, se empezó a rearticular el papel económico de la mujer con su papel reproductivo.

⁴ Para una discusión sobre las maneras en que las innovaciones tecnológicas diseñadas por los planificadores de países del Tercer Mundo con frecuencia resultan perjudiciales para las mujeres y benefician sólo a los hombres, véase Rogers, 1979.

Varios factores contribuyeron a esta confluencia. Primero, los desalentadores resultados de los objetivos de "Salud para todos para el año 2000" lanzados en Alma Ata, y el consiguiente cuestionamiento del modelo de la salud infantil basado en la vinculación con centros de salud que tipificó a esta estrategia. De esta reevaluación de la AP surgió el reconocimiento de que, contrariamente a lo que se había pensado, las madres eran más importantes para la salud de sus hijos que los médicos o las enfermeras (OMS, 1985; Bender, 1982; Blair, 1980; Leslie, Lycette y Buvinic, 1987). Un segundo elemento de esta reevaluación fue la contribución ampliamente multidisciplinaria de los recién creados programas de estudio sobre la mujer, los cuales permitieron ir más allá de las barreras disciplinarias y organizativas anteriormente fijadas. Pese a que la mayoría de estos programas en los países industrializados tendía a tratar a la mujer independientemente de sus hijos, esto no sucedió con la investigación realizada en los países en desarrollo. En tercer lugar, la recesión mundial de los años ochenta provocó la escasez de fondos para proyectos de desarrollo, así como la conciencia de que las mujeres en las regiones más afectadas (África ecuatorial, Bangladesh) no podían darse el lujo de no trabajar. De estas convergencias surgió el interés por estudiar a las mujeres en su doble papel reproductivo y productivo, y por diseñar programas de desarrollo propios para contribuir a una estrategia de "equilibrio" entre tareas laborales y reproductivas (Joeekes, 1989; Leslie, Lycette y Buvinic, 1987; Nieves, 1981).

La desarticulación de la ortodoxia adoptó muchas formas y nació de una variedad de intereses y disciplinas. Uno de los puntos de partida más importantes fue el descubrimiento de que la esperada relación negativa entre participación femenina en la fuerza de trabajo y fecundidad variaba en función de condiciones contextuales, tales como el lugar de residencia (rural o urbano), el nivel de educación, el tipo de trabajo o el contexto cultural (Piepmeyer y Adkins, 1973; Cochrane, 1978; Debavalya, 1982; Lloyd, 1990).

Otro punto de partida importante fue el llamado "Nuevo Modelo de Economía Familiar" (Schultz, 1973), el cual define al hogar como una empresa productora de bienes y servicios. Esta línea llevó al descubrimiento de que la mayor limitación a la que se enfrentaban las mujeres para salir de la pobreza era el escaso

tiempo con que contaban. El estudio de los horarios de los distintos miembros de la familia, además de revelar que las mujeres trabajaban más que los hombres, llevó a la conclusión de que cualquier estrategia para el cuidado de la salud infantil debía evaluarse de acuerdo con el tiempo disponible de la madre (Popkin, 1980). En especial, estos estudios estimaron con exactitud los costos y ahorros de tiempo asociados con las técnicas de sobrevivencia infantil (Leslie, 1989; Bender y Macauley, 1988; Myers e Indriso, 1987), dejando en claro que los excesivos horarios de trabajo eran la razón principal por la cual las mujeres se rehusaban a utilizarlas.

Desde la perspectiva feminista, el resurgimiento del interés en el estudio de los hogares, así como los avances en antropología y demografía, abrieron nuevos espacios para el estudio de los procesos intrafamiliares y las relaciones interpersonales (Guyer, 1988). Esta orientación, a su vez, llevó a cuestionar el supuesto subyacente en el Nuevo Modelo de Economía Familiar de que el hogar constituye una entidad integrada que comparte por igual entre sus miembros el ingreso que percibe. El hogar reveló ser el escenario de complejos procesos de negociación y conflictos de poder (Dwyer y Bruce, 1988; Benería y Roldán, 1987; Piwoz y Viteri, 1985) con importantes implicaciones para la salud infantil.⁵ Se descubrieron jerarquías internas basadas en el sexo, así como usos diferenciados del ingreso por parte de los padres y las madres: estas últimas gastan la totalidad de sus ingresos en bienes que benefician a sus hijos (principalmente alimentos). Los hombres, en cambio, asignan una gran proporción de su ingreso a su propio uso, sin importar si la situación familiar es crítica (Dwyer y Bruce, 1988; Benería y Roldán, 1987; Hoodfar, 1988; Menscher, 1988).

TRABAJO MATERNO Y SALUD INFANTIL: UNA REEVALUACIÓN

¿Qué tan confiables son los hallazgos obtenidos en las investigaciones que registran un impacto del trabajo materno (TM) sobre la salud infantil? En este apartado, se resumen estos hallazgos a la luz

⁵ Pese a que esta bibliografía no considera dichas implicaciones.

de las críticas que se han expresado sobre la visión ortodoxa inicialmente reflejada en algunas de las investigaciones emprendidas.⁶

Son 25 los estudios publicados entre 1970 y 1988 (Leslie, 1989): nueve de ellos, de relaciones bivariadas simples sin controles, y 16, de relaciones multivariadas. Todos ellos comparten un defecto metodológico mayor: el TM se mide al mismo tiempo que la SI, aunque no pueda considerarse como la causa de ésta, por no haberse establecido qué tan largo periodo de TM *precede* a la medición de la SI. Medidos en forma sincrónica, TM y SI pueden reinterpretarse como resultados simultáneos de la creciente pobreza que obliga a las mujeres a ingresar al mercado de trabajo y empobrece la dieta infantil. Por lo tanto, el ingreso al mercado de trabajo por parte de la madre debe considerarse como un intento de “capotear la crisis” (Leslie y Buvinic, 1989) que no siempre tiene éxito, o por lo menos no lo tiene de forma tan inmediata que pueda registrarse en una medición sincrónica de la SI.

Existe otra carencia generalizada en esta investigación: el enfoque casi exclusivo en la nutrición como indicador de la salud infantil, cuando de hecho las madres (y los padres) hacen muchas más cosas en el transcurso del día para mejorar la salud de sus hijos; les proporcionan alojamiento (muchas veces construido por ellas mismas), seguridad, vestido, baño, supervisión, prevención y atención de enfermedades,⁷ estímulo para el desarrollo mental, socialización y aprendizaje (Myers e Indriso, 1987). También deben atender a otros miembros de la familia, además de los niños de uno a cinco años: infantes, ancianos, hermanos mayores, maridos. Incluso si pudiéramos analizar de manera conjunta a madres e hijos, debemos tener cuidado de no ignorar factores que interfieren con el tiempo y los recursos de las mujeres, así como recursos alternativos —además del trabajo remunerado— que incrementan su capacidad para combatir la pobreza, entre los cuales el trabajo

⁶ Los estudios mencionados en este apartado son lo que se revisan en Leslie, 1989 y Joeques, 1989, así como el que menciona Engle, 1989b. La discusión toma estas revisiones como fuente principal de información.

⁷ Leslie y Buvinic (1989) mencionan que las mujeres dedican el tiempo equivalente a un día de trabajo al mes a la atención de enfermos y a asistir a los sepelios.

asalariado de diversos miembros del hogar, la ayuda de niños mayores y de otras mujeres del hogar, son los más importantes.

Del grupo de 16 estudios de relaciones simples, todos salvo uno (Tripp, 1981) encuentran una relación negativa entre TM y SI. Las muestras son generalmente pequeñas (con un rango de 81 a 488 y una mediana de 114) y cuatro de nueve son muestras no probabilísticas. Aun cuando se utilizan muestras probabilísticas, por lo general se seleccionan en los sectores más pobres de la sociedad, lo cual reduce la varianza de la variable dependiente y refuerza la posibilidad de una relación espuria explicada por la correlación de ambas variables medidas con la pobreza, la cual no ha sido medida. En este grupo, el método para comprobar la relación entre TM y SI es el de tabulaciones cruzadas, con pruebas de significancia sólo en seis casos. En tanto que la medición del nivel nutricional de los niños es por lo general adecuada (peso en relación con la edad o la estatura, aunque lo mejor habría sido medir la estatura en relación con la edad), la del empleo materno consiste en una simple dicotomía empleada/no empleada, sin especificar si el empleo implica trabajar fuera del hogar, o si los niños pueden acompañar a la madre al trabajo (p. ej. en el pequeño comercio o algunos trabajos agrícolas). El único estudio de este primer grupo que establece la diferencia entre clases de trabajo materno remunerado reporta que las madres dedicadas al comercio tienen hijos con mejores niveles nutricionales que quienes realizan trabajos agrícolas (Ballweg, 1972). En un caso en que se mide el trabajo de la madre junto con quién cuida a los hijos, la relación negativa entre TM y SI sólo se observa en hogares donde los hijos se quedan solos, o bajo el cuidado de hermanos mayores (cuya edad y sexo no se especifican) (Grewal *et al.*, 1973). Otro comentario de tipo metodológico es el carácter mixto de la población infantil. En algunos casos, se incluyen en la misma muestra infantes destetados y lactantes.⁸ Esto presenta un serio problema, debido a que los requerimientos nutricionales de las diversas edades

⁸ Ballweg, 1972, incluye infantes y niños entre seis meses y cinco años de edad; Bittencourt y Diccico incluyen niños de cero a siete años; Grewal *et al.*, tienen una muestra no probabilística de infantes y niños entre los seis y los 36 meses; Haggerty, 1981, incluye infantes y niños de cero a 23 meses; Moreno incluye varones de siete a 11 años; Rawson y Valverde (1976), Wray y Aguirre (1969) y Shah *et al.* (1979),

—particularmente de infantes y niños— son muy diferentes. Por lo tanto, es de esperar que el impacto de la ausencia de la madre (si el trabajo implica ausencia) sea distinto según la edad del niño o infante. Haggerty (1981) hace un señalamiento al respecto, al informar que hijos de madres que no trabajan tienen un mayor crecimiento que los de madres que trabajan durante el primer año, pero uno menor durante el segundo.⁹ Un último problema metodológico respecto a las mediciones de la variable “niño” es la falta de distinción entre niñas y niños, cuando la evidencia etnográfica indica que en muchas sociedades de África, Asia y América Latina, las niñas reciben menos alimento que los niños¹⁰ (Safilios-Rothschild, 1979, 1983; Hoodfar, 1986).

De los 16 estudios restantes basados en relaciones multivariadas, reportados por Leslie (1989), 13 representan muestras mixtas y tres incluyen únicamente infantes (Vial y Muchnik, 1989; Soerkiman, 1983 y 1985; Marchione, 1981). En este grupo, dos reportan una relación negativa entre TM y SI (Adelman, 1983; Powell *et al.*, 1985); dos una relación positiva (Bailey, 1981; Tucker, 1989); y el resto indica que no existe relación o que ésta no es significativa. Igual que en el grupo anterior, el tamaño de las muestras, los métodos de muestreo, la medición de variables clave y los métodos de análisis de datos varían mucho. Encontramos, por ejemplo, una alta proporción de muestras no probabilísticas recabadas de los registros hospitalarios de niños desnutridos o de hogares donde se han localizado niños desnutridos (sin especificar el grado de desnutrición, cuando éste tiene consecuencias muy distintas), lo que hace virtualmente imposible comprobar la hipótesis, al eliminar la varianza en la variable dependiente. Niños e infantes son mezclados en casi todas las muestras. La medición del TM varía al grado de imposibilitar la comparación entre estudios (p. ej., empleada/no empleada, trabaja en casa o fuera de ella, trabaja todo el año o no, etc.).

seleccionaron niños menores de seis años; Tripp incluye infantes de cuatro a seis meses.

⁹ Estos mismos resultados fueron obtenidos por Engle y Pederson, 1988.

¹⁰ Esta práctica a menudo se explica por la creencia de que las niñas son más resistentes que los niños, y por lo tanto requieren de menos cuidados. En otros contextos culturales, los varones tienen la preferencia porque son abiertamente más valorizados que las niñas.

Finalmente, la falta de búsqueda sistemática de los factores que orillan a las madres a buscar trabajo remunerado (p. ej., desempleo del padre, enfermedad o abandono; pérdida del poder adquisitivo en países con alta inflación), imposibilitan la medición del contexto económico y familiar en el que se toman las decisiones de empleo materno.

El conjunto de estas limitaciones de carácter metodológico hace que los hallazgos de los estudios mencionados no se tomen en cuenta actualmente, dado el cambio en los requerimientos metodológicos que se exigen en las publicaciones científicas. Sin embargo, no todas las limitaciones en la medición de causa a efecto en este tipo de estudio se deben a diseños defectuosos. No menos importante en este tipo de análisis —igual que en otros diseños semiexperimentales— es el hecho de que no permite comprobar qué hubiera sucedido si las mujeres que trabajan no lo hubieran hecho. En tal caso, aun cuando se controlara el nivel socioeconómico, su situación no hubiera sido comparable con la de aquellas que optaron por no trabajar, porque son demasiadas las causas no relacionadas con el nivel socioeconómico que pueden haber intervenido para que las últimas estuvieran en mejores condiciones que las primeras: el trabajo y la responsabilidad del padre, las redes de apoyo de los familiares, la transferencia de ingreso de otros hogares, etcétera.¹¹

¹¹ Para obtener un diseño estrictamente experimental, tendríamos que pedirle a una muestra probabilística de madres dispuestas a buscar trabajo porque sienten la necesidad de ello, que se quedaran en casa y tranquilamente dejaran que sus hijos sufran hambre. Desde luego, que este problema metodológico es similar al de probar que el cigarro provoca cáncer. No es posible asignar a las personas el calificativo de fumador o no fumador al azar, o pedir a los fumadores que quieren dejar el cigarro que sigan fumando para beneficio de la ciencia. La única solución —imperfecta— consiste en tener muestras probabilísticas muy amplias y un altísimo número de variables de control, que es la razón por la que se ha llevado tanto tiempo verificar, más allá de cierta probabilidad, la relación entre el cigarro y el cáncer. Sin embargo, cuando se trata de alimentación, puede esperarse un comportamiento más racional, de manera que puede considerarse que las madres que no buscan trabajo remunerado están en mejores condiciones económicas, por cualquier razón, que aquellas que lo buscan para complementar sus ingresos. La única excepción puede ser la existencia de una extrema opresión patriarcal hacia la mujer, como en algunos países de África y Asia. No obstante, incluso en esos casos, suelen hacerse esfuerzos para lograr que los niños varones sobrevivan.

No es sino hasta 1989 cuando aparece un estudio que supera parcialmente las limitaciones de los anteriores, al mismo tiempo que aprovecha algunas de las explicaciones sugeridas en aquéllos. Se trata de un estudio del impacto nutricional del trabajo materno en los niños, estimado con base en dos muestras (cada una de 300 madres de niños menores de cuatro años), sacadas en el mismo pueblo de Guatemala, en 1975 y 1986 respectivamente (Engle, 1989b). Al comparar los resultados obtenidos de estos dos cortes temporales, la autora logra una mayor percepción de la complejidad de la relación entre TM y SI. Un primer resultado es que hubo más madres realizando trabajos calificados en 1986 que en 1976; debido a que el trabajo calificado, más que el doméstico, corresponde a un mejor nivel nutricional en los niños, lo cual es un resultado alentador. Por otra parte, la proporción de madres que trabajaban también se elevó de 12 a 33%, lo que va contra la estrategia más favorable para la salud de los infantes; pero puede ser indicador de necesidades económicas más apremiantes en Guatemala durante la última década. La contribución más importante del estudio es la precisión con que se reporta el impacto del TM en diferentes etapas del crecimiento del niño, factor que no se había considerado en investigaciones previas. Se afirma que el periodo crucial —en el que los niños de países en desarrollo se rezagan respecto a los niños de países ricos— es de los nueve a los 24 meses. Éste es el periodo en que el niño se desteta, y por lo tanto, está expuesto a agentes infecciosos (que le provocan diarrea y enfermedades respiratorias) o a alimentos inadecuados, tanto pobres en calorías como contaminados (Engle, 1989b:6). Además, es durante este intervalo que el niño pierde la atención exclusiva de la madre, no necesariamente porque ella trabaje o tenga un nuevo hijo, sino simplemente porque así sucede en ese ambiente. La autora encuentra que después de los 36 meses, el índice de crecimiento nutricional del niño no parece estar muy influido por cambios en la dieta. Por lo tanto, el efecto positivo del TM para la dieta disminuye gradualmente de los 24 a los 36 meses, y prácticamente desaparece después de esta etapa.¹² El mismo estudio también indica que la

¹² Esto es, el efecto sincrónico del TM sobre la SI desaparece. El estudio no permite conclusiones respecto del efecto retardado al TM sobre la SI (igual que la mayoría de los demás estudios citados).

mayoría de las mujeres dedican un mayor porcentaje de sus ingresos a la compra de alimentos que los hombres, pero que es necesario considerar otro tipo de gastos en etapas posteriores de la vida de los niños (ropa, educación) para sacar conclusiones. Este estudio confirma que las niñas preadolescentes están menos capacitadas para proporcionar una alimentación adecuada a los niños que las adultas, no en función de cantidad, sino porque no dedican tiempo suficiente a alimentarlos a cucharadas y a alentarlos, elemento aparentemente esencial para una buena nutrición en un periodo que la autora califica de crítico.

TRABAJO MATERNO Y SALUD INFANTIL: HACIA LA ELABORACIÓN DE UN MODELO

Pese a las limitaciones de los resultados citados en el apartado anterior, es posible entresacar algunas indicaciones importantes para la investigación: la relación entre TM y SI debe calificarse por:

- 1) La clase de trabajo que desempeña la madre;
- 2) la calidad del cuidado alternativo de los hijos con el que ella cuenta (si cuenta con él, el TM tiene un efecto positivo en la SI, como indican Tucker, 1989; Engle y Pederson, 1988; Engle, 1989a y 1989b, y Joeques, 1989), y
- 3) la etapa de crecimiento en que se encuentra el niño (la más riesgosa es entre los nueve y 36 meses).

En resumen, los estudios revisados sugieren que ante la ausencia de controles estadísticos adecuados, el efecto neto observado del TM sobre la SI puede estar confundiendo varios efectos que resultan contradictorios, ya que incluye tanto los casos en los que el trabajo remunerado de la madre resulta perjudicial a la salud infantil, como aquéllos en que la beneficia, y otros en los que no influye. Por lo tanto, la cuestión más urgente parece ser la de analizar los factores intervinientes que explican esta relación (Myers e Indriso, 1987; Leslie y Buvinic, 1989). Esta búsqueda puede llevarnos a la conclusión de que no sea la variable TM en sí misma, lo importante, sino:

- 1) El tipo de trabajo desempeñado (bien *vs.* mal remunerado; en el hogar o fuera de él);

- 2) horarios largos *vs.* cortos, y
- 3) el tipo de cuidado alternativo disponible para el hijo.

De manera similar, la variable *si* quizá debiera subdividirse en varias categorías de edad del niño, correspondientes a diferentes costos y beneficios en salud infantil del trabajo materno. Esto sugiere la necesidad de generar muestras que distingan entre infantes lactantes y destetados, y entre niños y niñas de varias edades (en vez de utilizar definiciones convencionales de la división entre infantes y niños), ya que las posibilidades de una lactancia materna adecuada durante los primeros meses de vida pueden verse reducidas —aunque no siempre— por el trabajo de la madre.

Por otra parte, los estudios revisados contienen sugerencias para mejorar el diseño de proyectos futuros. Si intentáramos obtener mejores análisis multivariados de la relación entre *TM* y *si*, contamos ya con una lista de variables que a continuación enumeramos.

Variable independiente: *TM*

— Tipo de trabajo realizado por la madre (Grown y Sebstad, 1989; Myers e Indriso, 1987; Engle y Pederson, 1988): trabajo agrícola mal remunerado o sin remuneración *vs.* comercio en pequeño, *vs.* trabajo formal de oficina; cerca o lejos del hogar; con horario flexible o inflexible; permanente o temporal; combinación de remunerado y no remunerado.

Variables intervinientes

— Tipos de cuidado alternativo disponible (Leslie, 1989; Myers e Indriso, 1987; Joeques, 1989; Popkin, 1983): adulto *vs.* preadolescente.

— Contribución del padre al presupuesto para alimentación (Roldán, 1988; Beneria y Roldán, 1987; Dwyer y Bruce, 1988; Blumberg, 1988, Engle, 1989b; Fapohunda, 1988; Menscher, 1988; Hoodfar, 1988; Haleh Afshar, 1985; Bonilla, 1985; Bruce, 1989): fijo *vs.* variable *vs.* inexistente; compartido *vs.* no compartido.

— Colaboración de otros miembros del hogar en la generación de ingresos, el trabajo doméstico y el cuidado de los niños (Evans *et al.*, 1987; Cornia *et al.*, 1987; Joeques, 1989): proporción de

asalariados en relación con miembros de la familia; producción de alimentos básicos, etcétera.

— Sexo del niño (Safilios-Rotschild, 1979; Hoodfar, 1986).

Variable dependiente: si

— Historia nutricional previa: amamantamiento durante los primeros nueve a 12 meses.

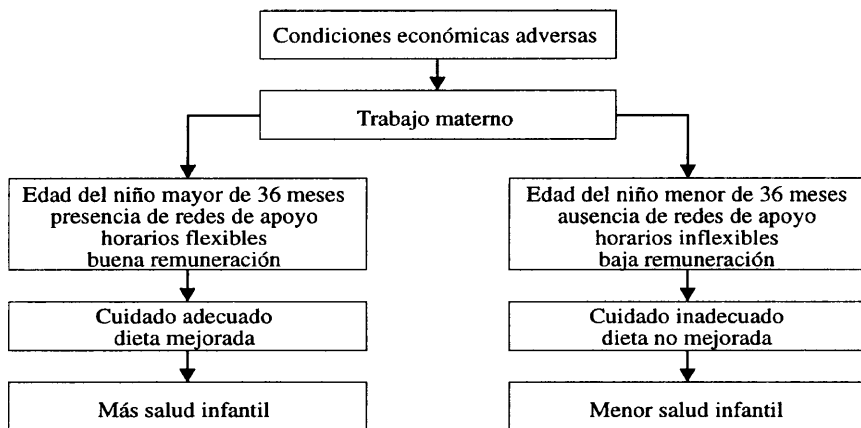
— Etapa de crecimiento: nueve a 24 meses; 24 a 36; más de 36.

— Otras dimensiones de la salud y del bienestar infantil diferentes o complementarias de la nutrición, por ejemplo, inmunización, morbilidad, escolaridad, etcétera.

A esta lista ya larga deben agregarse otras variables que no se incluyeron en la literatura que hemos revisado en esta sección, debido al enfoque médico que han adoptado, pero que son habituales en estudios demográficos: el número y espaciamiento de los hijos, el uso de anticonceptivos (que afecta el espaciamiento entre los hijos). En tal caso, sería también aconsejable no enfocar exclusivamente la salud de un solo niño, sino considerar los costos y beneficios derivados del trabajo materno en relación con todos los miembros del hogar, especialmente los otros niños.

La gráfica 1 resume el efecto hipotético de este conjunto de variables sobre la si. Como puede observarse en esta gráfica, el trabajo materno representa una variable "proxi" para un bosquejo de condiciones que mediatizan el efecto del trabajo materno sobre el niño. Cuando las condiciones bajo las cuales se desenvuelve el TM tienden a alterar negativamente las necesidades inmediatas de cuidado y nutrición del niño en una edad en que estos procesos son cruciales para su salud (circuito inferior en la gráfica 1), el efecto final en la si es negativo. En cambio, cuando las condiciones del TM permiten anular estos efectos negativos, sea por la presencia de la madre en el hogar (o del niño en el lugar de trabajo), o por la ayuda de adultos capaces de sustituirla a ella, el efecto en la si es nulo, o inclusive positivo, en la medida que el TM permite la compra de mejores insumos (nutricionales u otros) para la salud infantil (circuito superior en la gráfica 1). La combinación empíricamente diversa de factores positivos y negativos explica la variación en los resultados obtenidos para si. Al sofisticarse los diseños

GRÁFICA 1
Mediatización de la relación entre trabajo materno
y salud infantil



siguiendo la línea de razonamiento indicada en la gráfica 1, el hallazgo de un impacto diferente del trabajo materno en la salud infantil, lejos de significar el fracaso de la hipótesis, sería la confirmación de que esta relación sólo puede evaluarse en función de los procesos intervinientes que se han señalado.

MERCADOS, INSTITUCIONES Y HOGARES:
DE LOS MACRO A LOS MICRODETERMINANTES
DEL EFECTO DEL TRABAJO MATERNO EN LA SALUD INFANTIL

El esfuerzo de complejización de la relación entre TM y SI que hemos realizado en el apartado anterior sigue limitado por un gran número de supuestos simplificadores sobre la naturaleza del ambiente económico, político y social en el que se desarrolla el trabajo materno, así como sobre la realidad social dentro del hogar que mediatiza cualquier insumo adicional de recursos. Si suponemos, por ejemplo, que el trabajo materno permite combatir la pobreza, es que también suponemos que el producto de aquél efectivamente

podrá beneficiar a los niños, o sea, que no será monopolizado por otros miembros del hogar, o no tendrá una contrapartida de abandono parcial o total del hogar por parte del jefe hombre. En este apartado, exploramos las condiciones macro, meso y microsociales que determinan, hasta cierto punto, la dirección en que el TM afectará al bienestar infantil.

Al inicio de este artículo, señalamos la importancia de la crisis mundial entre los factores que motivaron el ingreso de las mujeres del Tercer Mundo al mercado de trabajo. Los cambios internacionales no sólo han modificado la composición por género del mercado laboral, sino también la estructura del mismo (la llamada nueva división internacional del trabajo); la diferente capacidad de los países para expandir su población económicamente activa; el crecimiento diferenciado de los sectores de la producción, y las formas de la producción industrial. Estos cambios globales, a su vez, han transformado continuamente las sociedades, intensificando la migración y la urbanización, inflando al sector terciario y creando una importante economía subterránea. Estas tendencias globales e intermedias han afectado de varias maneras a las mujeres y a sus hijos. Por un lado, han abierto oportunidades económicas —aunque mal remuneradas— a mujeres que antes estaban confinadas al agotante trabajo agrícola, a menudo sin remuneración. Como resultado presunto de su mayor capacidad económica, la mujer ha visto incrementadas sus posibilidades de negociar su papel en el hogar y su capacidad de tomar decisiones sobre la asignación del presupuesto familiar para beneficio de sus hijos. Sin embargo, estos mismos cambios han acelerado la tendencia entre los hombres de abandonar a sus familias o malgastar su ingreso, dejando a menudo a la mujer la carga de la responsabilidad de criar a los hijos.

Al enfrentarnos con estos grandes cambios, no podemos seguir aislando unas cuantas variables y tratando de relacionar su causalidad, independientemente del ambiente más amplio que afecta continuamente su valor y la dirección del cambio. Pero tampoco podemos “capturar todo” y dejar que la computadora resuelva nuestra confusión. En esta sección, proponemos establecer tres niveles analíticos para enmarcar nuestras reflexiones sobre la relación TM-SI:

1) El nivel macroanalítico de cambios a nivel mundial, especialmente la larga crisis económica de la cual la crisis de la deuda es sólo el aspecto financiero;

2) el nivel mesoanalítico, en el que los aspectos institucionales y culturales e inclusive subculturales y regionales filtran los efectos de estos cambios globales, y finalmente,

3) el nivel microanalítico de los procesos intrafamiliares.

Una vez que ubicamos los factores que afectan a madres e hijos de países en desarrollo en cada uno de estos contextos, el problema metodológico ya no es el de controlar todas las variables exógenas, sino ubicar las investigaciones dentro de un nivel analítico determinado, y a la vez entender las relaciones con los otros niveles, mismos que constituyen los limitantes dentro de los cuales las mujeres eligen estrategias de sobrevivencia.

Para el problema que nos ocupa, los cambios globales mencionados han significado la expulsión parcial de la fuerza de trabajo masculino, así como la creación de una oferta semioficial de trabajo mal remunerado y sin protección social que da preferencia a las mujeres. ¿De qué manera deben tomarse en cuenta estos factores para el diseño de un estudio de la relación entre TM y SI? Principalmente ubicando factores de la historia familiar que coloquen a los sujetos de análisis en el centro o en la periferia de estos cambios: ¿se trata de familias enteras cuyo jefe hombre ha conservado su empleo? Alternativamente, ¿estamos hablando de familias en las que el trabajo materno sustituye totalmente al del hombre?

Cambios globales

La década de los ochenta ha sido de grandes transformaciones en las condiciones de la competencia internacional. Las presiones generadas por la economía de corte keynesiano, enfocada a la demanda (elevada inflación y deuda creciente), fueron el escenario para un cambio global a la economía de la oferta, acelerada por la entrada de países de escasos ingresos, como Taiwan, Corea y China, al mercado internacional, que ejercieron presión para bajar el costo del trabajo en todas las economías. En el Tercer Mundo, esta situación coincide con la crisis de la deuda que impulsa su

capacidad exportadora con objeto de aumentar su capacidad de pago. En algunos de estos países, la crisis también coincide con graves alteraciones climáticas que, junto con la competencia de cultivos comerciales para exportación, complican la producción de alimentos y amenazan la capacidad de sobrevivencia de los hogares que dependen de una economía de subsistencia. La reducción de los precios internacionales en algunas cosechas comerciales clave dificulta aún más la situación para aquellos países que han optado por exportar productos agrícolas como la solución a la deuda.

Una de las consecuencias globales de estas condiciones generales es la desregulación mundial del trabajo y la feminización de la fuerza de trabajo (Standing, 1981; Arizpe y Botey, 1987; Benton, 1989) que representa una estrategia para enfrentar las nuevas condiciones de la competencia internacional. Se prefiere emplear a mujeres porque, a diferencia de los hombres, no están protegidas por sindicatos poderosos y por lo tanto puede pagárseles menos. Como argumenta un partidario de esta nueva forma de competencia capitalista, en la actualidad el capital “busca trabajadores dóciles, sin exigencias, con agilidad manual, no sindicalizados y no militantes” (Skair, 1989:172). Este tipo de trabajador suele encontrarlo más entre las mujeres que entre los hombres. La razón no es que el capital sea “sexista”, sino simplemente que en la actualidad el factor competitivo de mayor importancia en la carrera de costo-eficiencia es el trabajo barato, al contrario de lo que sucedía en décadas anteriores, cuando la competencia capitalista dependía más de la innovación en los productos. Estos cambios globales representan puntos de presión sobre las instituciones de los países del Tercer Mundo para adecuar sus legislaciones laborales y sociales a estas nuevas condiciones de competencia internacional.

Factores políticos e institucionales

Los países en desarrollo, abrumados por la deuda, han respondido con rapidez a estos nuevos requerimientos, a menudo presionados por las instituciones financieras internacionales. Las políticas de ajuste estructural se han propuesto atraer capital extranjero de varias maneras: devaluando la moneda para abaratar los productos

en el mercado internacional y restringiendo la demanda interna (al mantener los salarios por abajo de los precios); liberalizando legislaciones laborales que imponían barreras a la nueva competencia internacional; creando condiciones fiscales especiales para las industrias exportadoras —las llamadas maquiladoras—; dando preferencia a los cultivos comerciales sobre la agricultura de subsistencia (Von Braun, 1989); permitiendo el crecimiento de empresas semiclandestinas (en el sentido de que no pagan salarios mínimos ni la totalidad de los impuestos); contratando maquila a domicilio a precios inferiores como el principal insumo laboral, y reprimiendo los esfuerzos de las organizaciones laborales por impedir estos cambios. De la misma manera, los gobiernos del Tercer Mundo han permitido que los salarios mínimos se desplomen en términos reales y no han mostrado prisa por sancionar a las empresas que pagan menos del mínimo. Por lo general, el efecto de estas medidas ha sido la reestructuración de la industria para beneficio de las grandes empresas y en detrimento de las pequeñas y medianas, incrementando así la tasa de desempleo masculino. Las políticas de ajuste también han ejercido presión sobre los gobiernos del Tercer Mundo para reducir el gasto público, lo que se ha logrado con el recorte drástico de gastos en salud pública, subsidios para alimentos y transportes, y educación. La población de estos países enfrenta una situación en la que los bienes esenciales no sólo son más caros, sino que las condiciones para obtener ingresos son peores. Al mismo tiempo, en muchos países se han eliminado las escasas medidas de bienestar social que protegían a la población.

Las instituciones constituyen el marco inmediato de las acciones individuales de trabajo, que son las que más directamente afectan las estrategias de sobrevivencia. Ubicar una investigación sobre los efectos del TM en este nivel, significa relacionar sistemáticamente los datos correspondientes a las instituciones dentro de las cuales se encuentran los sujetos de estudio. Es posible, por ejemplo, comparar sistemáticamente la situación laboral de madres trabajadoras en contextos laborales variados. Puede pensarse que las mujeres son trabajadoras “dóciles, sin exigencias y no sindicalizadas” cuando sufren la presión inmediata por el imperativo de alimentar a su familia, compitiendo con otras mujeres por

el trabajo (Benería y Roldán, 1987). Las nuevas formas de producción doméstica descentralizada de bienes industrializados, que ha crecido como resultado de las transformaciones globales a las que nos hemos referido, parecieran ser justamente las que mejor se adaptan a las necesidades de la madre. Debido a que la sociedad les ha asignado gran parte de la responsabilidad de criar a sus hijos, las mujeres buscan trabajos que no exijan horarios demasiado estrictos y que puedan integrar a su rutina doméstica. La respuesta a ello es la maquila a domicilio, que puede dividirse y compartirse con los niños mayores, como sucedía con la "industria casera" inglesa del capitalismo temprano. Pero a diferencia de estas primeras formas de sistema productivo, la versión moderna ofrece a las trabajadoras tareas altamente estandarizadas y descalificadas.¹³ El personal de las plantas maquiladoras es también predominantemente femenino. Aunque en un principio se daba empleo sólo a mujeres solteras, el patrón ha cambiado y las empleadas casadas deben encontrar opciones para cuidar a sus hijos. Las mujeres embarazadas son generalmente despedidas, debido a la naturaleza temporal de sus contratos (Deere y León, 1987), por lo que los empleadores ya no tienen el argumento tradicional para no emplear a mujeres.

Al lado de las instituciones laborales opera un conjunto de normas y prácticas individuales cotidianas cuya vigencia depende, en última instancia, de la capacidad o voluntad del Estado para sancionarlas, aunque parecen fluir de las motivaciones individuales en la mayoría de los casos. En este sentido, cada vez que un hombre opta por entregar su salario para la compra de alimentos para sus hijos en vez de comprar alcohol para su propio consumo o, alternativamente, abandona sus responsabilidades económicas hacia su familia, está actuando en forma individual, pero esta actuación se adapta a una estructura de oportunidades definidas por el Estado: si, por ejemplo, el abandono familiar tiene una alta probabilidad de ser seguido por una acción penal (como ha sucedido recientemente en varios países industrializados), este compor-

¹³ Aunque no todo el trabajo de maquila a domicilio está altamente estandarizado o descalificado, como lo indica el estudio de Benton sobre la industria del calzado en el sur de España (Benton, 1989).

tamiento se volverá menos probable. En cambio, si las obligaciones paternas son sólo débilmente apoyadas por sanciones, la probabilidad de abandono paterno se incrementará, sobre todo cuando las fuerzas macroeconómicas ejerzan presiones en esta dirección. Por lo tanto, el nivel mesosocial no sólo consta de instituciones que traducen las fuerzas macroeconómicas en principios institucionales, sino también de las reglas que rigen los comportamientos individuales. Por lo tanto, el trabajo materno no puede estudiarse independientemente del ejercicio de la responsabilidad paterna en los hogares pobres. En particular, es de esperarse que la investigación se concentre en los hogares con jefas mujeres, ya que en esta categoría es donde está más amenazada la salud infantil.

El hogar

Las fuerzas macro y mesoeconómicas han incrementado los niveles de desempleo masculino; por este mismo hecho han amenazado el tradicional dominio masculino en los hogares pobres de los países del Tercer Mundo. Paralelamente, la responsabilidad que recae sobre ellos de mantener a sus familias, se ha relajado, sobre todo cuando se han visto forzados a emigrar solos en busca de un trabajo. Así, la mujer se enfrenta cada vez más a la necesidad no sólo de complementar el ingreso del marido, sino de sustituir el trabajo de éste por el propio. Por lo tanto, resulta poco fructífero estudiar el efecto del TM en la si independientemente de la estructura del hogar (presencia/ausencia del padre; presencia de otros perceptores de ingresos), o las redes de apoyo que lo rodean (familiares, vecinos, compadres). Estos factores constituyen una compleja mezcla de recursos que se utilizan conjuntamente para asegurar el bienestar familiar, en el que la salud infantil es sólo una parte.

Resulta obvio que si la mujer cuenta con la contribución regular del marido (o exmarido) para mantener el hogar, ésta sea un recurso importante, y probablemente, lo que haga la diferencia entre pobreza moderada y extrema. Pero no es la única. La amenaza al trabajo masculino ante condiciones económicas inestables haría contraproducente cualquier política orientada de manera

exclusiva a incrementar el ingreso del hombre, sin tomar en cuenta la desigualdad de la distribución de ingresos dentro del hogar, que ha sido una de las consecuencias del dominio masculino (Dwyer y Bruce, 1988).

El cambio más importante en la estructura del hogar de las últimas décadas ha sido el aumento, acelerado por la crisis mundial, de la proporción de los hogares encabezados por mujeres. En este tipo de hogares, el problema laboral materno se agudiza, al mismo tiempo que se presenta el de la aplicación de la legislación sobre las obligaciones económicas paternas hacia los hijos. A las causas macro y mesosociales de la desagregación de las familias se suman, en este nivel analítico, las intrafamiliares. Es de pensarse, por ejemplo, que la participación laboral de la mujer, al aumentar su poder de negociación dentro de la familia, también tenderá a bajar su nivel de tolerancia hacia comportamientos masculinos violentos (violencia doméstica y/o sexual hacia la mujer y los hijos) o generalmente perjudiciales para el presupuesto y/o el ambiente familiar (infidelidad, alcoholismo, adicción). Por lo tanto, podemos pensar que la mayor igualdad intrafamiliar que conlleva el trabajo materno podrá tener el efecto no anticipado de aumentar las fuerzas de expulsión de los hombres de sus hogares (así como la aparición de otras alternativas posibles fuera de éstos). Esto podría averiguarse en los hogares (cuya proporción ignoramos todavía) que en el pasado se mantenían bajo la jefatura paterna, principalmente gracias a la coerción y la violencia ejercidos sobre la mujer y por la anterior dependencia de ésta del aporte económico masculino. Al romperse esta dependencia se precipitarían las crisis intrafamiliares que anteriormente se detenían porque las mujeres no veían alternativas frente al sacrificio de sus derechos humanos.

Debemos ahora plantearnos la pregunta fundamental sobre la diferencia en los resultados de la investigación, conociendo estos niveles de causalidad. En otras palabras, ¿podemos obtener algo más que un análisis multivariado atemporal con este enfoque histórico y sociológico?

Los cambios en los patrones de distribución del ingreso inter e intrafamiliar indican vastos cambios sociales que, de mantenerse, pueden cristalizarse en el futuro. También apuntan a cambios a

largo plazo en las oportunidades de vida de los niños cuyas necesidades de salud inmediatas están siendo cubiertas por madres sobrecargadas de trabajo. Esto es especialmente cierto en el caso de las niñas, que pueden pagar un alto precio por la reestructuración de la economía mundial, en vista de que la crisis actual puede limitar sus oportunidades educativas y ocupacionales debido a la combinación de crecientes responsabilidades domésticas. A su vez, esta tendencia general puede cerrar el círculo de la pobreza que los planificadores del desarrollo de los años setenta esperaban abrir: creciente fecundidad, creciente mortalidad infantil, mala salud de la madre, etcétera.

Si se toma el hogar como unidad de análisis para investigar la relación entre TM y SI, estaremos optando por una investigación orientada al agente social cuyas elecciones estratégicas se ven condicionadas, en parte, por las limitaciones y las oportunidades que hemos colocado en los niveles meso y macroanalíticos respectivamente. Para evitar problemas del enfoque de *rational choice* (en particular su supuesto de altruismo comunitario respecto a los gastos en el hogar), tendremos que definir las diferentes maneras en que las fuerzas ubicadas en los niveles macro y mesosociales afectan los procesos interactivos de los hogares y sus resultados. Dicho de otra manera, tendremos que comparar y contrastar hogares cuya situación coloca a las madres trabajadoras en grupos de oportunidades de mercado y/o de estructuras de hogar diferentes (*v. gr.*: trabajo formal *vs.* informal, jefas de hogar *vs.* cónyuges), considerados como conjuntos de variables exógenas cuya evolución en el tiempo se analizará. De esta manera, al análisis de tipo multivariado sincrónico o diacrónico podemos agregar diagnósticos sobre las tendencias sociales que afectan al comportamiento de las unidades estudiadas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo hemos revisado la evidencia disponible sobre la relación entre trabajo materno y salud infantil a través de los estudios publicados sobre el tema durante las últimas dos décadas. La conclusión que este análisis sugiere más claramente, es que

hasta fines de los años ochenta, las pruebas de esta hipótesis que se realizaron fueron insuficientes debido a importantes limitaciones tanto metodológicas como teóricas. Entre las fallas metodológicas más notorias se apuntaron, en primer lugar, la tendencia a escoger muestras de subpoblaciones pobres y/o desnutridas y a mezclar niños con necesidades nutricionales distintas. En segundo lugar, se anotó la excesiva sencillez de los modelos y métodos estadísticos utilizados todavía recientemente, entre los cuales el más sobresaliente es la medición sincrónica de TM y SI, a pesar de que el efecto hipotetizado haya sido diacrónico. De las limitaciones de carácter teórico, la principal fue la falta de elaboración conceptual del TM, razón por la cual no se han podido interpretar las discrepancias entre los hallazgos obtenidos en los diferentes estudios. No obstante, esta literatura no deja de indicar la importancia de diversas variables intervinientes cuya inserción en la investigación nos lleva a identificar los eslabones que mediatizan el efecto del trabajo materno sobre la salud infantil. El trabajo también hizo hincapié en la necesidad de ubicar la problemática que nos ocupa dentro de los cambios económicos y sociales de la última década que han transformado la economía de los hogares pobres del Tercer Mundo, así como la posición que ocupa la mujer en ellos. El marco interpretativo propuesto apunta hacia factores tanto macro como mesosociales que tienen una alta probabilidad de afectar la división sexual del trabajo y las relaciones dentro del hogar.

La última tarea que nos incumbe es examinar brevemente el papel que podría desempeñar el Estado para contrarrestar las posibles tendencias negativas del TM sobre la SI, o para reforzar las positivas. En esta tarea, la distinción que sobre los diferentes niveles de análisis del problema se ha hecho en este trabajo adquiere una nueva dimensión: nos permite deslindar los factores sobre los cuales el Estado tiene un control, de aquellos que le son impuestos desde afuera. Es evidente, por ejemplo, que poco podrá hacerse para modificar las determinantes macroeconómicas del nuevo papel de la mujer en la división internacional del trabajo. Más aún, puede preverse que en el futuro se acelerará la tasa de aumento de la incorporación de las mujeres de todas las edades a la fuerza de trabajo, y disminuirá la proporción relativa de los

hombres. Determinados sectores de la economía se feminizarán plenamente, como ya ha empezado a suceder en algunos países en el sector de los servicios. Es igualmente poco probable que puedan llevarse a cabo acciones para igualar la remuneración del trabajo femenino y masculino. Las mujeres seguirán, pues, trabajando más, por menos, y con escasa protección por parte de las leyes sociales. Tales tendencias quedan fuera de las actuales estrategias estatales, debido a que, como lo hemos señalado en este trabajo, la mayor explotación del trabajo femenino constituye una de las estrategias de competitividad mundial, adoptada por los países del Tercer Mundo.

Al otro extremo, si consideramos el nivel microsocia, es poco probable que la acción estatal pueda intervenir directamente en las acciones individuales y las relaciones en el interior del hogar o en las redes de apoyo social a las mujeres. A este nivel, los hombres y las mujeres actúan de acuerdo con un conjunto de reglas que combinan normas culturales y comportamientos estratégicos. Sin embargo, el Estado puede influir sobre los costos y beneficios que se derivan de tales estrategias individuales. Se trataría, por lo tanto, de examinar de qué manera el Estado puede afectar los costos de los comportamientos perjudiciales para la salud infantil, tomando como axiomática la racionalidad relativa de los actores.

A pesar de las ambigüedades que sufre la investigación que hemos revisado en este trabajo, resalta claramente que lo potencialmente dañino o benéfico para la salud infantil no es tanto el trabajo materno en sí, sino el hecho de que la mujer tenga (o no) el poder necesario para disponer de los bienes del hogar requeridos para atender la salud de los niños. Quedó también claro que, en una gran proporción, los ingresos generados por las madres no son suficientes para asegurar los insumos necesarios relativos a la salud infantil (la nutrición sólo es uno de ellos). Por lo tanto, uno de los problemas centrales que tendría que resolver la acción estatal es establecer (e instrumentar) normas institucionales capaces de intervenir en los hogares extremadamente pobres y/o encabezados por mujeres. Este problema rebasa el marco restringido del efecto del trabajo materno sobre la nutrición infantil dentro del cual se ha ubicado el campo de la investigación al que nos hemos referido. Las acciones posibles van desde la creación

de mecanismos comunitarios y/o institucionales para combatir la extrema pobreza, hasta la sanción de comportamientos dañinos para la salud infantil, particularmente el abandono del hogar por parte de los hombres, fenómeno que ha acompañado a la expansión de la fuerza de trabajo femenil en todos los países.

IV. APROXIMACIONES ESTADÍSTICAS Y CUALITATIVAS. OPOSICIONES, COMPLEMENTACIONES E INCOMPATIBILIDADES

FERNANDO CORTÉS*
EDUARDO MENÉNDEZ**
ROSA MARÍA RUBALCAVA*

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentan algunos comentarios respecto a las aproximaciones estadística y cualitativa en sociología y sociodemografía, que se hacen a partir de la revisión de un conjunto de investigaciones referidas, directa o indirectamente, a la problemática del cuidado infantil y de sus potenciales consecuencias en el proceso salud-enfermedad. Debe subrayarse que en casi la totalidad de dichos proyectos se utilizan técnicas estadísticas, y en una parte de los mismos, datos no contruidos intencionalmente para medir o comprender el cuidado infantil.

El hecho de que la mayoría de estos trabajos partan de perspectivas sociodemográficas o epidemiológicas, así como la necesidad de limitar el espacio disciplinario de la discusión, nos conduce a referirnos casi exclusivamente a la producción sociológica y sociodemográfica, excluyendo la generada por la antropología social y la etnología.¹ Las ciencias antropológicas en México aparecen identificadas con el uso de técnicas cualitativas, mientras que la producción sociológica y sociodemográfica lo está con las estadísticas; en consecuencia, observamos algunas características de

* CES, El Colegio de México.

** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

¹ No se incluye tampoco la epidemiología.

ambas aproximaciones, pero dentro de la tradición de uno de los conjuntos disciplinarios.

SUPUESTOS BÁSICOS

Nuestros comentarios parten de una serie de supuestos, de los cuales subrayamos los siguientes:²

a) Las aproximaciones estadísticas y cualitativas no deben ser consideradas como opuestas o antagónicas, sino como complementarias.

b) Más que los propios instrumentos en sí, el uso profesional e institucional de ambas aproximaciones es lo que las ha convertido en supuestamente antagónicas.

c) La selección del tipo de aproximación idónea debería depender del tipo de problema a investigar.

d) Las técnicas de obtención y de análisis de la información, tanto estadísticas como cualitativas, son instrumentos cuyo uso implica dos requisitos básicos: primero, decidir cuál es la más estratégica, y segundo, poseer las habilidades artesanales para saber utilizarla correctamente.

e) Toda investigación supone, conscientemente o no, un proceso de reconstrucción de la realidad a investigar; en consecuencia, el tipo de aproximación que se utilice condicionará el tipo de reconstrucción que se produzca.

f) La selección de las aproximaciones estadística o cualitativa dependerá, en parte, del nivel de análisis en el que el investigador considere que debe ser estudiado el problema planteado.

² Nuestros comentarios se refieren a la producción realizada en México, en América Latina, y sólo excepcionalmente a la producción generada en Europa occidental y Estados Unidos. Esta aclaración es importante para entender contextualmente nuestros comentarios. No ignoramos la significación que las aproximaciones cualitativas han tenido especialmente en la sociología norteamericana, caracterizada, desde la década de los cincuenta, por el notable desarrollo del interaccionismo simbólico, la etnometodología, las tendencias fenomenológicas o el constructivismo, corrientes que han tenido muy escaso desarrollo entre nosotros, sobre todo en términos de investigación.

g) Aunque pueden ser usadas complementariamente, cada una de dichas aproximaciones resulta más adecuada que la otra para describir y analizar problemas específicos.

h) La formación del investigador, el tipo de institución en la que desarrolla su trabajo, la existencia y orientación de los financiamientos, la adquisición de habilidades técnicas diferenciales, la frecuencia de relaciones con otras disciplinas, etcétera, influirán en la selección de una u otra aproximación; inclusive en la aceptación de un trabajo complementario.

La discusión sobre el uso de las dos aproximaciones señaladas debe partir, a nuestro entender, de lo que realmente se produce en términos de investigación. Hace menos de quince años, el uso de técnicas cualitativas era casi inexistente en sociología, muy poco frecuente en sociodemografía y prácticamente excluyente en el caso de la epidemiología producidas en los principales centros de investigación especializados de América Latina. Comenzaban a proponerse ensayos teóricos sobre la importancia de lo cualitativo, pero el número de investigaciones era muy escaso. No negamos la existencia de trabajos cualitativos, sino enfatizamos el papel secundario al que se les había relegado. Entre mediados de los cincuenta y los ochenta, la sociología latinoamericana se caracterizaba por la producción de ensayos sociológicos teóricos y por trabajos estadísticos; el funcionalismo, la teoría de la modernización, la teoría de la dependencia, las corrientes marxistas, sólo excepcionalmente manejaron técnicas cualitativas. Las corrientes dominantes en sociología tendieron a excluir el uso de aproximaciones cualitativas,³ inclusive las teorías sociológicas más identificadas con ellas. Esto se refleja en el tipo de referentes teóricos de algunas investigaciones que se preocuparon por problemáticas generalmente trabajadas por el interaccionismo simbólico o por la etnometodología, que fueron poco utilizados, salvo ciertas excepciones.⁴

³ Esto se observa particularmente en el caso de la producción sobre epidemiología, la cual ha evidenciado una notoria exclusión de las técnicas cualitativas. Si bien en los últimos años ha habido cambios favorables, lo dominante sigue siendo la escasa utilización de estas técnicas por los epidemiólogos latinoamericanos.

⁴ Es interesante constatar que por lo menos una parte de los sociólogos que tratan la problemática del control social —y en los últimos años, del control cultural—

LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS COMO CONSTRUCCIONES

Enumerados los presupuestos que consideramos más significativos, haremos algunos comentarios respecto a los más pertinentes en función del tipo de la mayor parte de las investigaciones aquí presentadas.

La mayoría de las investigaciones sobre cuidado infantil parten de alguna definición de la unidad de observación y análisis, que generalmente se refiere a conceptos como familia, hogar o grupo doméstico. Para la teoría sociológica, la unidad siempre ha sido algún tipo de conjunto social, a través del cual se observan los comportamientos no sólo de dichos conjuntos sino de los individuos que los constituyen. La selección del sujeto idóneo o más "representativo" para ser entrevistado o encuestado no debe implicar la idea de que aquél sea por sí mismo el conjunto social, ni tampoco que se esté asumiendo en la práctica una concepción individualista de la estructura social. Lo que posibilita generar expectativas conductuales es el conjunto social y no la condición de sujeto aislado. La investigación sobre familia desarrollada en los últimos quince años, particularmente la referida al proceso salud/enfermedad/atención, ha reforzado esta concepción teórico-metodológica.⁵ En consecuencia, cualquiera de las unidades que se seleccione implica que el investigador debe pensar el proceso en términos del grupo y no del individuo.⁶

Ahora bien, en función de los objetivos de una investigación, se puede distinguir entre "familia" y "hogar". Una familia, en relación con la problemática del cuidado infantil, puede definirse como el conjunto de dos o más sujetos, vinculados por relaciones sociales de parentesco, que cumplen una serie de actividades básicas

parece más familiarizada con los trabajos de Foucault que con la masa de investigación generada por interaccionistas simbólicos o etnometodólogos desde la propia sociología. Por supuesto que no negamos que haya profesionales que manejen estos enfoques, pero son comparativamente escasos, sobre todo en términos de investigación.

⁵ Desgraciadamente, algunos investigadores han ido dejando de lado u olvidado, que el sujeto encuestado es un emergente, es la expresión de algún tipo de conjunto social, y que éste último es la unidad teórica y metodológica.

⁶ Es obvio que no negamos la importancia del sujeto, pero no estamos discutiendo ese problema.

relativas a la producción y/o reproducción biosocial de los miembros del grupo. Por otra parte, “hogar” puede definirse como el conjunto de personas que habitan una misma vivienda, que comparten un mismo presupuesto, o que realizan ciertas actividades en común. Este concepto incluye sujetos que pueden no tener relaciones de parentesco y que *podrían* ser excluidos si se aplica la definición anterior de familia.

La selección de un concepto, que en este caso se refiere a la unidad de observación y análisis, debe ser guiada por su vinculación con el problema planteado; y, en consecuencia, puede ocurrir que ninguno de estos dos conceptos sea el más pertinente. Trataremos, con algunos ejemplos, de observar cuándo estos conceptos pueden utilizarse y cuándo necesitan ser reemplazados.

Desde la perspectiva de trabajos sociodemográficos, resulta adecuado utilizar alguno de los conceptos mencionados. Así, podemos ver que alguno de ellos se utiliza cuando la unidad de muestreo o la unidad censal es la vivienda. En las investigaciones que requieren que la unidad de análisis sea la familia o el hogar, el investigador debe proceder a construir los datos del hogar a partir de la información individual. La excepción sería el caso de algunas fuentes, como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, en que los datos publicados se refieren a atributos de los hogares, tales como el ingreso total.

El análisis de la información se puede centrar en cada uno de los niveles: individuo, hogares o viviendas; en los casos en que el investigador tiene acceso a los microdatos, se pueden llevar a cabo estudios de los impactos que tienen variables de un nivel sobre variables de otro.

Ilustraremos las ideas anteriores con un ejemplo. En una de las discusiones centrales del tema “Trabajo materno y salud infantil”, se trata de dilucidar si el impacto positivo que tiene el mayor ingreso familiar originado por el trabajo materno, compensa o no los posibles efectos negativos de la ausencia de la madre sobre la salud del hijo.⁷ En este caso particular, la primera decisión que se debe tomar es si la unidad de análisis debe ser la familia o el hogar.

⁷ Para los propósitos del ejemplo, aceptamos que la ausencia materna efectivamente provoca peores condiciones de salud del hijo.

Normalmente, las hipótesis teóricas proporcionan elementos para fundamentar la opción que se elige. Sabemos que uno de los factores explicativos de la salud del hijo es la posibilidad de contar con cuidado alternativo al de la madre y que éste no se reduce a los familiares. También sabemos que se pueden mantener interacciones frecuentes con otros miembros de la familia; pero que, por su naturaleza, pueden tener escasa relación con la salud del hijo (por ejemplo, la costumbre de reunirse cada fin de semana con los padres de alguno de los cónyuges). Desde esta perspectiva, parece que lo más adecuado es adoptar el hogar como unidad de análisis y no la familia. En caso contrario, no consideraríamos la existencia de los cuidados proporcionados por los no familiares o por los familiares que no conviven con la unidad familiar.

Supongamos que del cúmulo de factores que tienen incidencia sobre la salud infantil, consideramos sólo la calidad de la vivienda, el ingreso del hogar, el tipo de hogar, la composición por sexo y edades de los miembros del hogar, el nivel de instrucción de la madre, su condición laboral —es decir, si trabaja fuera de su casa— y su condición de ser o no jefa del hogar. La primera de estas variables se refiere a la vivienda, en la que se puede encontrar uno o más hogares; por lo tanto, no necesariamente hay una relación de uno a uno entre hogares y viviendas. El ingreso del grupo y el tipo de hogar se refieren a atributos que superan las características individuales y que, por lo tanto, deben ser construidos. El ingreso del hogar se debería calcular sumando los aportes que hacen *todos* los miembros a la constitución del presupuesto común. La unidad de observación “hogar” incluye personas vinculadas o no por relaciones de parentesco y, de hecho, constituye una unidad colectiva. Las restantes variables, aunque son individuales porque se refieren a atributos de cada miembro, para los fines del análisis, pueden ser referidas al hogar.

A nuestro entender, lo señalado puede cubrir información necesaria para describir y encontrar explicaciones a determinadas interrogantes; pero el investigador puede plantearse problemas que pueden ser mejor estudiados si las unidades son consideradas en términos de grupo y ciclo doméstico o de red social y familiar. Si el investigador está interesado en describir determinados procesos diacrónicos o le interesa captar las características diferenciales

de los comportamientos según el momento del ciclo familiar, puede ser más conveniente utilizar los conceptos de "grupo" y "ciclo doméstico". Pero si, además, el problema se centra en la existencia o no de sujetos y grupos que ayuden al grupo doméstico en la tarea de asegurar el desarrollo biosocial del niño menor de cinco años, o si interesa describir y determinar la función real de estas redes, la "calidad", oportunidad, temporalidad, etcétera, de las mismas, es posible que la unidad más adecuada sea la red social y familiar. Si bien los conceptos de "hogar", "familia" o "grupo doméstico" pueden suponer la existencia de una red, consideramos que tienden a orientar determinadas búsquedas más que otras; más aún, un concepto puede elegirse por su capacidad para describir ciertos procesos y no otros. En consecuencia, si las expectativas de la investigación están colocadas en la red, ésta es la unidad de trabajo idónea.

En la selección de alguna de las cuatro unidades señaladas, debe tomarse en cuenta, primero, el núcleo problemático de la investigación, y en segundo lugar, las habilidades y recursos disponibles. Lo que no debe ser decisivo es el criterio de mayor facilidad en la selección, si es que la unidad (o la aproximación elegida) no produce la información considerada como la estratégica para abordar el problema planteado. Al señalar esto, nos referimos no sólo a las unidades, sino también a los instrumentos, tanto de tipo estadístico como cualitativo. En consecuencia, el investigador debería explicitar con la mayor precisión posible sus interrogantes centrales, qué considera como información estratégica, y los medios convenientes para obtenerla y analizarla. Esto implica, por lo tanto, que la selección de la aproximación a utilizar debe incluir una evaluación de las limitaciones que el instrumento aplicado pueda tener.

Si bien la emergencia "inesperada" de datos es un elemento de todo o de casi todo proceso de investigación sociológica, el punto de arranque metodológico de todo proyecto debe radicar en la premisa "lo que no se busca no se encuentra" o por lo menos, es difícil de ser encontrado. Esto quiere decir que, si en nuestro marco metodológico no están realmente considerados determinados problemas, y por lo tanto, la búsqueda de un determinado tipo de información, ésta no será encontrada o sólo será recuperada en

forma tal que no sirva lo suficiente para estudiar la problemática planteada. Dado el diseño menos elástico de la aproximación estadística, la falta de una reflexión metodológica a fondo tendrá consecuencias más negativas que en las investigaciones que manejan aproximaciones cualitativas, ya que en éstas se pueden corregir —o al menos atenuar— las deficiencias, durante el proceso de recabación de información. Por eso, si nuestros objetivos están centrados en observar la mayor o menor importancia de las redes sociales, o en la capacidad con que un grupo y su red cuentan para enfrentar una situación negativa, nuestra unidad de observación y análisis debería ser la red, construida —por supuesto— a partir de un individuo o de un grupo familiar.

Debe subrayarse que no se está negando la posibilidad de que surja “lo inesperado”; por el contrario, se trata de asegurar no sólo que lo inesperado emerja, sino, sobre todo, de producir información estratégica.

La importancia de la decisión sobre qué datos son estratégicos y sobre la posibilidad de obtenerlos puede ejemplificarse mediante el análisis de un indicador que en varias de las investigaciones aparece como central; nos referimos al ingreso económico. El primer elemento que hay que precisar es la propia categoría de ingreso, cuyas características deben definirse a la luz de los objetivos de la investigación. El investigador debe decidir, desde el inicio, si lo que más le interesa es la posibilidad comparativa de los datos o la explicación del problema propuesto respecto de *su* universo de investigación. Desde nuestra perspectiva, lo sustantivo debería ser el tratar de explicar el problema específico para el universo seleccionado; la comparabilidad debe pasar a ser secundaria.⁸ Por supuesto que no negamos la necesidad de producir investigaciones que manejen indicadores comparables; pero lo nuclear en todo proyecto debe referirse, en primer lugar, a la especificidad del problema planteado. Si el objetivo comparativo conduce a perder calidad en la información, dicho efecto se convierte en negativo para el propósito de explicar el problema específico.

⁸ Es obvio que lo óptimo sería cumplir ambos objetivos, pero aquí planteamos la situación en términos de elección.

En consecuencia, si la investigación se propone determinar el monto real del ingreso que maneja un grupo doméstico para satisfacer las necesidades básicas⁹ que posibilitan la reproducción biosocial del grupo —y en particular de los menores de cinco años—, el indicador “ingreso” debería construirse incluyendo todas las formas de ingreso, monetario y no monetario, que de manera regular y extraordinaria obtienen los miembros del grupo dentro de un lapso a determinar. Ello supone discriminar la regularidad y el monto de los ingresos, establecer cuáles son los miembros del grupo que los aportan, cuáles son directamente aplicados, o si se prefiere, cuáles son más determinantes para asegurar el proceso reproductivo de los niños menores de cinco años, etcétera. Si aceptamos que esta información es la que quiere obtenerse, el instrumento de captación debe incluir no sólo los ingresos devengados por los trabajos formales y por los que suelen denominarse “informales”, sino por toda una serie de otras posibilidades: préstamos, regalos, empeño de objetos, robos domésticos, robos no domésticos en pequeña escala, inclusión en la cadena de producción y comercialización de drogas, producción de autoconsumo, etcétera. El segundo paso sería discriminar quiénes aportan estos ingresos, el monto de aquéllos aplicados al proceso reproductivo y cuáles de estas fuentes de ingreso son las decisivas.

Si definimos la categoría de ingreso de esta manera, en función de los objetivos de nuestra investigación, no cabe duda de que una parte puede captarse a través de los instrumentos que se emplean con más frecuencia en la investigación estadística, mientras que la otra solamente podrá obtenerse a través de medios afines con las aproximaciones cualitativas. Obtenidos los datos, podrán ulteriormente analizarse a través de una aproximación estadística o cualitativa.

SOBRE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA Y LA CUALITATIVA

En este apartado se desarrollarán sintéticamente algunos puntos que estuvieron presentes, explícita o implícitamente, en las discu-

⁹ Utilizamos este término reconociendo la dificultad que su uso implica.

siones que sostuvieron los investigadores adscritos a las posiciones estadística o cualitativa en los distintos seminarios que se llevaron a cabo durante el desarrollo del Proyecto, recordando que la mayoría de las investigaciones se produjeron con una orientación estadística. Sería iluso pretender exponer en unas pocas páginas, sistemática y profundamente, la polémica que se ha entablado en torno a estas dos aproximaciones; pero el conjunto de temas que se tocaron y de posiciones que se adoptaron en los seminarios constituye una buena muestra del estado de la discusión que se desarrolla en los ámbitos académicos de América Latina.¹⁰

A partir de esas discusiones, parecería que no hay criterios claros que permitan clasificar de manera inequívoca una investigación como perteneciente a la clase de las cualitativas o de las estadísticas. Ello se debe, en parte, a que los criterios que se emplean no son siempre los mismos ni tal vez los más adecuados. Las clasificaciones más frecuentes se hacen a partir de:

- a) los instrumentos de recopilación;
- b) las técnicas de análisis de la información;
- c) una combinación de *a* y *b*, y
- d) consideraciones derivadas de la información misma (representaciones, percepciones, conocimientos, significaciones, opiniones, etcétera).

Aunque en ocasiones se explicita la óptica con la que se procede a clasificar cuando no aparece claro el punto de corte que separa a uno y otro tipos, suelen surgir complicaciones adicionales.

Desde el punto de vista de los instrumentos de recopilación de información, suele decirse que el uso de cuestionarios, ya sea con preguntas cerradas o abiertas, imprime el sello cuantitativo a la investigación. Por otra parte, las investigaciones cualitativas utilizan la entrevista, la observación participante, la construcción de situaciones sociales paradójicas, etcétera. Este criterio presenta algunas ambigüedades que no permiten establecer una diferencia-

¹⁰ En América Latina, gran parte de esta polémica se maneja en términos de discusiones ideológicas y no en función de proyectos de investigación. Por lo demás, se debe dejar claramente asentado que gran parte de ésta discurre en los seminarios, congresos, pasillos de instituciones, cafés, etcétera, sin que quede registro escrito de los diferentes planteamientos.

ción entre ambas aproximaciones. En primer lugar, no se ve con claridad por qué el poner un conjunto de preguntas sobre un papel (cuestionario) hace que la investigación sea diferente a aquélla que se realiza mediante una entrevista.

Entre los argumentos que avalan la diferenciación, posiblemente el más interesante es el que señala que lo importante no es poner o no por escrito la información, sino la elasticidad del instrumento para producirla y para incluir las "novedades" que surjan en su aplicación. Según esta interpretación, los instrumentos estadísticos tendrían menor elasticidad que los cualitativos. Si bien la aplicación de cuestionarios abiertos puede tener una determinada flexibilidad, lo que no ocurre con los cerrados, no cabe duda de que, sobre todo la observación basada en una larga permanencia en el trabajo de campo, posibilita no sólo modificar el instrumento, no sólo incluir "novedades", sino utilizar la información recabada para producir nueva información. Posiblemente sea por esta característica que puede fundamentarse no sólo la diferenciación sino, sobre todo, la necesidad de complementación.

La aproximación estadística puede establecer generalizaciones a partir de muestras aleatorias, mientras que la investigación cualitativa no puede hacerlo. Al señalar esto no queremos sugerir mayor o menor validez de una respecto de la otra, sino establecer un punto clave de diferenciación, que es en el que se basan más frecuentemente los investigadores que utilizan la aproximación estadística. En América Latina esto aparece muy notoriamente acentuado por los epidemiólogos.

En las aproximaciones cualitativas, la diferenciación está planteada generalmente desde las características de los procesos sociales y su manifestación fenoménica; son estas características las que hacen necesario, por lo menos parcialmente, el uso de técnicas como la observación participante durante un largo lapso de permanencia en el campo donde se estructura la realidad a investigar. Debe reconocerse que una variada serie de problemáticas sólo pueden describirse estratégicamente a partir de técnicas cualitativas de obtención de información. Las estructuraciones culturales, institucionales y subjetivas de los procesos, hacen difícil la obtención de datos a través de estudios estadísticos. Esto no significa que no se obtenga determinado tipo de información, sino que hay

ciertos datos que pueden ser los más estratégicos y que sólo podrán obtenerse mediante técnicas cualitativas.

No es la naturaleza metafísica de la realidad lo determinante de esta situación, sino la existencia de dos procesos complementarios que, dentro de la sociología, fueron tempranamente reconocidos por las orientaciones weberianas y durkheimianas. Por una parte, que la realidad se estructura según cada sociedad y cada grupo, de tal manera que existen esferas prohibidas, privadas, ocultadas, y que dicha realidad opondrá, a través de sus sujetos y grupos, sus concepciones culturales para opacar —o directamente negar— la información que permita observar dichas prohibiciones y privacidades. Por supuesto que hay tipos de prohibiciones y privacidades que pueden ser documentados a través de instrumentos estadísticos, pero hay otros que no; y para determinados problemas ésa es la información estratégica. Por otra parte, todo grupo produce significaciones y sentidos respecto de sus principales problemas que, si bien son parte de la realidad social, no suelen utilizarse en las investigaciones estadísticas que sobre el proceso salud/enfermedad se desarrollan entre nosotros. Por eso, cuando los interaccionistas simbólicos o los fenomenólogos se refieren a procesos de significación que intervienen y estructuran las relaciones, en términos metodológicos están pensando en cómo obtener información que dé cuenta de los procesos de significación.

Reiteramos que lo señalado no supone que las técnicas estadísticas no puedan obtener parte de este tipo de información; la cuestión reside en evaluar cuál será la significación de los datos obtenidos respecto del problema a investigar. Como se ve, nuevamente nos encontramos con que lo sustantivo debe buscarse en el tipo de información a obtener y precisar, y en la calidad estratégica de la misma. Y es en esto, como ya lo hemos señalado, donde no sólo emergen diferencias, sino donde surge —y es lo que reiteradamente consideramos como más importante— la necesidad de complementación entre ambas aproximaciones.

Obtener información sobre el nivel educativo formal de un conjunto de madres puede ofrecer cierto grado de complejidad,¹¹

¹¹ Por supuesto que los procesos de educación formal son contextuales y relativos.

pero la información obtenida con aproximaciones estadísticas suele ser pertinente. Describir las pautas de amamantamiento en términos de frecuencia puede ser más difícil, pero también pueden obtenerse datos confiables a través de dichas técnicas. Sin embargo, establecer el tipo de violencia o las consecuencias de la misma en las relaciones entre cónyuges o entre padres e hijos supone una dificultad mayor. Si además pretendemos diferenciar entre violencia física y psicológica, el problema se complica aún más; y si adicionalmente incluimos algunos tipos de consecuencias, como el infanticidio, las posibilidades de obtener información —y sobre todo de confiar en su validez— a través de técnicas estadísticas, por lo menos en México, se vuelven casi nulas. ¿Cuántos de los accidentes domésticos son consecuencia de la violencia intrafamiliar? ¿Cuántas muertes de niños menores de un año son infanticidios intencionales o funcionales? ¿Cuántas “chupaduras de bruja” son infanticidios? Pretender dar respuesta a estas interrogantes aplicando exclusivamente una visión estadística de recolección puede conducir a producir información de escasa validez.

SOBRE LA POSIBILIDAD DE MEDIR

Respecto a la medición, en primer lugar se debe desechar la idea de que medir implica utilizar el sistema numérico. De hecho, la escala nominal utiliza los números, pero no usa todas las propiedades del sistema de los números reales. La medición en esta escala se limita a utilizar la propiedad de que a números distintos correspondan nombres diferentes, pero los números podrían sustituirse por cualquier otro conjunto de signos, por ejemplo el de las letras, con la desventaja de que contiene un número muy limitado y de que sus combinaciones no son de fácil manejo.

Una de las definiciones de “medición” la conceptualiza como la operación que pone en correspondencia propiedades observables de los objetos con un lenguaje formal que permite realizar operaciones con ellos, tales como clasificarlos, ordenarlos, ponerlos en correspondencia, relacionarlos, etcétera. De todos los lenguajes formales que se pueden usar para medir, hay dos que se utilizan con frecuencia: la aritmética y la lógica. Tal vez aquí se en-

cuentra un buen punto para establecer una diferenciación más entre investigación cualitativa y estadística. La primera usaría el lenguaje de la lógica como lenguaje de medición, en tanto la segunda usaría el de la aritmética. Esta perspectiva permite establecer una relación entre ambos tipos de investigación, ya que la aritmética puede ser referida a la lógica.

La medición proyectada para temas como el trabajo materno y el cuidado infantil, debe partir del reconocimiento de que los problemas susceptibles de investigar, tienen diferente grado de complejidad. Si no reconocemos este punto de partida corremos el peligro de trivializar la realidad. Los diferentes niveles de complejidad deben implicar la producción de propuestas explicativas formuladas con claridad, y dentro de lo posible, con sencillez.

La revisión de la trayectoria del uso de aproximaciones estadísticas y cualitativas permitiría observar con mayor claridad lo que estamos señalando. Si bien muchos desarrollos de la estadística se generaron en su relación con las ciencias naturales —especialmente con la física— hubo, sin embargo, contribuciones importantes que surgieron de los problemas planteados por científicos sociales y por psicólogos, como son los casos del análisis factorial y el análisis de asociación. Además, durante los últimos cuarenta años ha habido una explosión de técnicas nuevas, que aún hoy siguen desarrollándose, especialmente diseñadas para analizar variables nominales, como los modelos loglineales, la regresión logística, las técnicas de clasificación, etcétera.

En el caso de las técnicas cualitativas, prácticamente la totalidad de las mismas ha surgido de las ciencias sociales y antropológicas; algunas de ellas influyeron en particular en el campo de la biología. Suele no reconocerse que el modelo de investigación desarrollado por los etólogos es una adaptación de la técnica de observación, inclusive de observación participante, desarrollada por las ciencias antropológicas y sociales. Suele olvidarse que la concepción de “ecuación personal” relacionada con el principio de Heisenberg es, por lo menos, coetánea de las concepciones desarrolladas por los científicos sociales. Pero además, suele no tomarse en cuenta que uno de los trabajos claves en el desarrollo de la sociología y de la antropología —nos referimos a la producción de Durkheim y en particular a su investigación sobre el suicidio—

combina el uso de las aproximaciones cualitativa y cuantitativa. Por otra parte, y dentro de la sociología —recordemos que no incluimos a la antropología en nuestro análisis—, a partir de fines de los años cuarenta se desarrolla una explosión de estrategias de investigación cualitativa, de las cuales las más “provocadoras” fueron formuladas por los etnometodólogos y los interaccionistas simbólicos. Una gran parte de estas investigaciones se orientaron al proceso salud-enfermedad-atención.¹²

Debe subrayarse que estas aproximaciones se hicieron respecto a problemáticas que hasta entonces no habían sido investigadas, o para las cuales las descripciones y explicaciones no eran satisfactorias.

El examen realizado muestra que la oposición entre ambas aproximaciones es difícil de sostener. En efecto, si el criterio para distinguirlas se localiza en la medición, entendida en los términos señalados, entonces la diferencia no es de esencia sino de grado. Esta complementación puede observarse a través de investigaciones que ejemplificamos a continuación, y que combinan ambas aproximaciones.

El análisis de los datos de una encuesta por muestreo, mediante cuestionario con preguntas tanto abiertas como cerradas, aplicada en hogares de una ciudad mexicana, mostró la presencia de un contingente no despreciable en número, de jóvenes entre 15 y 21 años de edad que no trabajaban ni estudiaban. El modelo estadístico empleado (regresión logística) permitió cuantificar el peso relativo de cada uno de los factores que se postulaban como explicativos del fenómeno; sin embargo, quedaron varias interrogantes abiertas acerca del tipo de relaciones intrafamiliares, que sólo fueron aclaradas una vez que se efectuaron entrevistas abiertas en hogares individualizados a través de los resultados estadísticos.

En una investigación que desde el inicio resolvió utilizar técnicas cualitativas y estadísticas, la aplicación inicial de una encuesta por muestreo a grupos domésticos permitió establecer las características básicas de los grupos domésticos encuestados, y a partir de

¹² Debe recordarse que estos trabajos sociológicos constituyeron, en gran medida, una alternativa a las investigaciones epidemiológicas y administrativas desarrolladas por las instituciones de salud pública.

dichos datos, se pudieron delinear los principales tipos familiares dominantes en el universo estudiado, los cuales fueron ulteriormente trabajados con técnicas cualitativas. El trabajo en profundidad con dichos tipos permitió encontrar explicaciones para la racionalidad que operaba en la selección y el uso de los servicios de salud, que en el nivel estadístico sólo aparecían como instancias descriptivas.

En la medida en que las diferencias entre las investigaciones cualitativas y estadísticas sean planteadas exclusivamente en términos de medición, la oposición entre ambas desaparece, dado que las diferencias son de grado. Cabe preguntarse qué criterios usa el investigador para decidir entre una y otra opción.

Uno de los criterios tiene que ver con los objetivos de la investigación y no sólo con el problema a investigar. Si un estudio busca asegurar el tipo de acción por desarrollar sobre un amplio sector de la población, es muy posible que proponga la necesidad de trabajar con muestras aleatorias que ofrezcan una seguridad comparativa a las recomendaciones. Pero esto no supone concluir que el muestreo estadístico es la única manera de hacer generalizaciones válidas. En efecto, la generalización podría ser válida fuera de los lineamientos del muestreo estadístico en aquellos casos en que se identifiquen situaciones donde el fenómeno se presenta con claridad, en el caso de fenómenos con escasa variabilidad, o en los casos que presenten variabilidad, pero se construyan instrumentos que permitan captarla y hacer generalizaciones.

Posiblemente, en la teoría sociológica el instrumento más utilizado para establecer generalizaciones ha sido el de "tipo". La generalización tipológica a partir de Marx, Weber y Durkheim fue ulteriormente restringida de la sociedad global a campos particulares. Y así, el "modo de producción" o la "sociedad mecánica" fueron reducidos a tipos económicos, tipos familiares, tipos religiosos, como instrumentos de ordenamiento, comparación y desarrollo de procesos a los cuales se aplicaron, por otra parte, técnicas tanto estadísticas como cualitativas. Pero gran parte de la generalización siguió dándose en términos cualitativos.

Indudablemente, en la discusión que sostienen los que de manera excluyente plantean la hegemonía de las aproximaciones cualitativa o estadística, no sólo intervienen consideraciones de

tipo metodológico e institucional sino también teóricas. Desde nuestra perspectiva, la legitimidad de establecer diferencias respecto a la teoría debe analizarse en torno a problemas de investigación específicos. De la discusión precisa de éstos es de donde pueden surgir no sólo las diferentes propuestas teóricas, sino lo que consideramos como más importante para esta discusión: el tipo de información que cada una permite obtener y cómo logran captarla y analizarla.

Entre las corrientes que utilizan preferentemente técnicas cualitativas, el punto de partida más general se refiere a la realidad social como constituida, por lo menos en parte, por los significados y sentidos que producen y manejan los diferentes actores sociales. Más que aceptar o negar *a priori* esta afirmación, la cuestión, a nuestro entender, radica en relacionar esta concepción de la realidad con los proyectos de investigación, y verificar, a través de los mismos, su legitimidad.

Para seguir con la ejemplificación utilizada hasta ahora, lo primero que, por ejemplo, podemos preguntarnos respecto del cuidado infantil, es cuál es la significación que las madres, las futuras madres, los padres y los futuros padres otorgan a sus propias conductas al respecto. Es importante, en principio, conocer dicho significado. ¿Hay relación entre éste y las prácticas reales? ¿La posibilidad de modificar comportamientos hacia el niño dependerá de los significados que otorgan sus familiares al proceso de socialización? Por lo menos una parte de los investigadores reconoce que el significado es parte sustantiva de la realidad llamada "cuidado infantil", y que ésta difícilmente puede ser modificada en ciertos aspectos si no se trabaja con los significados.

Si aceptamos esto, la segunda interrogante se refiere a cómo obtener la información sobre dichos significados. De entrada, sostenemos que una parte podrá obtenerse mediante aproximaciones estadísticas, pero otra sólo podrá conseguirse a través de técnicas cualitativas, como es el caso de la obtención de información sobre el significado que las madres dan al infanticidio, y que algunos técnicamente denominan "descuido selectivo". Las discusiones sobre el uso de ambas aproximaciones, sobre su supuesto antagonismo o complementación, sobre sus capacidades diferenciales de medición, deben ser referidas a problemas específicos y

a las formas más apropiadas de trabajar con ellos. Discutir en términos exclusivamente teorizantes o metodologizantes resulta con mucha frecuencia estéril, si dichas discusiones no son referidas a los problemas por investigar.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Hay tres conceptos básicos de confiabilidad relacionados entre sí. El menos inclusivo y más accesible es el de confiabilidad como sinónimo de estabilidad. Según éste, un instrumento de medición es confiable si su aplicación sucesiva al mismo objeto o sujeto da más o menos el mismo resultado. Este concepto reduce la confiabilidad a la consistencia de la medición.

La segunda concepción supone que toda observación se puede descomponer de la siguiente manera:

$$X_o = X_v + X_e$$

donde X_o es el valor observado, X_v es el valor verdadero y X_e es el error aleatorio o estocástico. La ecuación simboliza la idea de que, al medir repetidamente el mismo atributo de un individuo, los valores observados no serán iguales, ya que en algunas ocasiones el error será positivo y en otras negativo. En este esquema se supone que el instrumento de medición es más confiable cuanto más se aproximen el valor verdadero y el observado, o alternativamente, mientras menor es el error. Este concepto hace equivalente la confiabilidad a la precisión en la medida. Teóricamente, se podría obtener el valor verdadero calculando el valor promedio de infinitas mediciones de la variable.

Si el instrumento de medición es confiable desde el punto de vista de la precisión, también lo será desde el punto de vista de la consistencia. Sin embargo, lo recíproco no es necesariamente cierto, ya que se puede tener una medición consistente con errores sistemáticos. Esta segunda idea de confiabilidad se aplica a cada observación o a cada persona.

La tercera, refiere la confiabilidad a la precisión de mediciones repetidas sobre un conjunto de personas. Según este concepto, el instrumento es confiable si la varianza de los valores verdaderos es pequeña en relación con la varianza de los valores observados, o de

manera equivalente, uno menos la relación entre la varianza de errores y la varianza de las observaciones. Habitualmente, esta relación se expresa a través del coeficiente de confiabilidad:

$$R_x = \text{Var}(X_v) / \text{Var}(X_o) = 1 - [\text{Var}(X_e)] / \text{Var}(X_o)$$

R_x varía entre cero y uno. Si la varianza de error es igual a la varianza total, R_x toma el valor cero; y si es igual a cero, R_x asume el valor 1. Por lo tanto, a mayor valor del coeficiente R_x mayor es la confiabilidad del instrumento de medición.

Esta última idea de confiabilidad incluye a la anterior en tanto se refiere a la aplicación del mismo concepto, pero a un conjunto de individuos en lugar de a uno solo; y por este conducto, contiene también a la primera.

Respecto a la validez, hay tres maneras de conceptualizarla: validez contenido, validez criterio y validez teórica.

La manera más frecuente de conceptualizar la validez es la "validez contenido", que consiste en garantizar que la medición empírica exprese el dominio del concepto (o, dicho en otros términos, que la medición corresponda a lo que se quiere medir).

Para obtener medidas válidas de acuerdo con esto, se deben operacionalizar los conceptos, empezando por su descripción literal para luego distinguir sus dimensiones y subdimensiones hasta concluir en los indicadores empíricos. Los problemas centrales con este tipo de validez radican en:

i) Establecer todas las dimensiones relevantes de conceptos abstractos, y

ii) garantizar que los indicadores utilizados son un subconjunto del universo de indicadores del concepto.

El concepto de "validez criterio" consiste en usar un instrumento para estimar algún parámetro y confrontar la estimación con información externa al instrumento mismo; esta última es denominada criterio. El caso típico es el de seleccionar, de un conjunto de postulantes a un programa docente en ciencias sociales, aquellos que obtuvieron los más altos puntajes en el examen de ingreso. Se supone que los resultados obtenidos son buenos predictores (es decir, que el instrumento es válido) del rendimiento académico. El supuesto puede contrastarse utilizando como

criterio el rendimiento obtenido después de concluido el programa docente.

Si bien este concepto tiene una evidente utilidad en la resolución de problemas específicos, no suele ser de aplicación frecuente en el campo de los estudios sociales.

Por último, la "validez teórica" (validez constructo) postula que la varianza total de la medida se puede descomponer en segmentos que obedecen a la actuación de factores subyacentes. La validez constructo de la medición exige identificar los factores (relaciones entre los indicadores observados) y asignarles un sentido teórico que explique su presencia. Dicho de otra manera, tomando pie en los conceptos que conforman la teoría, se postulan una serie de indicadores cuya relación con los primeros es hipotética. Si se tienen varios indicadores de un mismo concepto, necesariamente deben estar correlacionados. En consecuencia, el conjunto observado de relaciones entre los indicadores permite construir los índices (combinaciones lineales de variables) que miden los conceptos.

Para establecer la validez teórica hay que:

- i) Especificar las relaciones entre los conceptos;
- ii) examinar las relaciones entre las mediciones de los conceptos, e
- iii) interpretar la evidencia empírica para evaluar la validez teórica de la medición.

Esta idea surgió de las ciencias sociales y está específicamente diseñada para abordar la medición de validez en los casos en que hay una distancia grande entre las construcciones conceptuales y las mediciones empíricas.

En la denominada investigación cuantitativa es posible calcular coeficientes de confiabilidad y de validez teórica. Los procedimientos que se emplean son básicamente estadísticos y se apoyan en las ideas del análisis de varianza, del análisis de correlación o bien surgen directamente del análisis factorial. Esto es posible porque en este tipo de investigación el análisis se inicia con la matriz de datos, que contiene en sus columnas un conjunto de variables y en sus renglones las unidades para las cuales se registró la información con un número suficiente de casos caracterizados a través de las variables pertinentes al estudio.

Varios de los conceptos y afirmaciones previas pueden también ser referidos a la aproximación cualitativa; pero dentro de ésta, existe un punto nuclear en el que se centra gran parte de la discusión sobre confiabilidad y validez, planteada por los etnometodólogos y los interaccionistas simbólicos. Nos referimos a la "calidad" de la información obtenida. La calidad se refiere, por una parte, a la posibilidad de establecer, con la mayor seguridad posible, la regularidad o irregularidad de un comportamiento. Es decir, a establecer la constancia de un patrón de conducta, de un ritual de interacción o la consistencia de una representación social y en lo posible determinar su relación con las prácticas. Esta calidad puede obtenerse a partir de la observación continua de un proceso específico. Así, en el caso de investigaciones realizadas en México para observar las estrategias de atención de la salud de niños menores de cinco años, durante cuatro meses se realizaron entre 30 y 40 contactos de dos horas promedio para apreciar la constancia de los comportamientos y de las representaciones, que es donde puede verificarse no sólo el patrón de conducta, sino también las transgresiones; es decir, la estructura del comportamiento dominante. La mayoría de quienes utilizan las aproximaciones cualitativas está preocupada prioritariamente por asegurar dicha calidad y no sólo respecto a los niveles de ingreso o los niveles educativos, sino respecto a, por ejemplo, las prácticas de infanticidio, de degradación en el trato a pacientes o de violencia en las guarderías de niños.

Los comentarios propuestos podrían extenderse, pero consideramos que lo que aquí hemos desarrollado sirve para avalar el supuesto básico de este trabajo: las aproximaciones estadística y cualitativa deben ser pensadas y utilizadas como complementarias y no como antagónicas; y su uso diferencial dependerá del tipo de problema planteado, de los objetivos de la investigación, del tipo de información que se pretenda producir y de las habilidades técnicas de los investigadores.

V. EXPERIENCIA LABORAL Y PATRONES REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA

ALMA GLORIA NÁJERA AHUMADA

ISAURA ORTIZ ÁLVAREZ

PAULINA GROBET VALLARTA

TERESA JÁCOME DEL MORAL

BEATRIZ VÁZQUEZ CUARTO*

RESUMEN

En este artículo se incursiona en la relación entre experiencia laboral y patrones reproductivos, como una manera de aproximarse a la relación entre trabajo femenino y salud infantil, en especial cuando dicha experiencia laboral antecede a la vida reproductiva de la mujer. No se replican relaciones entre fecundidad y salud infantil sino que, suponiendo dichas asociaciones, se incursiona en el estudio de la influencia del trabajo femenino sobre los patrones reproductivos, como posibles factores de riesgo de la salud infantil.

La información muestra que la escolaridad, el lugar y la región de residencia, el grupo generacional de la mujer, así como el grupo social al que pertenece, definen claramente ciertos patrones reproductivos en la población. Además, el haber tenido una experiencia laboral previa al primer hijo, incrementa las diferencias entre la mayor parte de las categorías de cada variable considerada e incluso en el interior de las mismas. Los datos muestran que la experiencia laboral define algunas variantes favorables en los patrones reproductivos de la población, incluso cuando se controlan características asociadas a los mismos. La influencia es más clara en el

* Los autores, afiliados a la Dirección de Investigación, DGPI, SS, agradecen el apoyo en el procesamiento de la información a Enrique Nova Campos y el trabajo mecanográfico de Rosa María Mares Grande y Sonia Díaz Lima.

inicio del proceso reproductivo que en su velocidad, si bien en algunas regiones y en el nivel nacional la influencia en el segundo componente es importante, lo cual confirma la relevancia del análisis en los contextos regionales.

Una de las virtudes del análisis multivariado, además de mostrar la importancia relativa de la experiencia laboral y sus variantes regionales, fue el identificar la forma de construir los patrones reproductivos, a partir de dos periodos básicos: su inicio y la velocidad de lo que ocurre después de dicho momento. Ello se asemeja a lo propuesto por otros autores, pero le añade el tiempo de exposición al riesgo de concebir, lo cual parece depurar el concepto de velocidad reproductiva.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se proponen algunas reflexiones sobre la relación entre la experiencia laboral de la mujer y sus patrones reproductivos, a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 (Enfes).¹ Optamos por desarrollar este análisis en tanto que dichos patrones se saben asociados con la morbilidad infantil. No pretendemos replicar relaciones entre fecundidad y salud infantil sino, suponiendo dichas asociaciones, incursionar en el estudio de la influencia del trabajo femenino previo al primer hijo, sobre diferentes patrones reproductivos como posibles factores de riesgo de la salud infantil.²

La población de estudio seleccionada para nuestro análisis está constituida por las mujeres que alguna vez estuvieron unidas a una pareja y que declararon haber tenido un hijo nacido vivo entre 1982 y la fecha de la Enfes. Si bien recurriremos a un análisis en el nivel nacional, nos interesa profundizar en tres regiones del país,

¹ Para conocer las características generales de la Enfes, puede verse, en esta misma publicación, el artículo "Características de la inserción laboral de mujeres con hijos en edad preescolar".

² La bibliografía señala la importancia de la experiencia laboral, en particular la que antecede a la vida reproductiva (véase Standing, 1983). Seleccionamos este indicador como una aproximación a la exposición de la mujer al mercado laboral antes de iniciar su proceso reproductivo.

dada la riqueza analítica que permite su misma heterogeneidad (véase DGPF, 1988). La restricción en cuanto a la edad de los hijos (menores de cinco años), es consecuencia de que en este grupo de edad es donde parecen presentarse algunos efectos en la salud asociados al trabajo de las mujeres; el criterio del estado conyugal se deriva de que ésta es la población que aporta mayor información para el estudio de los patrones reproductivos.

En la Enfes se incluyó una historia completa de embarazos y una de uso de anticonceptivos para los cinco años previos a la entrevista, lo cual permite detallar los elementos característicos de los patrones reproductivos maternos y de la sobrevivencia de niños y niñas nacidos entre 1982 y 1987. Además, se hicieron referencias específicas al momento de iniciar su historia conyugal y su vida reproductiva, lo cual permite superar, en cierta medida, uno de los obstáculos fundamentales de la relación entre trabajo femenino y fecundidad, a saber: su temporalidad. La revisión bibliográfica nos mostró la necesidad de recurrir a indicadores de participación laboral que recuperen el carácter temporal de la misma, y que la ligen en el tiempo con el comportamiento reproductivo de la población.

REVISIÓN DE ESTUDIOS SIMILARES

La revisión bibliográfica considera dos partes en la relación en estudio: trabajo y fecundidad, y fecundidad y salud infantil, ya que ello permite identificar los indicadores a ser utilizados en la revisión empírica del tema, en especial para el caso de los patrones reproductivos, pues no es unívoca su definición.

Trabajo de la mujer y fecundidad (patrones reproductivos)

Son numerosos los esfuerzos realizados para tratar de entender, a nivel macro, el impacto que sobre la fecundidad tiene la participación de la mujer en la actividad económica. Gran parte de los estudios pioneros realizados partieron del supuesto de que una expansión en la participación de las mujeres en el mercado laboral,

tendería a reducir la fecundidad. Sin embargo, investigaciones recientes han cuestionado la validez general de esta relación inversa, enfatizando la necesidad de profundizar en el tema, pues la relación entre ambas variables es mucho más compleja de lo que originalmente se pensaba (Mason *et al.*, 1971; Piepmeier y Adkins, 1973; Standing, 1978).

Los estudios de Bowen y Finegan (1969) y de Sweet (1973) indican por ejemplo, que las responsabilidades de crianza de las mujeres merman su participación en la fuerza de trabajo. Por su parte, los trabajos de Bumpass y Westoff (1970) y de Ryder y Westoff (1971), muestran que la participación femenina en la actividad económica ayuda a predecir su fecundidad. Otros autores señalan que en vez de continuar con el debate acerca de la dirección de la causalidad de la relación, deben considerarse perspectivas macroeconómicas, así como modelos estadísticos que permitan estimar dicha reciprocidad con mayor detalle (Hawthorn, 1970; Bagozzi y Van Loo, 1978; Easterlin, 1978, entre otros).

Una de las explicaciones predominantes en la bibliografía socio-demográfica es la llamada "hipótesis de la incompatibilidad de roles" (Jaffe y Azumi, 1960; Stycos y Weller, 1967; Weller, 1968). De acuerdo con Mason y Palan (1981), la hipótesis propone que la relación inversa entre el trabajo de la mujer y su fecundidad ocurre cuando los roles de trabajadora y madre entran en conflicto, en situaciones donde las mujeres tienen que decidir entre su participación en actividades productivas y el número de hijos que han de criar. En esta hipótesis se especifica, sin embargo, cómo el nivel del conflicto entre trabajo y fecundidad está determinado básicamente por dos factores institucionales: la organización de la producción y la organización del cuidado infantil. Una relación inversa entre trabajo y fecundidad es factible encontrarla en contextos urbano-industriales, donde la organización de la producción separa el lugar de trabajo del lugar de habitación, y donde el trabajo es organizado en función de los intereses propios del capital, y no de la unidad familiar. En contextos rurales, donde la separación entre unidad de producción y unidad familiar es menor, se esperaría una relación directa.

Como una forma de sintetizar los hallazgos más importantes bajo la perspectiva de la hipótesis de la incompatibilidad de roles,

hemos seleccionado los trabajos de Standing (1978, 1983), ya que este autor ha logrado ordenar el avance del conocimiento teórica, metodológica y empíricamente.³

Standing (1978, 1983) evalúa, a través de dicha hipótesis, la bibliografía sobre el tema, y encuentra que existe consenso acerca de la variación en la dirección de la relación cuando se considera el tipo de trabajo que desempeña la mujer y la clase de cuidado que requiere el infante. Esto es, algunos tipos de trabajo son más compatibles que otros con las actividades que requiere la crianza de los niños. Trabajos de horarios flexibles, o que involucran actividades en o alrededor del hogar, demuestran ser menos incompatibles con el cuidado infantil. Por otra parte, el tipo de relación involucrada en el empleo es considerada como una de las características determinantes de la incompatibilidad entre empleo y maternidad: el trabajo asalariado es más incompatible con el cuidado infantil que los trabajos no asalariados.

La fuerza de la relación inversa entre fecundidad y trabajo, de acuerdo con Standing, también se ve afectada con la intensidad, el tiempo y la calidad del cuidado que requiere el niño. Según él, existen condiciones bajo las cuales la fecundidad afectaría en menor medida las actividades económicas de las mujeres: cuando existe la presencia de parientes cercanos, cuando el costo de las actividades domésticas que requiere el infante es bajo, cuando las necesidades o deseos de escuela o atención paterna o materna del niño son menores, cuando el trabajo de la mujer es realizado básicamente como necesidad económica y no como interés intrínseco o personal, y cuando la mujer tiene la capacidad o el deseo de ajustar su tiempo a otras actividades, particularmente de recreación. El autor hace hincapié en otros aspectos tales como el momento en que se realiza el trabajo, los efectos de las interrupciones en el trabajo por el nacimiento y crianza de los hijos, los efectos de la fecundidad en la discriminación laboral y la sustitución del trabajo de la mujer en el interior del hogar por el de otras personas.

Según Standing, la mayoría de los estudios se han centrado en trabajos de tipo transversal donde se considera la relación entre el

³ En un esfuerzo de síntesis, también están los trabajos de Mertens (1972) y Youssef (1982), así como el estudio comparativo de ONU (1989).

trabajo actual y la fecundidad alcanzada. Sin embargo, estos estudios no han tenido éxito en identificar la dirección de causalidad de la relación. Según el autor, se podrían esperar avances en la identificación de las características de la causalidad en la relación de interés, si se incorporan análisis de tipo longitudinal en los que, por ejemplo, se incluya el impacto de la experiencia laboral premarital o después del matrimonio, pero antes de tener hijos. Estudios pioneros han sugerido que, mientras más fuerte o prolongada sea la experiencia laboral previa al nacimiento de los hijos, mayor será el deseo de estas mujeres de descender su fecundidad o de reducir el tamaño de la familia.

Patrones reproductivos y salud infantil

El presente apartado pretende ofrecer un panorama de los principales hallazgos en la bibliografía sobre el comportamiento reproductivo y la salud infantil. Para tal propósito, nos basamos en documentos que, en nuestra opinión, contienen elementos fundamentales respecto al tema: el primero es una revisión exhaustiva de la bibliografía hasta el momento de su elaboración (Omran, 1981), que abarcó no solamente la relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil, sino otros aspectos de la salud infantil, haciendo referencia a diversos países del mundo; el segundo (Hobcraft, 1988) se basa en el programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad en varios de los llamados países en vías de desarrollo; el tercero es del National Research Council (NRC, 1989) y se centra en las relaciones entre anticoncepción y reproducción, con la referencia a la salud materna e infantil, y el cuarto es un análisis basado en datos de la Enfes (Schlaepfer *et al.*, 1990). La revisión bibliográfica se clasifica temáticamente de acuerdo con los diferentes componentes de los patrones reproductivos propuestos por Hobcraft (1988) y retomados por Schlaepfer *et al.* (1990.)

Edad de la madre

La bibliografía indica que dentro del periodo reproductivo de las mujeres, en los grupos extremos —las menores de 20 y las mayores

de 35 años— se incrementan los riesgos para las madres y para los hijos (Omran, 1981) tanto relativos a la mortalidad neonatal, como a la postneonatal y en la primera infancia (Hobcraft, 1988).⁴

El NRC (1989) asienta que la mayor edad de la madre, por sí sola, no es tan importante para la sobrevivencia del niño, si no se le agrega el hecho de que el niño ocupe un lugar avanzado en el orden de nacimiento; por otra parte, se ha constatado que es mayor el riesgo de muerte infantil por la excesiva juventud de la madre.

El orden de nacimiento

Según resultados de varias investigaciones resumidas por Omran (1981), los riesgos de muerte fetal tardía, neonatal, postneonatal e infantil son relativamente altos para primeros nacimientos, decrecen con el segundo y tercero, aumentan lentamente para el cuarto y el quinto, y se incrementan rápidamente para órdenes de nacimiento más altos. Los resultados de Hobcraft (1988) y los de Schlaepfer *et al.* (1990) apoyan las afirmaciones anteriores; por su parte, el informe del NRC (1989) asienta que la evidencia disponible de muchos países sugiere que los efectos negativos de la primogenitura pueden circunscribirse al primer año de vida.⁵ Esta relación con el orden de nacimiento se vuelve nítida si se agrega otro factor del patrón reproductivo que es la edad de la madre.

⁴ Las explicaciones propuestas se refieren a que entre las adolescentes, el embarazo es fisiológicamente más tensionante; sus sistemas reproductivos no están del todo maduros, y es posible que su crecimiento aún no sea completo, por lo que tienen quizás menos capacidad de tener hijos saludables, y pueden sufrir más traumas durante el parto. Además, son menos aptas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada, y están menos preparadas psicológica y materialmente para cuidar a sus hijos (NRC, 1989). Por otra parte, las madres que están en el periodo final de su etapa reproductiva pueden tener problemas más frecuentes durante el embarazo y el parto, porque ha disminuido la capacidad de sus sistemas reproductivos para soportar la carga de un embarazo.

⁵ El NRC señala que: a) los niños primerizos tienen más riesgo de nacer con bajo peso, ser prematuros y menos saludables por los cambios fisiológicos que tiene la madre, como el crecimiento intrauterino y el trauma en el momento del parto, además de la falta de experiencia en el cuidado y atención del hijo; b) los niños que tienen un lugar avanzado en el orden de gestación pueden tener mayores riesgos de mortalidad y morbilidad por dos razones: por la carga acumulativa de los

Edad de la madre y orden de nacimiento

La combinación de dos componentes es el primer acercamiento al concepto de patrón reproductivo; el análisis del NRC (1989) reporta que los hijos de madres adolescentes y los primogénitos tienen generalmente mayor riesgo de muerte que los niños cuyas madres tienen entre 20 y 34 años, y los que nacen entre el segundo y cuarto lugar en el orden de nacimiento. Hobcraft (1988) asienta que un nacimiento de primer orden de una adolescente tiene un exceso de riesgo de un poco más de 80%, comparado con los órdenes de nacimiento dos y tres. Adicionalmente, reporta que existe un alto riesgo de mortalidad infantil cuando la edad de la madre es alta y se ocupa un lugar avanzado en el orden de nacimiento; sin embargo, él lo atribuye en mayor medida al espaciamiento de los nacimientos. En estudios basados en datos históricos (NRC, 1989) se encuentra una mortalidad infantil más elevada, a causa de la mayor edad materna y del lugar más avanzado en el orden del nacimiento. Sin embargo, también se reportan estudios que no encontraron efectos significativos de estos dos factores juntos.

Intervalo de nacimiento

Existen evidencias acerca de los efectos del espaciamiento de los nacimientos sobre la sobrevivencia y la salud del niño, y son más consistentes que las concernientes a los efectos de la alta paridad y la mayor edad materna. El NRC (1989) señala que estudios basados en muy diversos tipos de datos, tomados de poblaciones cultural y socialmente diversas, han mostrado sistemáticamente una relación negativa entre los intervalos intergenésicos cortos y las posibilidades de sobrevivencia. Hobcraft (1988) concluye que un nacimiento previo, escasamente espaciado, eleva la probabilidad de muerte en la infancia en alrededor de 60 a 70%, y la de antes de los cinco años en cerca de 50 por ciento.

múltiples embarazos anteriores y la lactancia consecuente que merma las reservas nutricionales de la madre y que seguramente conlleva una mala salud para un siguiente embarazo. Además, los que nacen en órdenes avanzados, pueden ser menos saludables por las limitantes en el incremento familiar de recursos como tiempo, vivienda, alimentación y atención.

Omran (1981) menciona que existe una fuerte asociación entre los intervalos cortos y los más altos riesgos de un “producto pobre de embarazo subsecuente”, así como con la mortalidad infantil. Los efectos no están sólo asociados con el intervalo precedente sino con el que le sigue, por lo cual, tanto el niño anterior como el que viene después son afectados; aunque hace la aclaración de que los efectos del intervalo de nacimiento no tienen un significado independiente de aquéllos de la edad y la paridad. Hobcraft (1988) apunta que existe una tendencia a la disminución de intervalos cortos con el aumento en la edad de la madre y menciona que esta asociación se hace fuerte y regular entre los distintos países del estudio. Por sí solo, el intervalo no puede dar cuenta de un cambio dentro de los riesgos de mortalidad; sin embargo, es clara su influencia y más aún cuando se explica unida a otros componentes como la edad y el orden de nacimiento.

Velocidad reproductiva

Este componente es un índice que considera la paridad de la madre de acuerdo con su edad; sin embargo, respecto a los otros tres componentes, es el único del que no se tiene evidencia tan abundante en relación con la salud infantil, además de que es un elemento que sólo se refiere a mujeres cuya edad fluctúa entre 20 y 34 años; quedan fuera las adolescentes y las mayores de 34 años, al parecer porque la velocidad reproductiva no hace mayor diferencia para los riesgos de mortalidad en los distintos periodos analizados, de acuerdo con lo reportado principalmente por Schlaepfer *et al.* (1990.)

Hobcraft (1985) encuentra que los nacimientos “pobremente espaciados” en madres de 20 a 34 años experimentan un exceso considerable de riesgo, que aumenta rápidamente con el incremento del ritmo en la fecundidad previa: el exceso promedio es de 35% para las reproductoras lentas, 71% para el grupo de ritmo medio y 108% para las que quedan dentro del grupo de ritmo acelerado en su fecundidad anterior. Respecto a los nacimientos “bien” espaciados, el autor apreció diferenciales moderados de acuerdo con el ritmo reproductivo anterior; 7% de ventaja en promedio para el grupo lento y de 10 a 13% de exceso para los nacimientos de “reproductoras rápidas”.

Por su parte Schlaepfer *et al.* (1990) encontraron que el riesgo de morir durante el primer año de vida aumenta a medida que la velocidad reproductiva pasa de lenta a media y a rápida; igual que para Hobcraft, son los nacimientos “mal” espaciados los que presentan los diferenciales mayores entre las tres categorías, tanto para la mortalidad fetal tardía como para la neonatal. Es importante mencionar que, aunque el desencadenante final de la mortalidad es puramente biológico, los determinantes primeros del nivel de la mortalidad, en este caso infantil, son fundamentalmente de orden social; sobre esto existe abundante bibliografía (por ejemplo, Nortman, 1974; Bronfman y Tuirán, 1984).

Algunas consideraciones metodológicas

Las diferentes características que componen los patrones reproductivos han sido documentadas en sus posibles interacciones con la sobrevivencia infantil y la morbilidad en los primeros meses de vida. Se ha enfatizado que dichos componentes interactúan, ya que no se presentan de manera independiente; es por ello que autores como Hobcraft han propuesto indicadores que combinen algunos de los componentes individuales, como puede ser la velocidad reproductiva e incluso su combinación con la longitud de los intervalos intergenésicos. En esta línea, lo que Bobadilla *et al.* (1988) y Schlaepfer *et al.* (1990) sugieren, es ampliar un poco más esas combinaciones, pero siguiendo en la misma búsqueda e insistiendo en la necesidad de superar etapas que llegan a calificar como “ingenuas”, en las que se analizan cada uno de los componentes por separado, y en el mejor de los casos, se incluyen algunos otros factores que podrían estar confundiendo las relaciones. Su propuesta considera patrones de reproducción a través del estudio integral de las variables que lo componen.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA LABORAL Y PATRONES REPRODUCTIVOS

Para fines de este apartado, nos interesa indagar algunas variantes que la experiencia laboral de la madre puede dar a los patrones reproductivos. Dicha experiencia se refiere al periodo previo al

nacimiento del primer hijo, cuando se incorpora a un conjunto de variables socioeconómicas y demográficas que se han documentado como asociadas a dichos patrones. El primer análisis se centra en ciertas categorías de variables que componen los patrones reproductivos de la población, y que en un cierto momento pueden favorecer o no la presencia de problemas de morbi-mortalidad entre los menores de edad.⁶

Se pretende revisar inicialmente algunas de las variables socio-demográficas que se suponen asociadas a la sobrevivencia y morbilidad infantil, combinadas con los diferentes elementos de los patrones reproductivos, para desglosar cada una de ellas de acuerdo con un indicador del trabajo de la mujer que puede estar influyendo en perspectivas culturales asociadas a la reproducción. Nuestra inquietud es tratar de arrojar alguna luz sobre la influencia que ejerce la experiencia laboral en la relación ya de por sí documentada. Posteriormente, se incursiona en un análisis multivariado, que retoma componentes de los patrones reproductivos de una manera simultánea.

Análisis descriptivo inicial

El cuadro 1 muestra algunas características de las mujeres que tuvieron al menos un hijo en los últimos cinco años previos a la Enfes. Observamos que la mitad de ellas tienen entre 25 y 34 años de edad y sólo 20% más de 34. Cerca de 45% se unió antes de cumplir 18 años; las dos terceras partes viven en zonas urbanas o metropolitanas, y la mitad de ellas no ha completado la primaria. Siete de cada diez mujeres pertenecen a grupos sociales en los que el sujeto socioeconómico se dedica a una actividad no agrícola.⁷ En lo que se refiere a la población distribuida en tres regiones

⁶ En el análisis multivariado consideramos todas las categorías de las variables dependientes.

⁷ Se divide a la población con labores agrícolas en oposición a las de industria, comercio o servicios; a continuación se dividen estas últimas según su carácter manual o no, y finalmente, dentro de las actividades manuales se separan las de tipo asalariado de las que no lo son (véase Figueroa *et al.*, 1992 para un mayor desglose del procedimiento).

CUADRO 1

Porcentaje de mujeres que trabajaron antes de tener su primer hijo y porcentaje de aquellas que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años, de acuerdo con su experiencia laboral y con algunas variables sociodemográficas

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Distribución porcentual vertical</i>	<i>Porcentaje de las que trabajaron antes del primer hijo</i>	<i>Porcentaje de las que tuvieron un embarazo antes de los 20 años, según experiencia laboral previa al primer hijo</i>		
			<i>Con experiencia</i>	<i>Sin experiencia</i>	<i>Total</i>
Grupos de edad					
15-24	30.3	54.1	68.9	81.3	74.7
25-34	49.4	59.1	37.7	62.4	47.8
35-49	20.3	54.2	33.0	53.1	42.2
Edad a la primera unión					
Antes de los 18	44.6	47.3	94.0	97.3	95.8
18-19	20.4	54.3	46.8	60.6	53.2
20-21	14.6	60.1	3.3	3.4	3.3
22 y más	20.4	75.1	2.1	6.8	3.2
Lugar de residencia					
Rural	34.7	44.9	62.8	68.9	66.1
Urbano	40.3	61.4	43.4	59.1	49.5
Metropolitano	25.0	64.9	33.3	74.3	47.7
Región de residencia ¹					
Noroeste	34.2	70.5	43.3	67.0	50.7
Centro	30.6	47.2	40.3	67.2	54.2
Sureste	35.2	64.7	59.2	68.8	62.3

Nivel de escolaridad					
Sin escolaridad	14.1	50.6	67.2	75.3	71.1
Primaria incompleta	34.7	47.8	62.0	67.2	64.6
Primaria completa	22.8	55.9	39.4	62.1	49.5
Secundaria y más	28.4	71.2	29.2	63.1	39.0
Grupo social					
No agrícola no manual	18.4	71.4	25.8	61.2	35.9
No agrícola manual asalariado	41.3	59.7	44.6	65.4	53.0
No agrícola manual no asalariado	10.6	52.2	55.0	71.1	62.4
Agrícola manual	29.7	45.0	64.0	67.6	66.0
Total	100	56.6	45.8	66.5	54.8

¹ La región noroeste incluye: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Nayarit y Sinaloa.

La región centro incluye: Guanajuato, Querétaro e Hidalgo.

La región sureste incluye: Chiapas, Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

seleccionadas —por su heterogeneidad socioeconómica, demográfica y cultural— para un análisis a profundidad, encontramos que la distribución de las mujeres es casi uniforme.⁸

En el cuadro 1 se observan también los porcentajes de mujeres que trabajaron antes de tener a su primer hijo, a saber: 56.6% del total de la población considerada. Por grupos de edad hay pocas diferencias, si bien el porcentaje es un poco mayor entre las mujeres de 25 a 34 años. Las de zonas metropolitanas presentan niveles más altos de experiencia laboral, así como las de elevada escolaridad (21 puntos por encima de aquéllas sin escolaridad formal). Es más frecuente el trabajo entre las mujeres del grupo social “no agrícola no manual” —el grupo social más favorecido—; además, mientras más tarde se une la mujer es más probable que trabaje antes de tener a su primer hijo; de las que se unieron antes de los 18 años, cerca de la mitad trabajaba antes de tener a su primer hijo, mientras que ello ocurre en las tres cuartas partes de las que se unieron después de los 21 años. Entre las regiones consideradas, el centro presenta el valor más bajo (47.2%), mientras que los niveles son superiores —y seguramente con significados diferentes— en la región de mayor desarrollo socioeconómico, como lo es la del noroeste (70.5%) y la del sureste, la cual presenta los mayores niveles de marginación (64.7%).

Primer embarazo

En las siguientes columnas del cuadro se analiza una categoría que, según indicadores de salud reproductiva, podría considerarse como riesgosa, ya que desde edades tempranas las mujeres están expuestas a un primer embarazo antes de cumplir los 20 años. Se puede observar que la experiencia laboral previa al primer hijo marca importantes diferencias en cuanto a la presencia de esa práctica reproductiva: de la población que no tuvo una experiencia

⁸ Como una forma de caracterizarlas, en el noroeste se observa que una tercera parte de la población reside en localidades rurales, mientras la mitad lo hace en el centro y el sureste; en el noroeste, 10% de la población es analfabeta contra 26% en el centro y el sureste; en la primera región, 75% de la población habita en viviendas con agua entubada, lo que se presenta en 65 y 47% de las viviendas de las regiones centro y sureste, respectivamente (DGPF, 1988).

laboral, 66.5% terminó su primer embarazo antes de los 20 años, contra un valor de 20 puntos porcentuales más bajo en las mujeres con experiencia laboral previa al primer hijo.

Cada una de las variables consideradas como independientes ejerce una cierta influencia sobre el indicador en cuestión: las mujeres de zonas rurales tienden a reproducirse a edades más tempranas; las de baja escolaridad siguen un comportamiento similar con porcentajes ligeramente mayores; las que pertenecen a grupos sociales de actividad agrícola o a grupos no agrícolas manuales no asalariados, también inician su vida reproductiva a edades más jóvenes; en las regiones consideradas, es más alto el porcentaje de primeros embarazos a edades tempranas para el sureste. En cualquiera de las categorías de las variables anteriormente señaladas, cuando existe la experiencia laboral, el porcentaje que se reproduce más joven tiende a disminuir, casi sin importar la categoría ni el nivel que se esté comparando; si bien debe señalarse que hay categorías en donde la experiencia laboral pareciera estar influyendo en menor medida que en otras.

Es mayor la capacidad discriminadora de la experiencia laboral en las categorías de alta escolaridad, zonas metropolitanas y urbanas y en la región más desarrollada económicamente hablando, a saber: el noroeste, donde se observan los menores porcentajes de mujeres con hijos antes de los 20 años. Otra categoría que sigue este comportamiento es la de las mujeres del grupo social más favorecido: el no agrícola dedicado a actividades no manuales. Es decir, no basta la pertenencia a tales grupos aunque sí pesa de manera importante, para que aparezca una tendencia a mayor edad en tener el primer hijo; las mujeres que no cuentan con experiencia laboral muestran un patrón reproductivo "riesgoso" al inicio de su vida reproductiva, muy diferente al del grupo de pertenencia y no tan distante del promedio nacional observado para las mujeres que declararon no trabajar en ese periodo de su vida.

Práctica anticonceptiva

El cuadro 2 explora la experiencia anticonceptiva de la población, así como la velocidad con la que se reproduce. En la primera parte del cuadro encontramos que la experiencia laboral incrementa en

10 puntos porcentuales el nivel de uso de anticonceptivos respecto a las mujeres que declararon no haber tenido un empleo antes de su primer embarazo (75.9 y 66%, respectivamente). Los niveles son muy altos —no menos de 90%— entre las mujeres de zonas metropolitanas, las de alta escolaridad, las que pertenecen a un grupo social no agrícola no manual y las del noroeste. En el extremo opuesto, con valores inferiores a 50%, se encuentran las mujeres de zonas rurales, las “sin escolaridad” y las del sureste, así como las de grupos agrícolas. La experiencia laboral nuevamente marca diferencias, sin importar la categoría de referencia, si bien las variaciones son menores cuando el nivel de uso es mayor; es decir, cuando la práctica anticonceptiva se vuelve más común en una población, el añadir la experiencia laboral no cambia sustancialmente los valores.⁹

Hay casos atípicos en que mujeres sin experiencia laboral previa al primer hijo usan en mayor medida los anticonceptivos que las que sí la tuvieron. Tales casos se dan en la población urbana y entre las mujeres del sureste, sobre los que valdría la pena indagar con mayor detalle, controlando otra serie de variables relacionadas con los temas analizados, además de evaluar la significación de las diferencias observadas. No obstante, la experiencia laboral está asociada, en general, con mayores niveles de uso de anticonceptivos a lo largo de la vida reproductiva de las mujeres y con un inicio más temprano de dicha historia anticonceptiva.¹⁰

⁹ Este indicador no sugiere que alguien que no es parte de la categoría de referencia no esté protegido o que necesariamente presente un riesgo mayor, sino que son elementos que pueden estar asociados —y de hecho así se interpretan— con actitudes que pueden influir o condicionar un mayor cuidado de aspectos reproductivos. Se optó por eliminar del análisis el uso actual de métodos y otras características de la experiencia anticonceptiva ya que, por razones de temporalidad, ello dificulta la posible asociación con la experiencia laboral que pretendía discutirse.

¹⁰ Se intentó un análisis para identificar el uso de anticonceptivos previo al primer hijo, pero el reducido número de casos dificulta el desglose de la información; no obstante, los comportamientos no varían considerablemente. De nuevo, casi sin hacer diferencia, la experiencia laboral incrementa los matices; incluso para mujeres de áreas metropolitanas, el porcentaje de uso antes del primer hijo casi se duplica por el solo hecho de tener experiencia laboral.

Patrones reproductivos de la población

Las siguientes columnas del cuadro 2 muestran dos grupos de población, de acuerdo con un indicador que combina paridad y edad de las mujeres; se escogieron grupos extremos, a saber: una categoría de reproducción que puede poner en riesgo la sobrevivencia de los hijos, la “velocidad reproductiva rápida”; y otra que parece protegerla, la “velocidad reproductiva lenta”.

Como era de esperarse, de acuerdo con el conocimiento que se tiene sobre el tema, las mujeres de zonas rurales, las de baja escolaridad, las de grupos sociales dedicados a actividades agrícolas, las que se unen muy jóvenes y las del sureste presentan las condiciones más desfavorables, como lo muestran los porcentajes más altos en el primer indicador y los más bajos en el segundo. En el caso opuesto se encuentran las situaciones más favorables para la reproducción: se presentan entre las mujeres que residen en zonas metropolitanas, las de mayores niveles de escolaridad, las de grupos sociales dedicados a actividades no agrícolas no manuales, las que se unen más tarde y las del noroeste.

La experiencia laboral previa al primer hijo muestra su influencia en cuanto a que, cuando existe, la categoría “velocidad reproductiva rápida” disminuye y la de “velocidad reproductiva lenta” se incrementa, independientemente de la variable analizada. Ahora bien, para la “velocidad reproductiva rápida” la ausencia de experiencia laboral antes del primer hijo, presenta un valor que casi duplica al de las que sí contaron con experiencia laboral, mientras que la “velocidad reproductiva lenta” presenta un valor 20 puntos porcentuales menor cuando no se cuenta con experiencia laboral.

Los datos analizados muestran que los diferenciales se incrementan al incorporar la experiencia laboral al análisis, con pocas excepciones. Sin embargo, no es posible concluir acerca de la importancia relativa de las diferentes características socioeconómicas y demográficas consideradas, para lo cual es necesario realizar análisis multivariados.

CUADRO 2

Porcentaje de mujeres alguna vez usuarias de anticonceptivos y de mujeres con velocidad reproductiva rápida y lenta, de acuerdo con su experiencia laboral antes del primer hijo y con algunas variables sociodemográficas

<i>Características socioeconómicas y demográficas</i>	<i>Porcentaje de alguna vez usuarias según experiencia laboral antes del primer hijo</i>		<i>Porcentaje de mujeres con velocidad reproductiva rápida según experiencia antes del primer hijo (1)</i>		<i>Porcentaje de mujeres con velocidad reproductiva lenta según experiencia laboral antes del primer hijo (2)</i>	
	<i>Con experiencia</i>	<i>Sin experiencia</i>	<i>Con experiencia</i>	<i>Sin experiencia</i>	<i>Con experiencia</i>	<i>Sin experiencia</i>
Grupos de edad						
15-24	70.8	63.3	(3)	(3)	(3)	(3)
25-34	79.8	70.8	-	-	-	-
35-49	73.0	59.4	-	-	-	-
Edad a la primera unión						
Antes de los 18	68.4	64.6	20.8	27.3	17.7	13.5
18-19	80.9	68.1	6.1	8.9	52.5	36.8
20-21	82.7	68.6	3.0	8.0	73.1	58.7
22 y más	81.1	69.2	0.2	2.6	77.0	56.5
Lugar de residencia						
Rural	51.6	44.0	18.2	25.5	27.1	18.7
Urbano	80.4	84.0	7.6	12.7	52.7	36.3
Metropolitano	92.2	81.5	4.3	11.2	64.7	40.3
Región de resi- dencia						
Noroeste	92.4	93.3	6.9	19.2	53.9	33.8

Centro	74.7	56.9	10.5	20.8	45.7	18.9
Sureste	39.9	46.2	17.3	20.2	37.5	17.8
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	36.9	35.6	20.5	25.5	20.6	13.3
Primaria						
incompleta	64.5	60.7	17.2	24.3	28.1	18.6
Primaria completa	87.0	73.9	5.5	12.9	57.4	43.5
Secundaria y más	92.7	93.1	1.5	3.3	72.0	50.6
Grupo social						
No agrícola no manual	91.4	89.0	2.9	9.0	72.9	45.2
No agrícola manual asalariado	84.4	79.3	7.6	14.0	51.0	35.3
No agrícola manual no asalariado	75.3	68.4	14.8	20.4	41.1	30.2
Agrícola manual	45.6	43.2	17.9	24.8	25.9	18.7
Total	75.9	66.0	9.6	18.0	49.1	29.4

(1) Velocidad reproductiva rápida incluye mujeres entre 20 y 24 años de edad con más de 3 hijos, de 25 a 29 con más de 5 hijos y de 30 a 34 con más de 6 hijos.

(2) Velocidad reproductiva lenta incluye mujeres entre 20 y 24 años de edad con menos de 3 hijos, de 25 a 29 con menos de 4 hijos y de 30 a 34 con menos de 5 hijos.

(3) Se eliminó la variable grupos de edad, ya que la construcción de la velocidad reproductiva incorpora el componente generacional.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

Análisis multivariado

Resulta obligado el tratar de revisar con mayor detenimiento, si existe alguna manera de simplificar o resumir las variables que reflejan la reproducción de la población —como pueden ser los esquemas propuestos por Hobcraft y la modificación de Schlaepfer *et al.* (1990)—, y la función que desempeña, de manera específica, la inserción laboral de la mujer sobre los mismos patrones en discusión. Para este propósito, se planteó un análisis estadístico multivariado en dos etapas: 1) identificar grupos de variables que pudieran ser trabajados como factores utilizando el análisis factorial, y 2) identificar variables o factores que pudieran dar cuenta, en mayor medida, de las variables dependientes previamente definidas recurriendo a la regresión múltiple.

La primera etapa nos permitió constatar que las características de los patrones reproductivos pueden agruparse básicamente en dos factores: el “inicio de la reproducción”, que incluye la edad a la primera unión y la edad al primer hijo, y otro que nombramos “velocidad reproductiva” (siguiendo a Schlaepfer *et al.*) y que considera, además de las variables de paridad y edad propuestas por dichos autores, el tiempo de exposición a partir de la primera unión, lo cual nos parece un avance en la precisión del significado del indicador. Un elemento interesante para los propósitos del artículo fue descubrir que la experiencia laboral, a través de nuestros diferentes indicadores, no se agrupó con otros como para ser incluida en otro factor, lo cual permite utilizarla de manera independiente —sin forzar el análisis— en la etapa de la regresión múltiple.¹¹

¹¹ En el análisis factorial incorporamos la edad de la mujer junto con otras variables continuas que caracterizan los patrones reproductivos, como son la paridad, la edad a la unión, la edad al primer embarazo y el tiempo desde la primera unión; además, incorporamos el diferencial por excelencia del análisis de la fecundidad, a saber: la escolaridad. Posteriormente se hicieron otras corridas con análisis factorial, incorporando variables socioeconómicas tales como experiencia laboral, grupo social, lugar de residencia y tipo de unidad doméstica, y los factores de patrones reproductivos se siguieron manteniendo, a pesar de combinar variables continuas con categóricas (véase Figueroa *et al.*, 1992, para un mayor desglose de los procedimientos seguidos).

Con el fin de incursionar en dos formas de interpretar la posible relevancia de la inserción laboral de la mujer en la definición de los patrones reproductivos, consideramos en una primera instancia, el inicio de la reproducción, la velocidad reproductiva y el uso de anticonceptivos —en tanto variable intermedia de la fecundidad—, incorporando a los modelos de regresión múltiple diferentes variables socioeconómicas, además de la inserción laboral. En una segunda instancia, tomamos el inicio de la reproducción y el uso de anticonceptivos para dar cuenta de la velocidad reproductiva. Este ejercicio lo replicamos en las tres regiones seleccionadas con el fin de identificar las influencias diferenciales que representan las variables, sobre todo debido a que la región, como tal, se definió como un factor en la etapa del análisis factorial. Finalmente, y ya sólo para el nivel nacional, separamos a la población de acuerdo con su experiencia laboral previa al primer hijo, y volvimos a utilizar la regresión múltiple para ver si las variables consideradas tenían pesos similares en la explicación de los patrones reproductivos. A continuación discutimos los principales resultados.¹²

Al tomar como variable dependiente el factor “inicio de la reproducción”, (“inrep”), tanto en el nivel nacional como regional, resultaron significativas (aunque a diferentes niveles) las variables de experiencia laboral y de grupo social (cuadro 3). Puede decirse que en el retraso del inicio del proceso reproductivo es importante que la mujer haya trabajado antes de su primera unión, y que pertenezca a un grupo social en donde prevalezcan buenos niveles de bienestar, como podría ser el caso del grupo no agrícola no manual; el elemento de más peso parece ser la experiencia laboral, excepto en la región centro.

¹² Se corrió un primer modelo para el total nacional y para las regiones noroeste, centro y sureste del país. Con las variables que resultaron significativas en cada caso, se corrió un segundo modelo buscando un mejor ajuste en cada una de las regiones; los comentarios se harán con base en estos últimos modelos.

CUADRO 3
Modelos de regresión múltiple del factor “inrep”¹ para
el total de la población y las regiones noroeste, centro
y sureste de México

<i>Variable</i>	<i>Total</i>		<i>Noroeste</i>		<i>Centro</i>		<i>Sureste</i>	
	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>
Reg1	-.52	-.04*	—	—	—	—	—	—
Reg2	—	—	—	—	—	—	—	—
Secuno1	1.30	.18*	1.47	.23*	1.45	.21*	1.09	.15*
Esc.2	.43	.05**	—	—	—	—	—	—
Esc.3	1.49	.21*	—	—	—	—	2.36	.32*
Lug1	.73	.09*	—	—	—	—	—	—
Grup2	—	—	—	—	—	—	—	—
Grup3	—	—	—	—	1.10	.16*	—	—
Grup4	1.07	.12*	1.32	.18*	2.28	.26*	.97	.11**

¹ Inicio del proceso reproductivo.

* Coeficiente significativo al $p < .01$.

** Coeficiente significativo al $p < .05$.

*** Coeficiente significativo al $p < .10$.

Reg1=noroeste.

Reg2=centro.

Secuno1=Trabajó antes de la primera unión.

Esc2=Primaria incompleta.

Esc3=Primaria completa y más.

Lug1=Urbano.

Grup2=No agrícola manual no asalariado.

Grup3=No agrícola manual asalariado.

Grup4=No agrícola no manual.

Nota: las variables cuyo renglón no tiene datos, no resultaron significativas.

Las otras variables significativas en el nivel nacional, y que no coinciden en todas las regiones consideradas, son la escolaridad (las dos categorías consideradas son significativas: “primaria incompleta” y “primaria completa y más”, pero el grado de significación es más alto en la segunda) y el tamaño del lugar de residencia; los datos muestran que el inicio de la reproducción es más tardío entre las mujeres con mayor escolaridad, y en áreas urbanas.

En la región centro también resultó significativo el grupo no agrícola manual asalariado; es posible que en las otras, las diferencias sean más frecuentes entre los grupos sociales extremos, mientras que en el centro son más agudas las diferencias entre los cuatro grupos considerados.

En el sureste también es significativo el nivel de primaria completa y más, categoría que no aparece en las otras dos regiones. Puede decirse que en el sureste del país, igual que en el centro y el noroeste, es importante la experiencia laboral y el grupo social de pertenencia para retrasar el inicio del proceso reproductivo, pero en esta región es más importante el nivel de escolaridad. Un mayor porcentaje de las mujeres del sureste tiene actividad laboral (44.9%), en relación con las mujeres de las otras regiones (35.1% en el noroeste y 32.3% en el centro), y además, empezaron a trabajar a edades muy tempranas (42% entre los cinco y los 12 años, contra 26.5 y 15.7% en el centro y el noroeste, respectivamente). Dadas estas dos características, es posible que dicha experiencia laboral sea algo cotidiano —combinación regular del trabajo doméstico con otras actividades—, y por lo tanto no influya de la misma manera en el comportamiento reproductivo como pudiera suceder con las otras regiones.

En el siguiente modelo de cada región se consideró como variable dependiente el factor “velocidad reproductiva (verep)”. Las variables significativas en todas las regiones y en el nivel nacional, con diferentes niveles de significación, son las dos categorías de escolaridad (con un mayor nivel en la de primaria completa y más) y la condición de uso de anticonceptivos (cuadro 4). Los signos de los coeficientes indican que a mayor escolaridad menor velocidad y que el uso de anticonceptivos también disminuye la velocidad. La experiencia laboral antes del primer hijo resultó significativa ($p < 0.10$) —excepto en el sureste. Aunque el nivel de significación no es tan alto en las regiones, sí muestra que en el centro, en el noroeste y en el nivel nacional, las mujeres con alguna experiencia laboral previa al primer hijo tienen una menor velocidad en el proceso reproductivo que las mujeres sin experiencia (en el nivel nacional dicho factor parece tener mayor peso). En el nivel nacional, además de las variables ya mencionadas, aparecen como significativas el grupo no agrícola manual asalariado, el grupo no agrícola no manual y el factor “inrep”. Al parecer, la experiencia laboral es más importante en el inicio del proceso reproductivo que en la velocidad de dicho proceso. En la región del sureste es nuevamente la escolaridad la variable que da cuenta, en mayor medida, de la velocidad reproductiva, más allá de la experiencia laboral.

CUADRO 4
Modelos de regresión múltiple del factor "verep"¹
para el total de la población y las regiones noroeste, centro
y sureste de México

Variable	Total		Noroeste		Centro		Sureste	
	B.	Beta	B.	Beta	B.	Beta	B.	Beta
Reg1	—	—	—	—	—	—	—	—
Reg2	—	—	—	—	—	—	—	—
Secero1	-.88	-.08*	-.99	.09***	-1.10	-.10***	—	—
Esc2	-2.72	-.23*	-2.37	.20***	-1.82	-.15**	-2.26	-.20*
Esc3	5.97	-.54*	-6.40	-.58*	-5.39	-.48	-4.66*	-.41*
Lug1	—	—	—	—	—	—	—	—
Grup2	—	—	—	—	—	—	—	—
Grup3	-1.33	-.12*	—	—	2.04	-.18*	—	—
Grup4	-.56	-.04**	—	—	—	—	—	—
Inrep	.17	.11*	.17	.10***	—	—	—	—
Usor	1.90	.15*	1.97	.10**	1.70	.13**	2.21	.20*

¹ Velocidad en el proceso reproductivo.

* Coeficiente significativo al $p < .01$.

** Coeficiente significativo al $p < .05$.

*** Coeficiente significativo al $p < .10$.

Reg1=noroeste.

Reg2=centro.

Secero1=Trabajó antes de tener el primer hijo.

Esc2=Primaria incompleta.

Esc3=Primaria completa y más.

Lug1=Urbano.

Grup2=No agrícola manual no asalariado.

Grup3=No agrícola manual asalariado.

Grup4=No agrícola no manual.

Inrep=Inicio del proceso reproductivo.

Usor=Alguna vez usuaria.

Nota: las variables cuyo renglón no tiene datos, no resultaron significativas.

El último modelo es el que considera como variable dependiente el uso de anticonceptivos (variable "uso") en las mujeres alguna vez usuarias. Las variables significativas en los ámbitos regional y nacional son: el lugar de residencia (el cual registra un mayor uso en las áreas urbanas que en las rurales), el grupo no agrícola manual asalariado y el no agrícola no manual (los cuales presentan mayor uso que el agrícola) (cuadro 5). En el total del país, además de las variables ya mencionadas, la región aparece como significativa. Como ya es sabido, se observa mayor uso en el noroeste que en el sureste;

CUADRO 5
Modelos de regresión múltiple del factor “uso”¹
para el total de la población y las regiones noroeste,
centro y sureste de México

<i>Variable</i>	<i>Total</i>		<i>Noroeste</i>		<i>Centro</i>		<i>Sureste</i>	
	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>	<i>B.</i>	<i>Beta</i>
Reg1	.13	-.09*	—	—	—	—	—	—
Reg2	—	—	—	—	—	—	—	—
Secero1	—	—	—	—	—	—	—	—
Lug1	.18	.19*	.08	.13*	.17	.19*	.35	.34*
Esc2	.18	.19*	—	—	.15	.16**	—	—
Esc3	.27	.32*	—	—	.20	.23*	.17	.16*
Grup2	.14	.10*	—	—	.24	.19*	—	—
Grup3	.19	.22	.08	.14**	.20	.23*	.28	.25*
Grup4	.18	.17*	.07	.11***	.23	.20*	.15	.13**

¹ Alguna vez usuaria.

* Coeficiente significativo al p.01.

** Coeficiente significativo al p.05.

*** Coeficiente significativo al p.10.

Reg1=noroeste.

Reg2=centro.

Secero1=Trabajó antes de tener el primer hijo.

Esc2=Primaria incompleta.

Esc3=Primaria completa y más.

Lug1=Urbano.

Grup2=No agrícola manual no asalariado.

Grup3=No agrícola manual asalariado.

Grup4=No agrícola no manual.

Nota: las variables cuyo renglón no tiene datos, no resultaron significativas.

sin embargo, pareciera que no hay diferencias notables de uso entre esta última región y la del centro. También es significativa la escolaridad en las dos categorías analizadas y en el grupo no agrícola manual no asalariado. Es posible que en esta variable intermedia sea más clara la influencia de otras: se puede observar que las mujeres sin escolaridad, las del sureste, las de áreas rurales y las pertenecientes al grupo agrícola, son las que no usan métodos anticonceptivos; y que el grupo de eventuales usuarias se asocia, en términos generales, con variables que pueden relacionarse con mejores niveles de vida.

La situación del centro es similar a la del nivel nacional en cuanto a determinantes del uso de anticonceptivos; en el noroeste

y el sureste la situación es muy parecida, sólo que en la primera región no resulta significativa la escolaridad —posiblemente por los altos porcentajes de uso registrados—, mientras que en el sureste sí lo es (primaria completa y más). Es importante mencionar que, en este último modelo, no resultó significativa la experiencia laboral de la mujer en ninguna de las regiones.

Considerando que el interés de este artículo es el papel del trabajo femenino, se intentó profundizar en las variables explicativas del proceso reproductivo, incorporando como factor de división entre grupos la experiencia laboral previa al primer hijo. En este sentido, se corrieron modelos de regresión para dos grupos: el de las mujeres que trabajaron antes de su primer hijo y el de las que no lo hicieron. Tales modelos de regresión son semejantes a los anteriores, con todas las variables originales, sin excluir las que no resultaron significativas.

Para la primera variable dependiente “inrep”, los resultados presentan pequeñas variantes: la escolaridad y el grupo social (no agrícola no manual) aparecen como significativas en ambos grupos, mientras que el lugar y la región de residencia parecieran tener mayor poder discriminador entre las mujeres con experiencia laboral (cuadro 6). Es muy probable que las mujeres con alguna experiencia laboral tengan un nivel de escolaridad mayor que aquéllas sin este tipo de experiencia; por lo que entre estas últimas, el tener al menos primaria incompleta marca diferencias respecto al no tener escolaridad, mientras que entre las primeras no hay diferencias entre esos dos niveles, y sí es importante tener la primaria completa o más para que se observen diferencias relativas al inicio del proceso reproductivo.

Los modelos de las variables “verep” y “uso” no muestran diferencias entre los grupos de mujeres considerados; incluso para “uso” son significativas en ambos grupos casi todas las variables, con iguales niveles de significación.¹³ Para la variable “verep” vuelven a aparecer como relevantes el inicio del proceso reproductivo y el uso de anticonceptivos (cuadro 6).

Estos datos muestran otra vez lo señalado a lo largo de la discusión, en cuanto a que la experiencia laboral aparece como

¹³ Por razones de espacio se optó por no incluir el cuadro correspondiente.

CUADRO 6
Modelos de regresión múltiple del factor “inrep” y “verep”¹
para el total del país, por condición laboral

Variable	Inrep				Verep			
	Trabajó antes del primer hijo				Trabajó antes del primer hijo			
	Sí		No		Sí		No	
	B.	Beta	B.	Beta	B.	Beta	B.	Beta
Reg1	-.62	-.05**	-.35	-.03	.23	.01	.76	.03
Reg2	-.05	.00	.19	.02	-.30	-.02	.24	.01
Lug1	.92	.10*	.45	.07**	.10	.01	.00	.00
Esc.2	.19	.02	.62	.10**	-2.71	-.24*	-2.68	-.22*
Esc.3	1.90	.25*	.77	.12*	-5.58	-.54*	-6.4	-.54*
Grup2	-.11	-.01	-.36	-.03	.33	.02	-.35	-.02
Grup3	.25	.03	.32	.05	-1.09	-.11*	-1.60	-.13*
Grup4	1.29	.15*	.89	.10*	-.41	-.04	-.78	-.04
Inrep	(—	—	—	—)	.16	.12*	.16	.08*
Usor	(—	—	—	—)	1.73	.14*	1.98	.15*

¹ Inrep= Inicio del proceso reproductivo.

Verep= Velocidad en el proceso reproductivo.

() No procede.

* Coeficiente significativo al $p < .01$.

** Coeficiente significativo al $p < .05$.

*** Coeficiente significativo al $p < .10$.

Reg1=noroeste.

Reg2=centro.

Lug1=Urbano.

Esc2=Primaria incompleta.

Esc3=Primaria completa y más.

Grup2=No agrícola manual no asalariado.

Grup3=No agrícola manual asalariado.

Grup4=No agrícola no manual.

Inrep=Inicio del proceso reproductivo.

Usor=Alguna vez usuario.

más importante en el inicio del proceso reproductivo (nacional y regionalmente) que en la velocidad del mismo, si bien en el nivel nacional su peso es significativo, por lo menos con las mediciones incorporadas hasta este momento. Si se contara con una historia laboral completa, sería factible indagar efectos específicos de eventos laborales paralelos a los correspondientes al proceso reproductivo en estudio.

CONCLUSIONES

En este artículo se incursiona en la relación entre experiencia laboral y patrones reproductivos, como una manera de aproximarse a la relación entre trabajo femenino y salud infantil, en especial cuando dicha experiencia laboral antecede a la vida reproductiva de la mujer.

La información muestra que variables como la escolaridad, el lugar de residencia, el grupo generacional de la mujer, así como el grupo social al cual pertenece, definen claramente ciertos patrones reproductivos en la población; a ello debe añadirse un componente fundamental del análisis, a saber: la contextualización a través de las regiones de residencia. Un dato relevante es que el haber tenido una experiencia laboral previa al primer hijo —independientemente de que ésta haya sucedido antes de la unión o entre la unión y el primer hijo—, incrementa las diferencias entre la mayor parte de las categorías de cada variable considerada e incluso en el interior de las mismas, lo cual concuerda con nuestro supuesto en el sentido de que la experiencia laboral marcaría algunas variantes en los indicadores de reproducción, y por ende, de salud.

Los datos muestran que la experiencia laboral define algunas variantes favorables en los patrones reproductivos de la población, incluso cuando se controlan características que se saben asociadas a los mismos. Ahora bien, la influencia es más clara en el inicio del proceso reproductivo que en la velocidad del mismo; lo cual no impide que en algunas de las regiones o en el nivel nacional las influencias en el segundo componente sean importantes. Esto confirma nuevamente la importancia del análisis en el nivel de contextos regionales: la variación en la posible explicación de la región del sureste confirma la necesidad de recurrir a análisis regionales más especializados.

Otro aspecto relevante es que al separar a la población de acuerdo con su experiencia laboral y analizar las influencias sobre los componentes de los patrones reproductivos, se observa que las variables que influyen no siempre son las mismas, en especial para el caso del inicio del proceso reproductivo. La escolaridad, por ejemplo, tiene un significado y una importancia diferencial —esta-

dísticamente hablando— entre las mujeres sin experiencia laboral y las que sí la tienen.

Es posible identificar, entre las virtudes de este análisis multivariado, la importancia relativa de la experiencia laboral previa al inicio de la vida reproductiva, además de identificar la forma de construir los patrones reproductivos, a partir de dos periodos básicos: su inicio y la velocidad de lo que ocurre después de dicho momento. Ello se asemeja a lo propuesto por Schlaepfer *et al.* (1990), pero le añade al indicador el tiempo de exposición al riesgo de concebir, lo cual parece depurar el concepto de velocidad reproductiva, que como vimos en el análisis inicial, presenta condiciones más favorables entre las mujeres de alta escolaridad, áreas metropolitanas, grupos sociales no manuales, asalariados y las que residen en el noroeste del país. Los diferenciales tienden a incrementarse al incorporar la experiencia laboral previa al primer hijo; el análisis confirmó los matices que le ofrece el componente regional.

Los resultados muestran que, como era de esperarse, la situación en relación con el comportamiento reproductivo de las mujeres no es homogénea en el país. Las condiciones socioeconómicas de las tres regiones consideradas se reflejan en las diferencias mencionadas respecto al comportamiento reproductivo; sin embargo, no debe dejarse de lado la posibilidad de que estén influyendo cuestiones de tipo cultural, sobre las cuales habría que seguir incursionando; en particular, en regiones como el sureste, donde la experiencia laboral pareciera tener un sentido distinto al observado en el contexto nacional y en las otras dos regiones consideradas en el análisis.

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA INSERCIÓN LABORAL DE MUJERES CON HIJOS EN EDAD PREESCOLAR

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA

PAULINA GROBET VALLARTA

ALMA GLORIA NÁJERA AHUMADA

ISAURA ORTIZ ÁLVAREZ *

RESUMEN

Se documenta la magnitud y el tipo de inserción laboral de las mujeres con hijos menores de cinco años de edad. Se muestran relaciones entre dicha inserción laboral y la paridad de la mujer, la edad de su último hijo, la generación a la que pertenece y su nivel de escolaridad. Se incorpora el tipo de actividad económica en el que trabaja, el cuidado alternativo al que recurre para sus hijos y el tipo de unidad doméstica en el que vive. Se analizan las razones por las cuales ingresa y sale del mercado laboral en algunos momentos de su vida conyugal y reproductiva.

Los datos confirman que la participación laboral femenina se ha incrementado en los últimos años. Se observan tasas de actividad mayores cuanto menor sea el número de hijos y el último hijo vaya creciendo. Cuando se controla la paridad y la edad del hijo menor, la participación laboral estará asociada más a dichos factores que a la propia edad de la madre. Las mujeres con hijos pequeños o con más hijos se insertan en mayor medida en actividades agrícolas. Aquéllas que participan en otras ramas de actividad, conforme se incrementa la edad y el número de hijos, tienden a dedicarse en mayor medida a labores manuales no asalariadas.

* Los autores, afiliados a la Dirección de Investigación, DGPF, SS, agradecen el apoyo en el procesamiento de la información a Enrique Nova Campos y el trabajo mecanográfico de Rosa María Mares Grande y Sonia Díaz Lima.

Al incrementarse la edad y el número de los hijos, las opciones de cuidado alternativo son usadas en menor medida, independientemente de la actividad a la que se dedique la mujer.

La pertenencia a unidades domésticas de tipo no nuclear facilita la participación económica de las mujeres. Aquellas madres que cuentan con apoyo familiar dentro del hogar tienen mayor participación en alguna actividad económica, aunque existe un límite impuesto por el número de hijos.

Razones como apoyo económico a terceras personas y al esposo son más frecuentes que las preferencias personales en las respuestas de las mujeres entrevistadas; razones fundamentales para entender por qué la mujer no esté adentro o tenga que retirarse del mercado laboral, son la oposición del esposo y la necesidad de cuidar a los hijos.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de las mujeres en edad reproductiva, tanto en países industrializados como en desarrollo, enfrenta alguna vez en su vida la necesidad de combinar actividades remuneradas con aquellas relacionadas con la crianza infantil. Aun durante el primer año de vida de los hijos, el trabajo remunerado se ha convertido en una de las principales estrategias económicas de las madres provenientes de diferentes sectores sociales: con él se sustituye o complementa el ingreso del jefe del hogar y de otros miembros de la unidad familiar.

El objetivo del presente artículo es documentar la magnitud y el tipo de inserción laboral de las mujeres con hijos en edad preescolar, esto es, hasta los cinco años de edad. Existe interés por centrarse en esta población, ya que la bibliografía señala el riesgo en que podrían estar los pequeños por el hecho de no contar con el cuidado directo de sus madres, bajo el supuesto de que son las responsables del cuidado infantil.¹ A la vez, la crisis económica de las últimas décadas ha contribuido a que las mujeres con hijos

¹ Entendemos por cuidado infantil al proceso por el cual se atienden las necesidades básicas del niño, en cuanto a casa, comida, ropa y salud, comprendida esta última en su sentido más amplio, como bienestar físico, emocional y cognitivo.

“tengan que salir a trabajar”, precisamente para asegurar ciertas condiciones mínimas de los primeros. Esta aparente contradicción obliga a incursionar de una manera sistemática en el conocimiento de la inserción laboral de esta población.

Se utiliza como principal fuente de información la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) de 1987 (DGPF, 1989), y se complementa con la de Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (Edepam) de 1988. El artículo propone una revisión inicial de algunos estudios relacionados con la inserción laboral de la mujer, con especial énfasis en el papel de la estructura familiar como condicionante de dicha inserción. Posteriormente se analizan, con base en datos de la Enfes, algunas características de la inserción laboral a partir de variables documentadas en la bibliografía como relacionadas con el fenómeno de estudio. Finalmente, se recurre a la Edepam, ya que permite un análisis de la participación laboral de las mujeres, a través de su propia interpretación de algunas “entradas y salidas” al mercado laboral.²

La Enfes es una encuesta que tuvo por objetivo analizar el comportamiento reproductivo de la población dentro de un contexto demográfico y de salud. Se realizó entre febrero y mayo de 1987, y cubrió a 9 310 mujeres en edad fértil de las nueve regiones en las que se dividió al país (véase DGPF, 1989). La Edepam, por otra parte, constituye un seguimiento a las 1 481 mujeres alguna vez unidas que se entrevistaron durante la Enfes en tres regiones del país (ver DGPF, 1988).

En la Enfes se cuidó de manera especial la caracterización socioeconómica de la población, a fin de clasificarla de acuerdo con su grupo social de pertenencia. Dentro de esta caracterización, se indagó la condición de actividad de la mujer en función del objeto de estudio principal de la investigación: el comportamiento reproductivo. Esto quiere decir que no se indagó simplemente la participación laboral al momento de la entrevista, sino que se hicieron referencias específicas al inicio de la historia conyugal y la vida reproductiva, además de preguntar por apoyos específicos a los que la mujer recurre mientras trabaja.

² Esta encuesta constituye un seguimiento de las mujeres alguna vez unidas, entrevistadas durante la Enfes en tres regiones del país (véase DGPF, 1988).

En el caso de la Edepam, se privilegia la indagación alrededor de las circunstancias asociadas al ingreso o abandono del mercado laboral, en los mismos momentos para los que se preguntó en la Enfes: antes de la primera unión, antes del primer hijo y al momento de la entrevista. Se puede afirmar que la Enfes privilegió la medición de algunos fenómenos, mientras que la Edepam incurrió en las razones declaradas por la misma población para dar cuenta de los temas de interés en la investigación.

REVISIÓN DE ALGUNOS ESTUDIOS SIMILARES

Los estudios sobre la mujer están estrechamente relacionados con la investigación sobre la familia; sin embargo, se reconoce la importancia que tiene el hecho de que la vida de las mujeres está, cada vez más, modelada no sólo por la posición que ellas ocupan como esposas o madres, sino también como estudiantes o trabajadoras; esto es, el matrimonio y la crianza de los hijos se combinan con actividades económicamente productivas, tanto en el mercado de bienes como en el de servicios.

Antecedentes de la inserción laboral de las mujeres

Estudios cuyo énfasis ha sido el análisis de las tendencias de la participación femenina en la actividad económica, indican que las transformaciones que el país ha experimentado a lo largo de los últimos cuarenta años, constituyen factores de suma importancia para entender la creciente incorporación de las mujeres en el mercado laboral. De hecho, se menciona la caída de los salarios reales como un elemento fundamental, que acrecienta la participación de mujeres y menores en la actividad económica (González de la Rocha, 1987; de Oliveira y de Barbieri, 1989; García y De Oliveira, 1990; Tuirán, 1992). García y De Oliveira (1990), apuntan que factores tradicionalmente inhibidores del trabajo femenino (como estar casadas y tener hijos en edad preescolar) han dejado de operar con la misma intensidad que en el pasado reciente.

En la bibliografía sobre el tema, existe consenso en la identificación de al menos tres etapas en el proceso de desarrollo mexica-

no que conllevan, a la vez, transformaciones del mercado laboral claramente diferenciadas, a saber:

a) La etapa del “desarrollo estabilizador” o de crecimiento económico con estabilidad de precios —desde principios de la década de los cincuenta hasta finales de los años sesenta—, que trajo consigo un rápido crecimiento del sector industrial y de las ramas del sector terciario más estrechamente vinculadas al proceso de industrialización;

b) la etapa del “desarrollo compartido” y el “boom” petrolero, que se caracteriza por grandes transformaciones de carácter social y demográfico, así como por fluctuaciones bruscas en la actividad económica (severa recesión en el periodo 1975-1977, y repunte petrolero hacia finales de la década), y

c) la profunda crisis económica de los años ochenta, que obliga al Estado a llevar a cabo programas de ajuste, estabilización y reforma estructural.

Diversos analistas sostienen que en el contexto de la crisis y reestructuración económicas de la década de los ochenta, se acentuaron en el mercado laboral cuatro fenómenos estrechamente vinculados entre sí:

a) El sector secundario pierde dinamismo y se produce una marcada desaceleración en su capacidad de absorción de mano de obra;

b) se profundiza la tendencia a la terciarización del empleo (Rendón y Salas, 1991);

c) se estanca el proceso de salarización de la fuerza de trabajo (García, 1988, Rendón y Salas, 1990), y

d) se acentúa la tendencia a una mayor precarización de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, como consecuencia de la implantación de una política de reducción sistemática del pago a la mano de obra (Tuirán, 1992).

En los últimos años, numerosos trabajos han sido elaborados con el fin de documentar las transformaciones que ha experimentado la economía mexicana desde los años cincuenta, así como el impacto que tuvieron sobre el mercado de trabajo. El análisis de los niveles, tendencias y características de la participación femenina en la actividad económica —objetivo de este artículo—, brinda la

oportunidad de explorar una de las múltiples ramificaciones del desarrollo económico del México contemporáneo.

Aproximación al estudio de la inserción laboral de las mujeres

A pesar de que las labores que las mujeres desempeñan en la actividad económica pueden ser tan importantes como las del ámbito doméstico para asegurar el bienestar infantil, las investigaciones realizadas para analizar esta interacción han generado resultados con un grado considerable de variación, la cual depende, entre otras razones, de las características del trabajo materno que se consideren, los indicadores que se usan para definir bienestar infantil y los marcos teóricos y metodológicos establecidos (Leslie y Buvinic, 1989). No obstante, en muchos estudios se privilegia la unidad doméstica como uno de los factores que pueden poner en riesgo la salud de los niños, y como elemento que favorece o inhibe que la mujer trabaje con determinadas características en su inserción laboral.³

La mayor parte de los estudios que se han realizado sobre unidad doméstica han enfatizado su carácter de núcleo de reproducción demográfica, de reproducción social y centro de decisiones —ya sea racionales o no— para las estrategias de sobrevivencia del grupo familiar (Lerner y Quesnel, 1982; González de la Rocha, 1990; García *et al.*, 1982; Margulis y Tuirán, 1986, y Echarri, 1993). Estas funciones están estrechamente vinculadas con los condicionantes de la participación femenina en el mercado laboral y con la salud de los niños; lo cual se ha confirmado, además, mediante el examen de otros estudios sobre mortalidad infantil, perinatal y salud de los niños en general, en los que, si bien la unidad doméstica no ha sido la unidad de análisis, se han incorporado elementos de ella como factores que dan cuenta del comportamiento de la

³ Para fines de este artículo, la referencia a la unidad doméstica se centra en la estructura de parentesco de los miembros de la misma; además, se usa el término *unidad doméstica* como sinónimo de *estructura familiar*. Se reconoce que la presencia de ciertos miembros del hogar contribuye potencialmente al cuidado de los menores en edad preescolar, a la vez que a definir estrategias de sobrevivencia, las cuales incluyen de manera importante la inserción laboral de la mujer.

salud de los niños, medida a través de distintos indicadores en diversos contextos socioeconómicos y demográficos (Hobcraft, 1988; Aparicio *et al.*, 1989; Bobadilla, 1990).

Sin embargo, se ha realizado escasa investigación empírica para entender la forma en que las unidades domésticas actúan como agentes sociales activos, y por esta vía, reconceptualizar el problema de la inserción de las unidades domésticas en el sistema socioeconómico total. Durante los años setenta, parte de la bibliografía sociológica enfatizó la dimensión de las estructuras y de la inevitabilidad de las leyes, tendencias y fuerzas sociales que trabajan "a espaldas" de los agentes sociales. Estas estructuras y procesos sociales fueron conceptualizados al margen de las acciones e intenciones de los actores. Cabe notar, sin embargo, que científicos sociales como Giddens (1984), Bourdieu (1986) y Kula (1986) han cuestionado severamente los enfoques en los que las estructuras sociales aparecen como estructuras "mitificadas", con una importancia mayor a la que realmente tienen.

En América Latina el debate anterior ha permeado los estudios de población en general, y en particular aquellos análisis que atañen a la familia. Varios autores han cuestionado la concepción estereotipada de las unidades domésticas como agentes pasivos en el proceso de expansión capitalista en nuestra sociedad. La reconceptualización de la unidad doméstica que aquí se propone apunta hacia una renovada discusión de las intermediaciones entre lo macro y lo micro (véase Appendini *et al.*, 1972; Arizpe, 1983; Lerner y Quesnel, 1986; Tuirán, 1986).

Puede afirmarse que las mujeres utilizan una gran diversidad de recursos y arreglos para combinar el tipo de trabajo que desempeñan y el cuidado de los hijos. A pesar de ello, lo que se ha desarrollado en esta línea de investigación supone generalmente la existencia de incompatibilidad entre el trabajo de la mujer en el mercado laboral y las actividades reproductivas y la crianza infantil (véase los trabajos de Stolzenberg y Waite, 1984; Presser, 1984, 1986; Presser y Baldwin, 1980; Darian, 1975). Así, por ejemplo, Joeke (1989) encontró que en algunos países en desarrollo, donde no existen opciones alternativas para el cuidado infantil, la madre se ve imposibilitada para trabajar; acepta empleos con remuneraciones muy bajas, pero que permitan combinar el cuidado de sus hijos con

su trabajo; o simplemente se generan situaciones extremas donde los niños no están atendidos por nadie mientras la madre trabaja. Además, se observa que la disponibilidad de cuidado infantil dentro del hogar está en función del tamaño y composición de la unidad familiar: las posibilidades de que la madre tenga un empleo fuera del hogar, y de que los hijos pequeños sean cuidados por alguien más, son mayores si las unidades domésticas son de tipo extenso, particularmente cuando contienen parientes del sexo femenino.

Debido al hecho de que en nuestros países la mujer no sólo se enfrenta cada vez más a la necesidad de complementar el ingreso del marido, sino de sustituir el trabajo de éste por el propio, Brachet (véase su trabajo incluido como tercer capítulo en este mismo libro), sugiere considerar el hogar y las redes de apoyo que lo rodean, como una importante y compleja mezcla de recursos que se utilizan conjuntamente para asegurar diferentes resultados, dentro de los cuales la salud infantil es sólo uno.

ELEMENTOS DE LA INSERCIÓN LABORAL: UNA VISIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Es indudable que los años setenta y principios de los ochenta en México, estuvieron marcados por cambios fundamentales en el empleo femenino; sus tasas de participación se incrementaron en más de 50% durante los setenta, mientras que las masculinas crecieron menos de 10%. Como lo documentan De Oliveira y García (1989, 1990), hasta principios de los setenta en el país el panorama mostraba que sólo las mujeres jóvenes, solteras y sin hijos trabajaban fuera de casa; sin embargo, de 1976 en adelante, se observa cómo las del grupo de edad de 25 a 44 años son las que más han incrementado su participación. Las mujeres unidas presentan un aumento significativo (62%), y aun cuando las tasas de participación de las mujeres con hijos permanecen por debajo de las de aquéllas sin hijos, entre las primeras también se observan importantes aumentos. De hecho, el incremento de la participación laboral de las mujeres de 20 a 49 años en el periodo 1976-1982, se produjo en México entre aquéllas con mediana escolaridad (secundaria completa), mientras que en los años de recesión económica

(1982-1987), los mayores incrementos se encontraron entre las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta (De Oliveira y García, 1989, 1990b).

Por su parte, con información del cuestionario de hogar de la Encuesta Nacional Demográfica (END) y de la Enfes, Tuirán (1992) observa que en los hogares del país el índice de utilización de la fuerza de trabajo femenina mayor de 17 años se incrementó considerablemente entre 1982 y 1987, y en menor medida entre las adolescentes y menores.

Por tanto, para tratar de incursionar en el entendimiento de la creciente presencia de las mujeres en los mercados de trabajo, se deben considerar al menos dos niveles de análisis distintos: en el nivel macroestructural, el análisis debe incluir la vinculación que ha tenido el país en los últimos años con el proceso de “modernización”, concretamente relacionada con “el proceso creciente de urbanización, la elevada migración rural-urbana con predominio de flujos femeninos, la expansión y diversificación del terciario, la ampliación y reestructuración de la planta industrial y el incremento en los niveles educativos de la población” (De Oliveira, 1989:36).

En el nivel de las prácticas sociales (individual, familiar y colectiva), aparecen las acciones emprendidas por las unidades domésticas de distintos estratos, como respuesta a la contracción generalizada de los ingresos promedio por hogar. En la bibliografía sociodemográfica se ha argumentado que las unidades domésticas —de acuerdo con su tamaño, estructura y composición (por edad, sexo, escolaridad y estado civil)— tienden a ajustar sus estrategias de vida para hacer frente a fenómenos tales como el desempleo, la caída de los salarios y el ingreso familiar. Por ello, a las estrategias familiares se les ha asignado el potencial para reducir o contrarrestar el deterioro en los niveles de bienestar. Con este fin, los hogares utilizan los recursos humanos disponibles, varones o mujeres, ubicados en diferentes etapas del ciclo de vida.

Inserción laboral de las madres trabajadoras

El análisis que a continuación se realiza tiene por objeto esbozar un panorama general de la participación, en la actividad económi-

ca, de las mujeres que alguna vez estuvieron unidas a una pareja (unidas, casadas, divorciadas y separadas), situadas entre los 15 y los 49 años de edad, que se encontraban trabajando en el momento de realizar la Enfes o en los doce meses previos a ésta, y que tienen hijos en edad preescolar.⁴

De las mujeres entre 15 y 49 años de edad con alguna experiencia marital en nuestro país, 36.6% trabajaba al momento de la Enfes o durante los 12 meses previos al levantamiento. El nivel de participación de estas mujeres se incrementa conforme se transita del grupo de edad de 15 a 24 al de 25 a 34, mientras que el nivel en el grupo de edad 35 a 49 es sólo ligeramente superior al del grupo de edad anterior: de 21.8% crece a 36.3 y 37.3%, respectivamente (cuadro 1).

CUADRO 1

Tasas específicas de participación económica por grupos de edad de la mujer, según paridad y edad del último hijo*

<i>Paridad y edad del último hijo nacido vivo</i>	<i>Grupos de edad de la mujer</i>		
	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>
<i>Nacional</i>	21.8	36.3	37.3
<i>Paridad</i>			
sin hijos	26.6	53.5	63.7 (a)
con 1 hijo	23.7	45.3	60.7
con 2 o 3	19.8	36.5	44.6
con 4 o más	9.5 (b)	31.6	32.3
<i>Edad último hijo nacido vivo</i>			
menos de 12 meses	1.69	25.1	28.9
13 a 60 meses	23.2	33.3	40.3
61 meses o más	36.9 (b)	49.9	36.0

* Incluye mujeres alguna vez unidas que trabajaban al momento de la Enfes y aquellas que trabajaron durante los 12 meses previos a su levantamiento.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

⁴ Nos restringimos a las mujeres alguna vez unidas por ser la población reentrevistada durante la Edepam, y a las mujeres con hijos de hasta cinco años de edad, por los supuestos riesgos a la salud de éstos, asociados a la inserción laboral materna.

Según Darian (1975), en todos los estudios realizados sobre el tema existe un reconocimiento acerca de que la presencia de hijos de mujeres casadas constituye uno de los mayores impedimentos para que éstas participen en alguna actividad económica. De hecho, estudios pioneros realizados durante las décadas de los sesenta y setenta, con el simple objetivo de conocer los niveles de participación de mujeres, ya daban cuenta del hecho de que los valores de las tasas son inferiores entre las casadas con hijos pequeños o con mayor número de hijos (Bowen y Finegan, 1969; Durand, 1968; Sweet, 1970).

En el cuadro 1 se puede apreciar que las tasas de participación de las mujeres sin hijos presentan niveles superiores a los correspondientes a aquéllas con hijos; por ejemplo: el valor de la tasa es casi 8 puntos porcentuales mayor si se compara a las mujeres sin hijos ubicadas en el grupo de 25 a 34 años con las que tienen un hijo de ese mismo grupo de edad (53.5 y 45.3%). Entre las mujeres que tienen hijos se observa una disminución de la participación en la actividad económica conforme mayor es su paridad: la disminución en la participación laboral femenina es notoria cuando las mujeres pasan de tener uno a “dos o tres hijos”, y aún más cuando su paridad es de “cuatro hijos o más”.

El cuadro nos muestra también las tasas de actividad de las madres cuando se considera la edad del último hijo.⁵ Las mujeres aumentan su participación laboral conforme el hijo menor va creciendo; los niveles más altos están entre las que tienen hijos de cinco años y más. El incremento de las tasas a mayor edad del hijo se observa independientemente de la edad de la madre, excepto para el grupo de 35 a 49 años, donde posiblemente la presencia de más hijos y factores del mercado de trabajo estén operando en la contratación, y por tanto, en la incorporación de mujeres mayores en alguna actividad económica.

Dado que nuestros resultados señalan que tanto el número de hijos como la edad del último condicionan la participación de las

⁵ Se intentó subdividir el segundo grupo de edad (13 a 60 meses) entre los que tenían más de uno y hasta tres años de edad, de aquellos que tenían más de tres años y hasta cinco, ya que algunos hallazgos demuestran que el cuidado de los menores, y sus efectos sobre la salud, pueden ser distintos según la edad del niño; sin embargo, el tamaño de la muestra no permitió tal desglose.

mujeres en la actividad económica, en el cuadro 2 se consideran simultáneamente la edad de la madre, el número de hijos y la edad del último.⁶ Las tasas de participación presentan las siguientes características: las mujeres con un hijo muestran mayores niveles de participación conforme éste pasa de un grupo de edad al siguiente, independientemente de la edad de la madre. El mayor incremento aparece cuando el hijo pasa del grupo de 13 a 60 meses al de 61 meses y más, sobre los dos grupos de edad para los que se cuenta con suficientes observaciones para comparar.

CUADRO 2
Tasas específicas de participación económica por grupos de edad de la mujer, según paridad del último hijo*

<i>Paridad y edad de la mujer</i>	<i>Edad del último hijo (meses)</i>		
	<i>Menos de 12</i>	<i>De 13 a 60</i>	<i>61 y más</i>
<i>Con 1 hijo</i>			
15-24	21.0	24.9	— (c)
25-34	36.9(a)	41.8	54.2(a)
35-49	— (c)	34.2 (b)	62.6
<i>Con 2 y 3 hijos</i>			
15-24	15.6(a)	22.9	— (c)
25-34	34.6	29.7	50.0
35-49	— (c)	61.0	42.5
<i>Con 4 y más hijos</i>			
15-24	— (c)	— (c)	— (c)
25-34	15.7	35.1	47.2
35-49	29.1(a)	35.8	31.2

* Incluye mujeres alguna vez unidas que trabajaban al momento de la Enfes y aquellas que trabajaron durante los 12 meses previos a su levantamiento.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

(c) Menos de 10 casos.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

⁶ Se privilegiaron los cruces bivariados por sobre los modelos multivariados, por el interés de mostrar algunas características asociadas a la participación económica, independientemente de indagar cuál tuviera mayor fuerza explicativa. Se destacan los tamaños de muestra pequeños para matizar las afirmaciones generadas a partir de estos cuadros.

Por su parte, los niveles de participación de las mujeres con dos y tres hijos no presentan un patrón definido —debido posiblemente a las celdas con pocas observaciones—, las tasas son mayores cuando el último hijo ha pasado su primer año de vida; no así, cuando las mujeres se encuentran en las edades intermedias (25 a 34 años), ya que estas tasas descienden ligeramente cuando el último hijo tiene entre uno y cinco años de edad. Entre las mujeres de 25 a 34 años, la posible presencia de más hijos y el intervalo intergénico más corto entre éstos, pueden estar operando efectivamente como inhibidores de su participación laboral. Por otro lado, los datos muestran que las mujeres con dos hijos y más, de este mismo grupo de edad, registran un repunte en sus niveles de participación cuando el hijo menor pasa de cinco años; no ocurre así con las situadas en el grupo de edad de 35 a 49. Adicionalmente, las mujeres con cuatro hijos y más presentan valores ascendentes en las tasas de participación conforme mayor es el último hijo, excepto nuevamente en el grupo de 35 a 49, posiblemente por la razón antes sugerida.

De Oliveira y García (1990b) encontraron que durante los ochenta, las mujeres que no tenían ningún grado aprobado de educación formal, o alcanzaban niveles bajos de escolaridad, también contribuyeron a nutrir la fuerza de trabajo en nuestro país. Los datos del cuadro 3 muestran que las mujeres sin escolaridad y con algún grado de secundaria aprobado o más son las que presentan las mayores tasas de participación; las primeras, posiblemente por una mayor necesidad económica y mayor edad, y las segundas, por una mejor preparación para acceder al mercado laboral y un menor número de hijos. Las tasas alcanzan su valor máximo entre las mujeres de 25 años o más, con niveles educativos de por lo menos, secundaria: 51.5 y 58.5% respectivamente, para los dos grupos de edad considerados.

Al introducir la variable “número de hijos” se observa que, dentro del grupo de mujeres que no cuentan con ningún grado de escolaridad aprobado, las madres con dos hijos o más en el grupo de edad 25 a 34 años presentan tasas de participación mayores que las que tienen sólo un hijo; la misma tendencia se presenta en aquéllas que aprobaron algún año de primaria. Para las mujeres que cuentan con niveles de primaria completa o secundaria y más,

CUADRO 3

Tasas específicas de participación económica por grupos de edad de la mujer, según paridad por nivel de escolaridad*

Grupos de edad y paridad	Nivel de escolaridad			
	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria o más
<i>Nacional</i>				
15-24	33.3(a)	21.8	17.3	21.2
25-34	39.4	29.5	27.2	51.5
35-49	38.7	31.8	29.1	58.5
<i>Con 1 hijo</i>				
15-24	51.7(b)	24.5 (a)	21.0(a)	20.3
25-34	35.3(c)	16.7(b)	34.2(a)	58.7
35-49	61.9(b)	46.1(b)	38.7(b)	87.9(a)
<i>Con 2 y 3 hijos</i>				
15-24	26.0(b)	23.4(a)	15.2(a)	16.5(a)
25-34	41.7(a)	31.3	28.2	46.2
35-49	48.6(a)	43.0(a)	26.7	60.2
<i>Con 4 hijos y más</i>				
15-24	14.1(c)	10.4(c)	1.7(c)	15.3(c)
25-34	38.3(a)	29.8	23.0	48.0(a)
35-49	36.7	28.2	28.8	46.5

* Incluye mujeres alguna vez unidas que trabajaban al momento de la Enfes y aquellas que trabajaron durante los 12 meses previos a su levantamiento.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

(c) Menos de 10 casos.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

la tendencia se presenta en el sentido opuesto; esto es, a mayor número de hijos, menor participación en la actividad económica.

Inserción laboral y condiciones de trabajo

De las mujeres que estaban trabajando al momento de la Enfes o en los 12 meses previos, 23.3% estaba participando en actividades agrícolas y el restante 76.7% laboraba en la industria, el comercio o los servicios. En este segundo grupo de mujeres, se observa que 31.8% trabajaba realizando tareas no manuales; 11.3% desempeñaba actividades de tipo manual no asalariado, y 33.6%, actividades manuales asalariadas (cuadro 4).

Al introducir la variable “número de hijos” se encuentra que las mujeres con mayor paridad tienden a incrementar su participación en actividades agrícolas y en tareas manuales no asalariadas. Por ejemplo, las mujeres con cinco hijos o más que se dedican a labores agrícolas, representan más del doble de aquellas que no tienen hijos o que tienen entre uno y dos. Por su parte, para aquellas que realizan actividades manuales no asalariadas, se observa una tendencia ascendente en su participación conforme tengan mayor número de hijos: 6.6% de las mujeres sin hijos trabaja en este tipo de actividades, mientras que entre las que tienen cinco hijos o más, la proporción asciende a 17.3%. Posiblemente factores de estructura por edad (mujeres de mayor edad), aunados a la etapa del ciclo vital por la que atraviesan estas mujeres (la evidente mayor carga de trabajo que significa tener un número elevado de hijos), hacen que aquéllas, de acuerdo con la estructura de oportunidades del contexto local o regional, tiendan a buscar actividades como el trabajo agrícola o manual no asalariado que podrían considerarse más “compatibles” con el cuidado de los hijos.⁷ Consistente con ello, se observa una disminución en las labores no agrícolas no manuales —en especial cuando se tienen más de cuatro hijos— y en las manuales asalariadas a partir de los tres hijos.

En este mismo cuadro se introduce la variable “edad del último hijo”; se advierte que las mujeres con hijos menores de cinco años tienen mayor participación en actividades agrícolas: 26.1% contra 18.7% de las que tienen hijos mayores de cinco años. Cabe hacer notar también una tendencia ligeramente creciente en la participación de las mujeres en ocupaciones manuales asalariadas a medida que aumenta la edad de los hijos. Además, pareciera que tanto las actividades no manuales como las no asalariadas, presentan pocas diferencias entre mujeres con hijos menores de cinco años y las de hijos mayores.

⁷ Se reconoce la necesidad de profundizar en esta asociación, ya que la relación puede ser en sentido inverso: el grupo social ejerce su influencia sobre la paridad.

CUADRO 4

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas que trabajaban en el momento de la Enfes o en los 12 meses previos al levantamiento, según tipo de inserción laboral, por paridad y edad del último hijo¹

Tipo de inserción laboral

Paridad y edad del último hijo	Agrícolas	No agrícolas	Grupos no agrícolas*			Total porcentaje
			No manuales	Manuales no asalariados	Manuales asalariados	
Nacional	23.3	76.7	31.8	11.3	33.6	100
Paridad						
Sin hijos	17.4(a)	82.6	38.9	6.6(b)	37.1	100
1 o 2 hijos	15.8	84.2	37.8	8.0	38.4	100
3 o 4 hijos	23.9	76.1	34.4	12.3	29.4	100
5 y más	36.9	63.1	16.0	17.3	29.8	100
Edad del último hijo nacido vivo						
13 meses	25.8	74.2	36.3	8.4(a)	29.5	100
13 a 60 meses	26.2	73.8	28.9	13.0	31.9	100
Hasta 5 años	26.1	73.9	31.8	11.2	30.9	100
Más de 5 años	18.7	81.3	31.7	11.4	38.2	100

* La suma de estas tres columnas genera el total de la columna del grupo no agrícola.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

¹ Para la construcción de los grupos sociales se utilizaron tres criterios combinados: (a) rama de actividad o sector económico vinculado a la agricultura o a algún otro: agrícola y no agrícola; (b) ocupación o tareas desarrolladas en su trabajo, lo que permite definir el carácter manual o no de la actividad laboral, y (c) posición en el trabajo, con la que es posible determinar si es asalariado o no. El grupo "agrícola no manual" fue reclasificado en el "no agrícola no manual", decisión tomada porque el número de efectivos es muy pequeño y porque incluyéndolos en ese grupo no alteraba la composición social.

Si bien un gran número de investigaciones empíricas han demostrado la complejidad de los problemas de la dirección causal e intensidad de la relación entre fecundidad y participación de la mujer en la actividad económica, los resultados sugieren que las actividades agrícolas pueden combinarse más fácilmente con el cuidado infantil, cuando las mujeres tienen varios hijos o éstos son pequeños. Asimismo, si las mujeres trabajan en la industria, los servicios o el comercio, las actividades manuales no asalariadas incrementan su nivel de compatibilidad con la presencia de varios hijos, a la vez que desciende el peso relativo de las no manuales y de las manuales asalariadas.

Considerando la duración de la jornada trabajada diariamente, se encontró que la presencia de hijos tiende a representar una modificación en aquélla. Cuando desempeñan actividades no agrícolas, es mayor la proporción de mujeres sin hijos que trabaja tiempo completo y se presenta una leve tendencia decreciente a medida que aumenta el número de hijos. Cabe señalar que las jornadas laborales de mujeres en actividades agrícolas son mayores cuando ellas tienen hijos que cuando no los tienen, lo cual seguramente se relaciona con el tipo de actividades cotidianas. Además, las actividades manuales no asalariadas son más compatibles, aparentemente, con las responsabilidades de los hijos: el porcentaje de mujeres que trabajan ocho horas o más aumenta al incrementarse el número de hijos, con excepción de las que tienen cinco y más. La edad del último hijo también modifica la jornada laboral: si se compara a las mujeres cuyo último hijo tiene hasta cinco años de edad con aquellas que tienen un hijo mayor, se observa que en ambos sectores, pero principalmente en el agrícola, la posibilidad de incrementar la jornada es mayor cuando el hijo crece (véase Figueroa *et al.*, 1993).

A continuación, vinculamos algunas características de la inserción laboral con el tipo de recursos y arreglos que las madres utilizan para combinar el trabajo remunerado con el cuidado de los hijos. Agrupamos —siguiendo a Joeques (1989)— los servicios de cuidado infantil distinguiendo los que proporcionan familiares o no parientes de aquéllos de carácter institucional, ya sea gubernamentales o privados. Además, nos interesa identificar a las mujeres que no utilizan el apoyo de otras personas externas al

hogar y tampoco cuidan personalmente a sus hijos —lo que supondría, entre otras posibilidades, la presencia de hermanos mayores o de otros adultos en la unidad doméstica— y de aquellas madres que cuidan personalmente a sus hijos, lo que sugiere que trabajan y al mismo tiempo realizan actividades de crianza infantil.

Alrededor de 50% de las mujeres que realizan actividades agrícolas están ellas mismas a cargo del cuidado de sus hijos; no así cuando trabajan en alguna actividad no agrícola, donde el apoyo de familiares y otras personas se vuelve el tipo de cuidado alternativo más importante, independientemente del número de hijos. El porcentaje de mujeres que utiliza algún tipo de cuidado institucional es muy bajo: sólo 8.2% de las mujeres con uno y dos hijos, 5.6% de las que tienen tres o cuatro y 6% de las de mayor paridad hacen uso de este tipo de servicios en el sector no agrícola; en el agrícola es casi inexistente la presencia de mujeres que utilizan algún servicio institucional (cuadro 5).

Cuando la madre trabaja en el sector agrícola, y se considera la edad del último hijo, se observan grandes diferencias. Alrededor de 50% de las mujeres cuidan a sus hijos cuando éstos son menores de cinco años; entre un tercio y 45% de las mujeres son apoyadas por familiares; no ocurre así cuando el hijo tiene más de cinco años, donde la categoría “sin cuidado” es la más significativa. Para el caso de las madres que desempeñan actividades no agrícolas en nuestro país, el apoyo de familiares y otras personas se vuelve el más indicado cuando hay hijos pequeños, siguiendo en orden de importancia la categoría de “ella misma”: casi dos terceras partes de las mujeres con hijos entre uno y cinco años, comparten la responsabilidad de la crianza infantil con familiares u otros no parientes, y alrededor de 22% de ellas, los cuidan personalmente a pesar de estar realizando actividades no agrícolas. La proporción de mujeres que no utilizan ninguna ayuda también se incrementa considerablemente cuando el último hijo tiene más de cinco años, si bien el nivel de la categoría de “familiares y otros” es casi idéntico (39.4 y 37.6%, respectivamente).

Contamos hasta ahora con una caracterización de los niveles de participación en la actividad económica de las mujeres, así como de su posición ocupacional; además, vinculamos la duración de la jornada laboral y algunas formas de cuidado infantil con el

CUADRO 5

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas que trabajaban al momento de la Enfes, o en los 12 meses previos al levantamiento, según tipo de inserción laboral y cuidado infantil alternativo, por número de hijos y edad del último hijo

<i>Tipo de inserción laboral y cuidado alternativo</i>	<i>Paridad</i>			<i>Edad último hijo</i>			
	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>5 o más</i>	<i>Hasta 12 meses</i>	<i>13-60¹</i>	<i>Hasta</i>	<i>Más de</i>
<i>Agrícolas</i>							
Sin cuidado	10.5(b)	12.4(b)	17.2(a)	3.2(c)	3.1	3.1(b)	36.5
Ella misma	45.1(a)	49.1	41.0	45.8(a)	49.0	47.6	32.6(a)
Familiares y otros	37.2(a)	36.3(a)	38.7	37.8(a)	45.6	42.7	27.0
Institución	1.3(c)	0.7(c)	0.0(c)	0.4(c)	0.5(c)	0.5(c)	0.7(c)
Otro(*)	5.9(c)	1.5(c)	3.1(c)	12.8(b)	1.8(c)	6.1(b)	3.2
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>No agrícolas</i>							
Sin cuidado	13.5	23.4	27.8	5.0(b)	3.0	3.9(a)	39.4
Ella misma	20.3	17.4	17.5	21.2	22.1	21.6	15.1
Familiares y otros	53.2	51.6	47.9	49.8	64.5	58.6	37.6
Institución	8.2	5.6(a)	6.0(c)	5.3(b)	8.4	7.2	6.9(a)
Otro	4.8(a)	2.0(c)	0.8(c)	18.7	2.0(b)	8.7	1.0
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>Nacional</i>							
Sin cuidado	13.0	20.8	23.8	4.6(a)	3.0	3.6	38.9
Ella misma	24.0	24.9	26.2	27.4	29.1	28.4	18.4

CUADRO 5 (conclusión)

<i>Tipo de inserción laboral y cuidado alternativo</i>	<i>Paridad</i>			<i>Edad último hijo</i>			
	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>5 o más</i>	<i>Hasta 12 meses</i>	<i>13-60¹</i>	<i>Hasta</i>	<i>Más de</i>
Familiares y otros	50.8	47.9	44.5	46.8	59.6	54.5	35.7
Institución	7.2	4.5	3.8(c)	4.0(a)	6.3	5.5	5.6
Otro	5.0(a)	1.9(b)	1.7(c)	17.2	2.0(a)	8.0	1.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(*) Incluye aquellas mujeres que al momento de la Enfes tenían un hijo nacido vivo, pero no cuando trabajaron la última vez, y las que no brindaron información.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

(c) Menos de 10 casos.

¹ Se intentó subdividir el segundo grupo de edad (13-60 meses) entre los que tenían más de uno y hasta tres años de edad, y aquellos que tenían más de tres y hasta cinco años de edad, ya que algunos hallazgos demuestran que el cuidado de los menores, y sus efectos sobre la salud, pueden ser distintos según la edad del niño; sin embargo, el tamaño de la muestra no permitió tal desglose.

tipo de inserción laboral. Sin embargo, estamos conscientes de que estos elementos sólo constituyen una puerta de entrada a un mundo complejo de interrelaciones. La información hasta aquí analizada nos sugiere profundizar en la forma como las mujeres se vuelven actores sociales, dentro de unidades domésticas específicas, al tomar lo que el sistema estructuralmente les ofrece y al crear opciones cuando éstas son escasas.

Inserción laboral y unidad doméstica

Estudios realizados con anterioridad han demostrado cómo estructuras familiares de tipo extenso son común denominador en sociedades como la nuestra; la presencia de miembros adicionales en el hogar puede proveer la atención que los pequeños requieren mientras las madres trabajan.

En contextos urbanos de México se encontró, por ejemplo, que las mujeres casadas con hijos menores de cinco años, que cuentan en el hogar con una “madre sustituta” —mujer adulta que no participaba en alguna actividad económica al momento del levantamiento de los datos—, tienen mayores probabilidades de participar como fuerza de trabajo (Wong y Levine, 1991). Sin embargo, esta relación detectada con certeza para los datos de 1982, disminuye para 1987. En este caso, la presencia de una “madre sustituta” en hogares extensos, no será un factor significativo en la explicación de la inserción en la actividad económica de las mujeres con hijos. La naturaleza de la estructura familiar extensa cobra mayor importancia al explicar el incremento en dicha participación, independientemente de la presencia de otras mujeres incorporadas al mercado laboral. De acuerdo con las autoras, esto indica que para el año de 1987, las mujeres casadas con hijos en edad preescolar y que viven en contextos urbanos incrementan su probabilidad de trabajar si cuentan con miembros adicionales en el hogar, independientemente de que éstos se encuentren “libres” para sustituirlas.

Siguiendo esta línea de investigación, en este apartado se privilegia el análisis de la participación de las mujeres en la actividad económica y su vinculación con el tipo de hogar en el que

viven; se relaciona dicha participación laboral con el número de hijos y con la edad del último.

La estructura del hogar, conformada por los residentes de una vivienda que depende de sus lazos de consanguinidad o afinidad, nos representa un recurso para entender la forma en que los integrantes de una sociedad se organizan para reproducirse biológica y socialmente; esta conformación en gran medida está determinada por el proceso histórico y de desarrollo que se vive en cada formación social. El cuadro 6 muestra la evolución que ha seguido en las últimas dos décadas la estructura de las unidades domésticas, de acuerdo con la composición de parentesco; en todos los años registrados, la proporción de las unidades nucleares es mayor. Sin embargo, la tendencia es a la disminución proporcional de las unidades nucleares en favor de las extensas y compuestas.

CUADRO 6

Distribución porcentual de las unidades domésticas para diferentes años, según composición por parentesco

<i>Tipo de unidad por composición de parentesco</i>	<i>1970 (censo)</i>	<i>1980* (censo)</i>	<i>1987** (Enfes)</i>
Nuclear	80.7	75.7	69.4
No nuclear	19.3	24.3	30.6
Total (%)	100	100	100

* No se incluyen hogares unipersonales ni de corresidentes formados por personas que no tienen parentesco alguno con el jefe del hogar.

** Los datos que se utilizaron de la Enfes corresponden a la muestra en el nivel nacional, y no a la subpoblación con la que trabajamos a lo largo de la investigación.

Fuente: para 1970 y 1980: López, Paz, s./f. Para 1987: Enfes, 1987.

En el cuadro 7 se agrega el tamaño del lugar de residencia —rural o urbano—, lo que marca variantes importantes: mientras que en 1970, 85.3% de las unidades domésticas rurales y 77.5% de las urbanas correspondían a unidades nucleares, para 1987 dicha proporción había disminuido a 72.9% en el área rural y a 68% en el área urbana. El descenso porcentual de las unidades nucleares en el área rural fue mayor en la década 1970-1980, aunque en el periodo 1980-1987 fue más alto en la urbana. En el intervalo completo (1970-1987) el mayor descenso se registró en las áreas urbanas.

CUADRO 7
Distribución porcentual de las unidades domésticas
para diferentes años por lugar de residencia,
según composición por parentesco

<i>Tipo de unidad por composición de parentesco</i>	<i>1970 (censo)</i>		<i>1980*</i> (censo)		<i>1987** (Enfes)</i>	
	<i>Rural</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbana</i>
Nuclear	85.7	77.5	77.6	74.9	72.9	68.0
No nuclear	14.7	22.5	22.4	25.1	27.1	32.0
Total (%)	100	100	100	100	100	100

* Véase cuadro 6.

** *Idem.*

Fuente: para 1970 y 1980: López, Paz, s./f. Para 1987: Enfes, 1987.

Dos elementos resultan fundamentales: por un lado, pareciera que una de las formas de enfrentar la crisis económica, en el nivel familiar, ha sido la de la organización en estructuras no nucleares, en tanto que los recursos pueden ser mayores por la presencia de más integrantes que potencialmente se insertarían en el mercado de trabajo. Por otro, la organización no nuclear parece permitir o facilitar la tendencia cada vez más acentuada de la participación femenina en el mercado laboral, por la presencia potencial de miembros que pueden sustituir a las madres ausentes.

El cuadro 8 muestra cómo las mujeres que viven en unidades domésticas no nucleares presentan tasas de participación mayores que las que viven en unidades de tipo nuclear; el mayor nivel aparece en el grupo de 25 a 34 años: mientras la tasa es de 34.8% para las últimas, el valor asciende a 52.3% entre las que pertenecen a unidades no nucleares.⁸ Cuando las mujeres no tienen hijos, las diferencias al nivel nacional en la participación femenina, según tipo de hogar, no presentan un patrón definido, lo cual puede estar condicionado en parte por los tamaños reducidos de muestra, pero también porque es la presencia de hijos la que va definiendo

⁸ Agrupamos a las unidades domésticas en nucleares y no-nucleares, ya que para el cálculo de las tasas de participación la proporción de mujeres alguna vez unidas que residen en unidades de tipo compuesto, unipersonal o pluripersonal, es muy pequeña.

CUADRO 8

Tasas específicas de participación económica,* por grupos de edad de la mujer, según tipo de unidad doméstica, por paridad y edad del último hijo

<i>Tipo de unidad doméstica por paridad y edad del último hijo</i>	<i>Grupos de edad</i>			<i>Total</i>
	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	
<i>Unidades Nucleares</i>				
Nacional	25.0	34.8	35.8	33.4
<i>Paridad</i>				
Sin hijos	39.0	59.6(a)	50.0(b)	47.8
1 o 2 hijos	23.7	40.8	47.1	35.9
3 o 4 hijos	20.5(a)	30.9	37.7	32.4
5 y más	-(c)	27.2	30.6	29.2
<i>Edad último hijo nacido vivo</i>				
Hasta 12 meses	26.0	29.7	33.2	29.0
Entre 1 y 5 años	23.8	31.9	39.4	32.0
Más de 5 años	29.2(c)	48.3	34.8	38.4
<i>Unidades no nucleares</i>				
Nacional	29.9	52.3	46.2	42.7
<i>Paridad</i>				
Sin hijos	39.5	54.8(a)	79.2(b)	48.0
1 o 2 hijos	27.8	62.5	58.0	43.9
3 o 4 hijos	21.0(b)	45.1	56.8	45.9
5 y más	-(c)	38.3(a)	34.6	35.0
<i>Edad último hijo nacido vivo</i>				
Hasta 12 meses	29.8	50.3	59.0(a)	38.5
Entre 1 y 5 años	29.3	48.9	50.0	41.7
Más de 5 años	42.3(c)	60.6	43.8	47.6

* Incluye mujeres alguna vez unidas que trabajaban al momento de la Enfes y aquellas que trabajaron durante los 12 meses previos a su levantamiento.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

(c) Menos de 10 casos.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987.

do variantes en la participación económica de la mujer. Los niveles de participación de las mujeres que viven en unidades no nucleares, y que tienen uno o dos hijos, son mayores que en aquellas que pertenecen a unidades de tipo nuclear: la tasa para el grupo de 25 a 34 años es más de 20 puntos porcentuales mayor, y más de 10 para el grupo de 35 a 49.

La participación de las mujeres que tienen tres o cuatro hijos es ligeramente menor comparada con aquellas que tienen uno o dos; sin embargo, los valores de las tasas siguen siendo mayores para las que viven en unidades de tipo no nuclear. Para las mujeres que tienen cinco hijos y más, trabajar en alguna actividad económica se vuelve difícil; esto se observa claramente cuando comparamos la participación de estas mujeres con la de aquellas que tienen un menor número de hijos. A su vez, las diferencias en las tasas de participación de las que viven en unidades nucleares respecto a las que pertenecen a hogares no nucleares se reducen, aunque siempre es mayor en las segundas.

En el cuadro 8 también se puede observar que las mujeres de todos los grupos de edad cuyos hijos menores tienen hasta un año, registran mayor participación cuando pertenecen a una unidad de tipo no nuclear; en los grupos de 25 a 34 y de 35 a 49 dicha participación es mayor en más de 70%, entre las mujeres que habitan en unidades de tipo no nuclear. Las mujeres que pertenecen a este tipo de estructuras familiares suman una tasa de participación superior en 30 y 25%, respectivamente, cuando tienen un hijo entre uno y cinco años de edad o uno mayor de cinco años.

Como se mencionó líneas atrás, la inserción laboral de las mujeres con hijos mayores de cinco años de edad se hace más factible con el tiempo, independientemente del tipo de unidad doméstica. Sin embargo, consistentemente se presentan valores más altos cuando ellas pertenecen a unidades extensas o compuestas, sobre todo, entre las que se encuentran en el grupo de 25 a 34 años de edad.

Los datos hasta aquí presentados nos han permitido especular sobre los elementos condicionantes de la inserción laboral femenina, a partir del esquema elaborado por los autores del trabajo, guiados por el conocimiento del tema y por la revisión de la bibliografía publicada hasta este momento. Sin embargo, una de las riquezas que tiene la otra encuesta considerada para este artículo, es que permite incursionar en la interpretación de la propia mujer sobre su experiencia laboral en diferentes momentos de su vida reproductiva; éste es el tema que trataremos en el siguiente apartado.

ELEMENTOS DE LA INSERCIÓN LABORAL: UNA VISIÓN PSICOSOCIAL

A pesar del desarrollo que existe en nuestro país y de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, se sigue creyendo que la responsabilidad primordial de las mujeres es el cuidado de los niños. La exigencia de tener hijos y la de contar con un trabajo asalariado tienden a ser conflictivas para las mujeres, mientras que para los hombres parecen ser metas complementarias. Respecto al trabajo femenino, existe la creencia profundamente arraigada de que sólo es incidental y temporal. Como se ha mostrado en este artículo, actualmente las mujeres combinan el trabajo con el matrimonio en mayor medida que antes; pero, precisamente por las ideas que se manejan en la sociedad acerca de las funciones que deben cumplir, es más difícil que consideren al trabajo como su principal vocación vital. Estudios elaborados recientemente han mostrado que la participación de la mujer en el mercado de trabajo ha estado marcada por las necesidades familiares más que por opciones personales, entendidas éstas como búsqueda de espacios de autonomía. Se considera su actividad como una “ayuda” y no un “trabajo en sí mismo”, y bajo este supuesto se genera una mayor explotación de la mujer (Narotzky, 1988). Su principal responsabilidad es la de procrear y cuidar a los hijos, y por ende, su trabajo se presenta como actividad secundaria respecto a la maternidad (Stolcke, 1983).

En este apartado abordamos el papel que el trabajo juega en el contexto de otros proyectos de la mujer —al ligarlo con aspectos relevantes de su vida (hijos y uniones)—, a través de lo que las mujeres contestan, dentro de una entrevista estructurada a propósito de esas circunstancias, y mediante las razones que las llevaron a incorporarse o alejarse del mercado laboral propiamente dicho.⁹ Debemos mencionar que al ceñirnos a la información de la Ede-

⁹ Existe el riesgo de caer en una interpretación “a posteriori” de las razones que la llevaron a trabajar o a dejar de hacerlo. No obstante que se dejaba abierta la posibilidad de que la entrevistada diera una respuesta diferente (y que ésta haya sido codificada posteriormente), no se evita la intencionalidad de la pregunta. Este análisis es un primer acercamiento a la información generada; más adelante se pretende construir tipos de mujeres a partir de constantes en la vertiente de sus declaraciones (véase García y De Oliveira, 1994).

pam, estamos escogiendo únicamente tres de las nueve regiones en las que se divide el país; sin embargo, el hecho de ser mujeres reentrevistadas después de la Enfes, con la característica de estar en edad fértil y de ubicarse en tres regiones heterogéneas de nuestro país, nos permite incursionar en algunos elementos poco trabajados, sobre la ubicación cronológica de las experiencias laborales, así como sobre la manera en que la población se manifiesta respecto a las mismas.

Magnitud de la experiencia laboral y algunos momentos de referencia

Entre las mujeres entrevistadas en la Edepam, las dos terceras partes declararon haber tenido, a lo largo de su vida reproductiva o antes de ella, alguna experiencia de tipo laboral (68.2%); la mayor parte de este grupo (más de 85%) inició su historia laboral antes de unirse o de tener a su primer hijo. Un dato que merece destacarse es que 27% empezó a trabajar entre los cinco y los 12 años de edad, y antes de llegar a los 18, ya 70% de las que alguna vez habían trabajado eran madres. A ello debe añadirse la “continuidad laboral” de las mujeres, ya que de aquellas que iniciaron antes de cumplir los 13 años de edad, 57.6% declaró haber estado trabajando en los tres momentos de referencia de la encuesta, a saber: *a)* antes de la unión; *b)* antes de haber tenido el primer hijo, y *c)* en el momento de la entrevista, contra 44.3 y 31% de las que empezaron durante la adolescencia o la juventud, respectivamente (Figueroa *et al.*, 1992).

Tomando en cuenta que nuestra población de estudio está centrada en mujeres que han tenido un hijo en los últimos cinco años, hicimos un primer desglose de los datos para dos poblaciones conformadas por mujeres con hijos mayores de cinco años, y las que coinciden con nuestra población de referencia. Las diferencias en los datos van sobre todo en el sentido de que las mujeres con hijos en edad preescolar, y que han trabajado, lo empezaron a hacer en mayor proporción antes de tener a su primer hijo, ya que 91.3% lo había hecho ya antes de ese momento, contra 81.5% de las mujeres que al momento de ser entrevistadas tenía hijos de más

de cinco años. La proporción que empezó a trabajar entre los cinco y los 12 años no presenta mayor diferencia (26.6 y 26.3%), mientras que es mayor el porcentaje que había trabajado antes de los 18 años (72.9 y 65.4%);¹⁰ es decir, al parecer, las mujeres que trabajan están incorporándose al mercado laboral en etapas más tempranas de su vida.¹¹

Razones declaradas para empezar a trabajar y para no hacerlo

Cuando se le pregunta a la población femenina la razón por la que inició su trabajo la primera vez, se encuentra que 47.7% de ellas lo hizo para ayudar económicamente a su familia y 18% más para ayudar a su esposo o a algún familiar. Esto quiere decir que la primera experiencia laboral representó, para más de la mitad de las mujeres, la posibilidad de brindar apoyo a su familia o a algún miembro de la misma. Además de ello, se encuentra que 22.6% de los casos argumenta la razón de “tener dinero propio” o el gusto de tener algo que hacer fuera de su hogar, y 5.3% consideró la posibilidad de aplicar lo que había estudiado. Es decir, dos terceras partes consideran que entraron a trabajar por primera vez para apoyar a su familia o a algún miembro de ella, y una tercera parte en función de aspectos personales (cuadro 9).

Al analizar algunas características socioeconómicas, se encuentra que las mujeres de las zonas rurales y las de baja escolaridad hablan más de la necesidad de apoyar a otras personas —más de

¹⁰ Dado el menor número de casos con el que se cuenta en esta segunda investigación (1481), en comparación con la Enfes, preferimos desarrollar esta parte del análisis tomando a todas las mujeres alguna vez unidas y con al menos un hijo, independientemente del año en que el último nacimiento hubiera ocurrido ya que, además, un poco más de 70% tiene todavía hijos menores de cinco años.

¹¹ Un dato que merece señalarse es que, a pesar de que en las zonas urbanas y entre las mujeres de mayor escolaridad la inserción laboral es mayor, no es en esos grupos donde se presenta en las edades más jóvenes; al contrario, son los grupos en los que se da una menor inserción laboral donde más mujeres empezaron a trabajar antes de tener a su primer hijo: 92% en las zonas rurales y de las de baja escolaridad, lo cual posiblemente se vincule con sus mayores necesidades económicas.

CUADRO 9

**Distribución porcentual de las respuestas dadas
por las mujeres como razón para empezar a trabajar y para
no hacerlo, por lugar de residencia y nivel de escolaridad**

<i>Razones para empezar a trabajar y para no hacerlo</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Nivel de escolaridad</i>		<i>Total</i>
	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>	<i>Sin escolaridad o primaria</i>	<i>Primaria com- pleta o más</i>	
<i>Razón para empezar a trabajar</i>					
Ayuda econ. a familia	53.5	44.9	56.5	39.2	47.7
Ayuda esposo /familiar	25.3	14.6	23.5	12.8	18.0
Tener dinero propio o gusto por tener algo fuera del hogar	14.3	26.5	14.0	30.8	22.6
Aplicar lo estudiado	0.3(c)	7.6	0.4(c)	10.0	5.3
Otros	6.6(a)	6.4	5.6(a)	7.2	6.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcent. que ha trabajado	54.8	77.9	59.3	79.5	68.2
Número de casos	332	1013	580	765	1345
<i>Razón para no haber trabajado</i>					
Ayudar en la casa	42.8	20.9	38.1	20.6(a)	33.0
No le dejaron sus padres o esposo	32.4	47.2	37.3	43.0	38.9
No lo ha necesitado o no le gusta	15.4(a)	21.9	15.5	25.5(a)	18.4
Por cuidar a sus hijos	4.1(c)	4.9(b)	4.7(b)	3.9(c)	4.5
Otros	5.3(b)	5.1(b)	4.4(b)	7.0(b)	5.2
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje que no ha trabajado	46.2	22.1	40.7	20.5	31.8
Número de casos	244	275	350	169	519
<i>Razón para no trabajar al momento de la entrevista</i> ¹					
Por cuidar a sus hijos	50.8	55.6	50.4	58.0	54.1
Su esposo no quiere	35.0	26.6	32.5	26.2	29.2
No tiene necesidad	3.8(c)	7.8(a)	5.5(b)	7.6(a)	6.5
No ha conseguido	9.0	5.8(a)	6.6(b)	7.2(b)	6.8
Otros	1.4(c)	4.2(b)	5.0(b)	1.0(c)	3.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje que no estaba trabajando pero había trabajado	26.1	34.0	27.1	35.5	30.8
Número de casos	157	450	273	334	607

¹ Son mujeres que no trabajaban al momento de la Edepa, pero habían trabajado anteriormente.

² Son porcentajes horizontales para cada categoría considerada.

(a) Menos de 50 casos. (b) Menos de 20 casos. (c) Menos de 10 casos.

Fuente: Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México, 1988.

78%—, a diferencia de aquellas de las zonas urbanas, que son quienes afirman la búsqueda de su propio dinero, de aplicar lo estudiado o el gusto de tener algo fuera de su hogar. Lo mismo, e incluso en porcentajes superiores, sucede con las de alta escolaridad, ya que 40.8% mencionó la búsqueda de su propia independencia económica o la posibilidad de aplicar lo estudiado, lo cual a la larga, define opciones y accesos diferenciales a bienes y servicios, que facilitan el cuidado de su salud y en particular la de sus hijos.

Cuando se analizan las mujeres que declaran nunca haber trabajado, la tercera parte argumenta que se ha dedicado a ayudar en su casa. Ahora bien, un dato que merece discutirse es que alrededor de 40% de las mujeres declara que no se ha incorporado al mercado laboral por no tener el “permiso” de otras personas: 22.2% afirma que nunca ha trabajado porque “su esposo no la deja”, y 16.7% más porque sus padres nunca lo permitieron. Ello es más frecuente entre las mujeres de zonas urbanas y entre las de primaria completa o con estudios posteriores. Entre éstas también se presenta con mayor frecuencia la respuesta de no haber trabajado por no haberlo necesitado; en cambio, muestran los valores más bajos de respuestas como “ayudar en la casa”, que resulta ser la más frecuente entre los grupos marginados, como son las mujeres de zonas rurales y las de baja escolaridad. Surgen de manera constante las referencias diferenciales de la inserción laboral de la mujer dependiendo de ciertos grupos de referencia, tanto en términos de posibilidades socioeconómicas como de expectativas personales alrededor del trabajo, del cuidado de los hijos y del tipo de relación con su pareja.

Otro grupo a considerar en este análisis es el de aquellas mujeres que, habiendo trabajado, no lo hacían en el momento de ser entrevistadas. Cerca de la mitad argumenta la necesidad de cuidar a sus hijos como el motivo para no estar insertas en ese momento en el mercado laboral, si bien sigue apareciendo la opinión negativa del esposo, ya que 29% de ellas lo reconoce como “el motivo” para no estar trabajando. El cuidado de los hijos, como argumento para “no tener un empleo”, es más frecuente entre las mujeres de localidades urbanas y de alta escolaridad, si bien las diferencias no parecen significativas.

Razones declaradas para interrumpir el trabajo por la primera unión o a partir del primer hijo

La bibliografía comenta la aparente dificultad de conciliar los papeles maternos con “el trabajo”; en ese sentido se observa que cerca de la mitad (47%) de las mujeres interrumpió su trabajo al momento de unirse por primera vez, mientras el resto declaró haber continuado con su experiencia laboral independientemente de estar iniciando la formación de su familia. Los porcentajes de mujeres que estaban trabajando antes de unirse son mayores en las zonas urbanas (45%) y entre las mujeres de mayor escolaridad (45.7%) (cuadro 10). Las razones para interrumpir el trabajo reflejan algunas características de las relaciones y expectativas que se establecen con la pareja, pues 56.7% de las mujeres interrumpe porque el esposo no está de acuerdo con que siga trabajando, y 25% para poder dedicarse a su casa. La “opinión no favorable”, por parte del esposo, es más frecuente en las mujeres de zonas rurales (59%) y en las de menor escolaridad (61.7%), si bien la única reducción importante se presenta entre las mujeres de alta escolaridad, aunque incluso entre ellas la mitad ofrece dicho argumento como razón de abandono del mercado de trabajo.

Cuando analizamos las razones de aquellas mujeres que decidieron no interrumpir su historia laboral, encontramos que 42.6% de ellas declaró necesidades económicas como razón principal y 22.2% la necesidad de apoyar al esposo o a algún familiar; es decir, nuevamente las dos terceras partes argumentan en función de necesidad económica, contra 22.8% que afirmó gusto por su trabajo o 3%, la necesidad de continuar para ser independiente. La porción de la población que hizo declaraciones que reflejan este tipo de referencias personales, se concentra en zonas urbanas y en mujeres de alta escolaridad. La categoría donde se observa un nivel más alto en cuanto a la necesidad económica —única categoría con suficientes casos para todas las poblaciones que se comparan— como motivación para no interrumpir la historia laboral, es precisamente la de mujeres sin escolaridad, lo cual hace seguramente referencia a grupos sociales de pertenencia y a cuestiones de tipo estructural.

Conforme transcurre la vida de la mujer, los porcentajes que se encuentran directamente en el mercado laboral van disminuyendo ya que, por ejemplo, 68% de las mujeres había trabajado al momento de ser entrevistadas, y 90% de ellas (aproximadamente 63%) lo había hecho antes de tener a su primer hijo; sin embargo, vimos hace un momento que, inmediatamente antes de unirse, 40.7% lo estaba haciendo, pues algunas abandonan el trabajo remunerado ante la cercanía de la unión. Además de ello, cerca de

CUADRO 10

Porcentaje de mujeres que trabajaba antes de primera unión y de su primer hijo: porcentaje que interrumpió a raíz de ello y razones por lugar de residencia y nivel de escolaridad

<i>Porcentajes de interrupción o no y razones para ello</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Nivel de escolaridad</i>		
	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>	<i>Sin escolaridad o primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>Total</i>
Trabajaba antes de la unión ¹	33.8	45.4	36.8	45.7	40.7
Razón para interrumpir al unirse					
Su esposo no quería dedicarse a su casa	59.0(a)	55.7	61.7	50.5	56.7
Ya no tenía necesidad	23.7(b)	25.2	24.8(a)	24.8(a)	25.0
Embarazo o cuidado de su hijo	2.6(c)	4.5(b)	5.2(b)	2.8(c)	4.2
Quería hijos	2.6(c)	4.9(b)	1.7(c)	7.8(b)	4.5
Cambio de residencia	1.9(c)	3.0(b)	2.0(c)	4.0(c)	2.7
Otros	5.1(c)	4.7(b)	3.7(c)	6.1(b)	4.8
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos	66	295	179	182	361
Razón para no interrumpir al unirse					
Necesidad económica	43.3	42.2	51.2	34.9	42.6
Le gustaba el trabajo	9.8(b)	31.3	11.1(a)	33.3	22.8
Ayudar esposo/familiar	34.4(a)	13.9(a)	28.3(a)	17.3(a)	22.2
Ser independiente	0.7(c)	4.5(b)	0.8(c)	5.0(b)	3.0
Otros	11.8(b)	8.1(a)	8.6(b)	0.5(a)	9.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos	128	299	155	272	427
Trabajaba antes del primer hijo ¹	21.1	27.1	20.0	30.8	24.7

CUADRO 10 (conclusión)

Porcentajes de interrupción o no y razones para ello	Nivel de escolaridad				
	Lugar de residencia		Sin escolaridad o primaria incompleta	Primaria completa o más	Total
	Rural	Urbano			
Interrumpió su trabajo por hijo ³	15.4	28.5	18.4	28.6	24.0
Razones interrupción por primer hijo					
Dedicarse a su hijo	61.0(b)	70.4	56.5(a)	75.7	68.7
Su esposo no quería	26.8(c)	9.7(c)	31.9(b)	2.6(c)	14.1
Quería más hijos	-	4.8(c)	-	6.1(c)	3.8
Otros	12.2(c)	15.1(b)	11.6(c)	15.6(b)	13.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos	25	102	44	83	127

¹ Incluye a la población que además de trabajar antes de la unión (o del primer hijo) declaró también que sí lo hacía "inmediatamente antes".

² Son porcentajes respecto de la población que trabajaba inmediatamente antes de la unión.

³ Son porcentajes respecto a la población que trabajaba inmediatamente antes del primer hijo.

(a) Menos de 50 casos.

(b) Menos de 20 casos.

(c) Menos de 10 casos.

Fuente: Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México, 1988.

la mitad de estas mujeres lo interrumpieron precisamente por la unión. Entre la unión y el primer hijo es poco frecuente que inicien su historia laboral; por lo mismo, al acercarse el nacimiento del primer hijo sólo 24.7% se encontraba trabajando, y de este porcentaje, una cuarta parte nuevamente lo interrumpió a raíz de dicho suceso. Las interrupciones son más frecuentes entre los grupos más favorecidos socioeconómicamente hablando, es decir, de zonas urbanas y de mayor escolaridad, mientras que los marginados continúan trabajando "a pesar" de la presencia del primer hijo: el porcentaje de abandono del trabajo remunerado es menor a 19% entre la población femenina de localidades rurales y las de baja escolaridad, y de alrededor de 29% entre mujeres de zonas urbanas y de mayor escolaridad (véase cuadro 10).

Cerca de dos terceras partes de las mujeres declaran interrumpir su historia laboral por un elemento relacionado con sus hijos;

68.7% de ellas, para dedicarse a su cuidado o porque no tenían con quién dejarlos; además, 3.8% argumenta el “deseo de más hijos” como razón para interrumpir su historia laboral. Estas razones nuevamente son importantes en los grupos favorecidos de las zonas urbanas y de las mujeres de escolaridad intermedia y alta, mientras que aparece nuevamente la oposición del esposo en 14% de los casos, y alcanza valores superiores en las zonas rurales y entre las mujeres de baja escolaridad.

Las características de la encuesta no permiten asegurar si aquellas que cuidan de sus hijos, y que lo argumentan como razón para no trabajar, lo sienten como un obstáculo “que desearían salvar” o simplemente no asocian que haya compatibilidad entre ambas acciones, y prefieren hacerse cargo de sus hijos, al margen de las opciones reales para que alguien los cuide y les permita regresar o incorporarse al mercado laboral.

CONCLUSIONES

Los datos confirman que la participación laboral femenina se ha incrementado en los últimos años, tanto en general como entre madres con hijos en edad preescolar; se observan algunas variantes de acuerdo con los diferentes grupos poblacionales, pero se puede afirmar que es un comportamiento vigente entre la población mexicana.

Las mujeres presentan tasas de actividad económica mayores cuanto menor sea el número de hijos; ellas van aumentando su participación conforme el último hijo va creciendo. Y pareciera que cuando se controla la paridad y la edad del hijo menor en la participación laboral de las mujeres, ésta quedará más asociada a dichos factores que a la propia edad de la madre, aunque sigue siendo mayor la participación a medida que se incrementa la edad de la mujer, entre aquellas con hijos menores de cinco años.

Se encuentra que las mujeres con hijos pequeños, o con mayor número de hijos, se insertan más comunmente en actividades agrícolas; además de que entre aquellas que participan en otras ramas de actividad, a medida que aumenta la edad de los hijos y el número de los mismos, tienden a incrementar la proporción dedi-

cada a actividades manuales no asalariadas, si bien sigue siendo importante el grupo que se dedica a actividades asalariadas. A medida que aumenta la edad de los hijos y su número, las opciones de cuidado son usadas en menor medida, independientemente del tipo de actividad a la que se dedique la mujer.

La pertenencia a unidades domésticas de tipo no nuclear puede ser considerada como un elemento que facilita la participación económica de las mujeres en nuestro país. La posibilidad de incrementar su participación, cuando se vive en estructuras familiares de este tipo, es un hecho cuando se compara a las mujeres que no tienen hijos con aquellas que sí los tienen. Entre las mujeres que tienen hijos, el hecho de contar con algún apoyo familiar dentro de la unidad doméstica también se refleja en su mayor participación en alguna actividad económica. Sin embargo, la evidencia disponible sugiere la aparente existencia de un límite en la participación, impuesto por el número de hijos. Esto es, a mayor número de hijos menor es el valor de la tasa alcanzada, y cada vez menor la diferencia en la participación según se pertenezca a unidades nucleares o no nucleares.

Nuestros hallazgos nos hacen sugerir que el límite a una mayor participación está dado por el incremento en las tareas de cuidado y crianza que supone el tener un gran número de hijos, y que para las mujeres con hijos de cinco años y más, la probabilidad de aumentar su participación está vinculada al apoyo de otros parientes e hijos dentro de la unidad. Los resultados confirman que las estructuras familiares de tipo extenso juegan, efectivamente, un papel fundamental en la posibilidad de incrementar el empleo entre las mujeres que tienen hijos.

El análisis de parte de la historia laboral, a través de la interpretación de las mujeres, muestra algunas características de su inserción laboral y de los papeles que les han sido atribuidos ancestralmente, lo cual se observa al analizar las razones por las cuales se incorporan al mercado de trabajo, por las que lo abandonan, e incluso, por las que en ciertos momentos, cuando existe el "riesgo" de que lo abandonen no lo hacen (primera unión y nacimiento del primer hijo). Razones como apoyo económico a terceras personas y al esposo son más frecuentes que las referencias personales; la oposición del esposo y la necesidad de cuidar a los

hijos aparecen como fundamentales para dar cuenta de por qué la mujer no está dentro o tiene que retirarse del mercado laboral.

La información de la Enfes y de la Edepam es insuficiente para reconstruir la forma en que las mujeres viven los aparentes conflictos que surgen de las expectativas sociales y familiares alrededor de su inserción laboral y la responsabilidad que les ha sido asignada ancestralmente sobre el cuidado de sus hijos. Surge, obligadamente, la necesidad de generar información que permita entender el papel del trabajo de la mujer, en tanto que condiciona y es condicionado por la responsabilidad del cuidado infantil.

Debe enfatizarse que la participación laboral de las mujeres es elegida por ellas o por otros miembros de la familia, más como un apoyo y un complemento, que como proyecto personal de las mismas o como una forma de asegurar cierto tipo de desarrollo personal y de independencia. No es extraño que muchas propuestas del movimiento feminista (por ejemplo Basaglia, 1980 y Lagarde, 1990) hayan identificado que el quehacer de la mujer sigue siendo un proyecto personal en función, a partir y alrededor de los otros. Las políticas sociales debieran asegurar que dicho trabajo sea realmente un derecho de la población femenina y no un mero condicionante de la salud de sus hijos.

VII. EFECTOS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA FUERZA LABORAL Y DE LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADO INFANTIL EN LA MORBILIDAD DE LOS MENORES DE SEIS AÑOS, EN LA CIUDAD DE MÉXICO*

DOROTEO MENDOZA
ALMA GLORIA NÁJERA
ELIZABETH ARTEAGA
LETICIA DE LA CRUZ
AURORA RÁBAGO**

RESUMEN

Se efectuó un estudio de la relación entre el trabajo de la madre y la morbilidad de los niños. Para ello, se utilizaron los datos de una encuesta sobre la disponibilidad y necesidades de cuidado infantil, llevada a cabo en zonas de bajo nivel socioeconómico de la ciudad de México en 1988.

El análisis bivariado y multivariado según modelos de regresión logística ajustados a la morbilidad general, gastroentérica y por lesiones accidentales, consideró grupos de edad de los niños como estratos, y también se controló por la condición de existencia de apoyo para el cuidado infantil en el hogar.

Los datos apuntan a que la inserción de la mujer a la fuerza laboral, pero particularmente el lugar de trabajo y la duración de

* Los autores agradecen al doctor David Silva por su asesoría en los aspectos médicos, y a Gloria González y María del Carmen del Castillo por su trabajo en el procesador de palabras.

** Doroteo Mendoza, Leticia de la Cruz y Aurora Rábago del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (Amidem); Alma Gloria Nájera del IMSS y Secretaría de Salud (ss), y Elizabeth Arteaga de la ss y Amidem.

la jornada constituyen, en ciertas circunstancias, factores de riesgo para la salud de los pequeños. Por ejemplo, en hogares donde no se cuenta con apoyo para el cuidado infantil y la madre labora jornadas completas, los niños se exponen a lesiones accidentales con riesgos cinco veces superiores a los que corren los hijos de mujeres que no trabajan. Factores como la edad de los niños, el número de éstos en el hogar, el ingreso y la disponibilidad de agua entubada en la vivienda, resultaron fuertemente asociados a la morbilidad, particularmente a la gastroentérica.

INTRODUCCIÓN

Dos factores ponen de manifiesto la importancia y la necesidad de contar con investigaciones que profundicen en el estudio de la relación entre trabajo materno y salud infantil: la presencia de mujeres con hijos pequeños en el mercado laboral en fechas recientes ha contribuido de manera importante a la tendencia al aumento de la participación femenina en el mismo (De Oliveira y García, 1990); y las evidencias de que disponemos, que no permiten arribar a conclusiones claras y definitivas, pues los resultados de las investigaciones son contradictorios: algunos estudios sugieren que la relación es positiva; otros la sugieren negativa, en tanto que un tercer grupo concluye que no hay tal relación; además de que se presenta, en la mayor parte de ellos, una serie de debilidades tanto conceptuales como metodológicas (Brachet-Márquez, 1992).

El presente estudio pretende contribuir al conocimiento de las condiciones bajo las que la participación de las madres en el mercado de trabajo pueden afectar la salud de sus hijos.

Esta aportación se lleva a cabo mediante la exploración de un archivo de datos de la Edineci,* realizada en 1988 en el área metropolitana de la ciudad de México, generado conjuntamente por el IMSS y la Amidem con apoyo del Population Council.

Si bien esta encuesta fue diseñada para estimar la disponibilidad y las necesidades de apoyo para el cuidado infantil en la población de bajo nivel socioeconómico, contiene información

* Encuesta sobre Disponibilidad y Necesidades de Cuidado Infantil, 1988.

sobre la inserción laboral de las mujeres y la morbilidad de los niños menores de seis años, lo que permitió realizar este trabajo con el objetivo de estudiar la relación entre ambas variables haciendo intervenir, además, dos grupos de factores: unos asociados con las estrategias de apoyo para el cuidado infantil y otros con las características socioeconómicas de las unidades domésticas.

FUENTE DE DATOS Y METODOLOGÍA

La Edineci se efectuó en población de bajo nivel socioeconómico¹ que residía en el municipio de Nezahualcóyotl y en cinco delegaciones político-administrativas del Distrito Federal: Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Xochimilco, las cuales se seleccionaron aleatoriamente.

Se utilizó un muestreo estratificado, con selección en dos etapas: en la primera se eligieron colonias y en la segunda se muestrearon manzanas. Todos los hogares en que había mujeres con al menos un niño menor de seis años de edad fueron censados, y las mujeres, entrevistadas posteriormente. El tamaño final de la muestra fue de 1 044 hogares, 1 058 mujeres y 1 544 niños menores de seis años. Estos últimos constituyen la base de datos para este estudio.²

La Edineci incluyó en su diseño una tabla para indagar sobre la morbilidad experimentada por cada niño durante los 12 meses previos a la entrevista, lo que permitió construir una base de datos con la información de cada niño, a la que se agregaron las características de la mujer y del hogar investigadas en los cuestionarios correspondientes. El archivo registra hasta seis enfermedades por cada niño y tres síntomas para cada una de ellas.

¹ Los criterios de inclusión de la población en dicho nivel socioeconómico se basaron en una escala con ponderaciones empíricas, de acuerdo con una serie de características de las viviendas: instalación de luz eléctrica, agua entubada, drenaje, pavimentación de calles y banquetas, materiales de las paredes, techos y pisos, y existencia de baldíos, cantinas y pulquerías en la manzana.

² Mayores detalles de la metodología sobre el tratamiento de los datos pueden consultarse en IMSS y Amidem (1988) y en Mendoza *et al.* (1993).

En la encuesta se captaron varios grupos de patología infantil: enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación, lesiones accidentales, malformaciones congénitas y estados morbosos mal definidos. El periodo de referencia de un año pudiera subestimar la incidencia de la morbilidad, por el olvido de algunas de esas enfermedades —probablemente las menos graves y de no muy larga duración—; pero tiene la ventaja de estar menos afectado por variaciones estacionales. Sin embargo, debe decirse que no se intenta de ninguna manera establecer alguna cifra de la incidencia de la morbilidad por medio de esta información, sino relacionarla con los datos sobre trabajo materno, factores socioeconómicos y sobre cuidado infantil. En este sentido, se trabaja con el supuesto de que el grado de declaración de la morbilidad (subestimación o sobreestimación) sea razonablemente parecido entre la población estudiada.

Por otro lado, los datos reflejan la morbilidad infantil percibida por la madre, es decir, lo que ella visualiza sobre el estado de salud de sus hijos, y más aún, sólo de los niños sobrevivientes al momento de la encuesta.

Las distintas percepciones probablemente atenúan las diferencias según características tales como la educación de la madre, la atención médica, etcétera, ya que las mujeres con alta escolaridad y que acuden a los servicios médicos serán las que más fácilmente perciban el padecimiento pero, al mismo tiempo, sus hijos son los menos expuestos a contraerlo (Mier y Terán, 1991:3-4).

No obstante estas consideraciones, los resultados muestran congruencia interna en la morbilidad y en su relación con las categorías de las variables de interés, según lo que se sabe al respecto.

En las páginas que siguen se describe, en primera instancia, la morbilidad percibida en el análisis. Posteriormente se describe el marco analítico de los factores determinantes de la morbilidad de los menores de seis años de edad que fue utilizado. La relación entre el trabajo materno y la morbilidad preescolar general, gastroentérica y por lesiones accidentales se analiza mediante tablas bivariadas. Dado que dicha relación puede ser diferente según la edad del niño y que interesa también investigar la influencia del apoyo para el cuidado infantil, se hace un análisis estratificado con

estas dos variables. Se aplica un modelo de regresión logística a estos tipos de morbilidad como variables dependientes; se obtienen estimaciones de la probabilidad de que un niño tenga esas enfermedades en el primer año de edad, durante el segundo y el tercero, y entre el cuarto y el sexto año de vida. Finalmente, se ajustan modelos de regresión logística para estimar la probabilidad que tiene un niño de enfermarse según la condición de existencia de apoyo para el cuidado infantil en el hogar.

MORBILIDAD PERCIBIDA

Con el objeto de valorar la información sobre la morbilidad percibida por la mujer, ésta se comparó con una morbilidad clínica en función de los síntomas característicos de la enfermedad. Los resultados para algunas de las enfermedades de mayor incidencia detectadas en los niños se muestran en el cuadro 1.

Puede constatarse la gran concordancia entre el porcentaje total de niños afectados de cierta enfermedad y el porcentaje con sintomatología propia. La diferencia entre ambos representa la morbilidad percibida por la madre, pero con síntomas no característicos de la enfermedad correspondiente. Estos porcentajes de "sintomatología impropia" realmente son bajos, y para algunos casos son nulos; lo cual sugiere que las madres de nivel socioeconómico bajo en la ciudad de México parecen reconocer adecuadamente la sintomatología de la morbilidad de sus niños. Este hallazgo es de suma importancia.

En el cuadro 2 y en la gráfica 1 se muestran las distribuciones de la morbilidad percibida, según la edad de los infantes y el tipo de enfermedad (general, lesión accidental³ y gastroentérica⁴), que se usarán como variables dependientes en el análisis posterior.

³ Aunque la Edineci se refiere a los accidentes ocurridos a los niños en el año previo, por la posible subestimación parece ser más correcto que se hable de lesiones accidentales, bajo el supuesto de que las madres hayan reportado las consecuencias de los accidentes más graves. Para calcular el porcentaje de niños con cierto padecimiento, se incluyó en el denominador a los sanos más los enfermos, pero de padecimientos diferentes al de referencia.

⁴ Incluye la intoxicación por alimentos, infección intestinal, parasitosis y otras enfermedades gastrointestinales reportadas sin mayor especificación por la mujer.

CUADRO 1
Principales causas de morbilidad detectadas en los niños,
según sintomatología y grupos de edad

<i>Morbilidad y sintomatología</i>	<i>Meses de edad de los niños</i>			
	<i>0-11</i>	<i>12-23</i>	<i>24-35</i>	<i>36 y más</i>
<i>Amigdalitis (%)</i>	15.0	21.6	23.6	21.8
Sintomatología propia*	14.7	20.9	22.0	20.5
Sintomatología impropia*	0.3	0.7	1.6	1.3
<i>Bronquitis (%)</i>	3.2	3.7	3.9	2.6
Sintomatología propia	3.0	3.4	3.1	2.1
Sintomatología impropia	0.2	0.3	0.8	0.5
<i>Gripe (%)</i>	46.6	44.4	52.9	49.0
Sintomatología propia	43.9	41.4	50.6	46.8
Sintomatología impropia	2.7	3.0	2.3	2.2
<i>Infección intestinal (%)</i>	11.7	17.5	8.9	8.6
Sintomatología propia	11.2	17.2	8.9	8.6
Sintomatología impropia	0.5	0.3	0.0	0.0
<i>Parasitosis (%)</i>	3.7	3.4	3.1	5.5
Sintomatología propia	3.5	3.4	3.1	4.7
Sintomatología impropia	0.2	0.0	0.0	0.8
<i>Alergia (%)</i>	5.0	3.0	1.5	2.8
Sintomatología propia	4.7	3.0	1.5	2.6
Sintomatología impropia	0.3	0.0	0.0	0.2

* La sintomatología propia es aquella que según criterios clínicos corresponde a la enfermedad y que además la mujer la refirió correctamente, mientras que la sintomatología impropia es la que no corresponde a la enfermedad y la mujer la identificó erróneamente.

La incidencia de las enfermedades es menor en la población infantil entre cero y cinco meses de edad, con diferencias estadísticamente significativas,⁵ probablemente por el efecto de la lactancia materna o de la transferencia pasiva de anticuerpos trasplacentarios, que disminuyen la susceptibilidad del recién nacido a enfermedades infectocontagiosas respiratorias y gastrointestinales.

El porcentaje de niños con alguna enfermedad y la morbilidad gastroentérica se elevan después del primer semestre de vida, y parecen estabilizarse posteriormente, con algunas fluctuaciones, probablemente debidas a variaciones aleatorias. Los factores que

⁵ Cuando no se diga lo contrario en este trabajo, se entenderá que las pruebas de significación son al 0.05.

CUADRO 2
**Porcentaje de niños por tipo de morbilidad,
 según grupos de edad**

<i>Meses de edad de los niños</i>	<i>Alguna enfermedad</i>	<i>Porcentaje de niños</i>		<i>N</i>
		<i>Con enfermedad gastroentérica</i>	<i>Con lesión accidental</i>	
0-5	64.3	25.0	0.0	112
6-11	85.9	33.1	2.5	163
12-17	82.6	30.3	4.6	110
18-23	86.3	43.6	3.4	117
24-29	82.7	24.0	5.3	150
30-35	85.7	30.3	6.7	119
36-41	85.5	31.6	5.3	152
42-47	86.5	27.1	9.4	97
48-53	84.1	25.5	7.0	157
54-59	78.4	30.9	3.1	98
60-65	83.6	27.6	2.6	152
66-72	76.9	23.9	4.3	117
Total	82.2	29.3	4.5	1544

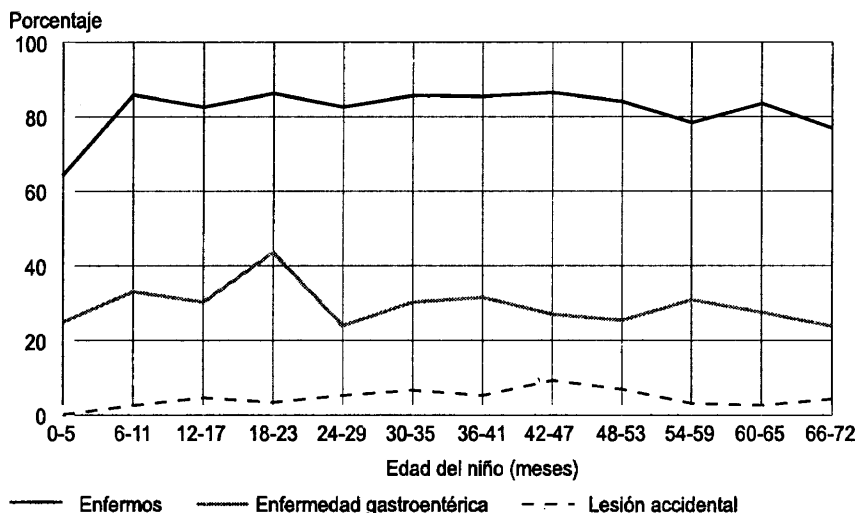
inciden en dicha elevación corresponden al destete, la introducción de otros alimentos (más sujetos a contaminación), el desarrollo psicomotor independiente (gatear y caminar) y posiblemente a la reincorporación de la madre al trabajo, además de que la dentición hace que muchos objetos sean llevados a la boca.

Sin embargo, a partir de los cinco años de edad se nota una disminución de la morbilidad gastrointestinal; probablemente debida a la adopción de medidas higiénicas, a la maduración por exposición del aparato inmunocompetente y al desarrollo de un aparato intestinal más largo.

En relación con las lesiones accidentales, los porcentajes de niños con este daño aumentan sistemáticamente hasta un poco más allá de los tres años, con una incidencia máxima de 9.4%; pero a partir de ese nivel se nota una disminución.

La limitación del movimiento hasta cerca del primer año hace menos factible la exposición a lesiones accidentales, lo que explica su baja incidencia; no obstante, cuando los niños empiezan a caminar, no perciben ni responden a los peligros, por lo que es una etapa donde se da más este tipo de morbilidad. Finalmente, la

GRÁFICA 1

Morbilidad de niños menores de seis años por grupos de edad

disminución de las lesiones accidentales después de los tres años de edad probablemente responda a que los niños inician una menor dependencia de los mayores y el lenguaje los hace más capaces de señalar el peligro de su medio ambiente.

MARCO ANALÍTICO

Para estudiar la relación entre la inserción laboral de la madre y la salud infantil se abordan en este trabajo cuatro grupos de factores presumiblemente determinantes de la morbilidad preescolar. Entre los factores biológicos se considera la edad del niño. En segundo lugar se encuentran las características de la unidad doméstica y las de la vivienda, además de algunas variables socioeconómicas. Se incluyen aquí la disponibilidad de agua entubada en la vivienda, el material de los pisos, el hacinamiento, los ingresos monetarios del hogar, la estructura de la unidad doméstica según la composición de parentesco y la competencia por recursos entre los niños menores de seis años. En tercer lugar, las características de la

madre: escolaridad, inserción laboral, jornada y lugar de trabajo. Finalmente, se incorporan las estrategias para el cuidado del niño, que incluyen el tiempo de cuidado por la madre y el apoyo para el cuidado infantil.

Factores biológicos: edad del niño

Se considera la edad del niño, que discrimina significativamente la morbilidad preescolar, en particular la gastroentérica y las lesiones accidentales. Además, en función de la edad, la condición laboral de la madre por su ausencia en el hogar, puede afectar de distinta manera la salud de los pequeños.

Por ello, se planteó un análisis estratificado en tres grupos, acorde con el comportamiento de la morbilidad según la edad y tomando en cuenta la modalidad de la influencia de los factores determinantes sobre las enfermedades. El primer grupo está constituido por los niños de cero a 11 meses, que comprende el periodo protector de la lactancia, cuando el cuidado del niño y los factores socioeconómicos atenúan el riesgo de padecer enfermedades, sobre todo gastrointestinales. El segundo grupo comprende a los niños entre los 12 y los 35 meses. Éste es un periodo de particular interés para el análisis de las lesiones accidentales, en las que la ausencia de la madre en el hogar, así como las estrategias de cuidado infantil son factores importantes. Finalmente, los niños de 36 a 72 meses constituyen el tercer grupo. En éste, probablemente los factores socioeconómicos y de la unidad doméstica reflejen su influencia en la morbilidad general, pero particularmente en la gastroentérica. No obstante, en los cuadros se incluyeron los datos para el total de la muestra, pues en ocasiones el análisis estratificado se vio limitado por el reducido número de observaciones.

Características socioeconómicas y unidad doméstica

La unidad doméstica es el mundo donde el niño se desarrolla; por ello, otro de los factores que está relacionado con su salud es la vi-

vienda y sus características, ya que cumple funciones de protección: aísla a sus integrantes de agentes exteriores que potencialmente son agresivos, como el clima, los de origen residual (polvo, ruido, etcétera); catástrofes y, fundamentalmente, gérmenes patógenos que para los niños son peligrosos, por su mayor vulnerabilidad en comparación con los adultos.

Para que proporcione una adecuada protección y permita una higiene óptima, la vivienda debe contar con una serie de instalaciones. Si bien la salud depende, en parte, de hábitos higiénicos de la población, el tener los servicios indispensables hace a la vivienda potencialmente favorable. La salud infantil y la presencia de algunas enfermedades están directamente relacionadas con las características de la vivienda (Coplamar, 1982); por ejemplo, la disponibilidad de agua entubada, elemento importante para adoptar las medidas higiénicas indispensables, tanto personales como de la casa habitación.

El material de los pisos y el hacinamiento son también variables que se asocian con la morbilidad en ciertas edades. Sin embargo, no se incluyeron en este trabajo porque: la primera representa sólo 1.9% (29 casos efectivos) del total de la muestra en la categoría "pisos de tierra", lo cual limita el análisis estratificado; y la segunda mostró una alta correlación con la disponibilidad de agua entubada, y además, no constituye un factor de riesgo directo de la morbilidad gastroentérica (Mier y Terán, s./f.).

El ingreso del hogar, pero particularmente el dinero que aportan las mujeres a la unidad doméstica se asocia con la salud infantil, pues se ha constatado que esa aportación se destina, en su mayoría, a cubrir necesidades de los hijos (Leslie, Lycette, Buvinic, 1988), contribuyendo a brindarles mejores condiciones de vida.

Por otra parte, la estructura de la unidad doméstica es otro elemento importante que se relaciona con la salud infantil. En primera instancia, pareciera que las familias nucleares, por su constitución, tienen menos miembros que pueden ser sustitutos de la madre, a diferencia de las familias extensas o compuestas; pero a esto habría que agregar la edad y el sexo de los diferentes miembros del hogar, en tanto se esperaría que el cuidado del niño

sea diferente si se realiza por un adulto o por un niño, por un hombre o por una mujer.

El número de niños menores de seis años que haya en la unidad doméstica (competencia por recursos) es otro de los factores que está relacionado con el cuidado y la salud del niño. En la medida en que haya más de un niño de esa edad, menor será el tiempo de atención para cada uno y menos serán los recursos que se destinen individualmente, es decir, mayor será la competencia entre ellos por los recursos de todo tipo: tiempo, alimentación, vestido, etcétera, y por lo tanto, se esperaría una mayor incidencia de enfermedades. Hobcraft (1987) ha constatado que el tener embarazos con intervalos intergenésicos cortos se asocia con una mortalidad infantil alta, y si el niño logra sobrevivir, tiene que competir por el alimento, el cuidado de la madre y otros recursos.

Características de la madre

El nivel de escolaridad es una de las características de las madres que está muy relacionada con la salud infantil. En América Latina, los sectores de alta mortalidad en niños menores de dos años comprenden a 41% de las mujeres en edad fértil, de las cuales más de 90% son analfabetas o semianalfabetas (Tapia, 1990). Los mecanismos a través de los cuales actúan los niveles de escolaridad, parecen ser múltiples; pero, entre otros, se puede mencionar el menor acceso a cualquier tipo de información sobre salud, lo cual se traduce en un control deficiente de las enfermedades infantiles.

Por otro lado, la inserción laboral de la madre y las características de esa participación están muy relacionadas con la salud infantil. En primera instancia, la condición de trabajo y la jornada laboral están directamente vinculadas con el tiempo que la madre pueda dedicar al cuidado del niño. Se considera que cuando la jornada es larga, el tiempo que las mujeres le dedican a sus hijos es poco, en comparación con aquellas que no trabajan o que tienen una jornada de trabajo corta.

El lugar de trabajo está determinado por la ocupación y la posición en el trabajo. Existen algunas ocupaciones que pueden

realizarse en las propias viviendas o fuera de un centro laboral, pero con horario flexible; o que permiten a las mujeres llevar con ellas a sus hijos, lo que hace factible un mayor tiempo de cuidado por parte de la madre. En cambio, otras ocupaciones requieren la presencia de la mujer en centros laborales, lo que hace distinta la utilización, disponibilidad y organización del tiempo de la mujer, y por lo tanto, influyen de diferente manera en el cuidado del niño.

Cuidado del niño

El tiempo de cuidado del niño por la madre es otro de los elementos que tiene relación con el bienestar de los pequeños, dependiendo de la edad de éstos. Se ha constatado que hay periodos en la vida de los niños en los que el cuidado de la madre es muy importante, a diferencia de otros en que no es tan importante o se puede sustituir.

Durante el primer año de vida el niño tiende a ser más dependiente de la madre. Un estudio realizado en Guatemala sugiere que durante el primer año, si el niño no es auxiliado individualmente aparecen consecuencias negativas, principalmente en los hijos de trabajadoras domésticas, ya que su trabajo requiere de muchas horas y no les queda tiempo suficiente para dedicarlo al cuidado de sus hijos (Engle, 1989a). Asimismo Haggerty (1981), citado por Leslie, Lycette y Buvinic (1986), encontró que el tiempo que la madre dedica al cuidado del infante durante su primer año de vida es más importante para su crecimiento que la aportación económica, y sucede lo contrario en el segundo año de vida.

Sin embargo, cuando la madre no puede destinar suficiente tiempo para la crianza de sus hijos, ya sea por el trabajo o por otra actividad, el contar con redes de apoyo para el cuidado del niño —la presencia de otros integrantes en la unidad doméstica que puedan sustituirla, el cuidado fuera del hogar por otros parientes o amigos o por la contratación de un servicio para el cuidado que permita atenuar su ausencia— compensaría su falta de tiempo y se reflejaría en la salud de los niños.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En el cuadro 3 puede verse la distribución de los niños según los estratos de edades y las categorías de los determinantes de la morbilidad preescolar.

Los factores socioeconómicos y de la unidad doméstica muestran que más de la mitad de los niños del estudio no disponen de agua entubada dentro de su vivienda; 43.6% vive en hogares con menos de dos salarios mínimos; 77.5% pertenece a familias nucleares y más de la mitad comparte los recursos con uno o más hermanos menores de seis años de edad.

Las características de las madres revelan que más de la mitad de ellas cursó la primaria como nivel escolar máximo; 19.9% trabajaba por un salario al momento de la encuesta; con una jornada de tiempo completo 8.3% y de medio tiempo, 10.8%. De las madres que trabajaban, la mayoría lo hacía fuera de su casa; sólo 1.6% de las mujeres de la muestra realizaba una actividad remunerada dentro de su casa.

De los factores asociados con el cuidado infantil, tres de cada cuatro de las entrevistadas manifestaron cuidar a su niño todo el día; y respecto a las redes de apoyo, en uno de cada cuatro pequeños existe alguien que apoya a la madre para cuidarlos.

Respecto a la distribución de los niños por grupos de edad para cada categoría de los factores involucrados en el análisis, aproximadamente 50% corresponde a edades de 36 a 72 meses, entre 30 y 35% se ubica en el grupo intermedio y el resto, entre 15 y 20%, corresponde a los menores de un año.

FACTORES DETERMINANTES Y MORBILIDAD PREESCOLAR

En los cuadros 4, 5 y 6 se presentan, respectivamente, los diferenciales de la morbilidad general, por lesiones accidentales y gastroentérica, según factores socioeconómicos y edad de los niños. Una observación común a estos cuadros, es que existen muy pocas variables que discriminen significativamente la morbilidad preescolar y se identifiquen como factores de riesgo. En el total de la muestra, por ejemplo, la competencia por recursos es la única variable que resultó significativa en la morbilidad general; en la mor-

CUADRO 3

Distribución porcentual de los niños por grupos de edad, según factores determinantes asociados a la morbilidad preescolar

Variable y categorías	Meses de edad de los niños				Porcentaje
	0-11	12-35	36 y más	N*	
<i>Disponibilidad de agua entubada en vivienda</i>					
Dentro	18.6	31.0	50.4	722	(46.8)
Fuera	16.7	33.2	50.1	771	(49.9)
No tiene	23.5	31.4	45.1	51	(3.3)
<i>Ingreso del hogar</i>					
Menos de dos salarios mínimos	18.3	29.6	52.1	662	(43.6)
Dos salarios mínimos	14.7	35.5	49.8	434	(28.6)
Más de dos salarios mínimos	20.7	32.3	47.0	421	(27.8)
<i>Tipo de familia</i>					
Nuclear	16.8	32.5	50.7	1 196	(77.5)
No nuclear	21.3	30.7	48.0	348	(22.5)
<i>Competencia por recursos</i>					
Un niño menor en el hogar	18.1	30.6	51.3	690	(44.7)
Dos niños menores	17.1	32.9	50.0	626	(40.5)
Tres o más niños menores	18.9	34.6	46.5	228	(14.8)
<i>Escolaridad materna</i>					
Tercero de primaria o menos	14.1	26.0	59.9	319	(20.7)
Cuarto a sexto	16.3	32.2	51.4	521	(33.7)
Secundaria o más	20.6	34.8	44.6	704	(45.6)
<i>Condición de trabajo</i>					
Trabaja	15.6	34.2	50.2	307	(19.9)
No trabaja	18.3	31.7	50.0	1 235	(80.1)
<i>Jornada laboral</i>					
Tiempo completo	14.2	41.7	44.1	127	(8.3)
Medio tiempo	17.1	28.7	54.3	164	(10.8)
No trabaja	18.3	31.6	50.1	1 235	(80.9)
<i>Lugar de trabajo</i>					
Fuera de casa	15.6	34.8	49.6	282	(18.3)
En la casa	20.8	29.2	50.0	24	(1.6)
No trabaja	18.3	31.6	50.2	1 235	(80.1)
<i>Tiempo de cuidado por la madre</i>					
Todo el día	18.2	31.6	50.1	1 141	(74.5)
Menos de todo el día	16.9	33.0	50.1	391	(25.5)
<i>Apoyo para el cuidado infantil</i>					
Alguien ayuda	18.4	32.9	48.8	414	(26.8)
No se cuenta con ayuda	17.6	31.9	50.5	1 130	(73.2)

* El número de efectivos no suma 1 544 en algunas variables debido a los casos no especificados.

CUADRO 4
Porcentaje de niños con alguna enfermedad, según grupos de edad y factores determinantes asociados a la morbilidad preescolar

<i>Variable y categorías</i>	<i>Meses de edad de los niños</i>			
	<i>0-11</i>	<i>12-35</i>	<i>36 y más</i>	<i>Total</i>
<i>Disponibilidad de agua entubada en vivienda</i>				
Dentro	73.9	83.9	81.9	81.0
Fuera	79.8	85.5	83.7	83.7
No tiene	[83.3]	[68.8]	[82.6]	78.4
<i>Ingreso del hogar</i>				
Menos de dos salarios mínimos	79.8	86.4	85.0	84.5
Dos salarios mínimos	73.4	82.5	79.6	79.7
Más de dos salarios mínimos	75.9	83.1	82.3	81.2
<i>Tipo de familia</i>				
Nuclear	76.6	84.3	82.8	82.3
No nuclear	78.4	84.1	82.6	82.2
<i>Competencia por recursos</i>				
Un niño menor en el hogar	81.6	91.5*	86.2	87.0*
Dos niños menores	73.8	77.2*	80.2	78.1*
Tres o más niños menores	(72.1)	83.5*	79.2	79.4*
<i>Escolaridad materna</i>				
Tercero de primaria o menos	(68.9)	83.1	82.7	80.9
Cuarto a sexto	81.2	81.5	83.6	82.5
Secundaria o más	77.2	86.5	82.2	82.7
<i>Condición de trabajo</i>				
Trabaja	(72.9)	82.9	82.5	81.1
No trabaja	77.9	84.7	82.8	82.5
<i>Jornada laboral</i>				
Tiempo completo	[77.8]	88.7	85.7	85.8
Medio tiempo	[67.9]	(76.6)	83.1	78.7
No trabaja	77.9	84.6	82.8	82.5
<i>Lugar de trabajo</i>				
Fuera de casa	(72.7)	82.7	80.7	80.1
En la casa	[80.0]	[85.7]	[100.0]	[91.7]
No trabaja	77.9	84.7	82.9	82.6
<i>Tiempo de cuidado por la madre</i>				
Todo el día	78.4	84.5	82.7	82.5
Menos de todo el día	72.7	83.7	82.7	81.3
<i>Apoyo para el cuidado infantil</i>				
Alguien ayuda	68.4*	85.3	84.7	81.9
No se cuenta con ayuda	80.4*	83.9	82.1	82.4

¹¹ Menos de 10 casos en muestra.

[] De 10 a 30 casos en muestra.

() De 31 a 50 casos en muestra.

* Significativo al 0.05.

CUADRO 5
Porcentaje de niños con lesión accidental,
según grupos de edad y factores determinantes
asociados a la morbilidad preescolar

<i>Variable y categorías</i>	<i>Meses de edad de los niños</i>			<i>Total</i>
	<i>0-11</i>	<i>12-35</i>	<i>36 y más</i>	
<i>Disponibilidad de agua entubada en vivienda</i>				
Dentro	2.2*	5.8	4.1	4.3
Fuera	0.0*	4.7	6.0	4.5
No tiene	[8.3]	[0.0]	[8.7]	5.9
<i>Ingreso del hogar</i>				
Menos de dos salarios mínimos	2.4	5.8	5.0	4.8
Dos salarios mínimos	1.6	4.5	6.0	4.8
Más de dos salarios mínimos	0.0	4.4	4.5	3.6
<i>Tipo de familia</i>				
Nuclear	1.5	5.9	5.4	4.9
No nuclear	1.3	1.9	4.2	2.9
<i>Competencia por recursos</i>				
Un niño menor en el hogar	2.4	7.1*	5.4	5.4
Dos niños menores	0.9	4.9*	4.5	4.0
Tres o más niños menores	(0.0)	0.0*	6.6	3.1
<i>Escolaridad materna</i>				
Tercero de primaria o menos	(2.2)	6.0	5.8	5.3
Cuarto a sexto	0.0	6.5	5.2	4.8
Secundaria o más	2.1	3.7	4.8	3.8
<i>Condición de trabajo</i>				
Trabaja	(0.0)	8.6	5.2	5.5
No trabaja	1.8	4.1	5.2	4.2
<i>Jornada laboral</i>				
Tiempo completo	[0.0]	9.4	3.6	5.5
Medio tiempo	[0.0]	(6.4)	5.6	4.9
No trabaja	1.8	4.1	5.3	4.2
<i>Lugar de trabajo</i>				
Fuera de casa	(0.0)	8.2	4.3	5.0
En la casa	[0.0]	[14.3]	[16.7]	[12.5]
No trabaja	1.8	4.1	5.2	4.2
<i>Tiempo de cuidado por la madre</i>				
Todo el día	1.4	4.2	5.6	4.4
Menos de todo el día	1.5	7.8	4.1	4.9
<i>Apoyo para el cuidado infantil</i>				
Alguien ayuda	1.3	6.6	3.5	4.1
No se cuenta con ayuda	1.5	4.4	5.8	4.6

¹¹ Menos de 10 casos en muestra.

[] De 10 a 30 casos en muestra.

() De 31 a 50 casos en muestra.

* Significativo al 0.05.

CUADRO 6
Porcentaje de niños con enfermedad gastroentérica,
según grupos de edad y factores determinantes
asociados a la morbilidad preescolar

<i>Variable y categorías</i>	<i>Meses de edad de los niños</i>			<i>Total</i>
	<i>0-11</i>	<i>12-35</i>	<i>36 y más</i>	
<i>Disponibilidad de agua entubada en vivienda</i>				
Dentro	26.9	25.4*	24.7*	25.3*
Fuera	34.9	37.5*	30.1*	33.*
No tiene	[8.3]	[18.8]	[39.1]	25.5*
<i>Ingreso del hogar</i>				
Menos de dos salarios mínimos	29.8	35.0*	31.5	32.3*
Dos salarios mínimos	25.0	35.1*	25.0	28.6*
Más de dos salarios mínimos	33.3	22.1*	24.2	25.4*
<i>Tipo de familia</i>				
Nuclear	28.9	32.1	26.2*	28.6
No nuclear	32.4	29.0	33.5*	31.9
<i>Competencia por recursos</i>				
Un niño menor en el hogar	40.8*	39.8*	29.4*	34.3*
Dos niños menores	18.7*	23.8*	30.0*	26.0*
Tres o más niños menores	(25.6)*	31.6*	16.0*	23.2*
<i>Escolaridad materna</i>				
Tercero de primaria o menos	(33.3)	31.3	27.2	29.2
Cuarto a sexto	30.6	30.4	28.0	29.2
Secundaria o más	28.3	32.2	28.0	29.5
<i>Condición de trabajo</i>				
Trabaja	(22.9)	24.8	29.9	27.0
No trabaja	31.0	33.2	28.0	28.5
<i>Jornada laboral</i>				
Tiempo completo	[27.8]	24.5	41.1	32.3
Medio tiempo	[21.4]	(23.4)	25.8	24.4
No trabaja	31.0	33.3	27.2	29.7
<i>Lugar de trabajo</i>				
Fuera de casa	(25.0)	22.4*	30.0	26.6
En la casa	[20.0]	[57.1]*	[41.7]	[41.7]
No trabaja	31.0	33.2*	27.1	29.7
<i>Tiempo de cuidado por la madre</i>				
Todo el día	30.3	33.5	26.0	29.2
Menos de todo el día	28.8	26.4	32.7	29.9
<i>Apoyo para el cuidado infantil</i>				
Alguien ayuda	28.6	29.1	35.8*	32.3
No se cuenta con ayuda	30.2	32.2	25.3*	28.4

[] Menos de 10 casos en muestra. [] De 10 a 30 casos en muestra. () De 31 a 50 casos en muestra. * Significativo al 0.05.

bilidad gastroentérica resultaron como importantes, además, la disponibilidad de agua entubada en la vivienda y el ingreso del hogar; en tanto que en las lesiones accidentales ninguna variable resultó significativa en el análisis bivariado.

Independientemente de los grupos de edad, el número de niños pequeños que existe en el hogar no se asocia positivamente con la incidencia de enfermedades, como se esperaba, en particular, con la morbilidad gastroentérica; más bien resultó al contrario.

Niños de 0 a 11 meses

La existencia de redes de apoyo en el hogar se asocia negativamente con la morbilidad infantil, la única variable que resultó significativa.

El reducido número de casos efectivos en algunas categorías limitó seriamente el análisis diferencial de la morbilidad en los niños pequeños. Sin embargo, se detectan tendencias bien definidas en la morbilidad gastroentérica en las categorías de algunos factores presumiblemente determinantes: los niños que residen en viviendas con agua entubada fuera de la propiedad, aquéllos cuyos hogares son de menor ingreso, los que pertenecen a familias no nucleares y los hijos de mujeres con menor escolaridad, o de mujeres que no trabajan, son los que resultan aparentemente con un mayor riesgo de contraer algún padecimiento gastroentérico.

Aunque tampoco con diferencias significativas, pareciera que la incorporación de la mujer al trabajo, particularmente cuando realiza medias jornadas o desarrolla su actividad remunerada dentro de su casa, se asocia con una menor morbilidad gastroentérica en los infantes.

Niños de 12 a 35 meses

En este grupo de edad, la influencia de los factores considerados sobre la incidencia de las enfermedades en los niños se presenta de manera diferente. Cuando se analiza la morbilidad general no se observan diferencias en las categorías de las variables, excepto para

la competencia por recursos. En cambio, para las lesiones accidentales y las enfermedades gastroentéricas sí resultaron significativas algunas variables, y otras presentan tendencias bien definidas en sus categorías; pero los factores actuantes o el sentido de su influencia son diferentes en una u otra morbilidad.

Aunque no con una significación estadística de 0.05 pero sí de 0.1, la inserción de la mujer al trabajo se asocia positivamente con las lesiones accidentales en los pequeños. Más aún: cuando realiza jornadas laborales completas o desarrolla su trabajo fuera de casa, las diferencias en la incidencia del padecimiento son del doble; por ejemplo, mientras las mujeres que no trabajan perciben 4.1% de las lesiones accidentales en sus hijos, en las que laboran jornadas remuneradas completas la incidencia percibida del padecimiento en los infantes es de 9.4 por ciento.

Estos resultados apoyan indirectamente los planteamientos del marco analítico, en el sentido de que el tiempo que la madre dedique a sus niños cuando éstos están expuestos a accidentes por los riesgos propios de su edad, es un factor importante. De hecho, los hijos de las mujeres que declararon dedicarles tiempo completo, se exponen a lesiones accidentales en una proporción que es casi la mitad (4.2%), de aquellos cuyas madres les dedican menos tiempo (7.8%).

La estructura de la unidad doméstica muestra que los hogares nucleares parecieran asociarse con mayores riesgos de lesiones accidentales en los pequeños, tal y como se plantea en el marco analítico: 5.9% de incidencia comparado con 1.9% en los niños de familias extendidas o compuestas.

La escolaridad materna, en términos del número de grados aprobados, presenta una asociación negativa con las lesiones por accidentes en los infantes.

En la morbilidad gastroentérica, los factores de riesgo actúan de forma diferente: también con una significación de 0.1, el trabajo materno parece manifestarse como factor de riesgo; pero en comparación con los niños de madres no trabajadoras, los hijos de mujeres que trabajan por un salario, independientemente de su jornada laboral o de que desarrollen esa actividad fuera de su casa, tienen menor riesgo de adquirir el padecimiento. Este efecto protector del trabajo materno sobre la salud infantil pareciera estar

asociado a que las madres que trabajan, tienden a destinar la mayor parte de sus ingresos al bienestar de sus hijos; y es precisamente en estas edades cuando ese aporte económico es más importante que la presencia de la madre. De hecho, el ingreso del hogar resultó fuertemente asociado con la salud infantil en estas edades.

La menor disponibilidad de agua entubada, como se había planteado, resultó un factor de riesgo para las enfermedades gastroentéricas, en particular cuando el agua se tiene que obtener de una toma fuera de la casa: 37.5% de morbilidad, en contraste con 25.4% cuando el agua está disponible dentro de la vivienda.

Niños de 36 meses y más

A estas edades, la relación entre los factores considerados y la incidencia de las enfermedades varía de acuerdo con el tipo de éstas: en el caso de la morbilidad general y de las lesiones accidentales ningún factor presenta diferencias significativas ni tendencias claras.

En la morbilidad gastroentérica, en cambio, resultaron significativas, además de la competencia por recursos, la disponibilidad de agua entubada, la estructura de la unidad doméstica, el ingreso del hogar, la jornada laboral y el tiempo de cuidado por la madre; aunque en estas tres últimas variables la significación fue de 0.1. Se identifican así, como factores de riesgo de enfermedades gastrointestinales en los niños mayores de tres años el hecho de que se disponga del agua fuera de la vivienda, el que los ingresos sean bajos, el que los niños formen parte de familias compuestas o extendidas, el que la madre labore jornadas remuneradas completas y el que no dedique tiempo completo al cuidado de sus niños.

TRABAJO MATERNO, CUIDADO INFANTIL Y MORBILIDAD

En el cuadro 7 se presentan las proporciones de los niños afectados por cada una de las morbilidades que se han venido analizando, por los distintos factores de trabajo de la mujer, controlando mediante el apoyo para el cuidado infantil.

Al controlar mediante el apoyo para el cuidado de los niños, no se encontraron diferencias significativas entre la inserción

CUADRO 7

Porcentaje de niños enfermos por tipo de morbilidad, según apoyo para el cuidado infantil y factores asociados con la actividad laboral de la madre

<i>Variables y categorías</i>	<i>Ayuda para el cuidado de niños</i>	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Morbilidad General</i>		
<i>Condición del trabajo</i>		
Trabaja	79.4	85.4
No trabaja	85.6	82.0
<i>Jornada laboral</i>		
Tiempo completo	84.2	(92.3)
Medio tiempo	77.8	80.4
<i>Lugar de trabajo</i>		
Fuera de la casa	79.7	81.4
En la casa	[60.0]	[100.0]
No trabaja	85.6	82.0
<i>Lesiones Accidentales</i>		
<i>Condición de trabajo</i>		
Trabaja	3.2	11.2
No trabaja	5.4	4.0
<i>Jornada laboral</i>		
Tiempo completo	2.0	(19.2)*
Medio tiempo	4.6	5.4
No trabaja	5.4	4.0
<i>Lugar de trabajo</i>		
Fuera de la casa	3.3	10.0*
En la casa	[0.0]	[15.8]
No trabaja	5.4	4.0
<i>Enfermedades Gastroentéricas</i>		
<i>Condición de trabajo</i>		
Trabaja	27.5*	25.8
No trabaja	38.6*	28.4*
<i>Jornada laboral</i>		
Tiempo completo	29.7	(42.3)*
Medio tiempo	27.8	17.9*
No trabaja	36.6	28.4*
<i>Lugar de trabajo</i>		
Fuera de casa	27.8*	22.9
En la casa	[20.0]*	[47.4]
No trabaja	38.6*	28.4

[] Menos de 10 casos en muestra.

[] De 10 a 30 casos en muestra.

() De 31 a 50 casos en muestra.

* Significativo al 0.05.

laboral de la madre y sus características con la morbilidad general. Pero, cuando se utilizan las lesiones accidentales como variable dependiente los resultados son interesantes. Es claro que si existe apoyo para el cuidado de los niños, la inserción de la mujer en el trabajo, aún desarrollando jornadas completas o realizando su actividad fuera de su casa, favorece la salud infantil en términos de que atenúa el riesgo de lesiones accidentales. En cambio, si no se cuenta con ayuda para el cuidado de los niños, el trabajo remunerado de la madre, particularmente cuando ejecuta jornadas completas, puede ser un factor que incrementa el riesgo de lesiones accidentales en los pequeños. La magnitud de las diferencias en la morbilidad de los hijos entre las madres que cuentan con apoyo para el cuidado infantil y aquellas que no cuentan con éste, puede ser hasta de cerca de 10 veces cuando se utiliza como variable independiente la jornada laboral.

En el caso de la morbilidad gastroentérica el panorama es diferente: la combinación cuidado infantil y trabajo no resultó significativa; es más, a iguales categorías de trabajo se encontró una mayor morbilidad cuando existe apoyo para el cuidado infantil que cuando se carece de él. Lo interesante aquí, es que independientemente del cuidado infantil, el trabajo de la mujer se asocia con una menor morbilidad gastrointestinal.

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Los resultados de los modelos finales⁶ de regresión logística ajustados por grupos de edad de los niños, se presentan en el cuadro 8. Para los menores de un año, sólo la variable "competencia por recursos" resultó significativa. Contrariamente a lo esperado, cuando existe sólo un niño en el hogar, el riesgo de contraer alguna enfermedad gastroentérica es mayor.

⁶ Los modelos finales resultaron después de haberse eliminado las variables y categorías que no fueron significativas. Esto se hizo mediante el método de eliminación por etapas hacia atrás, con base en el nivel de significación del estadístico de Wald generado por el paquete estadístico SPSS.PCT. Los coeficientes del modelo (B) se interpretaron como un cambio en el logaritmo de la razón de momios; $\exp(B)$ es, por consiguiente, el factor que modifica a la razón de momios cuando la variable independiente que corresponde aumenta una unidad (Mier y Terán, s./f.).

CUADRO 8

Modelo de regresión logística aplicado a la morbilidad de los niños menores de seis años, según grupos de edad

Variable	Meses de edad de los niños					
	0-11		12-35		36 y más	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
<i>Morbilidad General</i>						
<i>Competencia por recursos</i>						
Un niño menor			1.1063	3.0233	0.4413	1.5547
<i>Jornada laboral</i>						
Medio tiempo			-0.7770	0.4598		
Constante	-1.2087		-2.0459		-2.2599	
-2 Log. Verosimilitud	295.47(273 gl)		407.46(487 gl)		702.77(766 gl)	
<i>Lesiones Accidentales</i>						
Constante	4.2121		2.9232		2.9014	
-2 Log. Verosimilitud	41.76(273 gl)		197.48(489 gl)		314.27(767 gl)	
<i>Enfermedades Gastroentéricas</i>						
<i>Competencia por recursos</i>						
Un niño menor	0.9644	2.6233				
Dos niños menores			-0.6773	0.5080		
<i>Ingreso del hogar</i>			-0.2609	1.2981	0.2456	1.2784
<i>Disponibilidad de agua entubada</i>			-0.4670	0.6269		
<i>Ayuda para el cuidado infantil</i>					0.5498	1.7329
Constante	-0.5922		2.1172		-0.4309	
-2 Log. Verosimilitud	321.42(272gl)		589.89(486gl)		893.17(765gl)	

P menor 0.05.

Categorías de referencia: competencia por recursos: tres niños menores o más; jornada laboral: no trabaja.

En el grupo de niños de 12 a 35 meses resultaron significativas la competencia por recursos y la jornada laboral, en el caso de la morbilidad general; y para las enfermedades gastroentéricas resultaron predictores únicamente factores socioeconómicos y de la unidad doméstica: la competencia por recursos, el ingreso del hogar y la disponibilidad de agua entubada en la vivienda.

Resulta interesante lo que ocurre con la competencia por recursos en estas edades. Cuando existe sólo un niño en el hogar, el riesgo de enfermedad aumenta; mientras que si hay dos niños la probabilidad de contraer una enfermedad gastroentérica disminuye, en comparación con hogares donde hay tres o más niños pequeños.

El ingreso del hogar y la disponibilidad de agua entubada, pero particularmente cuando ésta se ubica en el interior de la vivienda, son factores que se asocian negativamente con la morbilidad gastroentérica en los pequeños.

Por otra parte, que la mujer realice alguna actividad remunerada, pero de medio tiempo, pareciera dar bases para favorecer la salud de sus hijos, pues ello se asocia negativamente con la morbilidad.

En el grupo de niños mayores de tres años resultaron significativas también la competencia por recursos como predictora de la morbilidad general, así como el ingreso y el apoyo para el cuidado infantil como factores importantes de la morbilidad gastroentérica (aunque el coeficiente del modelo en el apoyo para el cuidado infantil no parece plausible).

En el cuadro 9 se muestran los resultados de los modelos de regresión, ajustados a la morbilidad preescolar, controlando por la ayuda para el cuidado infantil. Puede observarse que cuando se cuenta con el apoyo para el cuidado de los niños, la competencia por recursos y el ingreso del hogar son las variables que resultaron significativas. El hecho de que haya dos niños pequeños en el hogar reduce la posibilidad de contraer alguna enfermedad, en comparación con las familias donde existen tres o más infantes; y el mayor ingreso atenúa el riesgo de que los niños contraigan una enfermedad gastroentérica.

Por otra parte, en los hogares donde no se cuenta con apoyo para el cuidado de los niños, cuatro variables resultaron predictoras de la morbilidad preescolar: la competencia por recursos, la jornada laboral, la edad del niño y la disponibilidad de agua entubada. De nuevo, la existencia de un solo niño en el hogar se asocia con un mayor riesgo de enfermedades, particularmente gastroentéricas.

Un dato muy importante es que, si no se cuenta con apoyo para el cuidado de los niños y la mujer trabaja desarrollando una actividad remunerada de tiempo completo, ello es un fuerte factor de riesgo de lesiones accidentales en los pequeños; al grado de que la razón de momios es más de cinco veces superior a la de los hijos de madres que no trabajan.

La edad del niño se asocia con una menor morbilidad gastroentérica; esto es, a mayor edad menor es la probabilidad de

CUADRO 9
Modelo de regresión logística aplicado a la morbilidad
de los niños menores de seis años,
según apoyo para el cuidado infantil

Variable	Con ayuda para el cuidado de niños		Sin ayuda para el cuidado de niños	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Morbilidad General				
Competencia por recursos				
Un niño menor			0.5795	1.7851
Dos niños menores	-0.8124	0.4438		
Ingreso del hogar	0.3776	1.4588		
Constante	-1.0485		2.4641	
-2 Log. Verosimilitud	340.52(372 gl)		1067.63 (1155 gl)	
Lesiones Accidentales				
Jornada laboral				
Tiempo completo			1.7309	5.6568
Constante	3.1107		-0.3446	
-2 Log. Verosimilitud	132.25(374 gl)		422.37(1155 gl)	
Enfermedades Gastroentéricas				
Edad del niño			0.0460	1.0471
Competencia por recursos				
Un niño menor	0.4989	1.6470	0.4540	1.5746
Ingreso del hogar	0.3752	1.4552		
Disponibilidad de agua entubada			-0.4527	0.6359
Constante	-0.7591		0.6484	
-2 Log. Verosimilitud	459.61(372 gl)		1353.31(1152 gl)	

P menor 0.05.

Categorías de referencia: competencia por recursos: tres niños menores o más; jornada laboral: no trabaja.

contraer el padecimiento. En el mismo sentido, la disponibilidad de agua entubada dentro de la vivienda reduce fuertemente el riesgo de que los infantes padezcan alguna enfermedad gastrointestinal.

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de que la Edineci no se diseñó para estudiar la relación entre el trabajo materno y la salud infantil, los resultados de este trabajo replican hallazgos de otros estudios y muestran congruencia con lo que se sabe al respecto. Esto, por un lado, apoya la utilidad

de la investigación secundaria, y por otro, da pie para pensar que los datos contenidos en este documento bien pudieran estar reflejando una razonable aproximación a lo que ocurre en las zonas de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de México, en lo que respecta a la percepción materna de la morbilidad preescolar y a la dependencia que ésta presenta de las estrategias de cuidado infantil y de los factores socioeconómicos, en particular del trabajo remunerado de la mujer.

En la ciudad de México, las madres de recursos económicos escasos parecieran reconocer la sintomatología de la morbilidad de sus niños, lo que sugiere un avance en el autodiagnóstico de la salud infantil por la propia población.

En el análisis bivariado y multivariado, los factores socioeconómicos y de la unidad doméstica, y las características de la madre y del cuidado infantil actúan de manera diferente según la morbilidad de que se trate (general, gastroentérica o por lesiones accidentales), y también en función de la edad de los pequeños.

Entre los niños de cero a 11 meses el trabajo materno no resultó significativo como factor de riesgo para la salud infantil. En cambio, para el grupo de 12 a 35 meses su influencia se presenta en dos sentidos: ejerce un efecto reductor sobre la morbilidad gastroentérica, por el aporte de su ingreso para el bienestar de los niños —de hecho, el ingreso del hogar se asoció negativamente con este padecimiento—; pero también genera un efecto positivo sobre las lesiones accidentales, sobre todo cuando las jornadas laborales son completas o se realizan fuera de la casa. En este caso, el ingreso del hogar no resultó importante, pero sí el tiempo de cuidado por la madre, que pareciera ejercer un efecto negativo sobre las lesiones accidentales. Cuando no se cuenta con apoyo para el cuidado infantil y la madre trabaja tiempo completo, sus niños tienen un riesgo de padecer lesiones accidentales cinco veces superior al de los hijos de mujeres que no trabajan, según las diferencias en la razón de los momios.

Tanto en el análisis bivariado como en el multivariado, el número de niños en edad preescolar existente en el hogar (competencia por recursos) ejerce un efecto interesante: cuando existe un solo niño, ello se asocia con un mayor riesgo de enfermedades, sobre todo de las gastroentéricas en los niños más pequeños; pero,

si existen dos niños en el hogar, la incidencia en la morbilidad se reduce, y otra vez aumenta en las familias con tres o más infantes. Una probable explicación es que las mujeres “aprenden” con su primer hijo a prevenir las enfermedades del siguiente; pero, una vez que tienen más de dos niños, factores de índole sociocultural y económica pudieran estar reflejando su efecto.

Otra variable que resultó significativa en la aplicación del modelo de regresión logística es la disponibilidad de agua entubada. Este factor es importante cuando se refiere a la disponibilidad de agua entubada dentro de la unidad doméstica, porque parece ejercer un efecto reductor de la morbilidad gastroentérica, en particular cuando se trata de niños de entre uno y tres años y en situaciones en que no se cuenta con ayuda para el cuidado infantil.

La escolaridad de la madre no mostró diferencias significativas, ni en el análisis bivariado ni en el multivariado. Dos explicaciones posibles se plantean al respecto: una es que las mujeres con alta escolaridad perciben y declaran más fácilmente las enfermedades de sus niños, “igualando” la morbilidad potencialmente mayor de los hijos de mujeres con menos escolaridad; y la otra es que, en la población con nivel socioeconómico bajo y más o menos homogéneo, la escolaridad probablemente no discrimina la morbilidad preescolar. Pero dilucidar estas cuestiones rebasa los alcances de este trabajo.

VIII. TRABAJO MATERNO Y GRAVEDAD DE LESIONES ACCIDENTALES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

MARTHA C. HÍJAR MEDINA

RAFAEL LOZANO ASCENCIO

J. RAMÓN TAPIA YÁÑEZ

MARÍA VICTORIA LÓPEZ LÓPEZ*

RESUMEN

El objetivo fue analizar la asociación entre el trabajo materno y la gravedad de lesiones accidentales que demandan atención hospitalaria, en niños de cero a cuatro años.

Se realizó un estudio de casos y controles en seis hospitales pediátricos del Distrito Federal. El tamaño de muestra fue de 700 (350 casos y 350 controles). *Caso*: niño lesionado cuya atención requirió hospitalización, cirugía, terapia intensiva o falleció como consecuencia de la lesión. *Control*: niño lesionado cuya atención fue resuelta en el servicio de urgencias. Variables: trabajo materno, características del niño, socioeconómicas, cuidado infantil y riesgos de la vivienda.

Los resultados estadísticamente significativos fueron: se identificaron como factores de riesgo: si la madre es menor de 24 años, si ocurrió en el patio o la azotea, cuando se brindó una atención inadecuada y si hubo un retraso en la demanda de atención. En cambio, se encontró un efecto protector cuando la madre trabaja en condiciones aceptables.

El estudio aporta la identificación de algunos factores de riesgo asociados con lesiones graves, ubica grupos blanco a quienes dirigir las acciones preventivas y contribuye al conocimiento del trabajo materno como factor de riesgo en la salud de los menores.

* Los cuatro autores se hallan afiliados a la Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

Durante 1990, en México murió diariamente un promedio de 161 personas debido a lesiones traumáticas provocadas por un hecho accidental o violento. Las muertes provocadas por las causas que engloba este capítulo afectan a toda la población, pero su impacto es diferente de acuerdo con el grupo de edad de que se trate. Así, mientras que entre los niños preescolares los accidentes ocupan el tercer lugar dentro de las diez primeras causas de muerte, entre los escolares ocupan el primer sitio (Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, ss, 1992). La etapa preescolar se caracteriza por un desarrollo constante desde el punto de vista físico, neurológico y mental (Manciaux y Romer, 1991), en la que se aprende a través de experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación, etcétera, en las que el niño llega a sobreestimar sus habilidades y a realizar actividades riesgosas. Si a lo anterior se agrega un ambiente inseguro, como sucede en la mayoría de los hogares, diseñados para población adulta, la probabilidad de que los menores se lesionen se incrementa (Jordán, 1988; Manciaux, 1985). Otra de las características de esta edad es la enorme dependencia que tiene el niño de la madre a la cual, históricamente, se le ha asignado el rol social de ser la encargada del cuidado de los niños (Anderson, 1988; De Barbieri, 1984). Lo anterior ocasiona que ante la alteración de la salud de los niños, pero de manera especial cuando ésta es producto de una lesión accidental, se considere a la madre como la responsable directa. Este reclamo —o sentimiento de culpa— se agrava si la madre se encuentra fuera del hogar, ya sea por cuestiones de trabajo o por otro tipo de actividad, al momento de ocurrir el evento accidental.

Por otro lado, la vinculación laboral de las mujeres en México ha experimentado, en las últimas cuatro décadas, una tendencia creciente que se ha intensificado en el último periodo como producto de la recesión económica en los años ochenta (De Oliveira y García, 1990). Como consecuencia, la preocupación por establecer la relación entre los patrones de empleo materno y la salud del niño también se ha incrementado a partir de la última década (Engle, 1983, Leslie, 1988 citado por Engle, 1991).

En general, la vinculación laboral de la madre y la ocurrencia de accidentes se establece en dos sentidos: como factor negativo, ya que al no estar presente, se favorecería el posible evento accidental; o bien, como factor positivo, cuando la vinculación laboral responde a la necesidad económica de garantizar la subsistencia y lograr mejores condiciones de vida. En este sentido, se ha señalado cómo la participación económica de la madre posibilita tener cierta independencia y capacidad de decisión sobre aspectos relacionados con el bienestar de sus hijos (Brachet-Márquez, 1990; Elú, 1990), ofreciendo relativa seguridad al niño mediante redes sociales de apoyo para su cuidado, de seguridad en la vivienda, etcétera (Mckinlay, 1985; Mosley, 1988).

Pese a ello, la asociación del trabajo materno con la ocurrencia de lesiones accidentales en los niños es una problemática que poco se ha abordado, y la mayor parte de las veces se le considera como otro más de los problemas de salud. Se pierde, así, el conocimiento de sus especificidades tanto de la forma en que se presenta como de sus causas y posibles intentos de solución.

A través de este trabajo, se pretende analizar con más detalle si el efecto del trabajo materno en la gravedad de las lesiones accidentales en niños menores de cinco años es positivo o negativo, de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la familia, las características laborales de la madre, el entorno socio-familiar, la calidad del cuidado alternativo, el medio ambiente físico y las características individuales del niño. Para fines del presente artículo, se considerarán "lesiones accidentales" las ocurridas como consecuencia de un hecho no intencional, independientemente del sitio, ya sea éste el hogar, la vía pública, el lugar de recreo o la guardería. No se incluyeron las lesiones intencionales, tales como maltrato físico, abuso sexual, homicidio, etcétera.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó con base en personas que solicitaron servicios en hospitales encargados de la atención a población abierta en el Distrito Federal. Se realizó en seis hospitales pediátricos del Departamento del Distrito Federal ubicados en las delega-

ciones de Iztapalapa, Xochimilco, Gustavo A. Madero, Miguel Hidalgo y Coyoacán.

El diseño corresponde a casos y controles. Se definieron como *Casos* los niños de cero a cuatro años que demandaron atención al servicio de urgencias de los hospitales seleccionados, debido a que presentaron una lesión accidental y requirieron hospitalización, cirugía, terapia intensiva, fueron trasladados a otra unidad hospitalaria o fallecieron como consecuencia de la lesión. *Controles* son los niños de cero a cuatro años que demandaron atención al servicio de urgencias porque presentaban una lesión accidental, fueron atendidos en el servicio y posteriormente regresaron a su domicilio; esto es, la diferencia entre ser "caso" y ser "control" la determinó la gravedad de la lesión accidental.

El tamaño de muestra se definió con base en los criterios establecidos por Schelesselman (1982), para un estudio de casos y controles no pareado con un solo control por caso, que busca estimar un riesgo relativo de 2, con un nivel de confianza de 95% y con un poder de 90% y que, además, garantizara que al menos 30% de los controles incluidos en el estudio correspondiera a madres trabajadoras. La muestra se constituyó con 350 casos y 350 controles. La selección de los casos se hizo con base en los que se presentaron a demandar atención a partir del primero de noviembre de 1991 y que reunían los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño de la muestra. Con base en los resultados de investigaciones previas (Híjar *et al.*, 1992), se sabía que el número de casos iba a ser menor que el de los controles; por lo tanto, la selección de estos últimos se hizo a partir de la inclusión de cada caso. Todos los individuos seleccionados aceptaron participar en el estudio.

La información se obtuvo a través de entrevista por cuestionario a la persona que acompañaba al menor al servicio de urgencias. Cuando el menor iba acompañado por la madre se entrevistó a ésta. En los casos en que la madre trabajara y no fuera la acompañante, se realizó posteriormente una visita domiciliaria para recabar lo referente a su trabajo. La información fue recabada por médicos residentes del último año de la especialidad de pediatría (dos por hospital, para cubrir las 24 horas), quienes fueron capacitados previamente. Además, en las seis unidades participaron seis coordinadores de campo encargados de revisar diariamente los

cuestionarios llenos, con el fin de detectar errores u omisiones y poder resolverlos oportunamente. Hubo un supervisor externo para cada hospital, lo que aseguró doblemente el control de calidad de la información recabada. La estandarización y validación del cuestionario requirió de un trabajo conjunto (investigadores, encuestadores, supervisores) que duró 15 días, durante los cuales se presentaron y discutieron, por un lado, los elementos teóricos: diseño del estudio, justificación, objetivos, metodología, requerimientos y control de la información a recabar, características del cuestionario, etcétera, y por el otro, se llevaron a cabo varias sesiones prácticas en hospital para lograr que las preguntas estuvieran estructuradas y se realizaran de tal forma que la respuesta fuera captada de manera adecuada.

Definición y operacionalización de las variables

Características socioeconómicas y de la familia

Con el objeto de conocer las características del entorno social y económico de los niños lesionados, se estudiaron variables como tipo de hogar según parentesco —nuclear, extenso y múltiple— (Infante, 1988), características de los integrantes de la familia —edad, sexo, escolaridad, parentesco—, y algunas variables relacionadas con la ocupación. Utilizando como base parte de la metodología propuesta por Bronfman *et al.* (1988) para analizar el nivel socioeconómico, y con la información con que se contaba, se realizó una estratificación de la población estudiada, que permitiera establecer, aunque fuera de manera muy gruesa, distintos niveles socioeconómicos en la población estudiada. Las variables que se consideraron en la construcción del índice que se elaboró para el propósito, fueron: características de la vivienda (material de los pisos, contar con agua y drenaje, disponer de refrigerador), hacinamiento y nivel de escolaridad del jefe del hogar.

Se definió como nivel socioeconómico “aceptable”, cuando presentaba tres o más de las características siguientes: que contara con piso de loseta o cemento, agua intra-domiciliaria y drenaje; que no hubiera hacinamiento (menos de 2.5 personas por dormitorio),

que tuviera refrigerador, que la escolaridad del jefe fuera mayor de seis años. Se consideró como “no aceptable” cuando sólo tenía dos o menos de esas características.

Características del trabajo materno

En el caso de las madres que trabajaban fuera del hogar (definidas como aquellas que perciben un ingreso por su trabajo) se obtuvo información sobre los siguientes aspectos: experiencia laboral, tipo de trabajo, ingresos, cobertura por alguna institución de seguridad social y/o de servicios médicos (o “derechohabiciencia”), distribución del gasto, horario, motivación, tiempo de permanencia fuera del hogar por motivos de trabajo; y se realizó un análisis especial del tipo de ayuda que recibe la madre para labores domésticas y/o cuidado de los menores, quién y con qué periodicidad lo hace y cuándo se da dicha ayuda.

En un intento por medir las características del trabajo materno, se construyó un índice de condiciones de trabajo con las siguientes variables: horario de trabajo, antigüedad en el empleo, jornada semanal, si es derechohabiente de alguna institución de seguridad social, tiempo de permanencia fuera del hogar por motivos del trabajo, e ingreso.

Se definió como condiciones “adecuadas” de trabajo cuando se tenía: horario matutino, antigüedad en el empleo superior a seis meses, derecho a los servicios de alguna institución de seguridad social, tiempo de permanencia fuera del hogar por motivos del trabajo no mayor de nueve horas al día, jornada semanal de 40 horas e ingreso de dos o más salarios mínimos. Se consideró como condiciones “inadecuadas” sólo dos o menos de esas características.

Relacionadas con el niño

Las variables estudiadas en relación con el individuo (niño) fueron: edad, sexo, número de hermanos, si asiste a guardería, horario, con quién vive y antecedentes de lesiones. En cuanto al tipo de lesión accidental, se codificó con base en lo que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 9a. revisión, en su capítulo 800-999. La causa externa fue codificada de acuerdo

con las que se incluyen en el capítulo E800-E949 de la misma clasificación, que corresponde a las causas accidentales. La identificación de la causa de la lesión se hizo con base en una pregunta abierta en la que se solicitaba que se describiera cómo había sucedido; esto permitió asegurar la inclusión sólo de casos de lesiones accidentales, aunque dio la posibilidad de que, al existir incongruencias entre la causa y el tipo de lesión, se pudiera definir como sospechosa de lesión intencional.¹ También se incluyeron las variables de día, hora, sitio de ocurrencia, actividad que realizaba y quién acompañaba al niño al momento del accidente.

En cuanto a la demanda de atención, se consideró el tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la demanda, día, hora, razones de la tardanza (en los casos en que fue mayor de una hora), turno de la demanda, con quién llegó el niño, y derivación del caso a su egreso del servicio de urgencias.

El cuidado del niño

El cuidado del menor fue objeto de análisis especial y se estudió en dos aspectos distintos: la(s) persona(s) encargada(s) regularmente del cuidado del niño; y la persona que estaba al cuidado del menor al momento de ocurrir la lesión. En ambos casos se analizaron las variables siguientes: edad, parentesco, escolaridad, periodicidad (en los casos en que la encargada no era la madre), percepción de gravedad de la lesión, si aplicó algún tratamiento, tipo de tratamiento y la procedencia de la información para aplicar dicho tratamiento. Nuevamente, con el fin de contar con una medida del cuidado de los niños, se elaboró un índice que agrupó edad y sexo de la persona que cuida y su escolaridad. Se definió como “adecuado”, cuando el cuidado era proporcionado por una persona entre 20 y 60 años, del sexo femenino y con seis y más años de escolaridad, y como “inadecuado” cuando el cuidador sólo tenía una o menos de esas características.

¹ La codificación de la causa de la lesión fue realizada por personal experto en el área.

Factores de riesgo en la vivienda

Se incluyó la identificación de factores de riesgo específicos de acuerdo con los diversos sitios de la vivienda. Se preguntó sobre la presencia de los factores más mencionados en la bibliografía al respecto (Massachusetts Department of Public Health, 1990).

Se trabajó con 17 variables que se agruparon de la forma siguiente:

1) factores de riesgo relacionados con la presencia de productos tóxicos al alcance de los niños (medicamentos, productos de limpieza, etcétera);

2) objetos peligrosos (instrumentos cortantes, herramientas, bolsas de plástico, etcétera);

3) factores relacionados con la seguridad del niño (protecciones en cunas, cama o escaleras);

4) factores de riesgo de la vivienda en general (instalaciones eléctricas, depósitos de agua, fácil acceso a azotea, etcétera).

Posteriormente, se elaboró un índice que permitió agrupar las viviendas de acuerdo con la presencia de los factores de riesgo, dándole el mismo peso a cada factor. Así, se formaron los siguientes grupos: viviendas sin riesgo (aquéllas en las que no se reportó la existencia de ninguno de los factores de riesgo estudiados); viviendas con bajo riesgo (en las que se reportó la existencia de tres de los 17 factores de riesgo analizados); con riesgo moderado (en las que se reportó la presencia de cuatro a ocho factores); y con alto riesgo (las que reportaron la presencia de nueve o más factores de riesgo).

El análisis de la información se realizó en tres etapas: *etapa 1*) análisis descriptivo; *etapa 2*) análisis simple, y *etapa 3*) análisis multivariado (regresión logística). El análisis descriptivo de los datos se realizó para conocer las distribuciones de frecuencia de las variables independientes para los casos incidentes. Esta primera fase permitió, además, definir el tratamiento de algunas variables para las etapas posteriores. El análisis simple se llevó a cabo utilizando medidas de asociación o de impacto potencial obtenidas de la relación que guardan los factores de riesgo bajo estudio respecto al evento de interés; en este caso, el trabajo materno y la gravedad de las lesiones. Los datos se organizaron en tablas de 2 x 2 para obtener la medida de asociación cruda (enfermedad-

exposición) razón de momios (RM), también llamada razón de productos cruzados. Para el cálculo de los intervalos de confianza se utilizó el método descrito por Woolf que estima la varianza de la medida de asociación. La última etapa del análisis consistió en la utilización de modelos matemáticos para explicar la relación existente entre la variable dependiente y los diversos factores de riesgo bajo estudio. Para ello se utilizó la regresión logística, cuyo procedimiento permite controlar simultáneamente varios factores que podrían estar en la categoría de confusores o interactuando entre ellos de manera aditiva o multiplicativa. Para los cálculos se utilizó el paquete egret.

RESULTADOS

Características socioeconómicas de las familias

En cuanto a los grupos familiares de los niños incluidos en el estudio, se encontró lo siguiente:

Respecto al jefe de hogar, 79% correspondió al esposo o compañero de la madre del niño lesionado y 11% a ella misma. En 25% de los hogares donde la madre trabaja, ella es la jefa de hogar, y también lo es en 3% de los hogares donde la madre no trabaja. En cuanto a los ingresos salariales, 88% de los jefes de hogar perciben salario por trabajo. De ellos, 66% tiene ingresos inferiores a dos salarios mínimos y 32% percibe ingresos inferiores a un salario mínimo.

Según parentesco, predominan los hogares de tipo nuclear (90%). El grupo de cero a cinco años representa 31% del total de las personas en la vivienda y 47% son personas que tienen entre 15 y 40 años. Respecto a la población en edad productiva, dos terceras partes son activas y se desempeñan en labores manuales no calificadas, especialmente como obreros, mecánicos, trabajadoras domésticas, vendedores en pequeño, etcétera. En el cuadro 1 se comparan algunas variables socioeconómicas de la población del estudio, que trabaja y tiene más de 15 años, con la población trabajadora mayor de 15 años del Distrito Federal, reportada en el

CUADRO 1
Distribución de la población mayor de 15 años
según nivel de instrucción e ingresos.
Distrito Federal, 1990, y población estudiada

<i>Características</i>	<i>Distrito Federal Porcentaje</i>	<i>Población estudiada Porcentaje</i>
<i>Instrucción</i>		
Sin instrucción	5.2	7.8
Primaria incompleta	11.4	13.5
Primaria completa	17.9	26.9
Post-primaria	64.6	48.2
No especificado	.9	3.6
<i>Ingreso</i>		
Menos de 1 salario mínimo	18.9	13.4
De 1 a 2 salarios mínimos	40.5	51.2
Más de 2 y menos de 3 salarios mínimos	15.4	10.1
De 3 a 5 salarios mínimos	11.0	6.7
Más de 5 salarios mínimos	10.1	—
No especificado	3.0	18.6
No recibe ingresos	1.1	.1

Fuentes: *INEGI, 1992.

Híjar *et al.*, 1992, datos encuesta de trabajo materno y lesiones accidentales.

censo de 1990. Se observa que, en general, la población en estudio reporta niveles inferiores de ingreso y escolaridad.

Nivel socioeconómico y gravedad de la lesión

Los resultados obtenidos en relación con el índice de nivel socioeconómico establecen que 41% de la población estudiada tiene un nivel socioeconómico aceptable y en el 59% restante es no aceptable.

Al analizar la asociación entre nivel socioeconómico y gravedad de la lesión se observó que los niños con nivel no aceptable presentan un exceso de riesgo de RM (razón de momios) 2.2, IC (intervalos de confianza al 95%) 1.6-3.1 de tener una lesión grave respecto a los niños de nivel socioeconómico aceptable. Esta asociación se mantiene al controlar por trabajo materno obteniendo una RM de 2.3 (IC 1.2-4.3) cuando la madre trabaja fuera del hogar.

También fue significativa en el caso de las madres que no trabajan, de RM 2.2 (IC 1.5-3.3).

Condiciones del trabajo materno

Del total de las 700 madres de los niños lesionados, 63% reportó no tener ninguna experiencia laboral; 15% ha trabajado algunas veces y el restante 22% ha trabajado todo el tiempo desde que nació su hijo.

Ya que la variable de interés es la asociación entre el hecho de que la madre tenga que desplazarse fuera del hogar por motivos de trabajo y la gravedad de las lesiones en sus hijos menores de cinco años, el análisis se realizó con la información de las mujeres que trabajaban fuera del hogar al momento de la encuesta; esto es, de 184 mujeres (79% respecto al total de mujeres que reportaron trabajar). La mayor proporción de ellas desempeña trabajos manuales no calificados (43%). Es de resaltar que en este grupo predomina el trabajo doméstico.

En relación con el horario de trabajo, la mayoría trabaja en el matutino, o tiene un horario mixto. El número de horas que permanecen fuera del hogar por motivos de trabajo es variable, pero destaca el hecho de que 45% de ellas permanece fuera del hogar nueve o más horas. La jornada semanal es más homogénea: cerca de 70% tiene jornadas de cinco a seis días a la semana. Respecto a la derechohabencia, se observa que la mayor parte (66%) carece de ella. Esto posiblemente se debe a la gran cantidad de madres que trabajan en servicios domésticos o en actividades informales (figura 1). Al analizar la antigüedad en el trabajo, se observa que 74% tiene más de seis meses en el empleo.

El ingreso salarial de las madres que trabajan apenas alcanza el salario mínimo o menos, en 56% de los hogares entrevistados. La distribución del gasto, como se observa en la figura 2, se orienta a resolver necesidades básicas como la alimentación y la compra de ropa y zapatos. En relación con la persona que hace el mayor aporte económico en el hogar, en 36% de los hogares manifestaron ser la madre el principal aportante, y en 44%, el esposo.

FIGURA 1

Distribución de las madres que trabajan según su actividad, casos y controles

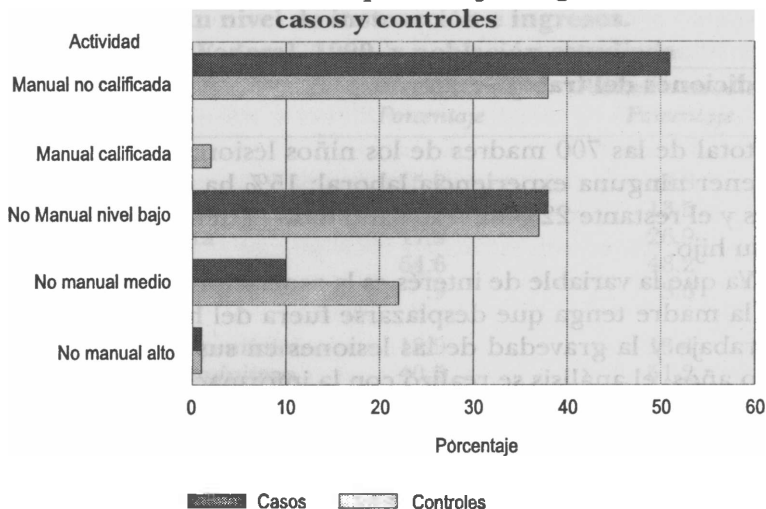
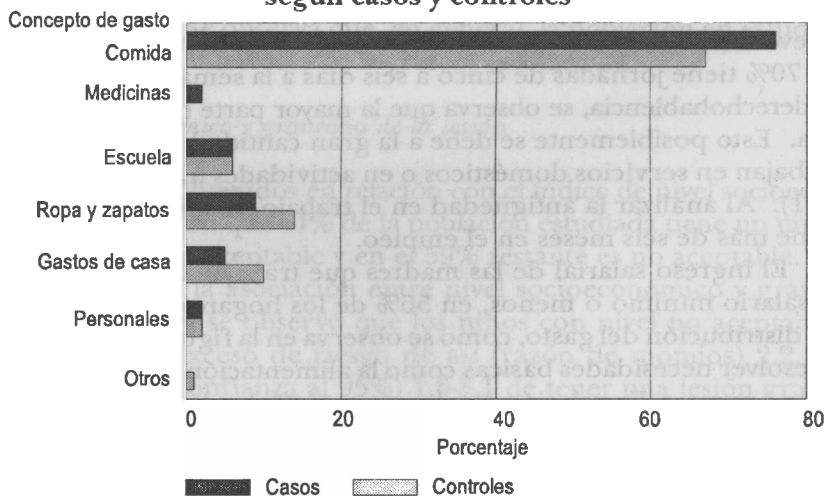
Fuente: Híjar *et al.*

FIGURA 2

Distribución del gasto de las madres que trabajan según casos y controles

Fuente: Híjar *et al.*

Motivación y satisfacción en el trabajo

Respecto a la motivación para trabajar, se encontró que la razón más importante expresada por las mujeres era la de apoyar al esposo en la obtención de recursos y, en segundo lugar, por falta del esposo. Por otra parte, 87% de las madres que trabajan manifestó que sí les gusta lo que hacen; al cuestionarlas sobre si desearían trabajar en otra cosa, 62% respondió negativamente. De las que manifestaron su deseo de cambio, un alto porcentaje reportó que lo haría a una actividad muy similar a la que actualmente desempeña.

Trabajo materno y gravedad de la lesión

El trabajo materno no se encontró asociado con el riesgo de presentar una lesión grave, RM de 0.86 (IC .60-1.22). Al analizarlo con base en el índice de condiciones de trabajo, se observó que 17% de la población trabajadora presentaba condiciones aceptables y que 83% no las tenía. Al analizar la asociación entre condiciones de trabajo materno aceptables y el riesgo de lesión infantil grave, en comparación con los hijos de madres que trabajan en condiciones no aceptables, se encontró en las primeras un "efecto protector" que resultó estadísticamente significativo, RM 0.44 (IC 0.20-0.95).

Al relacionar a los hijos de madres que trabajan con el hecho de que presenten un nivel socioeconómico no aceptable, se encontró una asociación estadísticamente significativa de RM de 2.1 (IC 1.02-4.3) pero, al relacionarlo con las condiciones de trabajo, no resultó estadísticamente significativa.

Trabajo materno y escolaridad

Al analizar el nivel de escolaridad de las madres que trabajan, se observó que 25% presentaba baja escolaridad (menos de 6 años de primaria); porcentaje muy similar al encontrado en las mujeres que no trabajan (23%).

Al relacionar la escolaridad baja (de menos de 6 años de primaria) de las madres trabajadoras con el riesgo de lesión infantil

grave, se encontró una RM de 3.5 (IC 1.6-7.6). Aunque esta asociación también fue significativa en los casos de madres que no trabajan (1.68, IC 1.1-2.7), se obtuvo un exceso del doble de riesgo para la población de baja escolaridad, una vez controlando por trabajo materno.

Trabajo materno y edad

La edad de la madre también se encontró asociada con el riesgo de lesiones graves en niños. Cuando la edad de la madre que trabaja es menor de 24 años, existe un riesgo de RM de 1.40 (IC 1.01-1.96) de que el niño presente lesión grave. Si la asociación se controla por escolaridad baja, el riesgo se incrementa a RM de 2.3 (IC 1.5-3.4).

Trabajo materno y relación de pareja

Ochenta y siete por ciento de los padres de los niños lesionados presentaba algún tipo de unión conyugal y el 13% restante no la tenía, siendo menor la proporción de madres unidas entre las que trabajan. Al explorar la relación entre la existencia de relación de pareja y la gravedad de la lesión, se observó que las mujeres sin unión tienen un riesgo 1.8 veces mayor de que sus hijos presenten una lesión grave, que las mujeres con unión (IC 1.08-3.06). En el caso de que la madre trabaje y no exista relación de pareja, hay un exceso de riesgo de 2.2 (IC 1.2 -3.9).

Características individuales, demanda de atención y gravedad de las lesiones

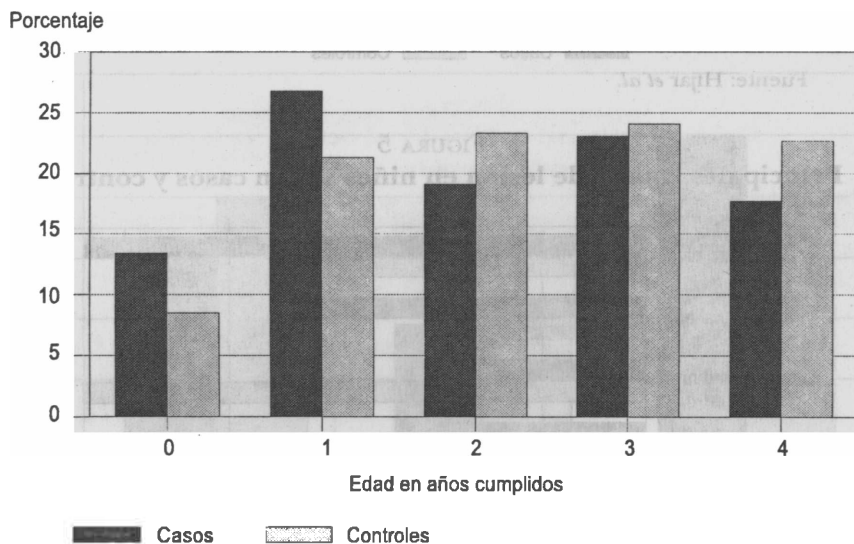
En la figura 3 se presenta la distribución de los casos y los controles según la edad de los niños lesionados. Se notan las diferencias en los menores de dos años; sin embargo, no resultaron estadísticamente significativas. Respecto al sexo, tampoco se observan diferencias al comparar ambos grupos.

El principal lugar de ocurrencia del accidente fue el hogar, en el que destacan la recámara para los casos y el patio para controles.

Comparando las lesiones que ocurren en las áreas cerradas (recámara, sala, comedor, baño, cocina) con las que ocurren en las áreas exteriores (el patio o la azotea), el riesgo de presentar una lesión grave en estas últimas es de 2.6 (IC 1.6-4.6).

De entre los principales tipos de lesión (figura 4) destacan las contusiones y fracturas de cráneo para los casos y las heridas en la cabeza para los controles. Las principales causas se presentan en la figura 5, donde las caídas de un nivel a otro son la primera causa para los casos y las caídas de mismo nivel para los controles.

FIGURA 3
Distribución de los niños lesionados según
edad, casos y controles



Fuente: Híjar *et al.*

FIGURA 4

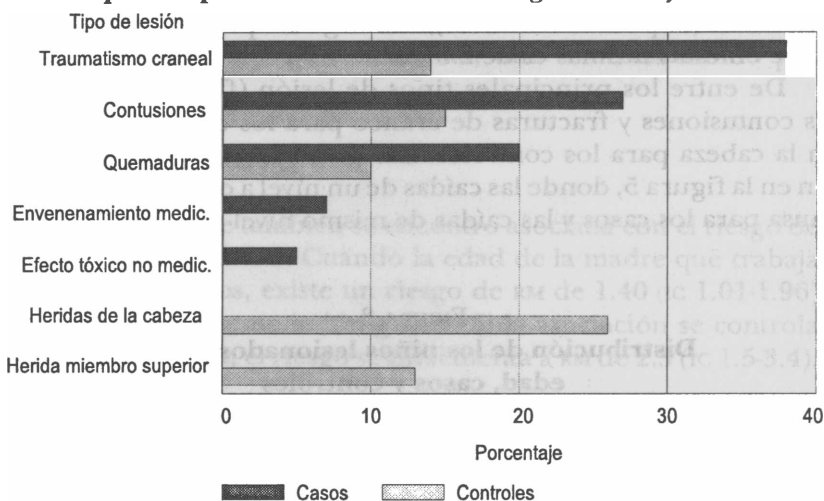
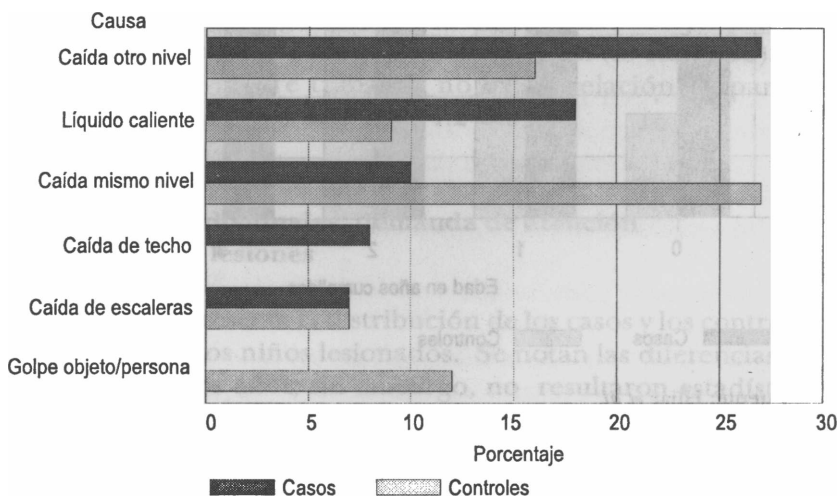
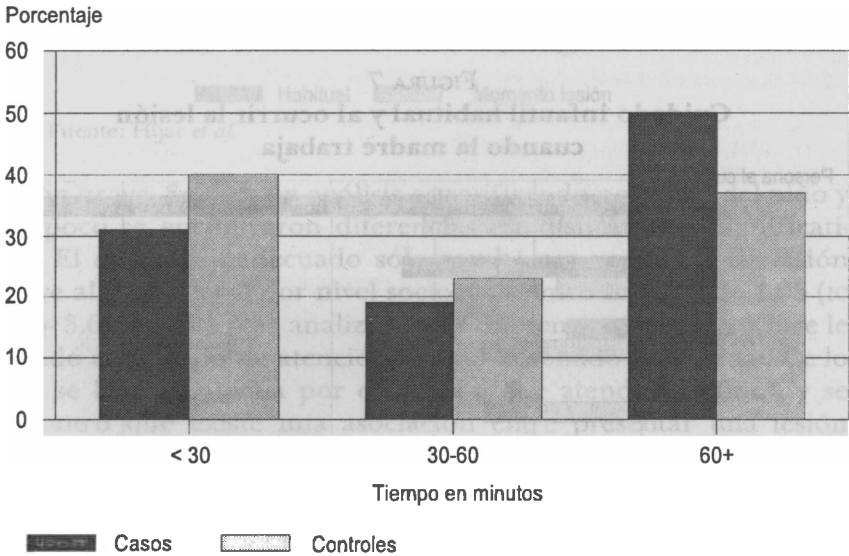
Principales tipos de lesión en niños según casos y controlesFuente: Híjar *et al.*

FIGURA 5

Principales causas de lesión en niños según casos y controlesFuente: Híjar *et al.*

En la figura 6 se observa la diferencia del tiempo transcurrido entre la ocurrencia de la lesión y la demanda de atención hospitalaria, y resalta el hecho de que 50% de los casos tardaron más de 60 minutos. El principal motivo de retraso, reportado por ambos grupos, fue el de haber demandado atención previa a médico particular. Se encontró un riesgo de lesión grave y demandar atención después de 60 minutos, de 1.68 (IC 1.2-2.3). Al controlar el efecto del retraso sobre la gravedad de la lesión, se observó que existe un incremento de riesgo cuando la madre trabaja, RM de 1.99 (1.4-3.6); cuando es menor de 24 años, RM de 1.73 (1.01-2.9), y cuando no tiene unión conyugal, RM de 4.6 (1.2-12.3).

Figura 6
Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda,
según casos y controles



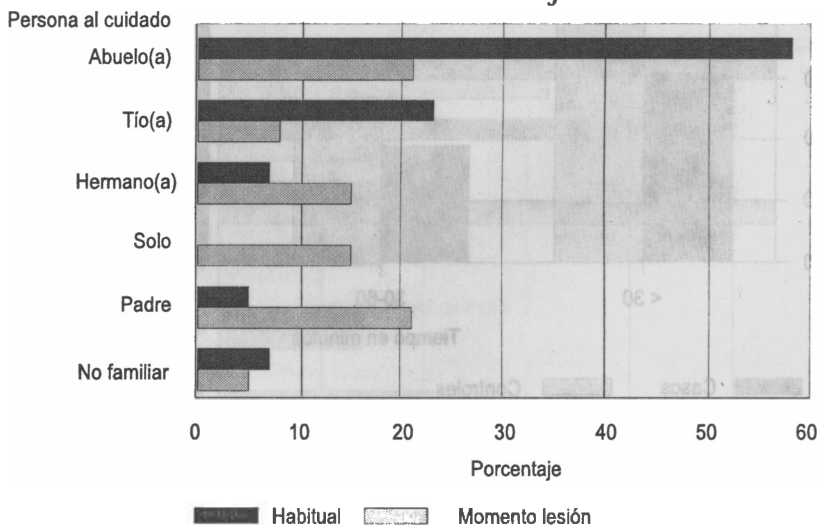
Fuente: Híjar *et al.*

Cuidado infantil y gravedad de las lesiones

Respecto a la existencia de una red social de apoyo para el cuidado de los niños, ambos grupos presentaron porcentajes muy similares. Aparentemente, la red social no tiene ningún efecto sobre la presentación de una lesión grave que provoque una demanda de atención hospitalaria, con una RM de 0.94 (IC 0.50-1.7). Al analizar los mismos resultados controlando por el trabajo de la madre, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En las figuras 7 y 8 destaca, en ambos grupos, la presencia de los hermanos como cuidadores en el momento del evento accidental, así como el porcentaje de niños que no eran cuidados por nadie.

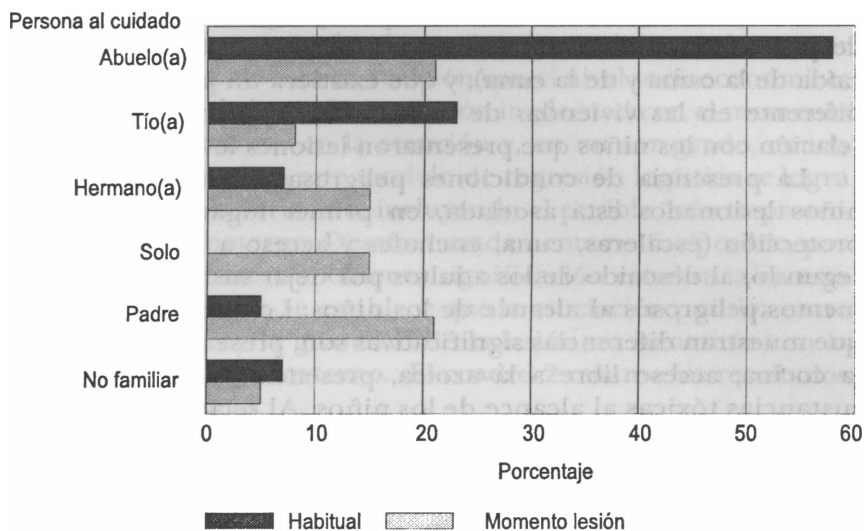
Como se mencionó en páginas anteriores, se construyó un índice de cuidado de los niños, pero no se encontraron diferencias entre el cuidado adecuado e inadecuado en la ocurrencia de una

FIGURA 7
Cuidado infantil habitual y al ocurrir la lesión
cuando la madre trabaja



Fuente: Híjar *et al.*

FIGURA 8
**Cuidado infantil habitual y al ocurrir la lesión
 cuando la madre no trabaja**



Fuente: Híjar *et al.*

lesión grave. Se hizo un análisis estraificando por edad del niño y tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El cuidado inadecuado sólo resultó ser un riesgo de lesión grave al controlarse por nivel socioeconómico bajo, RM de 1.95 (IC 1.05- 3.6). También se analizaron las diferencias respecto a si se le brindó algún tipo de atención al niño lesionado y la calidad de lo que se hizo (evaluado por el médico que atendió al niño), y se encontró que existe una asociación entre presentar una lesión grave y el que se le haya brindado una inadecuada atención al menor, RM de 2.76 (IC 1.11-6.82). Dado que el intervalo es muy amplio, se hace necesario que en futuros estudios aumente el número de observaciones en este rubro.

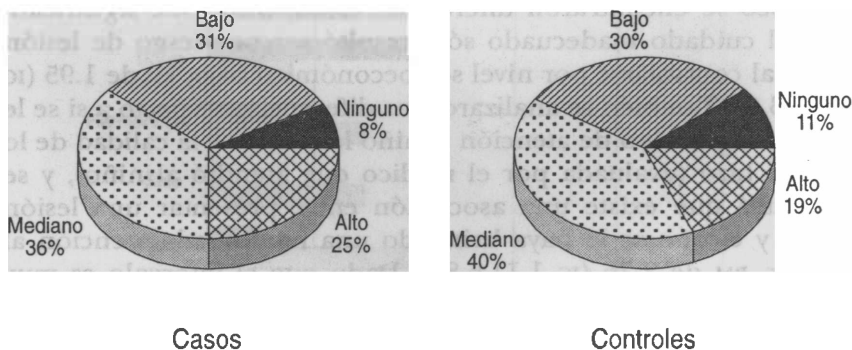
Por otro lado, se encontró que existe un riesgo de lesión grave por no asistir a guardería y ser hijo de madre que trabaja, con una RM de 2.51 (IC 1.03-6.1). Asimismo se encontró un exceso de riesgo de casi dos veces más al vivir la madre sin pareja y presentar una lesión grave, de RM 1.9 (IC 1.2-3.3).

Factores de riesgo de la vivienda y gravedad de las lesiones

Se esperaba una fuerte asociación entre cierto tipo de riesgo de la vivienda y una determinada lesión (por ejemplo: falta de guardas de protección en la cuna con mayor frecuencia de lesiones por caída de la cama y de la cuna); y que existiera un perfil de riesgos diferente en las viviendas de los niños con lesiones graves, en relación con los niños que presentaron lesiones leves.

La presencia de condiciones peligrosas en las casas de los niños lesionados está asociada, en primer lugar, a la falta de protección (escaleras, cuna, enchufes y acceso a la azotea) y, en segundo, al descuido de los adultos por dejar sustancias o instrumentos peligrosos al alcance de los niños. Los factores de riesgo que muestran diferencias significativas son: presencia de niños en la cocina, acceso libre a la azotea, presencia de solventes y de sustancias tóxicas al alcance de los niños. Al relacionar el índice de vivienda riesgosa (figura 9), con las lesiones graves no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ser caso o control: RM de 1.6 (IC 0.7-3.7).

FIGURA 9
Índice de riesgo de la vivienda según casos y controles



Fuente: Híjar *et al.*

A partir de los resultados obtenidos se elaboraron los modelos de regresión logística, utilizando el paquete egret v0.25 con nivel de

significación de 95%. Las dos variables de interés incluidas en el modelo fueron: como dependiente, la gravedad de la lesión *Caso y Control*; y como independiente, el trabajo materno.

Los resultados permiten establecer que la gravedad de las lesiones de los menores de cinco años que acuden a demandar atención hospitalaria está en relación con el nivel socioeconómico, estado conyugal de la madre, atención inadecuada en el momento de la lesión, el retraso en la atención y, en menor grado, con la edad de la madre. Con este modelo de regresión logística se logra explicar 68% de la variación, incluyendo el posible "efecto protector" del trabajo materno. Desafortunadamente no fue posible, por el tamaño de la muestra, obtener significación estadística en esta variable. No obstante, se establece que la asociación positiva entre las otras variables y la gravedad de la lesión no se atenúa con la presencia del trabajo materno. El cuadro 2 resume los resultados de aplicar el modelo.

Cuadro 2
Resultados del modelo de regresión logística
para explicar la gravedad de las lesiones

<i>Factor</i>	<i>coeficiente</i>	<i>p</i>	<i>RM</i>
Nivel socioeconómico bajo	0.70	0.00	2.0
Sin unión conyugal	0.68	0.01	2.0
Atención inadecuada	0.41	0.00	1.5
Retraso en la atención	0.39	0.02	1.5
Edad < de 24 años	0.19	ns	1.2
Trabajo (cond. aceptables)	-0.20	ns	0.8

Fuente: Híjar *et al.*, 1992, datos de la encuesta de trabajo materno y lesiones accidentales.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue analizar posibles relaciones entre el trabajo materno y la gravedad de lesiones accidentales en los hijos. Se optó por un diseño de casos y controles que diera cuenta de dichas asociaciones y que permitiera reconstruir, lo más fidedignamente posible, los factores de riesgo presentes al momento de ocurrir la lesión accidental. Este diseño permitió

cumplir con los objetivos planteados. Sin embargo, es necesario estar consciente de las limitaciones que tiene y de cómo se reflejan en el presente estudio. Por un lado presenta limitaciones inherentes a la selección de la población, que impiden generar los resultados buscados (Lilinfeld, Lilinfeld, 1980). Por el otro, al haber trabajado solamente con población que demanda atención a servicios de urgencia de hospitales para población abierta, se pierde la población que no lo hace, pero que sí presenta lesiones accidentales, y también la que acude a otro tipo de instituciones de salud.

Diversos estudios dan cuenta de las diferencias a considerar respecto a la demanda de atención (Encuesta Nacional de Salud, 1987; Tursz *et al.*, 1984). Esto obligaría a comparar los resultados con poblaciones derechohabientes o que acuden a servicios privados, donde el trabajo materno puede tener efectos diferentes o donde puedan analizarse los efectos en la variabilidad del mismo. Por lo tanto, los resultados sólo pueden ser referidos a la población que se incluyó en el estudio. En este mismo sentido se analizarían los resultados obtenidos respecto a la caracterización del nivel socioeconómico ya que, al inicio de la investigación, se pensaba que se trataría de una población homogénea; sin embargo, el vivir en determinada zona o acudir a un tipo de servicios no asegura la homogeneidad en este aspecto. Ese factor, en estudios que traten de dar cuenta de las diferencias del nivel socioeconómico y su relación con la demanda de servicios de salud, debe ser tomado en cuenta (Lozano *et al.*, 1992).

Sin ser concluyente, en lo teórico-metodológico el estudio hace una aportación al conocimiento de las condiciones en que se presentan las lesiones accidentales en población menor de cinco años y que demanda atención en estos centros hospitalarios; sugiere propuestas de abordaje de este problema, que retoman la complejidad y las especificidades con que se presenta; y se inscribe en la línea de reflexión respecto al tipo de relación y las mediaciones entre el trabajo materno y las condiciones de salud de los infantes.

Por otro lado, es importante no perder de vista el evento de salud que fue objeto de estudio, que se caracteriza por una alteración súbita del nivel de salud y que, además, se centró en niños donde el problema ya estaba presente. Es diferente analizar los fac-

tores de riesgo que inician o promueven determinada enfermedad, a estudiar los que pronostican un resultado de la misma (complicación o muerte); es diferente medir las alteraciones de la salud antes de que se presente la enfermedad, a medirlas a partir de la gravedad de los padecimientos (Martínez, 1991).

Aunque en general el trabajo materno no resultó ser un factor de riesgo para la gravedad de las lesiones accidentales en menores de cinco años, los resultados obtenidos apuntan hacia un "posible factor protector" del trabajo materno sobre esta parte del espectro de las lesiones accidentales. Este resultado necesariamente debe ser examinado a la luz del conocimiento actual sobre las lesiones accidentales y su naturaleza multifactorial (World Bank, 1991; Wezorek *et al.*, 1988; Wadsworth, 1970; Gallager *et al.*, 1984; Rivara, 1982), que va desde el nivel socioeconómico de la familia, las condiciones del trabajo materno, la estructura y la organización de la familia (Stern, 1991), las redes de apoyo y los riesgos físicos de la vivienda, hasta las características de desarrollo psicomotor de los niños, que en esta etapa se encuentra en constante evolución (Manciaux, 1985).

Lo anterior refuerza la idea ya expresada por algunos autores, de que la variable trabajo materno considerada como variable dicotómica (trabaja, no trabaja), en su relación con la salud infantil, es poco consistente si no se consideran las condiciones laborales e individuales de la madre y del niño y la calidad del cuidado alternativo (Wong y Levine, 1991).

En estudios anteriores se ha encontrado que los factores que más predisponen a los menores para que ocurran las lesiones accidentales en el hogar están relacionados con características biológicas del individuo (edad, sexo, desarrollo psicomotor, etcétera) y, en menor grado, con las condiciones sociales (trabajo de la madre, cuidado del niño, etcétera) (Híjar *et al.*, 1992). Sin embargo, en la presente investigación se observa que, una vez sucedida la lesión, la predicción de la gravedad va más en el sentido de la capacidad de respuesta de la familia del niño, que de sus propias condiciones biológicas.

Uno de los hallazgos de esta investigación es la evidencia de que la técnica para medir la red de apoyo para el cuidado del niño ante situaciones tan súbitas como la ocurrencia de una lesión acci-

dental, hace necesaria la inclusión de variables que permitan su correcta medición y la posibilidad de plantear acciones concretas, no sólo en el campo de la prevención primaria de los accidentes, sino en el de la prevención secundaria, ya que es innegable la influencia que tienen las decisiones de la persona que se encuentra con el niño en el momento de ocurrir un accidente (cuidador actuante) sobre el pronóstico del caso.

Lo anterior plantea la necesidad de que, en futuros estudios, se analicen las características de la red en cuanto a tiempo y calidad del cuidado alternativo. En relación con este último aspecto, es importante destacar que la necesidad de apoyo para el cuidado del niño se reconoce solamente en el caso de que la madre trabaje. Sin embargo, trátase de madres trabajadoras o no, generalmente la presencia de apoyo para el cuidado desaparece cuando la madre está en casa; lo cual no necesariamente se traduce en mejor cuidado, y sugiere la predominancia de aspectos ideológicos respecto a la mujer (Anderson, 1988; De Barbieri, 1984).

Teniendo en cuenta el promedio de edad de las madres y las edades de sus hijos, se observa que el ciclo de desarrollo familiar predominante en esta investigación corresponde a la fase de expansión de la familia, lo cual posiblemente las hace más susceptibles a participar en programas de educación y prevención de lesiones (Infante, 1988).

A pesar de que el presente estudio se dirigió básicamente hacia las lesiones accidentales, es necesario recordar que se presentaron también las provocadas por mecanismos intencionales, las cuales, debido a las características de la población infantil (limitaciones de lenguaje, de percepción, de comprensión, miedo, etcétera), son de difícil identificación (Reece y Gordin, 1985). Lo anterior se debe tomar en cuenta para el planteamiento de futuras intervenciones en el campo de las lesiones, pues sus causas, consecuencias y prevención son totalmente diferentes (Yescas, 1987).

El estudio mostró las limitaciones de la medición indirecta de los factores de riesgo, en términos de seguridad en la vivienda, a través de la entrevista. Los resultados obtenidos apuntan hacia la necesidad de diseñar investigaciones con base en encuestas aplicadas en los hogares, que permitan corroborar la presencia objetiva de dichos factores de riesgo y obtener así conclusiones más valed-

ras en este rubro. A pesar de lo anterior, durante el desarrollo de la investigación se pudo observar que, por un lado, la población sí reconoce los riesgos pero, por el otro, se ha acostumbrado a vivir con ellos. Uno de los grandes retos en cuanto a prevención de las lesiones es lograr que a través de múltiples intervenciones, las personas realmente apliquen las medidas de seguridad que están a su alcance en su vivienda. En síntesis, al momento de plantear programas de prevención de accidentes que ocurren en el hogar, no se debe perder de vista el contexto social ni las condiciones de infraestructura sanitaria.

Por otra parte, el manejo que la población le da al problema de las lesiones traumáticas es el mismo que para cualquier otro problema de salud, cuando el primero, además de la consulta, requiere de un tratamiento inmediato que la mayoría de las veces no se encuentra disponible en un consultorio privado (Taket, 1986). Lo anterior es también válido respecto a los datos que generaron las preguntas sobre si se aplicó algún tipo de atención, mediante las cuales se identificó la necesidad de promover programas de educación para la salud a nivel masivo, de ubicación de servicios de salud en la comunidad en general y médica en particular, y de enfatizar que la atención de urgencias es gratuita por ley (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984).

En términos de investigación, los resultados apuntan hacia la necesidad de realizar más estudios, tanto en el campo epidemiológico como de servicios de salud, que permitan ampliar el conocimiento del problema desde diversos puntos de vista. También posibilitarían el planteamiento de mejores políticas de salud en los campos de educación para la salud, seguridad social y de servicios de salud.

RECOMENDACIONES

Es innegable la importancia de plantear las siguientes necesidades:

—Que los programas dirigidos a la prevención de accidentes en niños tengan en consideración los siguientes grupos blanco: mujeres menores de 25 años, mujeres con baja escolaridad, mujeres que no trabajan, mujeres que trabajan y no cuentan con

seguridad social, mujeres que no tienen pareja, personas encargadas del cuidado de niños menores de cinco años.

—Aplicar campañas informativas sobre la ubicación de los servicios y sobre la gratuidad de la atención en los servicios hospitalarios de urgencias, que en el caso de los daños analizados es fundamental.

—Promover campañas de educación para la salud, dirigidas a toda la población, acerca de la importancia de actuar en la etapa de prevención primaria, que abarque información desde el desarrollo psicomotor del niño, hasta medidas de prevención específicas; así como en la secundaria: qué hacer una vez que la lesión ha ocurrido.

—Promover la aplicación de medidas de protección social para las madres que trabajan fuera del hogar y para sus hijos menores de cinco años, como beneficiarios en programas como las guarderías infantiles.

—En el ámbito hospitalario, hacer obligatorio el registro y seguimiento de los casos de lesiones accidentales en los niños, que ocurren en el hogar; lo que permitirá, por un lado, aumentar el conocimiento de las causas y consecuencias del problema, y por el otro, involucrar a los trabajadores de la salud en su prevención.

IX. EFECTOS DEL *STATUS* LABORAL DE LA MADRE SOBRE SU SALUD EMOCIONAL Y SOBRE LOS PATRONES DE APEGO DE LOS(AS) HIJOS(AS)*

MARÍA ASUNCIÓN LARA
MARICARMEN ACEVEDO
ELSA KARINA LÓPEZ
MARISA FERNÁNDEZ**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivos, primero, evaluar los efectos del empleo materno sobre la salud emocional de las mujeres y sobre los patrones de apego de los niños; y en segundo término, evaluar la influencia de ciertas variables mediadoras sobre las variables dependientes. Se entrevistó a un grupo de madres empleadas, representado por 103 enfermeras, y a 108 amas de casa. Se evaluó a uno de sus hijos(as) de edades entre cinco y

* Proyecto parcialmente financiado por el Population Council. Agradecemos al Population Council el financiamiento parcial otorgado a este proyecto y en especial, al doctor Claudio Stern y a la actuaria Rosa María Rubalcava su apoyo y asesoría, y a los doctores Patrice Engle y John Townsend sus comentarios. A los directores, jefes de investigación y enseñanza, jefas de enfermeras y enfermeras de los institutos nacionales de salud y de los hospitales "Fray Bernardino Álvarez", "Manuel Gea González" y "Adolfo López Mateos". A las amas de casa que colaboraron en el estudio. A la coordinadora del trabajo de campo, Janet de la Serna y a las encuestadoras Graciela Polanco, Lidia Vázquez, Adriana Torres, Esther Balderas, Bertha Hernández y Luz Guadalupe Razo, su esfuerzo y profesionalismo. Así como a la maestra Angélica Verduzco y a la licenciada María Teresa Hubard su participación en la calificación de los dibujos.

** María Asunción Lara, Maricarmen Acevedo y Elisa Karina López del Instituto Mexicano de Psiquiatría, y Marisa Fernández, investigadora independiente.

seis años, por medio del dibujo de la familia calificado en términos de patrones de apego.

Las mujeres no empleadas reportaron mayores niveles de malestar emocional que las empleadas. Entre las enfermeras, dicho malestar se relacionó con la tensión ocupacional, con trabajar en el turno vespertino, con estar en un área crítica, con el tamaño de la vivienda y con recibir ayuda de un familiar femenino. En contraste, en las madres no empleadas el malestar se relacionó con la tensión de la pareja y materna.

No se encontraron diferencias significativas entre los patrones de apego de los pequeños de madres empleadas y no empleadas. Se encontró, por otra parte, una diferencia significativa en el nivel de desarrollo cognoscitivo entre ellos, en favor de los de madres empleadas. La influencia del malestar emocional de la madre sobre los patrones de apego no fue muy clara.

INTRODUCCIÓN

La ocupación de la mujer fuera del hogar ha seguido un ritmo acelerado y constante durante las dos últimas décadas. En México, la población femenina económicamente activa se ha triplicado en los últimos cuarenta años. Esta tendencia ha repercutido de manera importante sobre los papeles femeninos y en la organización de la familia, especialmente en el cuidado de los niños. En México, la ocupación femenina se ha dado de manera muy similar a otros países, en términos de opresión, explotación, falta de prestaciones y de apoyo social y familiar. Los efectos de esta situación sobre la salud emocional de las mujeres es tema de preocupación. De igual manera, hay inquietud sobre las repercusiones que el empleo materno pueda tener sobre los hijos.

Pese a esto, en nuestro país se ha prestado poca atención a la investigación de tales problemas. Esta carencia de investigación nos obligó a revisar bibliografía extranjera, en su mayoría proveniente de Estados Unidos. Si bien ésta nos permitió contar con un marco de referencia, consideramos que nuestra situación no es completamente equiparable a aquélla por razones obvias.

ANTECEDENTES

Los efectos del trabajo materno en la infancia

La gran preocupación que existe en cuanto a los efectos del empleo materno sobre el desarrollo emocional de los niños parte de la creencia, ampliamente compartida, de que la infancia es un periodo en el que las experiencias tienen una influencia definitiva sobre la vida futura. Aunado a esto, se le ha atribuido a la madre un papel determinante en el desarrollo temprano.

Los efectos del empleo materno sobre la salud emocional de los niños han sido estudiados dentro del marco conceptual propuesto por Bowlby y Ainsworth sobre las relaciones de apego del niño hacia la madre. En términos muy generales, este enfoque plantea que a partir del nacimiento se van estableciendo ligas afectivas entre el cuidador principal, generalmente la madre, y el infante. A partir de las conductas del pequeño para atraer la atención de la madre (llorar, gritar, buscar la proximidad física) y de la manera de responder de ella, se irán moldeando ligas afectivas o pautas de apego entre él y su madre. Las respuestas prontas y apropiadas promoverán seguridad en el niño, que se reflejará en pautas de apego seguras; mientras que la ausencia de respuesta o las respuestas inadecuadas se manifestarán en ligas afectivas inseguras (Ainsworth *et al.*, 1978).¹

Las pautas de apego se integran en “modelos operativos” que sirven de referencia a lo largo de la vida. Con base en ellos se aprecian las situaciones nuevas, y son a la vez los que guían la conducta, razón por la cual estos modelos tienden a autoperpetuarse (Bowlby, 1969, 1982).

La pregunta que surgió a partir de esta teoría en relación con el empleo materno fue: ¿cómo se verían afectadas las pautas de apego por las separaciones de la madre debidas al empleo? Inicialmente se pensó que estas separaciones podían interrumpir el proceso de apego sano con la madre e incapacitar al niño para formar relaciones en el futuro. Esta hipótesis surgió de las obser-

¹ En el apéndice 1 se incluye una descripción de las pautas de apego.

vaciones en niños que habían sido separados de sus madres a temprana edad. Los resultados de los estudios en niños de madres empleadas no encontraron que hubiera una ruptura, ni tampoco dificultades en la relación de apego (Rutter, 1972).

En otros estudios se postuló que las separaciones de la madre por motivos de trabajo podían ser interpretadas por el niño como rechazo, lo que se manifestaría en el desarrollo de un patrón de apego evitativo (Barglow, Vaughn y Molitor, 1987; Vaughn, Gove y Egeland, 1985); o le harían difícil predecir la conducta de la madre, facilitando la formación de un patrón de apego ambivalente (Chase-Lansdale y Owen, 1987). Los resultados de los estudios en este respecto son inconsistentes. Belsky y Rovine (1988), Schwartz (1983) y Barglow, Vaughn y Molitor (1987) han reportado un número mayor de niños con apego inseguro, de madres que trabajan más de veinte horas semanales; mientras que los estudios de Easterbrooks y Goldberg (1988) y Weinraub, Jaeger y Hoffman (1988) no han reportado diferencias entre niños de madres empleadas y no empleadas.

La falta de consistencia en los resultados se ha atribuido al efecto mediador de ciertas variables, entre ellas la calidad de la relación madre-hijo. Una relación de alta calidad se ha expresado como la prontitud de respuesta de la madre, su atención a las necesidades del niño y su calidez, aceptación y libertad de expresión emocional (Clarke-Stewart, 1988; Benn, 1986). Siguiendo esta línea teórica, se pensó que el empleo materno podía impedir una relación de calidad, y por ende favorecer la formación de un apego inseguro en los infantes, debido a las tensiones, conflictos, demandas y falta de tiempo generados por la participación en papeles múltiples (Schachere, 1990; Roseblum y Paully, 1984).

Se han estudiado otras variables mediadoras entre el trabajo materno y el tipo de apego, por ejemplo, la calidad del cuidado alternativo: cuando éste es de alta calidad no se presentan diferencias entre los niños de madres empleadas y los que son cuidados exclusivamente por sus madres (Thompson, 1987; Rutter, 1972; Etaugh, 1980; Balleyguier, 1988). En cuanto a la edad de la separación, algunos piensan que los efectos son más adversos antes del primer año (Belsky y Rovine, 1988; Vaughn, Gove y Egeland, 1985); mientras otros observan mayor incidencia de apego inseguro cuan-

do aquélla se produce después de esta edad (Benn, 1986; Chase-Landsdale y Owen, 1987). Existen reportes consistentes sobre la mayor vulnerabilidad a las separaciones de la madre en los varones (Belsky y Rovine, 1988; Chase-Landsdale y Owen, 1987), en tanto que Barglow, Vaughn y Molitor (1987) reportan mayor prevalencia de apego inseguro en los primogénitos.

Algunos trastornos emocionales en la madre, como los desórdenes psicosomáticos y la depresión, se ha visto que facilitan la formación de pautas de apego inseguras en los niños (Zocolillo y Cloninger, 1986; Teti, Nakagawa, Das y Wirth, 1991).

La importancia de estos hallazgos estriba en que, en un buen número de estudios se ha encontrado que los niños clasificados como inseguros en la infancia, presentan con más frecuencia problemas escolares (Erickson, Sroufe y Egeland, 1985) y conductas inadecuadas (Sroufe, 1983).

Con base en estos datos, nos propusimos investigar la relación entre el *status* laboral —empleo/no empleo de la madre (variable independiente)— y el patrón de apego en los niños (variable dependiente). En segundo lugar, se evaluó el efecto de algunas variables mediadoras, como la edad del niño, su nivel de desarrollo, etcétera, y en tercero, se estudió la relación entre el malestar psicológico de la madre y el patrón de apego del niño.

Estresores y salud mental de las mujeres empleadas

El trabajo femenino aparece matizado por una serie de condiciones estresantes que van desde aquéllas relacionadas con la crisis económica de la última década, hasta las referentes a su condición de mujer: bajos sueldos, prestaciones limitadas o nulas, puestos de menor categoría y discriminación en ascensos, contrataciones y programas de capacitación (De Oliveira, 1989b).

El aspecto que aquí nos interesa estudiar es el efecto del trabajo femenino sobre el malestar psicológico² de las mujeres. Este males-

² Usamos el término de “malestar psicológico” y no el de “enfermedad emocional”, de la misma manera que Burin *et al.* (1990), para enfatizar el origen social de estos trastornos.

tar se ha relacionado con el desempeño de papeles múltiples; es decir, como efecto de la multiplicación de las demandas y obligaciones de los escenarios familiar y laboral por la participación simultánea en los dos ámbitos.

La tensión en el campo laboral se presenta ante recompensas inadecuadas, ambiente nocivo, trato despersonalizado, exceso de trabajo (Pearlin y Schooler, 1978) e inflexibilidad dentro del mismo (Moen y Forest, 1990). Por otro lado, el papel de madre representa en sí mismo una fuente de tensión considerable, sobre todo cuando los hijos son pequeños (Pearlin, 1975). Aunada a esto, la preocupación en lo que se refiere al cuidado adecuado para los hijos en su ausencia, representa una tensión constante.

El desempeño de papeles múltiples también genera conflicto (Parry, 1987), el cual se relaciona con depresión (Tiedje *et al.*, 1990). Se ha encontrado que las mujeres obtienen mayores beneficios psicológicos de su trabajo cuando su *status* laboral es congruente con sus creencias respecto a los papeles de la mujer (Krause y Kiriakos, 1985). Es de esperarse que se genere mayor conflicto cuando la mujer otorga al hogar y a la familia el primer lugar, como es el caso de México.

La resistencia por parte de los esposos para efectuar una revisión de los papeles familiares tradicionales ha repercutido en que las mujeres tengan que adaptar sus tiempos a las demandas de trabajo fuera y dentro del hogar, y dedicar muchas más horas a las tareas domésticas que sus compañeros (Uribe, Ramírez, Romero y Gutiérrez, 1990).

En los casos en los que existe apoyo en las tareas del hogar, se ha observado menor depresión en mujeres asalariadas (Krause y Kiriakos, 1985; Ross y Mirowsky, 1988) y menor conflicto de papeles (Genevie y Margolies, 1987). De la misma manera, el apoyo social, físico y emocional aminora la carga de trabajo y reduce el riesgo de síntomas psiquiátricos (Parry, 1986).

Por el contrario, el conflicto de roles aumenta cuando existen problemas derivados de la oposición del marido al trabajo de ella, cuando hay interferencia del trabajo con las actividades en común, cuando se presentan conflictos en la negociación de tareas domésticas, y por pleitos en la toma de decisiones (Aneshensel y Pearlin, 1987).

Sin embargo, y pese a las condiciones tan desventajosas en que se da la ocupación femenina, se han reportado beneficios: independencia económica, complemento a los bajos sueldos, satisfacción profesional y sobre todo, rompimiento del aislamiento social y creación de nuevas redes (De Oliveira, 1989).

Las ventajas derivadas del empleo femenino se ven más claramente cuando se analiza la situación de las mujeres no empleadas. Dichas mujeres experimentan tensión y estrés debido a que el papel de ama de casa es desestructurado e invisible; demanda de ellas tareas aburridas, repetitivas, que requieren de poca habilidad; les proporciona poco prestigio y las confina a una situación de aislamiento de otros adultos (Gove y Geerken, 1977). Este último aspecto puede producir gran tensión al llevarlas a depender exclusivamente de su familia inmediata para la satisfacción de sus necesidades (Aneshensel y Pearlin, 1987).

En estas mujeres, las tensiones asociadas con la presencia de niños pequeños en casa se han encontrado relacionadas con depresión (Ross y Mirowsky, 1988). Su satisfacción depende de la medida en que aceptan su papel de amas de casa y madres como una carrera de tiempo completo, y disfrutan de mayor tiempo libre (Genevie y Margolies, 1987). Por el contrario, si desean trabajar y no lo hacen, es más probable que presenten síntomas depresivos (Crosby, 1982).

¿Cuáles son los efectos del *status* laboral sobre la salud emocional de las mujeres? En México no contamos con información para contestar esta pregunta, pero en los países desarrollados se ha observado mejor salud en las mujeres trabajadoras, en cuanto a menos días en cama, menos síntomas y condiciones crónicas (Parry, 1986; Nathanson, 1980, Rice y Cugliani, 1979), así como mayor satisfacción con la vida, autoaceptación y menor depresión (Repetti, Matthews y Waldron, 1989; Verbrugge, 1982). Dado que ésta constituyó nuestra siguiente pregunta de investigación, para responderla comparamos el malestar emocional (variable dependiente) de madres empleadas con el de madres no empleadas (el *status* laboral constituyó la variable independiente). En segundo término, estudiamos la relación entre algunas condiciones tensionantes (variables mediadoras) y el malestar emocional.

METODOLOGÍA

Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 211 díadas madre-niño. El grupo de madres empleadas (ME) estuvo integrado por 103 enfermeras que se encontraban ejerciendo en el momento del estudio, y que no lo habían dejado de hacer por más de seis meses desde que nació el hijo unidad de análisis. Se tomó la decisión de trabajar con enfermeras para hacer más contrastante la situación de empleo/no empleo, ya que el trabajo de enfermería es de tiempo completo e implica demandas muy estrictas de cumplimiento y responsabilidad.³ El grupo de madres no empleadas (MNE) lo formaron 108 madres que no recibían ingresos por algún trabajo en el momento de la entrevista, y no lo habían hecho por más de seis meses desde que nació el hijo unidad de análisis.

Otras características que tenían que llenar ambos grupos fueron: tener un niño(a) entre cinco y seis años 11 meses, encontrarse en una relación de pareja en el momento de la entrevista y por lo menos en los seis meses anteriores al estudio, y no tener en casa una persona con una enfermedad crónica física o mental.

Selección de la muestra

La muestra de ME se tomó de nueve hospitales de tercer nivel de atención del sur de la ciudad de México, seleccionados porque se sabía de su disposición a participar en proyectos de investigación. A las jefas de enfermeras se les proporcionaron los criterios de inclusión y ellas detectaron a las enfermeras que cumplían con los

³ En un análisis sobre el personal de enfermería de un hospital mexicano de tercer nivel de atención, Orozco (1992) encontró datos muy similares a los reportados en la bibliografía internacional en cuanto a la presencia de niveles elevados de estrés. Los factores relacionados con el estrés fueron la demanda de alta especialización, la falta de personal, la poca comprensión de los supervisores, la imposición de horarios y la falta de reconocimiento económico. El desgaste físico y emocional de una enfermera en un área crítica fue hasta 75% mayor que en otros servicios.

mismos. Se seleccionó aproximadamente 90% de las enfermeras que cumplían con dichos criterios.

Con el objeto de mantener constante el nivel socioeconómico, el grupo de MNE se seleccionó entre las vecinas de las enfermeras. En la mayoría de los casos, las mismas enfermeras nos remitieron con una vecina con las características requeridas. Se controló que tuvieran un nivel de escolaridad similar al de las enfermeras. La participación de todas las sujetos fue voluntaria y mostraron gran interés por la temática del estudio. Solamente 3.8% rehusó participar.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario estructurado con opciones cerradas en la mayoría de las preguntas.⁴ Las variables “conflicto de papeles”, “ideología sobre la maternidad”, “tensión materna, ocupacional y con la pareja” se evaluaron por medio de índices que se construyeron con base en la revisión de la bibliografía; la “insatisfacción con la ayuda” se evaluó con una sola pregunta. El contenido de estos índices se validó por medio de la técnica de “grupos de enfoque”. El “malestar emocional” se definió como depresión y somatización, y se evaluó con la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos, que investiga síntomas depresivos en relación con los últimos siete días (CES-D) (Radolff, 1977) y con la subescala de somatización del SCL-90 (Derogatis, 1978).⁵

Los patrones de apego se evaluaron por medio del dibujo de la familia, técnica utilizada en investigaciones similares (Cassidy, 1988; Kaplan y Main, en prensa; Spinetti, 1982; Wood, 1985). Se escogió esta técnica para evitar el reporte de la madre sobre el niño, que puede verse influenciado por su *status* laboral. El dibujo de la familia se evaluó conforme a los criterios especificados para

⁴ El cuestionario investigó las siguientes áreas: características sociodemográficas de la entrevista (edad, estado civil, escolaridad), aspectos económicos (ingreso, número de cuartos en casa), características de la familia (número de personas en el hogar, parentesco), y características generales del niño (edad, sexo, orden de nacimiento, cuidador principal desde que nació a la fecha).

⁵ En el apéndice 2 se presenta una descripción de cada una de estas variables.

las pautas de apego (apéndice 3). El nivel de desarrollo se evaluó por medio del dibujo de la figura humana (Koppitz, 1985).⁶

Procedimiento de aplicación

Seis encuestadoras aplicaron los cuestionarios a las madres y las instrucciones para los dibujos, a los niños. Eran licenciadas o pasantes de psicología y recibieron amplia capacitación para realizar el trabajo. A las madres se les entrevistó en el lugar de trabajo y en su casa y a los niños en sus casas. La realización de los dibujos se solicitó siguiendo las instrucciones de Koppitz (1985).

Procedimiento de calificación

Tres psicólogas clínicas, especialistas en pruebas proyectivas, calificaron los dibujos (una tercera parte cada una). Inicialmente, las tres calificaron un número suficiente de los mismos dibujos, hasta lograr afinar los criterios de calificación. Una evaluadora externa evaluó 10% de los dibujos ya calificados, para obtener el nivel de confiabilidad, que fue de 80 por ciento.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres

Las ME y las MNE fueron muy semejantes en la mayoría de los parámetros, con excepción de leves diferencias en edad, escolaridad de ella y de la pareja e ingreso familiar. Se observó un ingreso familiar mayor en 1.2 salarios mínimos en el grupo de ME (cuadro 1).

⁶ La evaluación del nivel de desarrollo intelectual (cognoscitivo, adquisición del esquema corporal o desarrollo psicomotriz) propuesto por Koppitz (1985) se realiza a partir de los elementos que el niño incluye en su dibujo. A través de estudios normativos, se han determinado los reactivos esperados para cada nivel de edad y sexo. La omisión de cualquier *item* evolutivo esperado indica inmadurez excesiva, retraso o la presencia de regresión debida a síntomas emocionales; mientras que la aparición de *items* excepcionales (que aparecen en 15% o menos de los dibujos) indica una madurez mental superior al promedio.

CUADRO 1
Características sociodemográficas de la población

	<i>Empleadas</i> (n=103)	<i>No</i> <i>empleadas</i> (n=108)
<i>Madre</i>		
Edad		
Media	32.80	29.31*
Desviación	4.87	4.53
Estado civil		
Casadas	80.6%	83.3%
Unión libre	19.4%	16.7%
Escolaridad		
Secundaria	-	14.9%*
Preparatoria o técnica	76.7%	73.1%
Profesional o más	23.3%	12.0%
<i>Pareja</i>		
Tiempo con la pareja (en años)		
Media	9.6	9.1
Desviación	4.1	4.0
Parejas anteriores		
Sí	9.7%	7.4%
Escolaridad		
Primaria	10.7%	15.7%*
Secundaria	23.3%	35.2%
Preparatoria o técnica	32.0%	34.3%
Profesional o más	34.0%	14.8%
<i>Socioeconómicas</i>		
Ingreso familiar total (salarios mínimos)		
Media	4.7	3.5*
Desviación	2.3	2.5
Núm. de cuartos en casa		
Media	2.9	2.7
Desviación	1.6	1.1
Núm. de personas que aportan		
Una	1.9	86.1*
Dos	85.4	8.3
<i>Composición familiar</i>		
Núm. de personas en el hogar		
Media	5.1	5.1
Desviación	1.3	1.7
Núm. de hijos		
Media	2.5	2.5
Desviación	0.9	1.1

CUADRO 1 (conclusión)

Porcentaje de casas con abuelos	24.3	19.4
Porcentaje de casas con hnos., cuñados y sobrinos	20.4	28.4
Persona que ayuda en el hogar		
Nadie	15.6%	34.3%
Esposo	43.7%	25.9%
Familiar femenino	8.7%	4.6%
Hijo/hija	19.4%	28.7%
Otro	12.6%	6.5%
Persona que ayuda con hijos		
Nadie	3.9%	36.1%
Esposo	41.8%	36.1%
Familiar femenino	34.0%	11.1%
Hijo/hija	4.9%	11.1%
Otro	7.8%	

*
p < .05.

Fue frecuente que las ME vivieran en la periferia de la ciudad en lugares distantes de sus centros de trabajo. La composición familiar de los grupos fue muy similar: por lo general, de tipo nuclear y con pocos hijos. Aproximadamente en una cuarta parte se observó la presencia de otros miembros de la familia extensa.

Las enfermeras seleccionadas cubrieron las diferentes categorías, áreas y turnos⁷ y llevaban alrededor de 12 años trabajando en esta profesión. La razón más importante que dieron para trabajar fue la económica (74.8%), así como la mejor educación de los hijos (15.5%). Entre las MNE, 55.5% había trabajado con anterioridad en una gran variedad de ocupaciones y la mayoría había dejado de hacerlo por atender a los hijos (27.8%), por matrimonio (19.4%), porque su pareja no se lo permite (17.6%) y por embarazo (14.8%). Aunque 71% mencionó que le gustaría trabajar, sólo 9% de ellas había buscado trabajo.

⁷ Categorías: auxiliar de enfermería, enfermera general, enfermera especializada, jefa de enfermeras. Área: 1) área crítica: terapia intensiva, cirugía, urgencias y recuperación; 2) hospitalización, especialidades y coordinación; 3) consulta externa y equipos. Turnos: matutino, vespertino, nocturno y mixto.

Diferencias en salud emocional entre madres empleadas y no empleadas

Las comparaciones entre los grupos mostraron mayores niveles de depresión y de conflicto de roles entre las MNE. Aunque no de manera significativa, la insatisfacción con la ayuda, la tensión con la pareja y los síntomas somáticos también fueron mayores en las MNE (cuadro 2).

CUADRO 2
Diferencias entre madres empleadas y no empleadas
en las variables del estudio

	<i>Empleadas (n=103)</i>	<i>No empleadas (n=108)</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
<i>Depresión</i>				
Media	30.68	33.33	-4.05	.00
Desviación	(3.9)	(5.4)		
Alpha	.73	.75		
<i>Somatización</i>				
Media	4.26	5.17	-1.50	NS
Desviación	(5.1)	(4.7)		
Alpha	.72	.72		
<i>Tensión materna</i>				
Media	1.67	1.64	1.35	NS
Desviación	(.98)	(.93)		
Alpha	.74	.78		
<i>Conflicto de roles</i>				
Media	.96	1.40	-4.00	.00
Desviación	(.68)	(.90)		
Alpha	.70	.80		
<i>Ideología sobre la maternidad</i>				
Media	13.98	13.32	1.44	NS
Desviación	(3.32)	(3.27)		
Alpha	.55	.55		
<i>Insatisfacción con la ayuda</i>				
Media	1.80	2.05	-1.61	NS
Desviación	(.73)	(.89)		
<i>Tensión de pareja</i>				
Media	6.21	7.57	-1.23	NS
Desviación	(7.29)	(8.67)		
Alpha	.81	.81		

NS = No significativa.

Variables relacionadas con el malestar emocional

Para estudiar la relación entre las diversas variables con el malestar emocional, se obtuvo, en primer lugar, un cuadro de correlación de todas las variables entre sí y se identificó aquellas que tenían una correlación significativa ($p < .02$). (Las correlaciones significativas se presentan en el apéndice 4.)⁸ Posteriormente se realizaron análisis de factores (con componentes principales y rotación varimax), en los que se incluyeron sólo las variables que tenían correlaciones significativas con los síntomas depresivos y somáticos.

En el caso de las ME encontramos tres factores con valores característicos arriba de uno que explicaron 56% de la varianza (cuadro 3). El primero agrupó el conflicto de papeles y las tensiones ocupacional, materna y de pareja. La depresión se presentó en el segundo factor, con la tensión ocupacional, el turno vespertino, las áreas críticas (cirugía, terapia intensiva, etcétera) y con tener una casa con menos cuartos. De manera similar, el tercer factor incluyó la somatización, relacionada con la ayuda de un familiar femenino, el área crítica y tener más cuartos en casa.

CUADRO 3
Análisis factorial: tensiones y malestar emocional

	<i>Madres empleadas</i>		
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
Tensión materna	.85		
Conflicto de roles	.72		
Tensión con la pareja	.67		
Tensión ocupacional	.56	.47	
Turno vespertino		.68	
Depresión		.64	
Ayuda familiar femenina			.71
Somatización			.66
Núm. de cuartos en casa		-.56	.58
Áreas críticas		.40	.57
Porcentaje de varianza explicada	30.00	15.30	11.00

⁸ En otras publicaciones de estos datos se describen con mayor detalle dichas correlaciones (Lara *et al.*, 1992).

CUADRO 3 (conclusión)

	<i>Madres no empleadas</i>		
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
Tensión materna	.81		
Tensión con la pareja	.80		
Depresión	.65		
Somatización	.63		
Núm. de cuartos en casa		-.85	
Conflicto de roles		.70	
Trabajó antes			.93
Porcentaje de varianza explicada	35.00	18.10	15.30

En las MNE también encontramos tres factores que explicaron 68% de la varianza. El primero incluyó la tensión materna y de pareja junto con la depresión y la somatización. En contraste con el otro grupo, en las MNE estas tensiones cotidianas sí las llevan a presentar alteraciones, muy posiblemente porque no existe el efecto mediador del trabajo. El segundo factor incluyó el conflicto de papeles junto con tener una casa con menos cuartos y el tercero se refirió al hecho de haber trabajado antes.

Características de los niños

En el cuadro 4 se presentan las características generales de los niños. Como puede apreciarse, los grupos fueron similares en la mayoría de los parámetros, con excepción de un porcentaje ligeramente mayor de niños de cinco años de MNE. Por otro lado, como era de esperarse, los niños de MNE fueron casi en su totalidad cuidados por sus madres, mientras que los de ME, por diversos cuidadores.

Indagamos la ocurrencia de eventos graves en los últimos seis meses, condiciones del embarazo, parto y desarrollo temprano, vacunas, accidentes y operaciones y no encontramos diferencias entre los grupos en dichos aspectos.

En cuanto al nivel de desarrollo, encontramos una diferencia significativa entre los grupos de niños de ME y de MNE (cuadro 5).

CUADRO 4
Características generales de los niños

	<i>Empleadas (n=103) Porcentaje</i>	<i>No empleadas (n=108) Porcentaje</i>
Edad		
5 años	43.7	63.0*
6 años	56.3	37.0
Sexo		
Femenino	51.5	50.0
Masculino	48.5	50.0
Orden de nacimiento		
1º	40.0	47.0
2º	40.0	28.0
3º	14.0	19.0
4º o posterior	7.0	6.0
La pareja actual es el papá del niño		
Sí	95.0	96.0
Otros adultos en casa		
Sí	27.2	20.4
Cuidador principal del niño		
Madre	1.9	98.1*
Abuela materna	35.0	.9
Guardería	19.4	
Padre	13.6	
Abuela paterna	7.8	
Tía	3.9	
No familiar	8.7	
Varios	9.7	.9

* p<.00.

CUADRO 5
**Relación entre el *status* laboral de la madre y el nivel
de desarrollo (cognoscitivo) del niño**

	<i>Empleadas (n=103) Porcentaje</i>	<i>No empleadas (n=108) Porcentaje</i>
Superior	45.6	28.7
Adecuado	46.6	55.6
Levemente inferior	5.8	11.1
Muy inferior	1.9	4.6
	$\chi^2=7.7$	p=.05

Status laboral de la madre y patrón de apego

En relación con el patrón de apego (cuadro 6), el primer dato importante que encontramos fue que un porcentaje menor a 10% fue clasificado como seguro.⁹ Suponemos que este porcentaje tan bajo de pequeños con apego seguro afectará todas las comparaciones subsecuentes, ya que las diferencias más importantes que se han reportado han sido entre niños seguros e inseguros (Lamb, 1987). Por otra parte, entre los inseguros, un porcentaje muy elevado de niños quedó clasificado como desorganizado. En otros estudios, este grupo se reporta como el menor en número, así como el menos claramente entendido (Cassidy, 1988).

CUADRO 6
Relación entre el status laboral de la madre
y el patrón de apego del niño

	<i>Empleadas</i> <i>(n=103)</i> <i>Porcentaje</i>	<i>No empleadas</i> <i>(n=108)</i> <i>Porcentaje</i>
Seguro	9.7	8.3
Inseguro		
Evitativo	35.0	29.6
Ambivalente	26.2	22.2
Desorganizado	29.1	39.8
	$\chi^2=2.6$	$p=.44$

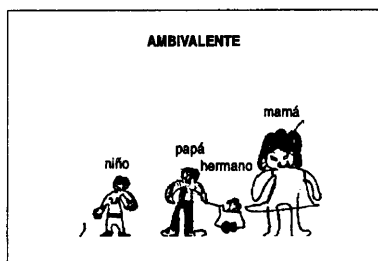
La comparación entre los patrones de apego de los niños de ME y MNE no fue significativa, como se observa en el mismo cuadro. (En la figura 1 se muestra un ejemplo de los dibujos clasificados conforme a las cuatro pautas de apego.)

⁹ En Estados Unidos se ha reportado 37.5% de los niños con apego seguro (Main y Cassidy, 1988), mientras en Japón, 70% (Grossmann y Grossman, 1990). Estos últimos autores hacen mención de que no hay grandes diferencias con el porcentaje de apego seguro en niños alemanes.

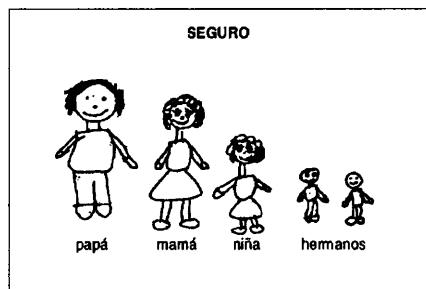
Figura 1
Ejemplos de dibujos clasificados conforme
a las cuatro pautas de apego



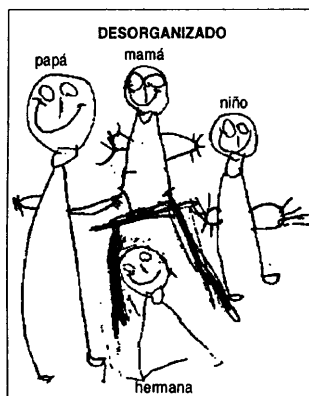
Femenino 6 años



Masculino 6 años



Femenino 6 años



Masculino 5 años

Patrón de apego y nivel de desarrollo por edad y sexo

Las diferencias en patrón de apego entre los pequeños de ME y MNE no alcanzaron niveles de significación aceptables (cuadro 7). Estos resultados se pueden explicar, por lo menos en parte, por el reducido número de casos en algunas celdas. La diferencia más marcada entre niños de ME y de MNE se observa en los varones de cinco años, en cuanto a patrón de apego desorganizado. Observamos, por otra parte, un efecto favorable de la edad, mucho más significativo en las niñas, quienes aumentan en apego seguro y disminuyen en apego desorganizado a los seis años.

En cuanto al nivel de desarrollo, el grupo de cinco años de pequeños de ME casi duplica el porcentaje en el nivel superior al de MNE. Encontramos que las niñas de ME se cuentan en menor número en el nivel inferior. A los seis años, el nivel de desarrollo se eleva y ya no se presentan diferencias entre los infantes de ME y de MNE. Este efecto se debe principalmente a la considerable mejoría que muestran las niñas de MNE. Por otro lado, si bien se observa una disminución en el porcentaje de niños de ME en el nivel inferior, esta mejoría no se observa en los niños de MNE, entre los que tampoco hay un incremento en el nivel superior.

Variables mediadoras del patrón de apego

En relación con el nivel de desarrollo, encontramos una relación significativa entre éste y el patrón de apego (ME: $\chi^2=12.52$, $p=.05$; MNE: $\chi^2=14.50$, $p=.02$). Se observaron mayores porcentajes de pequeños con un patrón de apego seguro y con niveles superiores de desarrollo, y mayores porcentajes de niños con apego desorganizado clasificados con niveles inferiores de desarrollo.

El orden de nacimiento no se relacionó significativamente con el patrón de apego. Por otro lado, la presencia de otros adultos en casa sí se relacionó significativamente con esta variable en el grupo de ME ($\chi^2=11.0$, $p=.01$): cuando otros adultos vivían en casa, hubo mayor frecuencia de niños con apego ambivalente; y cuando no vivían otros adultos en casa, se observaron más niños con apego evitativo. La influencia del cuidador principal sobre el patrón de apego no

CUADRO 7

Patrón de apego y nivel de desarrollo por edad y sexo del niño y *status* laboral de la madre

Patrón de apego	5 años						6 años					
	Niñas		Niños		Total		Niñas		Niños		Total	
	ME (n=26)	MNE (n=37)	ME (n=19)	MNE (n=31)	ME (n=45)	MNE (n=68)	ME (n=27)	MNE (n=17)	ME (n=31)	MNE (n=23)	ME (n=58)	MNE (n=40)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Seguro	0	0	10	6	4	3	18	23	10	13	14	17
Inseguro												
Evitativo	27	24	37	23	31	23	44	47	32	35	58	42
Ambivalente	31	30	16	6	24	19	30	29	27	26	28	27
Desorganizado	42	46	37	64	40	54	7	0	32	26	21	15
x ²	.09		3.7		2.2		1.4		.32		.65	
p	.95		.28		.51		.70		.95		.88	

Nivel de desarrollo	5 años						6 años					
	Niñas		Niños		Total		Niñas		Niños		Total	
	ME (n=26)	MNE (n=37)	ME (n=19)	MNE (n=31)	ME (n=45)	MNE (n=68)	ME (n=27)	MNE (n=17)	ME (n=31)	MNE (n=23)	ME (n=58)	MNE (n=40)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Superior	50	24	42	29	47	27	48	41	42	26	45	32
Normal	46	54	37	52	42	53	56	43	52	61	50	60
Inferior	4	22	21	19	11	21	4	0	6	13	5	8
x ²	6.7		1.2		5.2		.96		3.6		1.5	
p	.08		.74		.07		.61		.30		.46	

pudo ser evaluada estadísticamente por el número tan reducido de casos en algunas categorías, pero es interesante señalar que el menor porcentaje de niños con patrón desorganizado se presentó cuando el padre fue el cuidador principal.

Malestar emocional de la madre y patrón de apego

Se analizó posteriormente la relación entre el patrón de apego y el malestar emocional de las madres. Se llevaron a cabo análisis factoriales que incluyeron ambas variables, así como las más directamente relacionadas con ellas. Los resultados se presentan en el cuadro 8.

El análisis de los pequeños de ME mostró cinco factores con valores característicos arriba de uno, que explicaron 59% de la varianza. Si nos centramos solamente en los datos de los menores,

CUADRO 8
Análisis factorial: malestar emocional de la madre y patrón del niño

	<i>Madres empleadas</i>				
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>
Tensión materna	.89				
Conflicto de roles	.75				
Tensión con la pareja	.57			.41	
Ayuda familiar					
femenina	.56	.75			
Adultos en casa		.75			
Núm. de cuartos en casa		.61			
Áreas críticas		-.44	.57		
Depresión			.74		
Turno verspertino			.57		
Nivel de desarrollo				-.74	
Nivel de apego				-.70	
Sexo				.40	-.51
Edad					-.74
Somatización					.57
Porcentaje de varianza explicada	19.8	12.6	10.4	8.5	7.6

CUADRO 8 (conclusión)

	<i>Madres no empleadas</i>				
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>
Tensión materna	.79				
Tensión con la pareja	.78				
Depresión	.66				
Somatización	.63				
Patrón de apego		-.83			
Nivel de desarrollo		-.58			
Edad		-.70			
Núm. de cuartos en casa			.85		
Conflicto de roles			-.54		
Adultos en casa			.53	-.47	
Sexo				.85	
Trabajó antes					.92
Porcentaje de varianza explicada	21.2	13.4	12.6	10.4	9.1

vemos que en el cuarto factor se encuentran: bajo nivel de desarrollo, tendencia hacia un apego desorganizado, problemas con la pareja y ser varón, y en el quinto: tener menor edad, ser mujer y mayor somatización en la madre. Entre las MNE encontramos cinco factores con valores característicos arriba de uno, que explicaron 67% de la varianza. En cuanto a los pequeños, la edad se agrupó con el patrón de apego y el nivel de desarrollo (segundo factor): menor edad relacionada con menor nivel de desarrollo y apego desorganizado; mientras que ser hombre se agrupó con la ausencia de adultos en casa (cuarto factor) (véase cuadro 9).

Como vemos, estos análisis no mostraron que hubiera una relación entre el malestar de la madre y el patrón de apego de los niños, como habíamos supuesto.

DISCUSIÓN

Las familias estudiadas en este trabajo se caracterizaron por percibir un ingreso promedio de un millón quinientos mil pesos (N\$1 500) mensuales para sostener a alrededor de cinco miembros, que viven en poco menos de tres cuartos (una estancia y dos

CUADRO 9
Análisis factorial: malestar emocional de la madre
y patrón del niño

	<i>Madres empleadas</i>				
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>
Tensión materna	.89				
Conflicto de roles	.75				
Tensión con pareja	.57			.41	
Tensión ocupacional	.56				
Ayuda familiar					
femenino		.75			
Adultos en casa		.75			
Núm. de cuartos					
en casa		.61			
Áreas críticas		-.44	.57		
Depresión			.74		
Turno vespertino			.57		
Nivel de desarrollo				-.74	
Patrón de apego				.70	-.51
Sexo				.40	
Edad					.74
Somatización					.57
Porcentaje de va-					
rianza explicada	19.8	12.6	10.4	8.5	7.6

	<i>Madres no empleadas</i>				
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>
Tensión materna	.79				
Tensión de pareja	.78				
Depresión	.66				
Somatización	.63				
Patrón de apego		-.83			
Nivel de desarrollo		-.58			
Edad		.70			
Núm. de cuartos					
en casa			.85		
Conflicto de roles			-.54		
Adultos en casa			.53	-.47	
Sexo				.85	
Trabajó antes					.92
Porcentaje de va-					
rianza explicada	21.2	13.4	12.6	10.4	9.1

recámaras). Las ME trabajan, en su mayoría, por razones económicas y con frecuencia tienen que viajar grandes distancias hacia sus lugares de trabajo. Estamos hablando de escasez de recursos y de hacinamiento en familias con adultos que, en gran parte, presentan niveles de escolaridad técnico o profesional; esto es, hablamos de los nuevos pobres resultado de la crisis económica de los últimos años. Estas condiciones de vida, en sí mismas, representan una fuente importante de riesgo a la salud emocional.

Aunque ambos grupos reportaron niveles elevados de depresión, de acuerdo con algunos indicadores para nuestra población,¹⁰ éstos fueron más altos en el grupo de MNE. Las MNE también presentaron mayor conflicto de roles, y aunque no de manera significativa, mayores niveles de somatización, tensión con la pareja e insatisfacción con la ayuda; lo que las identifica como un grupo con un grado elevado de malestar emocional. La situación de las MNE es de llamar la atención si recordamos que están siendo comparadas con enfermeras, cuyo trabajo se caracteriza por altos niveles de demanda física y emocional. Estos resultados son congruentes con los datos de la bibliografía internacional y con observaciones locales respecto a mayor frecuencia de desórdenes agudos y ánimo depresivo entre amas de casa (Caraveo, Ramos y González, 1986; Lara, Medina-Mora y Gutiérrez, 1988). Vemos así que, pese a que las madres empleadas están sometidas a una doble jornada y a que las demandas del trabajo fuera del hogar son elevadas, las condiciones relacionadas con el no empleo pueden constituir un mayor riesgo.

La depresión en las enfermeras se relacionó con un aumento en la tensión ocupacional (recompensas inadecuadas, exceso de trabajo), el turno vespertino (horario muy pesado: de 14:00 a 21:00 horas, aunado a dificultades para encontrar cuidado para los hijos), ejercer en un área crítica (cirugía, terapia intensiva, recuperación y urgencias), y además, vivir en una casa más pequeña

¹⁰ La Encuesta Nacional de Salud Mental reporta una media de 25.20% para la población femenina (Medina-Mora, 1992), mientras que en una muestra representativa de mujeres de la ciudad de Morelia se reporta una media de 28.83% (Lara, 1991).

(mayor hacinamiento y menos recursos). Los síntomas somáticos, por su lado, se presentaron cuando la ayuda provenía de un familiar femenino (potencialmente generador de mayor conflicto), se tenía una casa más grande (más trabajo) y se trabajaba en un área crítica. Podemos concluir que estos factores constituyen un riesgo de malestar emocional. Tal parece que hay un buen manejo de las tensiones derivadas de los papeles ocupacional, materno y de pareja, así como del conflicto de roles al que conllevan, ya que no se asociaron al malestar psicológico.

En las MNE los síntomas depresivos y somáticos se presentaron con la tensión materna y la tensión con la pareja. El hecho de que en este grupo sea más clara la relación entre el malestar emocional y las tensiones materna y con la pareja que en el de ME, puede deberse a que el trabajo, en las segundas, tiene un efecto modulador por la mayor independencia, por los contactos con una red social más amplia, por contar con un ingreso propio, etcétera.

En segundo lugar encontramos que en las MNE, el tener una casa más chica (menos recursos y más hacinamiento) se asoció con mayor conflicto entre el deseo de trabajar y el no hacerlo, probablemente porque es más patente la necesidad de mayor ingreso. El haber trabajado antes fue una característica sobresaliente de las MNE y explicó por sí misma un porcentaje importante de la varianza.

En cuanto a la influencia del *status* laboral de la madre sobre el patrón de apego de los pequeños, no encontramos que fuera significativa. Este hallazgo es interesante, ya que nos lleva a desvanecer los prejuicios respecto a los supuestos efectos adversos del trabajo materno sobre los infantes. Dado el carácter innovador de este trabajo, el dato requiere ser replicado en investigaciones futuras.

Encontramos una relación interesante (aunque no significativa estadísticamente) entre la edad y el patrón de apego, que se manifestó en una reducción en el número de pequeños clasificados como desorganizados a mayor edad. Este cambio lo relacionamos con un efecto positivo de la entrada a la escuela.

¿Qué significan estos resultados en términos de salud emocional de los infantes, independientemente del *status* laboral de la madre? Aunque las diferencias en los instrumentos diagnósticos nos impiden hacer comparaciones con otros estudios, si consideramos como equiparable nuestra categoría apego desorganizado

con la de trastornos psiquiátricos de otros trabajos,¹¹ nuestro porcentaje para los seis años es muy similar al reportado; pero para los cinco, supera por mucho la cifra reportada. Sin embargo, al comparar nuestro porcentaje de niños seguros a los seis años con los de otros estudios (Main y Cassidy, 1988), vemos que el nuestro es muy inferior. Podemos concluir que, para los cinco años, nuestra evaluación detecta problemas serios en los pequeños; mientras que para los seis hay una considerable mejoría; ésta no llega, sin embargo, a niveles “deseables”, ya que pocos infantes se perciben a sí mismos como valiosos y a su ambiente como seguro y protector. Estos resultados parecen reflejar el impacto global adverso de las precarias condiciones socioeconómicas, ya que no encontramos que estuvieran relacionados con el malestar emocional de la madre, como comentaremos más adelante.

En cuanto a la influencia del sexo sobre el patrón de apego encontramos que es más notoria en las niñas, lo que suponemos es un efecto positivo de la entrada a la escuela. Ésta puede traducirse en una “liberación” de la ayuda que normalmente se exige de ellas en su casa. Por otro lado, el número tan elevado de varones con apego desorganizado coincide con los datos muy conocidos respecto a la mayor frecuencia del sexo masculino en casi todas las categorías de trastornos psicológicos. En nuestro estudio, los más afectados son los varones de MNT, al contrario de lo reportado en la bibliografía internacional.

La influencia más importante del *status* laboral de la madre sobre los hijos la encontramos en el nivel de desarrollo de éstos, en donde vemos un impacto favorable sobre los de ME. Consideramos que la mayor estimulación por la presencia de otros adultos, el mayor ingreso y la mejor salud emocional de la madre pudieran estar explicando este resultado.¹² De nuevo las niñas, y sobre todo las de cinco años, muestran un nivel de desarrollo superior.

¹¹ En nuestro país, se ha estimado la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los infantes (de 3 a 12 años) en 15.6% (Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, Rascón y Gómez, 1992).

¹² En otros trabajos se ha reportado mayor desarrollo cognoscitivo en niños de familias de bajos ingresos cuyas madres trabajan, atribuidos a mayor seguridad financiera y menor ansiedad y depresión de la madre (Rubenstein, 1985).

La relación significativa que encontramos entre el patrón de apego y el nivel de desarrollo es congruente con nuestra visión de que existe una interacción didáctica entre ambas: para que el niño se desarrolle son necesarios tanto la maduración biológica como el tipo de respuestas que el medio ambiente da al patrón de apego del infante. El mayor desarrollo permite al niño dirigir las conductas de apego de manera discriminada, mantener la proximidad activamente y explorar el mundo, en tanto que el tipo de respuestas que el adulto da a las conductas desplegadas por el niño, favorece o entorpece el desarrollo.

Entre los pequeños de ME observamos que, cuando había otros adultos en casa, era más frecuente el apego ambivalente; y cuando no había, se presentaba un patrón de apego evitativo. El apego ambivalente lo podemos interpretar como resultado del conflicto de autoridades, que surge cuando hay varios cuidadores y que ha sido percibido por algunas madres. El apego evitativo parece deberse a que no hay quién preste atención a los pequeños y éstos dejan de buscarla.

No encontramos una relación entre el malestar emocional de la madre y el patrón de apego de los niños, como ha sido reportada en otros estudios (Schachere, 1990; Zocolillo y Cloninger, 1986). Estos resultados pueden deberse a la baja presencia de niños con apego seguro. Es posible, por otra parte, que la ausencia de relación también se deba a que el reporte de la madre proviene de una visión consciente, y por lo tanto, está mediado por su deseo de informar (relacionado con la deseabilidad social) y por su posibilidad de informar (limitado por mecanismos de defensa); mientras que la del niño proviene de una vía en la que no intervienen estos factores.

En el grupo de ME vemos una influencia importante de las tensiones con la pareja sobre los varones. Esto indica que, cuando la madre tiene problemas con la pareja, es posible que se apoye más en el niño; o bien que él se vea más afectado por su identificación con el padre. En cualquiera de los casos, el efecto más importante parece ser en el patrón de apego desorganizado. Este apego se caracteriza, entre otras cosas, por la inversión de papeles, en la que el niño asume la actitud de protección hacia los padres.

Por otra parte, ser más pequeña (cinco años) y mujer se relacionó con más síntomas somáticos en la madre trabajadora, dato que encontramos difícil de explicar.

LIMITACIONES Y PROPUESTAS

El presente estudio tuvo como objetivos principales evaluar los efectos del trabajo materno sobre su salud emocional y sobre las pautas de apego de los niños. ¿Qué tan generalizables son nuestros resultados a otros grupos de mujeres? Creemos que, con las debidas consideraciones, pueden serlo, ya que el estudio ha incluido elementos importantes relacionados con el *status* laboral de las madres, y los resultados son muy congruentes con los reportados en la bibliografía.

En cuanto a los patrones de apego, la utilización del concepto de "pauta de apego" tuvo como ventaja el proporcionarnos una medida resumida, global y cualitativa de la conducta del niño en relación con su vínculo afectivo hacia la figura de apego, sin que para esto mediara el reporte de la misma. Cabe señalar, sin embargo, las limitaciones de la técnica: los sistemas de evaluación de los patrones de apego para pequeños de edad escolar se encuentran en proceso de desarrollo; esta información sólo está parcialmente publicada (Main y Cassidy, 1988) y las investigadoras se niegan a que su material sea utilizado. La ausencia de investigación en nuestro país nos obligó a diseñar una guía diagnóstica que, si bien se basó en una amplia bibliografía sobre el apego, la experiencia obtenida en la utilización de pruebas proyectivas en México y la participación de profesionistas altamente calificados, no nos permite tener otros puntos de referencia externos para comparar nuestros datos.

Podemos concluir que ambos grupos de madres presentan gran malestar emocional, pero aún más las madres no empleadas; y que los factores asociados a este malestar fueron la tensión ocupacional, el trabajar en el turno vespertino y en áreas críticas, el hacinamiento y el recibir ayuda de un familiar femenino en las ME; mientras que en las no trabajadoras lo fueron la tensión materna y la tensión con la pareja.

Estos resultados son de particular importancia a varios niveles. A nivel de tratamiento, sabemos que es común que los síntomas depresivos sean tratados como inherentes al sexo femenino y llevan a que la mujer reciba, por todo tratamiento, la prescripción de psicofármacos (Burin *et al.*, 1990). Los datos obtenidos en este trabajo señalan áreas importantes de tensión, tanto en las enfermeras como en las amas de casa, que permitirán proporcionar ayuda dirigida a puntos claves. En este sentido, la investigación-acción sobre sistemas de tratamiento eficientes a gran escala (terapias grupales, organizaciones de autoayuda, por mencionar algunos) es un aspecto de gran urgencia. A nivel de políticas laborales, los hospitales podrían tomar nota sobre cuáles tensiones ocupacionales afectan a las enfermeras y diseñar sistemas de turnos y jornadas de trabajo que reduzcan el estrés laboral. Por otra parte, en el primer nivel de atención sería recomendable incluir evaluaciones de los niveles de depresión en las mujeres, con el fin de proporcionarles asistencia en caso necesario.

A nivel de información, sería útil que las mujeres tuvieran acceso a datos relacionados con su malestar emocional y a las condiciones que lo generan. Esta información les permitiría evaluar objetivamente las expectativas respecto a su género en relación con su salud emocional y las llevaría a que solicitaran ayuda, cuando así lo requirieran.

Tres resultados quisiéramos resaltar respecto a los pequeños: en primer lugar, el efecto del *status* laboral de las madres sobre los menores en cuanto al nivel de desarrollo, que fue superior en el caso de los hijos de ME. En segundo, el número elevado de niños que muestran dificultades emocionales, evidenciado por el reducido número de niños que manifestaron un apego seguro; y, en tercero, tanto la presencia como la ausencia de otros adultos en la familia, que llevan a la formación de pautas de apego de inseguridad.

El primer punto nos lleva a sugerir un estudio más minucioso de las actividades de los pequeños cuando sus madres no se encuentran empleadas, a partir del cual se puedan hacer propuestas para mejorar su nivel de desarrollo. En cuanto al segundo, es evidente que se requiere de evaluaciones sistemáticas de la salud emocional de estos menores. Sería importante, en este sentido, continuar con

la evaluación de los patrones de apego a otros niveles de edad y estudiar su relación con el *status* laboral de las madres. Por otra parte, la situación desventajosa de los varones, y sobre todo los de madres no trabajadoras, requiere de mayor estudio para su comprensión.

En cuanto a las dificultades que se generan en los pequeños de madres empleadas por la presencia de otros adultos en casa, nuevamente consideramos que es imperiosa la necesidad de evaluación de las preferencias de los padres sobre el cuidado alternativo de los hijos, las razones y los efectos de esta elección sobre la dinámica de la familia y sobre la salud emocional de los pequeños.

Apoyamos tres aspectos que se han mencionado en otros estudios como importantes para las políticas en salud mental infantil: 1) la detección de los problemas infantiles antes de la entrada a la escuela (Zimerman, Báez y Vargas, 1981); 2) que se les otorgue un papel primordial a los servicios de primer nivel de atención (Gutiérrez y Barilar, 1986), y 3) el diseño de modelos de detección-intervención apropiados a los diversos estadios de los pequeños (De la Fuente, 1990).

APÉNDICE I

Pautas de apego

Apego seguro

El niño confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y lo ayudarán si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad se atreve a explorar sin temores su medio. El sentimiento de seguridad le permite reconocer el conflicto y las situaciones problemáticas, lo que le da la posibilidad de resolverlos con éxito. Esta pauta es favorecida por la madre que se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo y es amorosa cuando éste busca protección y consuelo. Conforme el niño crece, lo apoya y promueve su autonomía y competencia.

Apego inseguro ambivalente

El niño está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre se muestra ansioso cuando se separa de su figura de apego y temeroso al explorar su mundo. Se muestra poco asertivo e incompetente en las relaciones con sus compañeros. Manifiesta una mezcla de inseguridad incluyendo tristeza y temor, así como de intimididad alternada con hostilidad. Esta pauta se ve favorecida por el progenitor que algunas veces es accesible y colaborador y otras, distante e indiferente y porque amenaza con el abandono como medio de control.

Apego inseguro evitativo

El niño no confía en que cuando busque cuidados, recibirá una respuesta solícita sino que, por el contrario, espera ser desairado. Intenta volverse autosuficiente y aparenta mayor seguridad de la que realmente siente. Este patrón se da cuando la madre es recha-

zante y repele cualquier intento de acercamiento del niño cuando busca consuelo y protección.

Apego desorganizado

Se manifiesta en formas peculiares de conducta que corresponden a una versión desorganizada de las pautas ambivalente y evitativa. Se observa tendencia a dominar o controlar al progenitor. Una forma de hacerlo es tratándolo de un modo humillante o rechazante; otra, siendo solícito y protector. A menudo hay impulsividad y muestra de gran ansiedad. Esta pauta se ve favorecida por una madre desorganizada e incapaz de ayudar al niño a organizar su propio mundo, en cuya historia de apego pudo existir algún problema serio.

(Resumen elaborado por Teresa García y Asunción Lara.)

APÉNDICE 2

Descripción de las variables

Tensión materna

Preocupaciones, problemas y dificultades que son frecuentes en las madres con hijos pequeños. Ejemplos de reactivos: "Se ha sentido llena de responsabilidades, ha sentido que educar a los hijos es muy difícil y problemático".¹ Número de reactivos: 8 (ME), 7 (MNE).

Tensión ocupacional

Recompensas inadecuadas, medio ambiente nocivo, despersonalización en el ambiente de trabajo, sobrecarga e inflexibilidad laboral. Ejemplos de reactivos: "Ha habido escasez de personal en su servicio". "Siente que las prestaciones que le ofrece su trabajo por ser madre, no son suficientes".* Número de reactivos: 22.

¹ Se investigó si el evento descrito había ocurrido en los últimos seis meses, y si así había sido, el grado en el que había resultado tensionante. A las respuestas se

Conflicto de roles

(ME) Percepción de demandas opuestas entre el papel de madre y el de trabajadora. (MNE) Conflicto percibido entre no trabajar y el deseo de hacerlo. Ejemplos de reactivos: “Por estar trabajando pierde oportunidades de disfrutar a sus hijos” (ME); “le gustaría trabajar pero siente que su responsabilidad es cuidar a sus hijos” (MNE). Se investigó la frecuencia con que el evento se había presentado en los últimos seis meses. A las respuestas se les asignaron valores de: 0 (nunca), 1 (a veces), 2 (muy seguido), 3 (siempre). La suma de estos puntajes entre el número de reactivos fue el valor de este indicador. Número de reactivos: 5 (ME), 4 (MNE).

Tensiones con la pareja

Falta de comprensión de la pareja, no reciprocidad, frustración en cuanto a las expectativas del papel, alcoholismo y violencia. Ejemplos de reactivos: “Dadas sus responsabilidades tiene poco tiempo para comunicarse con su pareja”. “Su pareja no la apoya en las tareas de la casa tanto como quisiera”.* Número de reactivos: 9.

Ideología sobre la maternidad

El grado en que la mujer considera que la maternidad es la tarea más importante. Ejemplos de reactivos: “Ha sentido que sus hijos son su mayor alegría”. “Ser madre es tarea gratificante”. Se investigó la frecuencia con que había tenido esos sentimientos en los últimos seis meses. A las respuestas se les asignaron valores de: 0 (nunca), 1 (a veces), 2 (muy seguido), 3 (siempre). Número de reactivos: 6.

les asignaron valores de: 0 (no se presentó, pero fue tensionante), 2 (sí, muy poco tensionante), 3 (sí, medianamente tensionante), 4 (sí, muy tensionante). La suma de estos puntajes dividida entre el número de reactivos fue el valor de este indicador. (En adelante, cuando aparezca un asterisco, se referirá a esta misma nota.)

Depresión

El instrumento (CES-D) evalúa síntomas tales como ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor y pérdida de apetito. Se investigó la frecuencia con que el evento se había presentado en los últimos siete días. A las respuestas se les asignaron valores de: 1 (nunca o casi nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (casi siempre o todo el tiempo). La suma de estos puntajes fue el valor de este indicador. (Versión de Medina-Mora *et al.*, 1992.) Número de reactivos: 20.

Somatización

La escala de Derogatis evalúa la presencia de síntomas relacionados con dolencias físicas, tales como dolores de cabeza, náusea y estremecimiento y hormigueo en partes del cuerpo. Se investigó la frecuencia con que el evento se había presentado en los últimos siete días. A las respuestas se les asignaron valores de: 1 (nada o en absoluto), 2 (un poco), 3 (moderadamente), 4 (bastante) y 5 (extremadamente). La suma de estos puntajes fue el valor de este indicador. Número de reactivos: 10.

Periodos depresivos anteriores

Presencia de síntomas depresivos (melancolía, pérdida de apetito, pensamientos sobre la muerte, etc.) en una o más ocasiones en la vida. Se evaluó con una pregunta que se calificó como: 0 (ausencia de estos periodos), 1 (un periodo), 2 (más de un periodo).

Insatisfacción con la ayuda

Grado de satisfacción que siente la madre con la ayuda que recibe, tanto en las tareas del hogar, como en el cuidado de los niños, considerando a todas las personas e instituciones que la ayudan. El grado de insatisfacción se evaluó como nada satisfecha (4), medianamente satisfecha (3), satisfecha (2) y muy satisfecha (1).

Cuidador principal

Se indagó quién había sido el principal cuidador del infante desde el nacimiento hasta la edad actual, en intervalos de 6 meses durante el primer año de vida, y cada año, a partir del primero. Se consideró como el cuidador principal, a aquél que hubiese estado a cargo del niño de 4 a 7 periodos consecutivos. Si no había un cuidador principal bajo este criterio, se asignaba la categoría de "varios cuidadores".

APÉNDICE 3

Evaluación del patrón de apego

El dibujo de la familia se calificó como se hace convencionalmente (Koppitz, 1985). Posteriormente el patrón de apego se determinó con base en una guía que elaboramos, a partir de las descripciones de las pautas de apego de los niños y de las características correspondientes de las madres, encontradas en la bibliografía. Algunos ejemplos de las características esperadas en cada patrón de apego fueron los siguientes: para el patrón de apego seguro, se esperaban figuras integradas, sin dejar partes desconectadas, una imagen de sí mismo adecuada y una expresión adecuada de afecto. La familia dibujada daría la impresión de ser esencialmente feliz, con una proximidad natural entre las figuras; las figuras tendrían movimiento y la sonrisa no sería forzada.

En el caso del inseguro evitativo se esperaba: mirada temerosa o vacía con sonrisa forzada; predominancia de rigidez y tensión. Distancias grandes entre el niño y la familia; los brazos no se encontrarían en posición propicia para el abrazo. En el caso del apego inseguro ambivalente se esperaban dibujos en los que predominara una mezcla contradictoria de ansiedad, inseguridad y agresividad abierta y encubierta, exageración de su cercanía con los padres o del tamaño de ellos. La mayoría o todas las figuras mostrarían sonrisa en forma ansiosa, ocultando temor o tristeza (ojos tristes). El niño mostraría a las figuras de apego inseguras, ansiosas, débiles o agresivas.

La mezcla contradictoria de características de apego evitativo y ambivalente caracterizaría los dibujos de los niños con apego desorganizado; mostrarían una autoimagen sobrevalorada o infravalorada, con indicadores de desintegración y desproporción. Presencia de objetos irreales o inacabados. Las figuras de apego podrían mostrar hostilidad, inseguridad o ansiedad o una mezcla de éstas. Los dibujos darían una impresión siniestra o exageradamente agradable.

El criterio de asignación de un dibujo a una de las cuatro categorías fue básicamente cualitativo, aunque el evaluador contaba con elementos cuantitativos para ayudarse en su decisión.

APÉNDICE 4

Correlaciones significativas* entre las principales variables de las madres empleadas y el malestar emocional

	Hospital	Área crítica	Turno vesp.	Escol. pareja	Cuartos en casa	Nadie ayuda	No Fam. ayuda	Pareja ayuda	Fam. fem. ayuda	Insatisf. con ayuda	Tensiones ocupac.	Tensión materna	Conflicto de roles	Ideología materna	Tensión pareja	Depresión	Somatización
Hospital.																	
Área crítica		-.77															
		P=.000															
Turno		-.20	.23														
vespertino		P=.022	P=.011														
Escolaridad																	
pareja																	
Cuartos en casa																	
Nadie ayuda																	
No familiar																	
ayuda																	
Pareja ayuda					-.23	-.29	-.29										
					P=.010	P=.002	P=.002										
Familiar																	
femenino		-.23	.29		.20			-.29									
ayuda		P=.009	P=.002		P=.024			P=.002									
Insatisfacción																	
con la																	
ayuda																	
Tensiones ocupacionales			.27														
			P=.002														
Tensión			.19					-.29		.20	.56						
materna			P=.026					P=.002	P=.021	P=.000							
Conflicto		-.24	.24								.36	.59					
de roles		P=.007	P=.008								P=.000	P=.000					
Ideología																	
sobre la																	
maternidad														-.20			
														P=.024			
Tensión con la				.23		.44	.34	-.39			.22	.42	.29		-.26		
pareja				P=.008		P=.000	P=.000	P=.000			P=.015	P=.000	P=.002		P=.004		
Depresión		-.25	.24	.20						.22	.46	.22	.28				
		P=.004	P=.005	P=.023						P=.014	P=.000	P=.013	P=.002				
Somatización			.19	.22	.22				.20	.23			.13	-.02	.29	.26	
			P=.029	P=.015	P=.016				P=.020	P=.020			P=.002	P=.003	P=.000	P=.00	

* Sólo se tomaron en cuenta las correlaciones con un valor $P < .02$.

X. CUIDADO Y SALUD EN HIJOS DE VENDEDORAS AMBULANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO*

PATRICIA HERNÁNDEZ PEÑA
ALFREDO ZETINA MOGUEL**

RESUMEN

La participación económica de la mujer en edad fértil en las ocupaciones informales, no se acompaña de apoyo adicional para la realización de las actividades domésticas y de cuidado infantil. Los servicios institucionales existentes para el cuidado infantil, tanto públicos como privados, tienen una cobertura muy reducida. Hasta hoy, se ignora cuáles sean las estrategias seguidas por las vendedoras ambulantes en el cuidado de sus hijos, así como las consecuencias que estas modalidades de cuidado tienen en la salud de los niños.

Este documento presenta los resultados de una encuesta en la que se entrevistó a 426 vendedoras ambulantes de la ciudad de México, seleccionadas por muestreo aleatorizado por conglomerados, multietápico, durante 1990. El análisis de regresión logística permitió identificar los factores asociados a las modalidades usuales de cuidado infantil. Se describieron las prevalencias de enfermedad aguda y accidentes en el niño y su asociación con el tipo de cuidado infantil.

Se encontró que el cuidado materno es la alternativa más frecuente (35.7%), seguida por el cuidado por algún familiar (34.3%); 4.5% de los niños permaneció sin cuidador. El cuidado materno se

* Los autores agradecen la asesoría de la doctora Rosa María Rubalcava y la discusión con los doctores Medardo Tapia, Carlos Santos-Burgoa e Irma Coria.

** Patricia Hernández Peña del INSP y Alfredo Zetina Moguel de la Dirección de Investigación Epidemiológica, SS.

asoció con la presencia de niños menores de un año, hogares nucleares, falta de apoyo doméstico y la escolaridad materna hasta primaria. El cuidado familiar se asoció con la presencia de apoyo doméstico, niños mayores de un año y la escolaridad materna superior a primaria.

La prevalencia de enfermedad fue de 29.7% y la de accidentes de 6.1%. Las infecciones agudas se asociaron a menores de un año y los accidentes a los mayores de un año de edad. Los accidentes se presentaron 5.2 veces más frecuentes en los niños con cuidado materno que en los cuidados por algún familiar. Se concluye que la permanencia del niño en la vía pública con la madre se asoció con una mayor frecuencia de enfermedades y accidentes, y el cuidado familiar mostró un efecto protector para la salud de los niños.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales cambios reportados en el empleo femenino durante la pasada década, es la creciente incorporación de las mujeres en edad fértil en las actividades remuneradas (OECD, 1989). La madre que trabaja es una condición cada vez más frecuente, y con seguridad repercute en el papel que desempeña la mujer en el ámbito doméstico. Debido a que incluye una amplia variedad de actividades de procreación, gestión y ejecución de procesos relacionados directa e indirectamente con la reproducción biológica y social, las acciones maternas tienen una resultante en la salud inmediata de ella misma y de los miembros del grupo doméstico.

El cuidado infantil es una de las actividades afectadas por el incremento ocupacional de la mujer. Durante los primeros años de vida, los individuos presentan en su salud mayor vulnerabilidad a las condiciones ambientales, por lo que cobra más relevancia el cuidado que se les brinde, lo que ubica a esta actividad como variable útil en el análisis de las repercusiones de la nueva dimensión femenina en la sociedad. El cuidado infantil, entendido como vigilancia y satisfacción directa de las necesidades de los hijos pequeños, compite con el tiempo y la energía que necesita la madre para su trabajo. Esto es particularmente cierto en el empleo informal que, en general, no cuenta con los recursos y facilidades que

le permitan a la mujer disminuir sus responsabilidades ni el trabajo doméstico, ocasionando que esta situación pueda tener efectos desfavorables en los niños (King y Evenson, 1983).

El cuidado que no puede brindar la madre es delegado a un cuidador alternativo que, con frecuencia, proviene del medio social inmediato de la mujer, como son los integrantes del hogar. Según diversos estudios, el cuidado infantil por instituciones es mínimo (Tolbert, 1991).

Actualmente se desconocen las alternativas de cuidado infantil utilizadas por las vendedoras ambulantes en el país y las repercusiones que dichas modalidades de cuidado infantil tienen en la salud de los hijos. Existe la evidencia empírica de que en esta ocupación puede encontrarse la permanencia del hijo con la madre durante la jornada de trabajo, sin que esté documentada la frecuencia de esta práctica, ni se conozcan las implicaciones que tiene sobre la salud de los niños.

Las alternativas posibles para el cuidado de los hijos de este grupo de trabajadoras, son:

a) El abandono durante la jornada laboral, por falta de apoyo alternativo e imposibilidad de la madre de proporcionar el cuidado durante las horas de trabajo;

b) el cuidado alternativo, en el que participan los miembros del hogar (familia extensa, hijos mayores, amistades y parientes), los ayudantes pagados y el cuidado institucional y, por último,

c) el cuidado materno que, en este caso, implica la permanencia del niño en la vía pública.

De acuerdo con la bibliografía revisada sobre el tema, partimos del supuesto de que el tipo de hogar resulta ser el determinante más importante para el tipo de cuidado brindado al niño, y que éste, en instituciones *ad hoc*, es poco frecuente.

El lugar de cuidado se relaciona con el nivel de bienestar material e influye sinérgica o antagónicamente en los patrones culturales de cuidado. Para el caso de la venta ambulante, suponemos que la permanencia del niño con la madre en la vía pública constituye una opción riesgosa por el ruido, los cambios bruscos de temperatura, así como la exposición a los contaminantes como ozono, plomo, monóxido de carbono, polvos y microorganismos en el aire de la ciudad, que pueden asociarse a diversas patologías,

que adquieren mayor gravedad en los infantes, particularmente en presencia de desnutrición (WHO, 1982; OMS, 1969). Un riesgo potencial se presenta también por las condiciones precarias de higiene para la ingestión de alimentos, aseo y acceso a servicios sanitarios durante la jornada de trabajo materna (Hernández, Zetina y Coria, 1992). Finalmente, existe la exposición a la violencia urbana y de la vía pública, inherente a esta ocupación. La situación descrita hace suponer que la vía pública se asocia principalmente a una alta prevalencia de accidentes, infecciones gastrointestinales y patología respiratoria.

Por otra parte, el nivel de protección brindado a los niños en el ambiente doméstico de los grupos de nivel socioeconómico bajo puede verse influido negativamente por los aspectos culturales, como son los hábitos inadecuados de higiene, el bajo nivel educativo del cuidador y las malas condiciones materiales del hogar. Por lo tanto, es de suponer que el nivel socioeconómico de la madre, expresado por niveles de escolaridad e ingreso, permite prever el nivel de protección en la salud del niño que permanece bajo el cuidado de un familiar, expresado en menor frecuencia de enfermedades agudas y accidentes.

Esto significa que cada modalidad de cuidado infantil implica riesgos y mecanismos protectores complejos que no han sido estudiados, y que están asociados a las características de cada grupo social (Paolisso *et al.*, 1989). En el presente trabajo se describe el perfil de cuidado de niños de hasta tres años de edad en este grupo de población y las variables asociadas a las alternativas de cuidado usuales. También se analiza la frecuencia de enfermedades y accidentes en los niños y su relación con las estrategias de cuidado infantil.

La investigación se propuso verificar las siguientes hipótesis de trabajo:

1) El tipo de hogar al que pertenece el niño determina el tipo de cuidado infantil: el cuidado materno durante la jornada de trabajo es más frecuente en los hogares nucleares y monoparentales; en tanto que el cuidado proporcionado por familiares predomina en los hogares extensos.

2) La permanencia del niño en la vía pública implica un mayor riesgo para su salud: los niños que son cuidados por la madre

durante su jornada de trabajo presentan mayor frecuencia de accidentes y enfermedades agudas en comparación con los niños que son cuidados por un familiar.

FUENTE DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

La información analizada procede de una investigación cuyo diseño es de tipo transversal descriptivo, que incluyó la aplicación de una encuesta durante el segundo semestre de 1990. El objetivo de la encuesta fue identificar los factores de riesgo reproductivo en las vendedoras ambulantes de la ciudad de México. Los datos utilizados en el presente análisis se captaron como un componente más de las condiciones en que viven y trabajan estos grupos de población. Sin embargo, debido a que durante el trabajo de campo se identificó la presencia de un número de niños relativamente elevado en la vía pública, se decidió realizar un análisis específico para este problema.

Los sujetos estudiados fueron las vendedoras ambulantes de la ciudad de México, con al menos un embarazo ocurrido en los tres años previos al momento de la recolección de datos. Este criterio de inclusión obedeció a que se buscaba analizar la situación de la población con mayor riesgo, que es la de menor edad.

Se definió como vendedora ambulante a toda mujer que comercie cualquier bien en la vía pública, sin importar su tipo de puesto o unidad económica. Las vendedoras ambulantes presentan una muy amplia variedad de modalidades de trabajo. Para fines de nuestro estudio, la muestra se formó con mujeres que se ubican en las aceras y puestos semifijos, excluyendo los grupos organizados bajo una institución, tales como voceadores, vendedores de lotería y mercados sobre ruedas, por considerar que cuentan con prestaciones y estabilidad laboral diferente a otros grupos. También se excluyó a quienes laboran sólo uno o dos días por semana, debido a que sería menor la exposición de los niños a los tipos de cuidado infantil en estudio y a sus factores de riesgo inherentes.

El universo muestral representa a las mujeres mayores de 12 años que trabajaban en las 13 500 concentraciones de vendedores ambulantes, con 112 081 puestos, en todas las delegaciones políticas de la ciudad de México (Cámara Nacional de Comercio de la

Ciudad de México, s./f.). Fueron elegidas según muestreo aleatorizado por conglomerados, multietápico, con selección proporcional al tamaño. La unidad de muestreo primaria fueron las delegaciones políticas del D. F. En una segunda etapa, una vez seleccionadas cuatro de éstas (Cuauhtémoc, Iztapalapa, Hidalgo y Carranza, que comprenden, respectivamente, 22.3, 6.2, 6.2 y 18.7% del total de puestos estimados), se eligieron aleatoriamente las concentraciones de vendedores ambulantes localizadas dentro de cada delegación.

Se visitaron 5 000 puestos para identificar a las mujeres en edad fértil presentes en el momento de la encuesta. Fueron entrevistadas un total de 1 874 vendedoras, de las cuales 440 cumplían con el criterio de inclusión. A este último grupo se aplicó un cuestionario más amplio. El análisis presenta información de 426 casos.

Para el presente trabajo se consideraron como variables dependientes la enfermedad aguda del hijo más pequeño en los 15 días previos a la encuesta (enfermedades respiratorias y/o diarreas), y los accidentes sufridos por este mismo hijo en los últimos seis meses. Ambas situaciones fueron registradas a través de información proporcionada por la madre. En los casos en que se reportó más de un nacimiento en el periodo considerado, se obtuvieron los datos exclusivamente del último niño. Las variables independientes analizadas fueron de tipo demográfico, socioeconómico y ocupacional. En la siguiente tabla se describen ambos tipos de variables.

<i>Aspectos analizados</i>	<i>Componentes</i>
Demográficos	{ Edad de la madre y el niño, tipo y composición del hogar, situación migratoria.
Socioeconómicos	{ Propiedad del puesto, escolaridad, papel económico de la madre, redes sociales de apoyo, tipos de cuidado infantil.

Ocupacionales	{ Duración de la jornada materna, acceso a la seguridad social, antigüedad laboral, trabajo en venta ambulante durante el embarazo.
Daños a la salud	{ Morbilidad aguda, accidentes del niño.

El análisis estadístico incluyó la descripción de la población utilizando frecuencias simples de las variables, así como el análisis bivariado. Se probaron diferencias de las distribuciones de acuerdo con el nivel de medición de la variable: t de Student (Tst), análisis de varianza (AV), razón F y Ji cuadrada (χ^2).

Las variables de edad del niño y de la madre, tipo de familia, escolaridad materna y apoyo en el hogar, se controlaron mediante un modelo de regresión logística y se obtuvieron las razones de momios ajustadas para la dicotomía: cuidado infantil "materno" y "por familiar", que fueron las opciones más importantes por su frecuencia y suponen diferente lugar de cuidado. Las otras variables, incluidas inicialmente en el modelo, fueron eliminadas por no presentar un número suficiente de respuestas o por no ser estadísticamente significativas.

Se describió la prevalencia de los daños a la salud y se calcularon los porcentajes y las razones de momios crudas (RM), así como los intervalos de confianza (IC), tanto para la prevalencia como para su asociación al tipo de cuidado.

Las variables con porcentaje de no-respuesta mayor a 15%, que fueron excluidas del análisis estadístico son: ingreso materno, con 28.9%; y edad del cuidador, con frecuencia de no-respuesta de 25.8 por ciento.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en tres secciones. En la primera se describen las características sociodemográficas y laborales de la población estudiada; en la segunda, las características de cuidado infantil, y en la última se analizan los daños a la salud del niño.

Descripción de la población

Se trata de una población femenina en edad fértil con 26.7 años en promedio, y desviación estándar de 6.2. Son menores de 20 años 17.1%; entre 21 y 34 años, 68.8%; y de 35 o mayores, 14.1% (cuadro 1).

CUADRO 1
Vendedoras ambulantes según grupo de edad

<i>Edad materna</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de 20	73	17.1
21 a 34	293	68.8
35 y más	60	14.1
Total	426	100.0

Llama la atención que más de una cuarta parte de ellas se ubica en los extremos de la edad reproductiva: menos de 20, y 35 y más años. La mayoría de las vendedoras forma parte de hogares nucleares (H.Nucl): 53.2%; le siguen en frecuencia los hogares extendidos (H.Ext): 35.8%; y los hogares monoparentales (H.Mp): 11.0%. De los hogares extendidos, 17.4% son hogares extensos con padre ausente (H.Extmp); y 18.4%, hogares extendidos con el padre presente (H.Ext). Las mujeres más jóvenes se encontraron en los hogares extendidos, así como aquéllas cuyo número de hijos y dependientes económicos fue mayor.

El número promedio de hijos por mujer fue de tres. De las 426 mujeres estudiadas, 30.3% tuvo un hijo; 36.4%, dos y tres hijos; y el resto de ellas (33.3%) cuatro o más. La población infantil en estudio se formó con niños hasta de tres años de edad, que se distribuyeron así: menores de ocho meses, 17.1%; de nueve a 15 meses, 19.1%; y más de 15 meses, 63.8%.

La vendedora aportó la mayor parte del gasto en 25.8% de los hogares, a partes iguales con el esposo en 32.2%; el esposo fue el principal aportador en 27.9% y fue otro familiar en 14.1%. Las mujeres que forman parte de hogares sin compañero o esposo (H.Extmp y H.Mp) presentan los menores niveles de ingreso; y en los H.Mp se concentran los casos donde el porcentaje de aporte materno al gasto familiar fue más alto.

Las vendedoras mostraron una escolaridad baja: 15.5% no asistió a la escuela, 26.5% tuvo estudios de primaria incompleta; un porcentaje similar culminó la primaria (26.5%) y 33.5% cursó estudios superiores. El promedio de edad de quienes reportaron ser analfabetas fue 30.5 años; con primaria incompleta 27.5 años, primaria completa 25.8, secundaria y preparatoria, 24.6 y 25.4 años, respectivamente.

Más de la mitad de esta población es inmigrante (55.4%), y el resto es originaria del Distrito Federal. Sin embargo, la mayor parte de ellas vivían en la ciudad (76.3%), en tanto que 22.5% viaja diariamente a ella y 1.2% por lo menos tres veces por semana. La duración de la jornada media de trabajo semanal fue de 52.5 horas, superior a lo establecido por la Ley Federal del Trabajo. La jornada laboral, en venta ambulante, fue superior en los hogares monoparentales. Más de una cuarta parte de las vendedoras (26.8%) realizó más de 29 horas de trabajo doméstico; 41% realizó entre 14 y 28 horas semanales; y 32.2% menos de 14 horas. Los promedios menores de duración de la jornada de trabajo doméstico correspondieron a las vendedoras que forman hogares monoparentales y extensos. Más de la mitad de ellas (56.1%) recibió ayuda en sus quehaceres domésticos, principalmente en los H.Extmp.

La proporción de propietarias de la mercancía es elevada (71.1%). Los mayores porcentajes se encontraron en los H.Nucl y H.Ext. En 59.9% de los casos, tuvieron familiares que también trabajan en la venta ambulante; y los familiares se ubicaban en el mismo puesto en 35% de los casos.

En esta ocupación, menos de la cuarta parte de las mujeres posee derecho a la seguridad social (12.7%).

Casi la mitad de las vendedoras se incorporó recientemente a la venta ambulante. Su antigüedad es menor a dos años en 43.9% de ellas y superior en 56.1 por ciento.

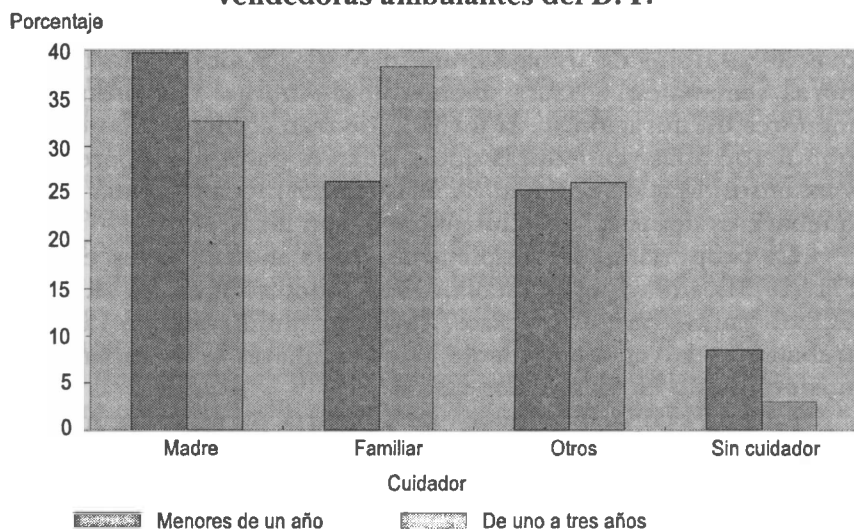
Cuidado infantil

Los niños permanecen sin cuidador en 4.5% de los casos; 35.6% de los niños fue cuidado por la madre; 34.2% por un familiar; 25.7% por un ayudante u otro cuidador alternativo. Dentro de esta última categoría, la distribución observada fue la siguiente: acude a una guar-

dería 1.9%; permanece con algún ayudante remunerado 3.7%; permanece con un cuidador menor de edad (hasta 12 años) 18.4%; o con algún cuidador no especificado en 1.7% de los casos.

El análisis del tipo de cuidado infantil según la edad del hijo puede resumirse como sigue: en los menores de un año, el responsable del cuidado fue principalmente la madre (39.8%); le sigue en importancia un familiar (26.3%); otro (25.4%); y permaneció sin cuidador 8.5%. En los niños de un año o mayores, el cuidador fue principalmente un familiar (38.3%) y le sigue en importancia la madre (32.6%) (figura 1).

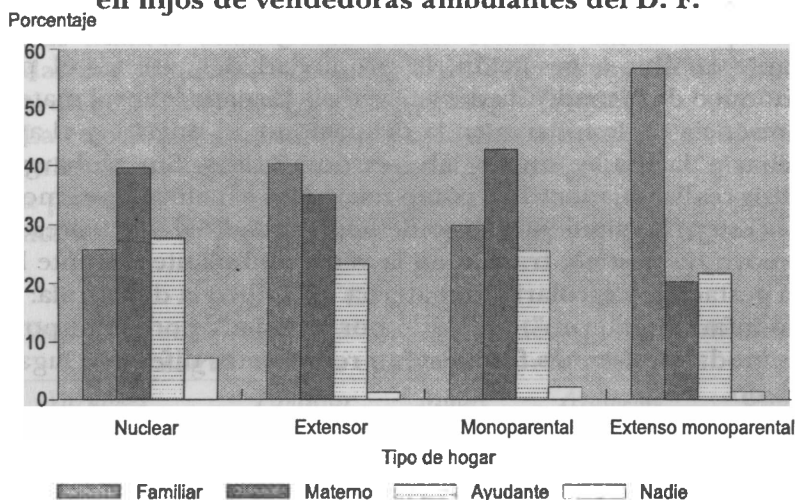
FIGURA 1
Tipo de cuidador según edad del hijo
Vendedoras ambulantes del D. F.



Fuente: encuesta de vendedoras ambulantes del D. F., 1990.

El análisis de cuidador por tipo de hogar permite observar que el cuidado familiar es más frecuente en los hogares extensos y el cuidado materno en el caso de los hogares nucleares y monoparentales; por otra parte, llama la atención que en el hogar nuclear se presentaron 16 de los 19 casos de niños sin cuidador (84.2%). Estos resultados son estadísticamente significativos ($\chi^2=31.9$, $p=.001$) (figura 2).

FIGURA 2
Cuidado infantil según tipo de hogar
en hijos de vendedoras ambulantes del D. F.



Fuente: encuesta de vendedoras ambulantes del D. F.

Cuando el cuidador es un ayudante, la edad de la madre, el número de hijos y el número de personas con las que convive en el hogar, son superiores. No existen diferencias estadísticamente significativas para el análisis de tipo de cuidado con la edad del niño, el ingreso de la madre, ni la duración de la jornada doméstica o laboral (cuadro 2).

CUADRO 2
Valores promedio de variables socioeconómicas según
tipo de hogar

Variable	H. Nuc	H. Ext	Hmnp	Extmnp	p
Edad materna años ¹	27.7	24.7	28.0	24.9	<0.01
Número de hijos	3.4	2.6	2.9	2.4	<0.01
S. Mínimo materno*	2.5	2.3	1.7	2.0	<0.09
Aporte materno**	58.8%	43.6%	93.6%	47.3%	<.01
Primaria 2 incompleta	24.8%	20.5%	29.8%	35.1%	0.47

¹ Razón F 2. χ^2 .

* S. mínimo materno: ingreso en salarios mínimos que percibe la madre (sólo 71.1% de las vendedoras respondió a la pregunta).

** Aporte materno igual o mayor a 50% del ingreso familiar total.

Fuente: encuesta de vendedoras ambulantes del D. F., 1990.

El modelo inicial de regresión logística para el tipo de cuidado del niño incluyó la totalidad de las variables: la edad de la madre, el tipo y características del hogar, la situación migratoria, la escolaridad materna, la edad del niño, el trabajo en la venta ambulante durante la última gestación, la propiedad del puesto, el papel económico de la madre, la duración de la jornada laboral materna, la presencia de familiares en la ocupación o el puesto, y el apoyo familiar a la madre en las labores domésticas. Sin embargo, el análisis realizado identificó como relevantes e incluyó en el modelo final (Fstep) las siguientes: tipo de hogar, edad del niño, presencia de apoyo doméstico, trabajo en la venta ambulante durante la última gestación y escolaridad materna. Se utilizó la dicotomía: "cuidado infantil materno", "cuidado por familiar", por corresponder a las modalidades más frecuentes y representar diferente lugar de cuidado.

Los resultados muestran que los H.Nucl tienen mayoritariamente cuidado materno; en cambio, en conjunto, los otros tipos de hogar brindan cuidado familiar en una proporción superior al doble que en los primeros (RM 2.09 $p=.0038$) (cuadro 3).

CUADRO 3

<i>Valores promedio</i>	<i>Nucl.</i>	<i>Ext.</i>	<i>Mp</i>	<i>Extmp</i>	<i>p</i>
Jornada laboral					F=1.5
	51.9	48.2	55.5	52.4	p=0.2
Jornada doméstica					F=3
	22.9	21.7	20.5	17.7	p=0.03
Propiedad del puesto					$\chi^2=8$
	85.0%	70.1%	57.4%	40.5%	p<0.01
Familiar en el puesto					$\chi^2=12$
	35.4%	48.7%	21.3%	28.4%	p<.01
Ayuda en el hogar					$\chi^2=41$
	49.5%	65.4%	31.9%	83.8%	p<.01
Acceso a seguridad social					$\chi^2=3.4$
	14.6%	15.4%	6.4%	10.8%	p=0.33

Los hijos de 12 meses o mayores reciben cuidado principalmente por algún familiar, en una proporción de casi el doble de los menores de esta edad (RM 1.94 $p=.0230$).

Las madres con falta de apoyo doméstico cuidaron ellas mismas a sus hijos 2.33 veces más frecuentemente que las que cuentan con este ($p = 0.0009$).

Las madres analfabetas o con estudios hasta de primaria brindaron cuidado directo a sus hijos 2.63 veces más que las que cursaron secundaria y/o preparatoria ($p = 0.0038$).

La elección del cuidador, así como las características sociales y laborales de las vendedoras se resumen en el cuadro 4, que muestra la presencia de diferencias significativas en la mayor parte de los indicadores entre los distintos tipos de hogar.

CUADRO 4
Variables sociodemográficas de vendedoras ambulantes
según tipo de cuidador (porcentaje)

<i>Variables</i>	<i>Familiar</i>	<i>Madre</i>	<i>Ayudante</i>	<i>Otro</i>
*Edad materna	25.0	26.0	29.7	26.5
*Núm. hijos	2.6	2.5	4.1	3.3
*Tamaño de hogar	4.6	3.8	5.4	4.0
**Edad del niño	1.5	1.3	1.4	1.0
**Ingreso	2.0	2.3	2.5	1.9
**Jornada				
doméstica	20.9	22.3	21.3	21.3
**Jornada laboral	50.9	54.6	49.7	50.8
Casos (n)	145	151	108	19

* $p < 0.001$ (estadísticamente significativos).

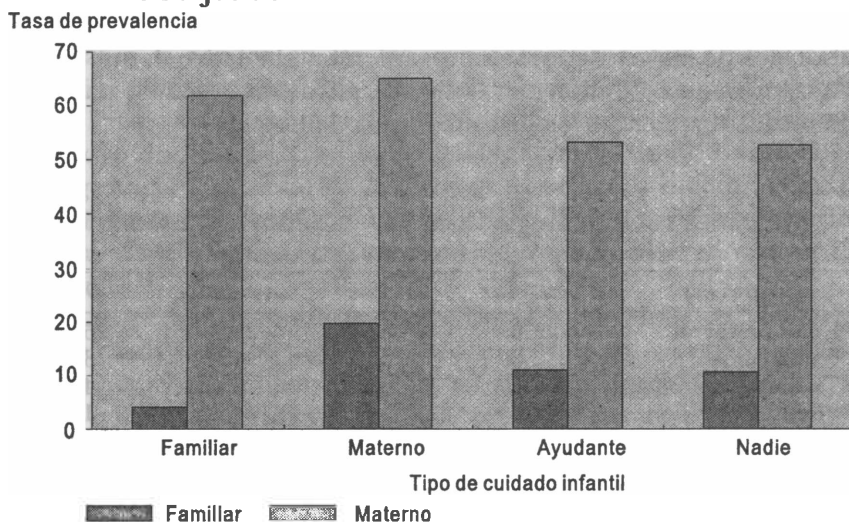
** $p > 0.01$ (no significativos estadísticamente).

La tasa de prevalencia para enfermedad aguda fue de 29.7% y más elevada cuando el cuidador fue la propia madre, en comparación con otro tipo de cuidador (figura 3). Por grupo de edad, el más afectado fue el de menores de un año, y se observó una relación inversa para la edad y la tasa de prevalencia (cuadro 5).

La prevalencia por enfermedades gastrointestinales fue más alta cuando la madre cuidó al niño, y las infecciones respiratorias agudas (IRA), cuando el cuidador era un familiar (cuadro 6). De acuerdo con las razones de momios estimadas, existe un mayor riesgo cuando las madres tienen antecedentes de trabajar en la venta ambulante durante el último embarazo y no tienen apoyo en las actividades domésticas; y cuando el niño es menor de un año,

tiene el antecedente de haber sufrido algún accidente y las vendedoras tienen estudios de preparatoria o superiores (cuadro 7).

Figura 3
Prevalencia de daños según tipo de cuidador en hijos de vendedoras ambulantes del D. F.



Fuente: encuesta de vendedoras ambulantes del D. F., 1990.

CUADRO 5
Modelo de regresión logística para cuidado materno y familiar

Variable	B	SE	Sig	R	Exp(B)
<i>Apoyo en el hogar</i>					
Sí					
No	.8487	.2554	.0009	.1503	2.3367
<i>Escolaridad materna</i>					
Secundaria y más	.9673	.2743	.0004	.1614	2.6308
Primaria o menos					
<i>Tipo de hogar</i>					
Otros hogares					
Nuclear	.7419	.2564	.0038	.1261	2.0999
<i>Edad del niño</i>					
11 meses y menos	.6669	.2933	.0230	.0890	1.9482
12 y más					

Constante -1.6416 -2Log LK=.0017.

CUADRO 6
Prevalencia de enfermedad según edad del hijo

<i>Edad en años</i>	<i>Tasa*</i>	<i>RM</i>	<i>P</i>
Dos y más años	21.4		
Uno a dos	30.2	1.58	.082
Menos de uno	39.8	2.43	<.001

* Tasa por 100.

CUADRO 7
**Tasa de prevalencia según tipo de cuidador
y tipo de enfermedad aguda**

<i>Tipo de cuidador</i>	<i>Enfermedades gastrointestinales</i>		<i>Infecciones respiratorias agudas</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Tasa*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Tasa</i>
Familiar	29.3	8.3	39.5	20.7
Madre	48.7	13.2	36.8	18.5
Ayudante/otro	22.0	8.3	19.7	13.8
Nadie	0.0	0.0	1.3	15.8
Total	100.0	9.7	100.0	17.9

* Tasa por 100.

La tasa de prevalencia de accidentes fue de 6.1% y no hay diferencia significativa según grupo de edad (cuadro 8); sin embargo, se observa que los accidentes inician prácticamente a los siete meses y los casos se distribuyen así: una cuarta parte entre los ocho y 11 meses (24%); casi la mitad (52%) entre los 12 y 35 meses, y la cuarta parte restante (24%) en el grupo de tres años.

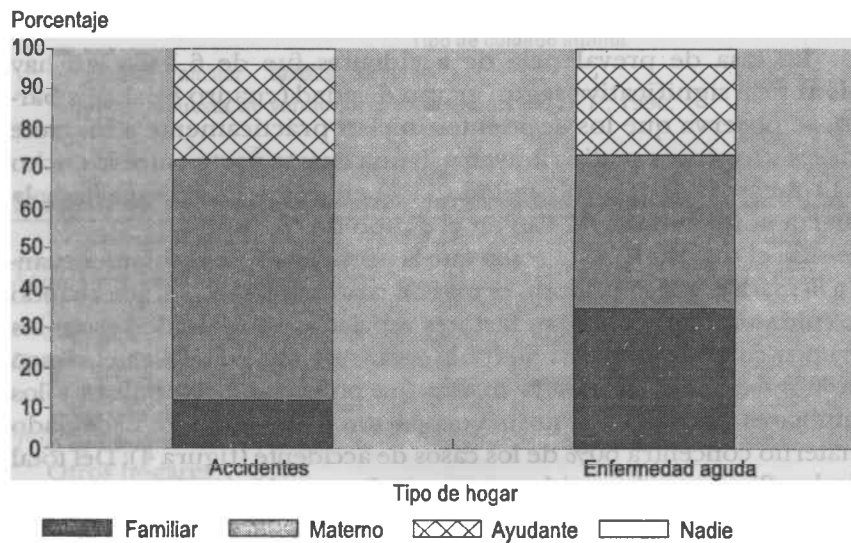
En el cuadro 10 se observa que la prevalencia de accidentes cuando la madre es la cuidadora, es más de cuatro veces mayor que cuando lo cuida un familiar. Otros factores asociados a los accidentes en los grupos comparados permiten observar que casi se triplica el riesgo de un accidente cuando la madre fue propietaria del puesto y los familiares laboran en la misma ocupación o en el puesto. El cuidado materno concentra 60% de los casos de accidente (figura 4). Del total de los 25 casos de accidente reportados, en 17 (68%) coincide el antecedente de reporte de enfermedad en los últimos quince días.

CUADRO 8
Factores asociados a enfermedad en el niño

<i>Variables</i>	<i>RM cruda</i>	<i>IC al 95%</i>	<i>p</i>
<i>Trabajo en v. ambulante</i>			
No	1.0		
Sí	2.03	1.25-3.31	0.002
<i>Edad del niño (años)</i>			
Menor de uno	1.0		
Mayor de uno	2.43	1.41-4.18	<0.001
<i>Accidente previo</i>			
No	1.0		
Sí	5.84	2.30-15.25	0.001
<i>Escolaridad *</i>			
Primaria *	1.0		
Preparatoria	2.63	1.03-6.74	0.024

*Primaria completa.

FIGURA 4
Tipo de daño según cuidador
en hijos de vendedoras ambulantes del D. F.



Fuente: encuesta de vendedoras ambulantes del D. F., 1990.

CUADRO 9
Prevalencia de accidentes según edad del hijo

<i>Edad en años</i>	<i>Tasa*</i>	<i>RM</i>	<i>P</i>
Dos y más años	5.5		
Uno y dos	6.3	1.17	0.75
Menos de uno	5.9	1.08	0.83

* Tasa por 100.

CUADRO 10
Factores asociados a los accidentes en el niño

<i>Variables</i>	<i>RM Crudas</i>	<i>IC al 95%</i>	<i>p</i>
<i>Cuidador</i>			
Familiar	1.0		
Madre	5.22	1.38-23.24	0.005
<i>Familiar en el puesto</i>			
No	1.0		
Sí	2.99	1.22-7.63	0.007
<i>Dueño de puesto</i>			
No	1.0		
Sí	2.83	1.65-431.5	0.009
<i>Familiares en venta ambulante</i>			
No	1.0		
Sí	2.83	1.0-9.81	0.034

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de las vendedoras ambulantes estudiadas corresponde, según los criterios de inclusión, al de una población en edad fértil, con paridad reciente, y que labora dentro de la "economía informal". La venta ambulante parece concentrar la presencia de mujeres, y en general, presenta bajos salarios; reducida antigüedad; elevada duración de la jornada laboral (la cual, además del tiempo de traslado, se prolonga con el trabajo doméstico); carece de seguridad social y de facilidades institucionales para el cuidado infantil.

Estas mujeres reflejan características de la población urbana, dado que en estas zonas se concentra el ambulante, y en este grupo, la mayoría forma hogares nucleares. Si bien existe una alta propor-

ción de migrantes, predominan quienes se han asentado en la ciudad, aunque llama la atención que cerca de la cuarta parte de ellas corresponde a población flotante que vive fuera de la ciudad y viaja a ella para trabajar, desde tres días a la semana, hasta diariamente.

Su escolaridad es relativamente baja, si se considera que casi la tercera parte de ellas no terminó la educación primaria. Esta proporción es superior entre las mujeres de mayor edad, lo que evidencia una creciente escolaridad en el país. Estas características son similares en las vendedoras ambulantes y en otros trabajadores informales de esta ciudad (SPP, 1979, e INEGI, 1990, 1991). Como parte de las nuevas características relacionadas con el papel de la mujer en la sociedad, llama la atención su importante responsabilidad en el ingreso familiar: una de cada dos mujeres aporta, por lo menos, la mitad del ingreso familiar, independientemente del tipo de hogar que constituyan y de la presencia o ausencia del esposo o compañero. Su paridad es media y coexisten su función reproductiva y laboral: la cuarta parte de ellas presentaba una paridad reciente, menor al año, y estaba laborando. Ésta es una proporción discretamente inferior a la encontrada en un estudio realizado en Tailandia, donde llega a ser de una tercera parte, y a la de Estados Unidos, donde alcanzó 50.8% en 1987 (Winikoff *et al.*, 1985). Esta información sugiere que la tendencia de la ocupación materna seguirá en ascenso, y por lo tanto, la importancia del cuidado infantil y su repercusión en la salud mantendrá su vigencia como tópico que merece un estudio de mayor profundidad en el futuro próximo.

Los tipos de cuidado infantil encontrados corresponden a las tres opciones previstas y la proporción de madres que cuidan a sus hijos resultó un hallazgo no esperado. En esta población el cuidado materno es el más frecuente, en particular para los menores de un año. Ello sugiere la importancia de factores tales como la informalidad de este empleo, y la carencia de redes de apoyo suficientes para el cuidado del niño mientras la madre trabaja (Furstenberg, 1992). Es importante considerar también un último factor, no investigado en este trabajo, sobre la preferencia de la madre para cuidar a los niños de esta edad.

Ésta es una limitación del estudio, pues la información disponible no permite verificar si el cuidado materno respondía a una

preferencia o a la ausencia de cuidador alternativo para su hijo. Sin embargo, la relación significativa entre el tipo de cuidador y la edad del niño sugiere la intervención de un elemento cultural importante. La edad materna, como un factor asociado al tipo de cuidado presente, pudiera también reforzar la presencia de factores culturales y educacionales que varían por cohorte.

El perfil de modalidades de cuidado infantil encontrado es similar al referido en otros estudios de América Latina y México (Joekes, 1989), en los que la fuente alternativa de cuidado infantil más frecuente fue el hogar extenso, en el cual coincidía la presencia de jornadas de trabajo materno con menor duración y una elevada proporción de mujeres jóvenes primíparas. Según otros estudios, estas variables se asocian a un mayor acceso al cuidado alternativo (Engle, 1981).

La proporción de cuidado alternativo por un familiar es discretamente superior a las cifras encontradas por Tolbert en la ciudad de México, quien refiere la presencia de abuelas (15%) y otros familiares (10.8%) que atendieron, en conjunto, aproximadamente a la cuarta parte de la población estudiada (Leonard y Landers, 1991). En otros estudios en América Latina, la proporción de cuidado familiar alcanza casi 50%, cifra superior a los hallazgos de este trabajo, lo que puede explicarse por la elevada cantidad de hogares nucleares entre las vendedoras ambulantes (Desai, 1991).

Las características sociodemográficas y laborales muestran diferencias significativas cuando se analizan por tipo de hogar. Esto lleva a considerar que en el tipo de hogar se resume una serie de condiciones, una de cuyas expresiones parciales es la provisión de los cuidadores alternativos.

El cuidado infantil por instituciones y por personal contratado es poco frecuente. De hecho, el cuidado institucional presentó la menor frecuencia entre los tipos de cuidado encontrados, resultado que coincide con el de otros estudios realizados en América Latina y refleja la presencia de barreras sociales, económicas y culturales para el acceso a este servicio en la población.

Los niños sin cuidador se concentraron en los hogares nucleares, lo que parece evidenciar insuficiente acceso al cuidado alternativo, dado que en estos hogares se presentó una mayor proporción de familiares ocupados en la venta ambulante, y menor

presencia de familiares en el ámbito doméstico. También pudiera reflejar barreras de ingreso para contratar este tipo de servicio, y factores culturales no estudiados. Esto último explicaría, parcialmente al menos, la concentración de niños sin cuidador entre los menores de un año.

Reconsiderando estos aspectos, se apunta una aceptación parcial de la primera hipótesis formulada. Su planteamiento supuso que la presencia de familia extensa sería el elemento clave para identificar al cuidador. Sin embargo, se encuentra que sí resulta importante, pero no es un factor único en la determinación del cuidador, en tanto parecen estar presentes y ser también relevantes aspectos tales como la preferencia. Indirectamente, el tipo de hogar pareciera estar asociado a la presencia de condicionantes laborales, que flexibilizan la posibilidad de la permanencia del niño durante la jornada de trabajo materna, como es el caso de la copropiedad del puesto con el esposo, y la presencia de familiares en el puesto, que intervienen también en la determinación del cuidador.

La prevalencia detectada de morbilidad aguda y de accidentes en los menores de un año, es superior a la reportada por la Encuesta Nacional de Salud, ENS, (SSA, 1988) en este grupo de edad para la población general en el Distrito Federal, lo que nos identifica a un grupo con mayor riesgo. La patología infecciosa reportada muestra una estructura de daños congruente con los registros de dicha encuesta, y por lo tanto, parece confiable.

Es probable que la prevalencia de patología respiratoria esté relacionada con la época del año en que se realizó la encuesta (otoño), y con los elevados índices de contaminación ambiental de la ciudad de México. La patología gastrointestinal se encontró asociada con la permanencia del niño en el lugar de trabajo de la madre, donde existen deficientes condiciones higiénicas para la alimentación y el aseo de los niños. La coincidencia de enfermedad y accidente nos sugiere la presencia de un grupo de aún mayor riesgo en el interior de esta población.

Los accidentes incrementan su frecuencia con la edad. La mayor presencia de accidentes, en comparación con los registrados por grupos de edad en la ENS, pudiera explicarse por la edad del niño y su desarrollo psicomotor, que implica un riesgo superior en

los mayores de un año, en comparación con los menores de esta edad. Por otra parte, la alta frecuencia de accidentes en los niños que permanecen con la madre indicaría la dificultad para su cuidado durante la jornada laboral, así como la insuficiencia de redes sociales alternativas.

El tamaño de la muestra no permite discriminar con mayor detalle las características de la prevalencia detectada. Sin embargo, pareciera no existir diferencia significativa entre la prevalencia de enfermedad respiratoria por lugar de cuidado, lo que no ocurre con la enfermedad diarreica, ni con los accidentes, al menos entre los niños de menor edad, los cuales sí se encuentran asociados con la presencia del niño en la vía pública.

Estos elementos llevan a plantear también una verificación parcial de la segunda hipótesis, que suponía que el riesgo de la vía pública era superior para la presencia de ambos tipos de patología, aun cuando cabe la precisión respecto de la edad del niño, ya que existe un mayor riesgo para los menores de un año.

Respecto al tipo de patología aguda, en el caso concreto de la respiratoria, pudiera suponerse la existencia de un riesgo común a todos los niños en estudio, que es superior al de la población general de la ciudad, pero que requiere de una muestra de mayor tamaño para identificar las diferencias presentes en los dos lugares de permanencia del niño. (Véase cuadro 11.)

CUADRO 11

Enfermedades agudas y accidentes en menores de un año, según población general y vendedoras ambulantes

<i>Prevalencia</i>	<i>Población general* (porcentaje)</i>	<i>Vendedoras ambulantes 1990 (porcentaje)</i>
Enfermedades agudas	27.3	38.4
Accidentes	3.6	5.8

* Encuesta Nacional de Salud, D. F., 1988.

Inicialmente se había propuesto trabajar con hipótesis que exploraran el papel del ingreso en el apoyo a las alternativas de cuidado infantil y a partir de éstas, explorar las consecuencias sobre la salud en el niño, previendo que, a mayor ingreso, la situación de

salud de los niños que permanecen en el domicilio fuera mejor. Sin embargo, esta variable se excluyó del análisis de regresión logística por la elevada tasa de no-respuesta a las preguntas sobre ingreso.

Los datos de enfermedad y accidente proceden del reporte materno. Por ello, dado el bajo nivel promedio de escolaridad de las madres, suponemos la presencia de un elevado subregistro de los casos de enfermedad, debido a sesgo de información, falta de memoria o inadecuada percepción. Por otra parte, su reporte, cuando ella cuida al niño, pudiera ser más confiable que cuando hay cuidadores alternativos. Existe información de que las madres con mayor escolaridad tienden a informarse y a reportar con mayor frecuencia los daños en los hijos (Hill y Mandani, 1991). Es probable que este conjunto de elementos pueda explicar el aparente factor protector encontrado, cuando la madre tuvo estudios de primaria o inferiores, en relación con las madres que han estudiado secundaria o más. En este caso, la ausencia de un grupo de comparación impide llegar a conclusiones definitivas.

El hecho de que la venta ambulante sea una "ocupación informal", se vincula con el tipo de cuidado que se ofrece al niño. Esto ocurre a partir de la flexibilidad de horario, pues existe una alta diversidad de horarios y duraciones de jornada laboral; así como la flexibilidad para la presencia del niño en la vía pública. Ambos factores se asociaron significativamente con la frecuencia y el tipo del daño. Al respecto se observó que la flexibilidad, tanto en el horario como en la presencia del niño en la vía pública, se asocia con las características del hogar y con la presencia de un elevado número de propietarias y familiares en el puesto. En cambio, las condiciones de trabajo, como es el caso de la duración de la jornada, no resultaron ser significativas en su asociación con el cuidador, ni con el daño a la salud del niño.

Finalmente, el medio social inmediato de las vendedoras parece propiciar redes sociales de apoyo, manifiesta ya sea como laborales, con la presencia de familiares en la ocupación y el puesto, o como domésticas, expresadas en el apoyo a labores domésticas y mediante la familia extensa, que tienen en conjunto un impacto tanto en la determinación del tipo de cuidado infantil, como en su resultado en salud.

SUGERENCIAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Este trabajo permite asegurar que el estudio del cuidado y la salud infantil constituyen una aproximación útil para analizar las consecuencias de la creciente actividad económica de la mujer. Sin duda, logra corroborarse el hecho de que cada alternativa de cuidado infantil tiene implícitos riesgos y mecanismos protectores para la salud del niño. Todos los factores estudiados contribuyen simultáneamente en la determinación del daño, tanto la situación socioeconómica, los tipos y características de los hogares, las condiciones de trabajo de la madre y las modalidades de cuidado infantil. Sin embargo, aparecen como importantes para la presencia de los tipos de cuidado y de daño a la salud, ciertos elementos no estudiados. Éste es el caso de los aspectos culturales, expresados en las preferencias maternas por cuidar a los niños menores de un año, o de permitir su permanencia sin cuidador, también dentro de esta edad.

Resulta importante el estudio más específico de los factores involucrados, como es el caso de la situación de los hogares, que parece tomar un lugar determinante tanto para la elección del tipo de cuidado, como para el resultado de éste. Incluso interviene permeando también un grupo de características del trabajo materno. De hecho, el hogar extenso parece tener un efecto protector, dado que favorece el cuidado alternativo, con el cual al parecer tiende a ser menor la frecuencia de accidentes y enfermedades.

Es necesario alcanzar mayor profundidad en el estudio del lugar concreto de cuidado. En este trabajo se supuso la permanencia del niño en la vía pública cuando era cuidado por la madre y en su domicilio cuando era cuidado por un familiar, pero no se indagaron las características de ambos sitios, ni se confirmó que ambos fueran necesariamente diferentes.

Otro aspecto que conviene analizar con mayor profundidad es el contenido real del cuidado, puesto que la permanencia del niño junto a la madre en la vía pública no necesariamente significa que ella pueda brindarle atención. La presencia de un mayor registro de accidentes en los niños que permanecen con la madre puede ser resultado de la dificultad que ella encuentra para brindar atención; o bien, de un mayor conocimiento de los accidentes que el niño

sufre, ya que la madre presta mayor atención a su hijo cuando está con ella.

En ninguna de estas dos situaciones queda claro que la madre logre brindar el tipo y el contenido de cuidado que ella desea o considera ideal. Por otra parte, la coincidencia de un mayor cuidado infantil materno en caso de familias pequeñas, podría significar la ausencia de experiencia que le indicara una mejor alternativa.

El cuidado proporcionado por algún familiar, que también es muy frecuente en este grupo, hace necesario ahondar el análisis del tipo y las características del hogar, para matizar y explicar los resultados obtenidos. Éste es el caso de las mujeres muy jóvenes, quienes con mayor frecuencia pertenecen a hogares extensos, lo que pudiera suponer la presencia de mayor apoyo para ellas, en particular cuando no tienen compañero, situación congruente con nuestros datos, que indican jornadas laborales y domésticas de menor duración en estos casos.

La función de la red social cambia en el grupo de mujeres mayores, donde la duración de la jornada es superior, y sugiere una responsabilidad diferente a la de la mujer muy joven. La mayor responsabilidad pareciera verse acompañada de mayores recursos. En el caso de la mujer mayor, es más frecuente la presencia de un ayudante remunerado, como otra forma de apoyo en casa, que facilita la permanencia del niño.

En torno a esta red social y los recursos y responsabilidades asociados, queda también por investigar el contexto en que se presenta la permanencia del niño sin cuidador.

Otro factor de riesgo que no fue incorporado en el trabajo y que aparece como importante, es la eventual asociación entre un mayor número de accidentes de niños y la ubicación materna en cruceros, en comparación con las madres que laboran en puestos semifijos. Del mismo modo, se requiere explorar si los padecimientos gastrointestinales en los niños son más frecuentes en las madres que manifiestan carencia de servicios y de facilidades sanitarias durante la jornada. Por otra parte, para estas últimas, tampoco se exploró si la presencia de este tipo de dificultades logísticas de cuidado del niño modifican su preferencia de cuidador.

Los factores propiamente ambientales, como son las concentraciones de contaminantes particulares y los niveles diversos de

exposición del niño, son elementos que merecen un estudio particular, que tampoco fue incluido en este trabajo. Pero es de suponer que la ubicación de la madre en cruceros y puestos semifijos, en las diversas áreas geográficas y los horarios de su jornada, tiene un impacto diferencial en la salud del niño.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La población femenina entrevistada representa un segmento de población urbana de bajo nivel socioeconómico, con elevadas cargas de trabajo, bajos niveles de escolaridad y una alta participación y responsabilidad económica en los hogares. El estudio del cuidado infantil permite identificar los factores del contexto social inmediato del niño, la ocupación y el lugar de trabajo maternos, que condicionan tanto al cuidador como su asociación con la presencia de daños a la salud.

Las modalidades más frecuentes de cuidado corresponden al cuidado infantil materno y por algún familiar, que suponemos se realizan en dos lugares distintos, la vía pública y el hogar, respectivamente. Sin embargo, conviene señalar la presencia de un grupo de niños que permanece sin cuidador, concentrados en los menores de un año y en los hogares nucleares. De acuerdo con el modelo final de regresión logística, el cuidado infantil se establece en función de diversos factores tales como el tipo de hogar y la edad del niño; la presencia de apoyo doméstico; la situación socioeconómica de las madres, expresada en el trabajo materno en la venta ambulante durante la última gestación y su nivel de escolaridad.

La presencia de daño a la salud en el niño, se asocia con el tipo de cuidado que se le otorgue, siendo el materno el más frecuente y de mayor riesgo por realizarse en la vía pública. En resumen, el cuidado materno refleja una coincidencia de riesgos presentes en las condiciones sociales, laborales, familiares y seguramente culturales, que se manifiestan en mayor daño entre los menores de un año de edad.

Los resultados obtenidos plantean la necesidad de establecer acciones que tiendan a preservar la salud de este grupo. En particular, se sugiere la importancia de promover la participación de las mujeres para operar mecanismos alternativos de cuidado

infantil, y disminuir la exposición de los menores de un año a los riesgos inherentes de la vía pública. Del mismo modo, se identifica la necesidad de establecer un programa de educación para la salud que apoye la reflexión y la información sobre la importancia que el cuidado infantil y sus características tienen en la salud de los niños.

Se recomienda la realización de estudios multidisciplinarios que permitan complementar estos resultados y ampliar el espectro de factores estudiados, incluyendo información sobre aspectos culturales del cuidado infantil.

La participación económica de las mujeres en estos mercados laborales, se incrementa cada día, por lo que la satisfacción de sus necesidades en materia de cuidado infantil, entre otras, debe promoverse de manera inmediata y permanente, dado el impacto presente y potencial de los efectos sobre la salud de los niños.

XI. EMPLEO MATERNO Y NUTRICIÓN INFANTIL: TRABAJADORAS DE LAS EMPACADORAS PLATANERAS EN CHIAPAS*

TAKEHIRO MISAWA
OCTAVIO IXTACUY**

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar el efecto del empleo materno sobre el estado nutricional de sus niños menores de cinco años. Se trata de indagar tres vías de efecto: tiempo, ingreso y *status* de la madre.

Se observaron 125 madres trabajadoras asalariadas en las empacadoras plataneras, identificadas por un censo; después, se introdujeron dos grupos más: madres que no trabajan (122) y las que trabajan por cuenta propia en las empacadoras y su cercanía (43), con el fin de observar el efecto de la condición laboral. El resultado del análisis de trayectoria señala que los dos efectos —negativo de tiempo y positivo de ingreso— son diferenciales según el *status* migratorio de la madre y la forma de medición del estado nutricional.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es estudiar el efecto del empleo materno sobre el estado nutricional en niños menores de cinco

* Agradecemos a los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Tapachula y de la Escuela de Ciencias Sociales, sobre todo a Mario Ortiz, Miguel Coronado y Adela Guzmán, su colaboración para realizar el trabajo de campo. También agradecemos a la doctora Rosa María Núñez y a César Ordóñez sus sugerencias durante la etapa de elaboración del proyecto.

** Takehiro Misawa de El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU), y Octavio Ixtacuy de la UACH, Escuela de Ciencias Sociales.

años, a partir de tres vías de efecto: tiempo, ingreso y *status* de la madre. Aunque este estudio tiene un carácter exploratorio, se encuentra que los efectos de tiempo e ingreso son diferenciales según el *status* migratorio de la madre, sobre el estado nutricional de los niños en el corto y el mediano plazos.

La población estudiada corresponde a las madres trabajadoras en la producción platanera en Chiapas. Esta población se ubica dentro de un contexto regional donde tanto la participación económica de las madres con hijos menores de cinco años (Figueroa *et al.*, 1992), como el grado de desnutrición en la población infantil son los más altos del país (Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1990, mapas 9-11).

Cuatro preguntas se plantearon al inicio de esta investigación: 1) ¿Cómo puede el aporte monetario de la madre modificar la distribución del gasto familiar de manera favorable hacia los niños? 2) ¿Hasta qué punto será posible modificar su posición relativa dentro del hogar, de tal manera que ella misma responda y actúe directamente frente al problema nutricional de los niños? 3) ¿Cómo incide la ausencia de la madre durante el tiempo que trabaja sobre la salud de sus hijos?, y por último: 4) ¿Hasta qué punto se reduce el grado de desnutrición del niño frente a una atención alternativa?

El presente trabajo consta de las siguientes secciones: 1) hallazgos importantes previos al estudio sobre los tres efectos de la actividad remunerada de la madre; 2) justificación del modelo explicativo; 3) hipótesis; 4) diseño y metodología, y 5) resultados.

EVIDENCIA EMPÍRICA¹

Efecto del ingreso familiar y materno

En primer lugar, se hace referencia a la desagregación del ingreso familiar. Se ha identificado la importancia del ingreso materno sobre el estado nutricional del niño (Kumar, 1977 y Engle, 1991): el ingreso de la mujer se gasta más en alimentos porque el trabajo

¹ Para una revisión bibliográfica sobre el tema de la relación entre el trabajo materno y la salud de los niños, se puede mencionar Leslie (1989).

materno se asocia más con la pobreza y/o las mujeres son más altruistas. Engle también observó que el efecto del ingreso se relaciona con el segundo año de edad del niño (postlactancia), durante el cual, el ingreso materno resulta un mejor estimador de su aporte (75%), que el del padre (63%) (Engle, 1989:10).

En segundo lugar, se analiza el papel de preferencia/gusto como factor que interviene en la relación entre el nivel de ingreso y la nutrición (Shah, 1983; Behrman y Deolalikar, 1987). Se ha encontrado una mayor preferencia hacia alimentos relativamente caros que tienen deficiencias de calorías, en hogares tanto en zonas rurales como urbanas (Shah, 1983:133). Siguiendo la misma línea, otro estudio señala que mientras el gasto en alimentos aumenta de una manera proporcional al nivel de ingreso, el incremento marginal en el gasto en alimentos no se relaciona con el incremento de nutrientes (Behrman y Deolalikar, 1987:505). Los dos estudios sugieren que el grado de desnutrición puede ser el resultado del ingreso y la preferencia combinados, y no únicamente del primero.

Efecto del tiempo para el cuidado del niño

Un primer enfoque intenta analizar el efecto del trabajo materno sobre la distribución de su tiempo, por medio de una medición directa de la utilización del tiempo de cada miembro del hogar. Se encuentra que el incremento de la responsabilidad económica de la madre reduce su tiempo de descanso y el tiempo dedicado al cuidado del niño —aunque esto no reduce el tiempo total de cuidado recibido por el niño por parte de la familia en su conjunto—, y tiene un efecto negativo directo sobre el estado nutricional del niño con edades entre cero y 35 meses (Popkin, 1980:9). En otro estudio, al analizar dos vías de efectos —la cantidad de nutrientes y el tiempo de cuidado hacia el niño—, resulta difícil estimar su efecto neto sobre el estado nutricional debido a sus bajos niveles de significación (Popkin, 1983:171), conclusión que difiere de las del primer estudio.

Otro aspecto relacionado es el arreglo y la calidad del cuidado alternativo, que puede reducir el efecto negativo de la ausencia de la madre; por ejemplo, se señala que la edad de la persona que cuida

al niño se relaciona con el estado nutricional, dependiendo del contexto rural o urbano, y de la edad del niño (Engle, 1989:188).

Efecto del *status* de la madre

En contraste con la experiencia acumulada en los estudios sobre la toma de decisiones en otros campos, como la fecundidad (Bulatao y Lee, 1983), parece que es reciente el intento de indagar esta vía de explicación en estudios de nutrición y salud (Piwoz y Viteri, 1985; Sen, 1987). Sin embargo, las observaciones sobre la relación entre trabajo remunerado y toma de decisiones apuntan hacia una relación positiva, aunque se identifican contextos de decisión diferenciados en sus dominios según sexo (Leñero, 1983:243-244; Roldán, 1988:240-243; De Barbieri, 1984:132 y 241). Al medir el porcentaje del aporte de la mujer sobre el total de la familia, se encuentra que su poder en la toma de decisiones se relaciona de manera directa con la importancia de su aporte monetario (Roldán, 1988).

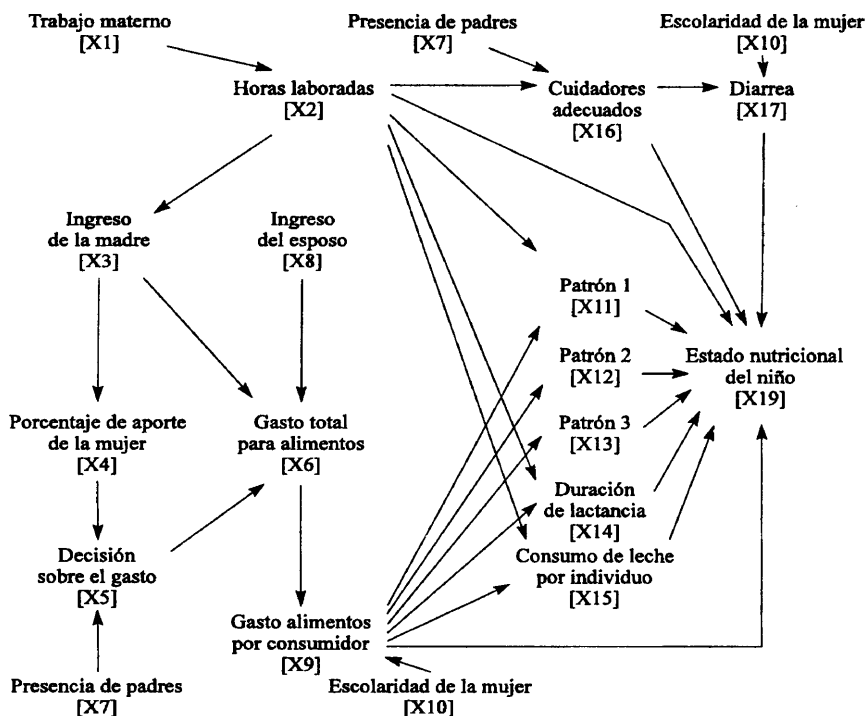
Una vía de explicación acerca de la relación entre el aporte materno y la toma de decisiones es la mediación de la percepción de la mujer (Sen, 1987:30; Bruce y Dwyer, 1988:8-9). Se identifican dos niveles de percepción que son independientes: 1) percepción más clara de la madre en sí misma, y 2) percepción de que ella misma está aportando a la familia. La primera se relaciona con el control del propio ingreso y la segunda con la tendencia altruista de la madre. La segunda es más relevante en el contexto rural, donde la actividad remunerada de la madre no se considera conflictiva con el rol materno, ya que generar ingresos para el beneficio familiar se interpreta como una extensión de dicho papel (Ueno, 1987:81).

JUSTIFICACIÓN DEL MODELO EXPLICATIVO

Tomando en cuenta las evidencias examinadas, se intenta elaborar un modelo explicativo mediante la organización de las relaciones entre las variables en un esquema relativamente cerrado, que permita observar cadenas de efectos del empleo materno. Para este

fin, se aplica el análisis de trayectoria (Blalock, 1972 y Asher, 1983), con el cual se examina el balance de los tres efectos (figura 1).

FIGURA 1
Diagrama del modelo explicativo



Efecto del ingreso

Es necesario aclarar que el ingreso que obtienen las madres trabajadoras depende directamente de la jornada laboral en las emparadoras, ya que la cantidad recibida se define por horas laboradas al día y por días trabajados en la semana. Se incorpora el ingreso del esposo como variable exógena que determina el gasto en alimentos, junto con el ingreso de la madre (Engle, 1991; Bennett, 1988). Esto verifica la tendencia altruista de la madre.

Patrón de alimentación como mediación entre el ingreso materno y el estado nutricional del niño

Aunque la importancia del ingreso sobre el estado nutricional es evidente, también se apunta que dicha relación no es estrictamente directa (Shah, 1982; Behrman y Deolalikar, 1987). Para indagar a propósito de dicha relación, se toma en cuenta el papel del patrón de alimentación como una mediación entre el gasto en alimentos y el estado nutricional. Dicho patrón se define como el consumo, por parte de los niños, de un conjunto de alimentos previamente definidos y de un conjunto de prácticas alimenticias. El término "patrón de alimentación" se desagregó en cinco dimensiones: las primeras tres se denominaron Patrón 1, 2 y 3, que representan el consumo de alimentos con características determinadas, y se construyeron al resumir una serie de alimentos del consumo actual en tres factores.² Las últimas dos dimensiones se refieren a la duración de la lactancia y al periodo de consumo de leche industrializada.

Se plantea observar el efecto del gasto en alimentos sobre el estado nutricional de los niños por dos vías: una de carácter cuantitativo y otra de carácter cualitativo. La primera se refiere al efecto directo de dicho gasto sobre el estado nutricional, y la segunda, a los efectos indirectos, debidos al cambio en el patrón de alimentación. Este cambio se fundamenta tanto en modificaciones del nivel de gasto en alimentos como en factores no económicos: preferencias, gustos y otros elementos culturales, aunque éstos no se observan directamente. Para analizar el efecto del gasto en alimentos, se construyó un índice denominado gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto (GACEA).³

² Una serie de indicadores que representan el consumo actual de alimentos (11 tipos) se sometió al análisis de componentes principales, para resumirlos en tres variables y asignar los puntajes factoriales para cada variable creada (apéndice 1).

³ "Consumidor equivalente adulto" es una estandarización del consumo de cada uno de los miembros del hogar, por sexo y edad, igualándolo al consumo de un adulto. Para realizar este ajuste se utilizó el cuadro presentado por Mueller (1979, p. 333). El GACEA se obtuvo del cociente entre el gasto total en alimentos y el número de consumidores en equivalentes adultos.

Relación entre el nivel de gastos en alimentos y cada una de las dimensiones del patrón de alimentación

El aumento en el gasto en alimentos puede reducir la utilización del patrón 1 (asociado al consumo de alimentos de tipo tradicional o relativamente fáciles de obtener), que se puede explicar por un mayor consumo de bienes alimenticios que forman parte de los patrones 2 y 3. Estos últimos se identifican con productos manufacturados, cuya consecuencia sobre el estado nutricional no se puede predecir con precisión, y/o con alimentos cuyo valor nutritivo es percibido con mayor claridad por la madre. Por ejemplo: la leche de vaca, que a su vez conducirá al mejoramiento del estado nutricional.

La duración de la lactancia se relaciona negativamente con el nivel de gasto en alimentos, porque este último permite introducir en la dieta de los niños alimentos complementarios y sustitutos en los primeros meses de vida, garantizando una adecuada y gradual sustitución de leche materna. En el contexto rural, el periodo de lactancia se relacionará más con la carencia de otros alimentos que con la convicción de la madre acerca de sus beneficios: la propiedad nutricional y antiinfectiva de la leche materna (Mier y Terán, 1991:8; Dualeh y Fitzroy, 1989). Así, un mayor gasto en alimentos permitirá introducir leche industrializada en edad relativamente temprana, aunque el efecto de su uso prolongado sobre el estado nutricional no se conozca exactamente.

Efecto del tiempo de cuidado del niño

Primero, se intenta ver el efecto directo de la duración de la jornada sobre el estado nutricional.⁴ Después, se trata de relacionar el tiempo dedicado al trabajo con la disponibilidad de las

⁴ No se obtuvo información sobre la distribución de tiempo de cada miembro del hogar, tal como se midió en los estudios de Popkin (1980 y 1983). El número de horas laboradas por la madre es una medición indirecta del tiempo de atención al niño, en la medida en que éste se relaciona inversamente con la jornada de trabajo, dada la imposibilidad de llevar al niño al centro de trabajo.

personas que pueden cuidar adecuadamente al niño.⁵ La duración del tiempo laborado por la madre afectará el número de cuidadores adecuados ya que ella misma no puede atender al niño. Sin embargo, este efecto se atenuará con la presencia de los abuelos, ya que por lo general, la abuela del niño tiende a quedarse en casa. Por otro lado, la coresidencia de las trabajadoras con sus padres se relaciona con la presencia de hermanas solteras, que pueden ser otras cuidadoras.

La disponibilidad de personas con mayor tiempo libre que pueden cuidar al niño, tendrá un efecto positivo sobre el estado nutricional, porque permite prevenir enfermedades infecciosas y puede contribuir también en la preparación de alimentos en forma adecuada.

La duración de la jornada de trabajo incide en el tipo de alimentos que se consumen, dependiendo del mayor o menor tiempo que se requiere en su preparación. Una jornada larga puede favorecer el consumo de ciertos alimentos tipificados en el patrón 1. Asimismo, la jornada de trabajo afectará negativamente la duración de la lactancia y positivamente el consumo de leche industrializada.

Efecto del *status* de la madre

La posición de la madre dentro del hogar se observa en el grado de participación en la toma de decisiones.⁶ Se seleccionó el contexto de decisión que se relaciona directamente con la distribución del gasto en el hogar.

⁵ Como indicador se utilizó el número de mujeres que se encuentran en el hogar, con edades de 15 años y más y sin dedicarse a actividad remunerada ni al estudio, aunque el criterio de edad para garantizar la calidad de cuidado es arbitrario.

⁶ Para la construcción de la variable "grado de participación en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto", se han definido cinco escalas a partir de las observaciones sobre dos aspectos: 1) ¿quién toma la última decisión?, y 2) ¿se consulta a la madre? Las cinco escalas son: 1 = ella no decide ni se le consulta (6.4%); 2 = ella no decide, pero se le consulta (28.2%); 3 = ella y otra persona deciden juntas (13.5%); 4 = ella decide, pero consulta con otra persona (8.3%), y 5 = ella decide sin consultar a nadie (43.6%).

La relación entre el ingreso de la mujer y el grado de participación sobre dicha decisión está mediatizada por la importancia relativa del aporte de la mujer sobre el total del aporte familiar, por dos razones: 1) mientras mayor sea el aporte monetario respecto al aporte total familiar, mayor será la conciencia de que su contribución monetaria está ayudando al bienestar familiar; y 2) asimismo, mayor será el control directo de la madre sobre los recursos propios, lo cual reduce su dependencia de otras personas. Ambas favorecerán la iniciativa de la mujer sobre las decisiones del gasto.

Se toma en cuenta la estructura de la familia como variable exógena que determina la decisión del gasto junto con la importancia del aporte de la mujer. La presencia de otros parientes en el hogar, sobre todo los abuelos, reducirá la iniciativa de la mujer en la decisión, dado que en el contexto rural, la relación de poder dentro de la familia tiende a basarse en la jerarquía de edades.

Infección gastrointestinal infantil

Interesa el efecto de esta variable por su influencia directa sobre el proceso de absorción de nutrientes. El padecimiento de diarrea se observó a través de su duración durante los últimos quince días. Éste puede estar relacionado con la escolaridad de la madre, la disponibilidad de cuidadores adecuados, y con condiciones climáticas y de vivienda, aunque estas últimas no se consideran directamente en el modelo.

Escolaridad de la madre

Se incluyó esta variable por su importancia para el planteamiento y elaboración de políticas de salud. Interesa ver su influencia sobre el GACEA y las infecciones diarreicas. El GACEA se ve afectado, no solamente por el gasto total en alimentos, sino por cómo se maneje dicho gasto por la persona responsable, una vez fijada la cantidad destinada a este fin. Dado que la responsabilidad de conseguir alimentos recae totalmente en la mujer (Engle, 1991, cuadro 3), un mejor manejo dependerá de las características de la madre: con

una mayor educación tendrá más eficiencia en la distribución del gasto en alimentos en favor de los niños.

La educación de la madre se relaciona negativamente con el padecimiento de diarrea ya que permite mayor conciencia del medio ambiente sobre la salud de los niños; en consecuencia, aumenta su capacidad preventiva y la iniciativa en la utilización de servicios médicos (Ware, 1984).

Contextuación según *status* migratorio de la madre

Se analizan dos grupos de niños, según el *status* migratorio de la madre.⁷ Es posible que la naturaleza de las relaciones entre las variables incorporadas en el modelo sea diferente, porque la estrategia de consumo temporal que adoptan las familias inmigrantes desde Guatemala afectará el comportamiento del gasto de una manera especial. También las condiciones de nutrición de los niños, previas a la migración, afectan las variables analizadas.

SISTEMA DE HIPÓTESIS

Efecto del ingreso

Hipótesis 1: $X_2 \rightarrow X_3$

A mayor número de horas laboradas, mayor ingreso materno.

Hipótesis 2: $X_5 + X_3 \rightarrow X_6$

A mayor ingreso de la madre y del esposo, mayor gasto total en alimentos. El monto absoluto del ingreso materno orientado al gasto total en alimentos es mayor que el ingreso absoluto del esposo dirigido al mismo fin.

⁷ Al separar la población encuestada en dos grupos de madres según su *status* migratorio, la información sobre madres inmigrantes resulta menor (74 casos), que la de mexicanas (191 casos), aunque la proporción de las trabajadoras inmigrantes es 50%, según el resultado del censo levantado al inicio de este estudio. Esto se debe al hecho de que, para la encuesta, se excluyeron los casos de las trabajadoras inmigrantes que habían dejado a sus hijos en su lugar de origen.

Hipótesis 3: $X_6 + X_{10} \rightarrow X_9$

A mayor gasto total en alimentos y mayor escolaridad de la madre, mayor gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto.

Relaciones entre el nivel de gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto y el estado nutricional

Hipótesis 4: $X_9 \rightarrow X_{19}$

A mayor GACEA, mejor estado nutricional del niño (efecto directo por el cambio cuantitativo).

Hipótesis 5:

$X_9 \rightarrow X_{11} \rightarrow X_{19}$;

$X_9 \rightarrow X_{12} \rightarrow X_{19}$;

$X_9 \rightarrow X_{13} \rightarrow X_{19}$;

$X_9 \rightarrow X_{14} \rightarrow X_{19}$;

$X_9 \rightarrow X_{15} \rightarrow X_{19}$.

A mayor GACEA, menor consumo en el patrón 1, mayor consumo en el patrón 2, mayor consumo en el patrón 3, menor duración de lactancia, y mayor duración de consumo de leche industrializada.⁸

Respecto al efecto de cada dimensión sobre el estado nutricional: mayor consumo en patrón 3, mejor estado nutricional; menor duración de lactancia, mejor estado nutricional.

Los efectos del patrón 1, el patrón 2 y la prolongación del consumo de leche industrializada pueden ser positivos, negativos o nulos.

Efecto del tiempo

Hipótesis 6: $X_2 \rightarrow X_{19}$

A mayor duración de la jornada, menos favorable el estado nutricional (efecto directo de la duración de la jornada).

Hipótesis 7: $X_2 + X_7 \rightarrow X_{16}$

⁸ Al observar el efecto del GACEA sobre la duración de la lactancia y del consumo de leche industrializada, se controló el efecto de la edad del niño.

A mayor duración de la jornada, menor el número de cuidadores adecuados; con la presencia de los abuelos, mayor el número de cuidadores adecuados.

Hipótesis 8: $X_{16} + X_{10} \rightarrow X_{17} \rightarrow X_{19}$; $X_{16} \rightarrow X_{19}$

A mayor número de cuidadores adecuados y mayor escolaridad de la madre, menor padecimiento de diarrea; en consecuencia, mejor estado nutricional (efecto indirecto).

A mayor número de cuidadores adecuados, mejor estado nutricional (efecto directo).

Hipótesis 9: $X_2 \rightarrow X_{11}$; $X_2 \rightarrow X_{14}$; $X_2 \rightarrow X_{15}$

A mayor duración de la jornada, mayor utilización del patrón 1, menor duración de la lactancia, y mayor duración del consumo de leche industrializada.

Efecto del *status*

Hipótesis 10: $X_3 \rightarrow X_4$: a mayor ingreso materno, mayor importancia de su contribución sobre el total del aporte.

Hipótesis 11: $X_4 + X_7 \rightarrow X_5$: a mayor importancia del aporte de la madre sobre el total del aporte familiar (en ausencia de los abuelos), mayor influencia en la decisión sobre el gasto en el hogar.

Hipótesis 12: $X_5 \rightarrow X_6$: a mayor influencia de la madre en la decisión sobre el gasto en el hogar, mayor el gasto total en alimentos en el hogar.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Se realizó un muestreo entre dos grupos de madres: las que se dedican a actividades asalariadas (122 casos) y las que no realizan actividades remuneradas (125 casos). Posteriormente, se agregó un grupo de madres que se dedican, por cuenta propia, a actividades remuneradas (43 casos), localizadas en las empacadoras y áreas cercanas. La inclusión del segundo y tercer grupos tuvo como objetivo observar el efecto de la condición laboral sobre el estado nutricional de los niños. Las madres asalariadas se seleccionaron de las 898 trabajadoras censadas en 44 empacadoras plataneras en la costa de Chiapas, con el criterio de que tuvieran por lo menos un hijo

menor de cinco años de edad. El segundo y tercer grupos comparten las siguientes características: 1) tener hijo(s) menores de cinco años, 2) ser residentes de las mismas localidades donde viven las madres trabajadoras, y 3) no estar emparentadas entre ellas ni con las trabajadoras asalariadas. El segundo grupo se buscó entre las vecinas más cercanas del hogar de cada trabajadora encuestada, mientras que el tercer grupo consistió de mujeres que trabajaban en el terreno de las plantaciones plataneras.

La información se recopiló mediante una encuesta y se hicieron mediciones antropométricas directas a los niños. Las encuestas fueron realizadas por dos equipos formados por estudiantes previamente entrenados. El primer grupo se formó con estudiantes del último año de enfermería, con experiencia en pediatría; el segundo, por estudiantes de ciencias sociales que participaron como encuestadores en el censo de población y vivienda de 1990. La mayoría fueron mujeres originarias de la región de estudio. El trabajo de campo se realizó entre noviembre y febrero (época de secas), y la mayoría de las entrevistadas recibieron dos visitas. Todos los hogares fueron visitados, cuando menos por uno de los autores, para aclarar las respuestas en duda. Cuando fue posible, la información obtenida fue contrastada con otra fuente de información; por ejemplo, en el caso de la edad de los niños, se consultaron los registros de vacunación.

RESULTADOS

Comparación de las características de madres mexicanas e inmigrantes (véase el cuadro 1)

Al agrupar a las mujeres entrevistadas según *status* migratorio dentro de cada grupo, quedaron ubicadas tanto mujeres que realizan actividades remuneradas como aquellas que no. El porcentaje de mujeres que se dedican a actividades remuneradas es de 50% para las mexicanas, y 64% para las inmigrantes.⁹ El promedio de

⁹ En adelante, al presentar porcentajes comparativos, el primero se refiere al grupo de madres mexicanas y el segundo al grupo de madres inmigrantes.

CUADRO 1
Características de las madres según *status* migratorio

	<i>Descripción de variables</i>	<i>Madres mexicanas n=191</i>	<i>Madres inmigrantes n=74</i>	<i>Nivel de signif.</i>
X1	Porcentaje de madres que se dedican a una actividad remunerada	50%	62%	
X2*	Horas semanales laboradas por la madre	30 (37) 61 (29)	42 (43) 68 (34)	p<.05
X3*	Ingreso semanal (madre)	54 (61) 107 (41)	59 (62) 95 (51)	
X8*	Ingreso semanal (esposo)	85 (85) 125 (75)	78 (74) 109 (66)	
X4*	Porcentaje de aporte de la madre	29 (34) 58 (27)	32 (34) 51 (29)	
X6	Gasto total en alimentos	91 (49)	91 (61)	
X9	Gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto	23 (12)	27 (17)	p<.05
X10	Escolaridad (años) de la madre	3.8 (3.3)	2.0 (2.2)	p=.000
X7	Porcentaje de mujeres que viven con padres o suegros	36%	26%	
X5	Grado de participación en la decisión sobre el gasto	3.5 (1.5)	3.5 (1.4)	
X16	Número de cuidadores adecuados en hogar**	1.1 (.87)	.8 (.73)	p<.001

* La primera línea es el promedio respecto al total de mujeres. La segunda línea es el promedio cuando se excluyen las mujeres que no trabajan [X2, X3, X4], o no tienen esposos [X8].

** Son las mujeres que tienen edades mayores de 15 años, y no se dedican a actividad remunerada ni estudian.

El número entre paréntesis señala la desviación estándar.

Fuente: Misawa e Ixtacuy.

horas laboradas por semana es menor entre las madres mexicanas en comparación con las inmigrantes (30 contra 42 horas: $p<.05$); aunque, al controlar el *status* laboral, dicha diferencia se reduce a siete horas por semana.

Respecto al ingreso semanal promedio, tanto de la mujer como del esposo, la diferencia entre los dos grupos es de menos de 10 000 pesos (54 mil y 59 mil pesos para las mujeres; 85 mil y 78 mil para los esposos [pesos a diciembre de 1991]). Tampoco se encuentran

diferencias significativas en los promedios ajustados por el *status* laboral de la madre y por la presencia del esposo en el hogar.

En cuanto a la importancia relativa del aporte de la mujer, no hay diferencia significativa en los promedios de los dos grupos (29 y 32%; 58 y 51% al controlar el *status* laboral de la mujer). El promedio del gasto en alimentos es idéntico entre los dos grupos (91 mil pesos por semana). Sin embargo, el GACEA es mayor en el caso de las madres inmigrantes (23 mil contra 27 mil pesos: $p < .05$).

La diferencia en el promedio de los años de escolaridad es de 1.8 años ($p = .0001$) en favor de las mexicanas; el promedio logrado por las inmigrantes fue de sólo 2.0 años. Respecto a la coresidencia con la generación anterior, 36% de las mexicanas vive con sus padres, mientras que una cuarta parte de las inmigrantes vive con los suyos; lo cual implica que la mayoría de las familias de inmigrantes que llegan a la zona constituye familias nucleares. El grado de participación en la decisión sobre el gasto en el hogar no difiere entre los dos grupos. Por último, el promedio de cuidadores adecuados es de 1.1 personas y .8 personas en favor del primer grupo ($p < .001$).

Comparación de las características de los niños según el *status* migratorio de la madre (cuadro 2)

Mientras que el patrón 1 y la duración de la lactancia no difieren entre los dos grupos, se encuentran diferencias significativas en el patrón 2 ($p < .05$), patrón 3 ($p < .01$), y en la duración del consumo de leche industrializada ($p = .0001$), todos a favor de los niños de las madres mexicanas. Por este resultado, es evidente que para los niños de madres inmigrantes, hay dificultad en el acceso a cierto tipo de alimentos antes y/o después de migrar. Como consecuencia, se encuentran también diferencias significativas en los promedios de duración de diarrea ($p < .05$) y de dos indicadores del estado nutricional: talla para la edad ($p < .05$) y peso para la edad ($p < .05$), todo en favor de los niños de madres mexicanas. Respecto a la edad del niño, los de las madres inmigrantes son cuatro meses más jóvenes en promedio (25 contra 29 meses; $p < .05$).

CUADRO 2
Características de niños según *status* migratorio de la madre

<i>Descripción de variables:</i>		<i>Niños con madre mexicana n=285</i>	<i>Niños con madre inmigrante n=109</i>	<i>Nivel de sig.</i>
X11	Patrón 1*	.0024(1.01)	.0022(1.00)	
X12	Patrón 2*	.040(1.01)	-.243 (.87)	p<.05
X13	Patrón 3*	.076(1.04)	-.231 (.81)	p<.01
X14	Duración de la lactancia en meses	9.7 (9.1)	9.9 (7.0)	
X15	Duración del consumo de leche industrializada	12.6(13.4)	6.9 (9.4)	p=.0001
X17	Días con diarrea (en los últimos 15 días):	1.2 (2.6)	1.7 (3.4)	
X18	Edad del niño en meses	29 (18)	25 (16)	p<.05
X19	Talla para la edad**	-1.19 (1.8)	-1.66 (1.6)	p<.05
	Peso para la edad**	-.77 (1.6)	-1.21 (1.5)	p<.05
	Peso para la talla**	-.01 (1.5)	-.10 (1.8)	

* Son puntajes factoriales.

** Son puntajes Z.

El número entre paréntesis señala la desviación estándar.

Fuente: Misawa e Ixtacuy.

Análisis de trayectoria

En este análisis se busca establecer una relación entre determinadas características económicas y de *status* de la madre y determinadas características de salud y nutrición de los niños. En la mayoría de los casos, dicha relación no es directa, sino que está mediatizada por un conjunto de variables, tanto de naturaleza económica como alimenticia; además, el modelo incluye una serie de variables exógenas. Lo anterior exige que en determinados momentos sea necesario cambiar la unidad de análisis (madres o niños), dependiendo de la relación que se desea resaltar. Por lo general, al analizar cada uno de los efectos, se empieza considerando las características de las madres, y se concluye con las de los niños.

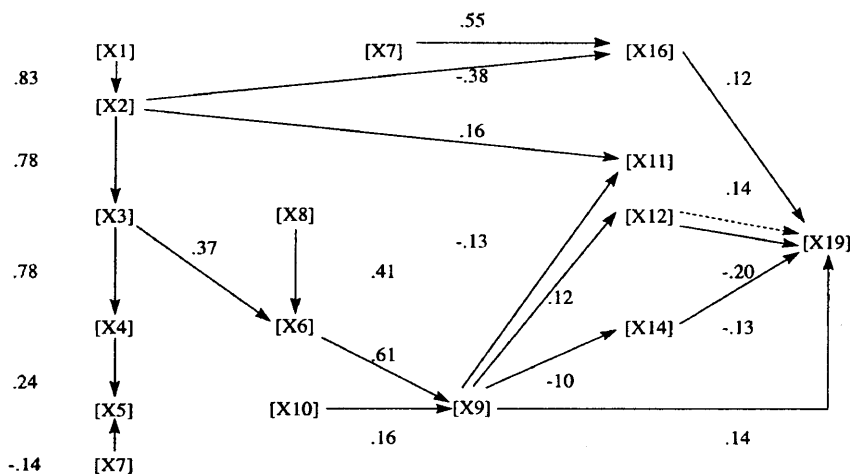
Respecto a la medición del estado nutricional, la observación principal se refiere a los indicadores "peso para talla" y "talla para

la edad" (puntaje Z: la norma del National Center for Health Statistics [NCHS], desarrollada por los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, [CDC]). El primero mide el estado nutricional en el corto plazo, y el segundo mide el efecto crónico de la desnutrición.

Efecto del tiempo de cuidado materno sobre el estado nutricional del niño

Para los niños de madres mexicanas (figura 2), el efecto negativo del tiempo incide en el estado nutricional sólo a través de la reducción del número de cuidadores adecuados. Se observa que los efectos de la disponibilidad de cuidadores (.12) y del GACEA (.14) tienen un peso similar sobre el indicador nutricional "peso para la talla".¹⁰

FIGURA 2
Diagrama de niños de madres mexicanas



Se señalan sólo efectos significativos ($p < .10$).

Las líneas intermitentes indican efectos sobre talla para edad.

Fuente: Misawa e Ixtacuy.

¹⁰ A partir de este párrafo, y si no existe una nota aclaratoria particular, los números que se encuentran entre paréntesis indican coeficientes de trayectoria.

El efecto de la presencia de los abuelos en el hogar (.55) está en dirección contraria al efecto de las horas laboradas (-.38) sobre la disponibilidad de cuidadores, lo cual sugiere que el apoyo de la familia en la solución de problemas derivados de la incorporación de la mujer a procesos productivos en el campo, es fundamental. En el caso de las madres mexicanas, existe una asociación entre el trabajo materno y la coresidencia con sus padres ($r=.33$); en consecuencia, el efecto negativo de las horas laboradas se reducirá con la presencia de estos últimos. En el caso de hogares de inmigrantes no se encuentra esta asociación.

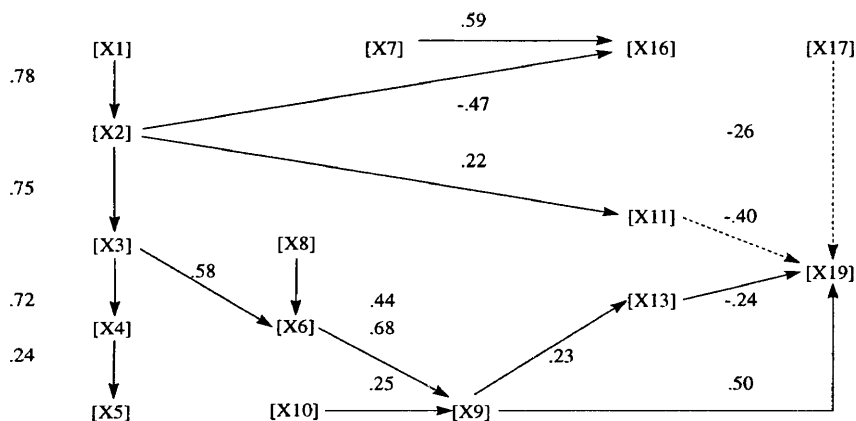
Se observa que la jornada de trabajo afecta al patrón 1 (.16), lo que implica que las madres que se dedican a la actividad laboral tienen preferencia por cierto tipo de alimentos que no requieren mucho tiempo de preparación. Sin embargo, el patrón 1 no tiene efecto significativo sobre ninguno de los indicadores de nutrición utilizados.

Resulta que la jornada de trabajo no se relaciona con el periodo de lactancia. Como una posible explicación de este resultado, puede pensarse que quizá la variabilidad que se encuentra en la duración de la lactancia dentro de cada grupo (cuadro 2) no se deba a efectos de la jornada de trabajo, sino a otras causas, como la salud de la madre. De hecho, en otros estudios se menciona que la experiencia del trabajo remunerado está asociada con una mayor duración de la lactancia (Schlaepfer e Infante, 1992:601). Las madres que trabajan compensan la menor frecuencia de amamantamiento con una sesión más prolongada durante la noche y/o el fin de semana (O'Gara, 1989:121).

En el caso de los niños de inmigrantes (figura 3), el efecto del tiempo no incide en el indicador "peso para talla". La duración de la jornada tiene efectos sobre la disponibilidad de cuidadores (-.47) y sobre el patrón 1 (.22) de la misma manera que en el primer grupo. Sin embargo, ninguno de ellos tiene efectos significativos sobre el "peso para la talla". El único efecto de la jornada de trabajo sobre el indicador "talla para la edad" es provocado por el patrón 1 (-.40), cuya importancia ocupa 61% en la totalidad de efectos directos sobre el mismo indicador.¹¹

¹¹ Dicho porcentaje indica el peso que tiene el efecto del patrón 1 (X11) sobre la "talla para la edad" (X19): $(P19, 11/P19, 11 + P19, 17)$.

FIGURA 3
Diagrama de niños de madres inmigrantes



Se señalan sólo efectos significativos ($p < .10$).
Las líneas intermitentes indican efectos sobre talla para edad.
Fuente: Misawa e Ixtacuy.

*Efecto del ingreso: relación de los ingresos de la pareja
y su impacto sobre el gasto total en alimentos*

Como se esperaba, hay una estrecha relación entre el número de horas laboradas y el ingreso semanal de la mujer en ambos grupos (.78 y .75). Si se compara la importancia relativa del efecto del ingreso —tanto de la mujer como de su esposo— sobre el gasto total en alimentos, aparece una diferencia entre las parejas de cada uno de los grupos. Para las parejas mexicanas los coeficientes de trayectoria son .37 y .41 para la mujer y su esposo, respectivamente. En el caso de las parejas inmigrantes, se invierte el orden de importancia: los coeficientes de trayectoria son .60 y .44, respectivamente. También es posible comparar los coeficientes de regresión no estandarizados entre los dos grupos, ya que la escala de medición de las tres variables incluidas es igual y su interpretación resulta más fácil.

Madres mexicanas: $[X6] = 58.5706 + .2965[X3] + .2377[X8] - 1.0279[X5]$

Madres inmigrantes: $[X6] = 45.7437 + .5578[X3] + .3772[X8] - 4.4685[X5]$

Un incremento de cada peso del ingreso semanal de la madre y de su esposo contribuye al aumento en el gasto total en alimentos .30 y .24 pesos respectivamente, para el primer grupo, y .56 y .38 pesos para el segundo, por lo que el impacto del ingreso de la madre es mayor que el del esposo en ambos grupos. Sin embargo, el impacto del ingreso materno de las inmigrantes es casi el doble (.56) en relación con el de las madres mexicanas (.30); lo cual implica que, en el caso de los hogares inmigrantes, una mayor parte del ingreso materno se gasta en alimentos, mientras que el "ahorro" se realiza más por vía del ingreso del esposo.

Efecto del status de la madre sobre el gasto total en alimentos

Para ambos grupos, el ingreso de la mujer afecta positivamente su participación en la decisión sobre el gasto en el hogar, aunque las dos relaciones están mediatizadas por la importancia de su aporte en relación con el resto de los contribuyentes (este efecto indirecto es medido por el producto de dos coeficientes de trayectoria, P4, 3 por P5, 4, correspondiendo .19 para el grupo de mexicanas y .17 para el de inmigrantes).

La influencia de la estructura de la familia sobre la participación de la mujer en dicha decisión sólo se encuentra entre las madres mexicanas, para quienes la presencia de sus padres en el hogar se relaciona negativamente con dicha participación. Se observa que el efecto positivo de la importancia del aporte de la mujer (.24) es mayor que el efecto negativo de la presencia de los padres (-.14). Dado que el efecto de la presencia de los padres sobre la decisión para el gasto no es significativo, las inmigrantes se encuentran en una situación menos jerarquizada en términos intergeneracionales. Al analizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto, se encontró que ésta no tiene efecto significativo sobre el nivel del gasto total en alimentos.

Efecto del gasto en alimentos sobre el estado nutricional

El GACEA es afectado positivamente por el gasto total en alimentos (.61 y .68) y, en menor grado, por la escolaridad de la mujer (.16 y

.25). Esto implicaría que, una vez fijado el gasto total en alimentos, la distribución de los mismos dentro del hogar se realiza mejor cuando la madre tiene un mayor grado de escolaridad. Si se compara la importancia del efecto de la escolaridad entre los dos grupos, resulta que dicho efecto es más importante para las madres inmigrantes (27%) que para las mexicanas (21%).

El GACEA tiene un efecto directo sobre el indicador "peso para la talla" para ambos grupos (.14 y .50), aunque la importancia de su efecto no es la misma. Además, la naturaleza del cambio en el patrón de alimentación entre los dos grupos es distinta, como se señala en los siguientes párrafos.

Entre los niños de madres mexicanas, al aumentar el GACEA hay una leve sustitución de cierto tipo de alimentos por otros, tal como se puede observar en la tendencia del patrón 1 (-.13) y del patrón 2 (.12). Por otra parte, como se esperaba, se observa que el periodo de lactancia se reduce al aumentar el nivel de gasto en alimentos (-.10).

Al considerar la relación entre el patrón de alimentación y el estado nutricional del niño, únicamente se encuentran efectos significativos sobre el indicador "peso para talla" en dos dimensiones del primero: el patrón 2 (-.20) y la duración de la lactancia (-.13). También se observó que el patrón 2 tiene un efecto positivo sobre el indicador "talla para la edad" (.14).

En el caso de niños de madres inmigrantes, el efecto significativo del gasto en alimentos se encuentra sólo en el patrón 3 (.23), que se asocia principalmente con el consumo de leche de vaca. Este resultado llama la atención porque no se ha encontrado el mismo efecto entre las madres mexicanas. Posiblemente, el consumo de leche de vaca para niños mexicanos no sea tan importante como para el otro grupo. Los niveles de consumo de leche de vaca para los dos grupos son 21 y 10% del total de niños (datos obtenidos de la encuesta), lo cual implica que en realidad el consumo de leche de vaca es escaso en ambos grupos; ello es más evidente en los niños de inmigrantes.

Un resultado no esperado entre los niños de madres inmigrantes es el efecto negativo que tiene el patrón 3 sobre el indicador "peso para la talla" (-.21), ya que dicho patrón se asocia principalmente con el consumo de leche de vaca, cuyo valor nutritivo como

fuentes de proteínas de origen animal es considerado positivo para el estado nutricional de los niños. Si las madres inmigrantes tienden a consumir más el patrón 3 para sus niños, producto de su mayor ingreso, este resultado es contradictorio.

Una posible explicación del resultado anterior puede ser la dificultad de interpretar el índice del patrón 3 (cuadro 1). El consumo de leche de vaca no es el único que conforma dicho patrón, aunque es su componente más importante ($r=.65$). Otra explicación posible puede ser que la práctica de consumo de leche de vaca, en el escaso número de niños de madres inmigrantes, se haya iniciado después de la migración, junto con la forma de suministrarla —por ejemplo, mezclada con otros líquidos— y/o el ámbito higiénico desfavorable donde las madres inmigrantes la preparan o proporcionan.

Se han calculado los efectos directos e indirectos del GACEA sobre el indicador “peso para talla” (cuadro 3). Los resultados indican que la importancia del efecto directo es casi la misma en los dos grupos de niños (110 y 112%); y que los efectos indirectos —el cambio del patrón de alimentación— son relativamente limitados (-10 y -12%). En otros términos, el cambio cuantitativo expresado por el GACEA es más importante que el cambio cualitativo expresado por el patrón de alimentación.

CUADRO 3

Efectos del gasto en alimentos por consumidor en equivalente adulto sobre el indicador de peso para la talla según *status* migratorio de la madre

<i>Descomposición de efectos:</i>		<i>Madres mexicanas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Madres inmigrantes</i>	<i>Porcentaje</i>
Indirecto vía	Patrón 2	-.0246	(-20)		
	Patrón 3			-.0539	(-12)
	Lactancia	.0126	(10)		
Directo		.1371	(110)	.5015	(112)
Total		.1251	(100)	.4476	(100)

Nota: se tomaron sólo los efectos significativos ($p<.10$). El valor entre paréntesis es la importancia relativa del efecto de cada vía, lo que permite comparar los resultados entre los dos grupos.

Fuente: Misawa e Ixtacuy.

Efecto del padecimiento de diarrea

Al analizar la relación entre disponibilidad de cuidadores, escolaridad de la madre y padecimiento de diarrea en los niños, se encontró que no es significativa. Por otra parte, el padecimiento de diarrea afecta sólo al indicador "talla para la edad" en el caso de los niños de inmigrantes (-.26), y explica 39% de la totalidad de los efectos directos.

Balance de efectos

En el cuadro 4 se puede observar que, en general, los efectos del tiempo y del ingreso se perciben de una manera muy limitada. Esto se debe a que dichos efectos han sido cuantificados de manera indirecta, mediante una cadena de efectos en la que ciertas relaciones presentan coeficientes de trayectoria con valores bajos, aun cuando todos son significativos ($p < .10$). No obstante, se muestra que ni la

CUADRO 4
Balance de efectos de tiempo y de ingreso según *status*
migratorio de madre e indicadores del estado
nutricional del niño

<i>Descomposición de efectos</i>	<i>Peso para la talla</i>		<i>Talla para la edad</i>	
	<i>Méx.</i>	<i>Inmig.</i>	<i>Méx.</i>	<i>Inmig.</i>
<i>Efecto del tiempo [I]</i>				
Disponibilidad de cuidadores:	-.046			
Cambio en el patrón de alimentación				-.086
Total	-.046	no	no	-.086
<i>Efecto del ingreso [II]</i>				
Directo (gasto en alimentos)	.032	.203		
Vía cambio en patrón de ali.	-.003	-.002	.004	
(Patrón 2)	(-.006)		(.004)	
(Patrón 3)		(-.002)		
(Lactancia)	(.003)			
Total	.029	.201	.004	no
<i>Balance de efectos [I+II]</i>	-.017	+.201	+.004	-.086

Fuente: Misawa e Ixtacuy.

importancia de los dos efectos ni las vías a través de las cuales inciden sobre el estado nutricional, son los mismos en los dos grupos.

Peso para la talla

Se observa que, entre los niños de madres mexicanas, el efecto del tiempo vía la disponibilidad de cuidadores es el más importante (-.046); mientras que, entre los niños de madres inmigrantes, lo es el efecto del ingreso vía el cambio cuantitativo en el monto del gasto en alimentos (.203).

En el primer caso, se percibe también el efecto positivo del ingreso (.029), pero éste no supera al efecto negativo del tiempo, por lo cual su balance es negativo (-.017). El resultado sugiere que, cuando los niños disponen de una mayor variedad de alimentos como se manifiesta en el caso de los niños de madres mexicanas (cuadro 1), la disponibilidad de cuidadores adecuados resulta más importante que el gasto en alimentos.

Para el grupo de niños de madres inmigrantes, dada la situación desventajosa en términos de crecimiento físico en relación con el primer grupo (cuadro 1), el efecto que tiene un aumento del gasto en alimentos resulta fundamental para el mejoramiento de su estado nutricional, por lo menos para ajustar su peso a la talla actual (peso para la talla). En otros estudios se señala que éste es un mecanismo de adaptación frente a la desnutrición, ya que permite mantener la relación entre peso y talla aun con retardo en su crecimiento físico (Martorell *et al.*, 1984:84). En este grupo no se percibe el efecto negativo del tiempo; en consecuencia, el balance es positivo, dependiendo únicamente de la magnitud del ingreso.

Talla para la edad

En contraste con el indicador anterior, en el caso de los niños de madres mexicanas, el único efecto positivo del ingreso sobre el indicador "talla para la edad" es vía el patrón 2 (.004). En el caso de niños de madres inmigrantes, no se percibe ningún efecto del ingreso. Esto sucede posiblemente porque este indicador mide el efecto crónico de la desnutrición, y sobre éste el efecto del ingreso materno actual no incide de manera significativa, conside-

rando su incipiente experiencia laboral remunerada; por ejemplo, el promedio de tiempo de experiencia laboral en las emparadoras no rebasa un año (datos obtenidos de la encuesta).

Respecto al efecto del tiempo, se observa únicamente por el patrón 1 (-.086) y exclusivamente en el grupo de niños de madres inmigrantes. Esto significa que se presenta una reafirmación de esta dimensión del patrón alimenticio, determinada ahora por el efecto del tiempo y no por el aumento del ingreso. Mientras las madres inmigrantes preserven el uso de este patrón, que se identifica con alimentos tradicionales y de más bajo precio, el efecto sobre "talla para la edad" será negativo.

CONCLUSIONES

El resultado del análisis de trayectoria muestra que los efectos negativos del tiempo de cuidado del niño y positivo del ingreso materno sobre el estado nutricional infantil son diferenciales según el *status* migratorio de la madre y el estado nutricional, ya sea éste actual o histórico. Así, cuando el nivel de alimentación es limitado y el crecimiento físico se encuentra retrasado en términos relativos —como en el caso de los niños de inmigrantes—, el efecto del ingreso materno resulta crucial para mejorar el estado nutricional actual del niño (peso para la talla).

Sin embargo, al observar el efecto crónico de la desnutrición (talla para la edad), la estrategia que adoptan las madres inmigrantes al dedicarse a actividades remuneradas no se traduce en resultados favorables para sus niños. Se encuentran consecuencias negativas provocadas por los efectos del tiempo de cuidado vía el patrón 1, y el padecimiento de diarrea. Dado que el efecto directo de la diarrea se encuentra únicamente en este grupo, es recomendable plantear una política que mejore las condiciones de la vivienda y el ámbito higiénico en los hogares de inmigrantes durante la temporada que laboran en las plantaciones.

Cuando el nivel de alimentación es relativamente amplio y variado y el crecimiento físico es menos precario, como en el caso de los niños de madres mexicanas, el efecto negativo del tiempo —la no disponibilidad de cuidadores adecuados— resulta mayor

que el efecto del ingreso. Por eso, para este grupo, una política que facilite la organización del cuidado alternativo es más urgente. También es recomendable que la jornada de trabajo no sea excesivamente larga, para que las madres puedan dedicar mayor tiempo a sus hijos, pero sin que esto signifique una disminución en su nivel de ingreso.

Por último, al ser detectados varios efectos negativos directos provocados por ciertas dimensiones del patrón de alimentación, es recomendable la realización de programas de orientación nutricional en la población estudiada.

APÉNDICE 1

Análisis factorial: construcción de índices de patrón de alimentación

<i>Tipo de alimentos de consumo actual:</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
Caldo	<u>.79</u>	-.17	.02
Sopa de pasta	<u>.73</u>	.03	-.25
Tortilla	<u>.74</u>	-.18	-.22
Huevo	<u>.71</u>	-.22	-.12
Refresco	<u>.71</u>	-.27	-.13
Café	<u>.64</u>	-.34	.05
Jugo de fruta	.43	<u>.51</u>	.22
Puré de fruta	.36	<u>.69</u>	-.14
Puré de carne	.30	<u>.64</u>	-.48
Leche de vaca	.28	.35	<u>.65</u>
Atole	.46	.14	.44
<i>Eigenvalue</i>	3.80	1.59	1.06
Porcentaje de varianza	34.6	14.4	9.7

Fuente: encuesta a tres grupos de madres en la zona de producción platanera de Soconusco, Chiapas (noviembre 1990-febrero 1991) por Misawa e Ixtacuy.

El sistema de ecuaciones estructurales que corresponde al modelo explicativo

X2 =	P2, 1	* X1					+ e2.
X3 =	P3, 2	* X2					+ e3.
X4 =	P4, 3	* X3					+ e4.
X5 =	P5, 4	* X4	+ P7, 5	* X7			+ e5.
X6 =	P6, 3	* X3	+ P6, 8	* X8	+ P6,5	* X5	+ e6.
X9 =	P9, 6	* X6	+ P9, 10	* X10			+ e9.
X11 =	P11, 2	* X2	+ P11, 9	* X9			+ e11.
X12 =	P12, 9	* X9					+ e12.
X13 =	P13, 9	* X9					+ e13.
X14 =	P14, 2	* X2	+ P14, 9	* X9			+ e14.
X15 =	P15, 2	* X2	+ P15, 9	* X9			+ e15.
X16 =	P16, 2	* X2	+ P16, 7	* X7			+ e16.
X17 =	P17, 16	* X6	+ P17, 16	* X16			+ e17.
X19 =	P19, 2	* X2	+ P19, 9	* X9	+ P19,11	* X11	+
	P19, 12	* X12	+ P19, 13	* X13	+ P19, 14	* X14	+
	P19, 15	* X15	+ P19, 16	* X16	+ P19, 17	* X17	+ e19.

P_{ij}=coeficientes de paso. Las variables dependientes X14, X15 y X19 están controladas por edad del niño [X18](nota 9).

XII. DINÁMICA DOMÉSTICA Y CUIDADO INFANTIL EN FAMILIAS DE BAJOS RECURSOS

FLORINDA RIQUEL FERNÁNDEZ*

RESUMEN

El objetivo principal de este artículo es identificar, a nivel intradoméstico, los mecanismos o estrategias para el cuidado de menores de cinco años que se implementan en hogares de bajos ingresos, cuando la madre trabaja de manera remunerada. Para lograr este objetivo se realizó una investigación basada en un acercamiento cualitativo. Se seleccionaron 22 hogares en los que el monto global de ingresos no excede los tres y medio salarios mínimos. En ellos, se aplicó una entrevista a profundidad a madres de menores de cinco años que realizan algún tipo de actividad remunerada.

INTRODUCCIÓN

El estudio en el que se basa este artículo (Riquer, 1992) se diseñó con el fin de efectuar un acercamiento cualitativo¹ a la relación entre trabajo materno y salud infantil. El objetivo general fue identificar, a nivel intradoméstico, los mecanismos o estrategias para el cuidado de menores de cinco años que se ponen en juego en hogares de bajos ingresos, cuando la madre trabaja de manera remunerada.

* Universidad Iberoamericana (UIA).

¹ Como se sabe, con las aproximaciones cualitativas no se pretende representar estadísticamente a individuos ni a grupos que existen en la sociedad, ni hacer generalizaciones empíricas. Este tipo de aproximaciones no responde a preguntas acerca de en cuántos individuos o grupos se verifica una determinada problemática. Responden a preguntas acerca de dinámicas y procesos y permiten reconstruir comportamientos que, además de posibilitar ciertas generalizaciones teóricas,

Para ello, se seleccionó una muestra intencional de 22 hogares a partir de tres criterios:

- 1) Que la madre realizara algún tipo de actividad remunerada;
- 2) que tuviera por lo menos un hijo o hija menor de cinco años, y
- 3) que el ingreso global de la unidad doméstica no fuera mayor de tres y medio salarios mínimos.

Dieciocho de los hogares estudiados están ubicados en el centro de la ciudad de México, dos en la Delegación Iztapalapa y dos más en Ciudad Nezahualcóyotl en el Estado de México.²

El instrumento para recabar información fue una entrevista a profundidad aplicada a las madres en sus casas, lo que permitió observar algunas características de éstas que comúnmente se asocian con riesgos para la salud infantil.³

En este documento, primero se resumen los supuestos en los que se basó el estudio; en el segundo apartado se sintetiza el diseño de investigación; en el tercero se presentan los resultados en cuanto a condicionantes del trabajo de la mujer de escasos recursos, “tipos” de mujeres-madres, experiencia frente a la enfermedad y la muerte, saberes y prácticas sobre el cuidado infantil y “tipos” de estrategias para cuidar de los menores. Por último, se agrega una conclusión.

enriquecen el alcance explicativo que se obtiene mediante las aproximaciones cuantitativas.

² Para la selección del universo de estudio se contó con el apoyo de la plenaria de mujeres de la Unión del Pueblo Nueva Tenochtitlán Sur (UPNTS). Las integrantes de la plenaria realizan, entre otras actividades, una labor de educación en salud entre la población de la zona sur del centro del Distrito Federal. Debido al corto tiempo disponible para realizar el trabajo de campo, no fue posible conformar un universo de entre 20 y 25 unidades domésticas de la misma zona; por ello, se integraron los cuatro hogares de las áreas mencionadas que cumplían con las tres condiciones establecidas.

³ Salvo en el caso de tres hogares del centro, los restantes cuentan con servicio de agua y baño dentro de la vivienda. Esos tres hogares tienen tomas de agua fuera de ella y baños compartidos con los vecinos. Todas las construcciones son de material y tienen piso ya sea de cemento, mosaico o loseta. Sus tamaños van de 16 a 40 m²; las más pequeñas son cuartos de vecindad o de azotea de viejos edificios del centro, o de casas en el caso de Iztapalapa y Ciudad Nezahualcóyotl. Las más grandes

SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

El interés actual en la relación entre trabajo materno y salud infantil parece girar en torno a dos preguntas: ¿Quién cuida a los niños mientras la madre trabaja? ¿Reciben los niños una atención adecuada por parte de quien se hace cargo de ellos? Considerando estas preguntas, la reflexión teórico-metodológica realizada nos llevó a elaborar varios supuestos que se pueden resumir en los puntos siguientes:

a) Los contenidos del proceso salud-enfermedad y de la prevención y atención de la salud en general y de la infantil en particular, se definen socio-históricamente (Lewis, 1953; Boltanski, 1974; Ariés, 1987; Foster, 1980a y b; Kenny, 1980; De Miguel, 1980; Prat *et al.*, 1980, y Viesca, 1992).

b) En la definición de valores, normas y prácticas del cuidado de la salud infantil entran en disputa saberes diversos relacionados de manera jerárquica. Es posible distinguir aquellos conocimientos provenientes de los ámbitos de las relaciones familiares y comunitarias, de aquéllos elaborados y difundidos por instituciones especializadas en la práctica médica (Boltanski, 1974; Kenny, 1980; Prat *et al.* 1980, y Menéndez, 1992).

c) Las mujeres aprenden acerca del cuidado de la salud infantil en el marco de las interacciones domésticas, como parte de la adquisición del rol materno (Videla, 1963; Badinter, 1981; Chodorow, 1984; Lamas, 1988; Morales, 1988; Valdés, 1988; De Barbieri, 1990; Ferro, 1991, y Castro y Bronfman, 1992).

d) La mujer-madre es, a un tiempo, objeto y sujeto de las políticas institucionales de salud infantil y traduce, con base en su experiencia en el aprendizaje del papel de madre, los contenidos de esas políticas.

e) El nivel educativo y la experiencia laboral extradoméstica pueden favorecer el acceso de la mujer-madre al conocimiento considerado científico en un momento histórico determinado y al uso de los servicios de salud.

corresponden a departamentos reconstruidos después de los terremotos de 1985 por el Programa Renovación (fases I y II) del gobierno del Distrito Federal.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En este estudio se ubica el análisis de la relación entre trabajo materno y salud infantil a nivel "micro". En este caso, el nivel "micro" se refiere a los procesos intradomésticos, como condicionantes inmediatos de las decisiones laborales de la mujer.⁴ En la perspectiva teórico-metodológica en la que se sitúa este estudio (Cicourel, 1981 y Knorr-Cetina, 1981) se considera que es factible acceder desde el plano microanalítico, al macro-social.⁵

Así, se privilegió la experiencia de las madres como mediación entre las condiciones macroestructurales y microsociales. La experiencia, entendida como resultado de la interacción con otros sujetos y con el mundo social en el que están situados, se materializa en "el relato de lo vivido", que como tal es un compuesto indivisible de objetividad-subjetividad.

Cabe agregar que independientemente del nivel en el que se construya una problemática, de acuerdo con Brachet-Márquez (1990), es necesario trascender los análisis causales en los que se parte de considerar el trabajo de la madre como variable independiente. Siguiendo su propuesta, mucho más importante que verificar una y otra vez una relación positiva o negativa, es determinar bajo qué condiciones la participación de las madres en el mercado de trabajo beneficia o no el desarrollo de los hijos.

⁴ De acuerdo con Bunge (1973), se entiende por "niveles" los distintos planos de organización y construcción conceptual de una determinada problemática. Estos planos no corresponden de manera "natural" a una realidad organizada jerárquicamente. Para este autor, la idea de niveles pensados de manera jerárquica no tiene correlato ontológico natural. Para una ampliación de la discusión en sociología acerca de "niveles de análisis", así como de la confusión entre niveles, por una parte, y aproximaciones "cuantitativas" y "cualitativas" por otra, puede verse el informe final de esta investigación (Riquer, 1992).

⁵ Siguiendo a Pzeworski (1982), las condiciones "macro" estructuran las opciones posibles para los individuos; por ello el individuo se concibe enfrentado a estructuras particulares de opciones dentro de las cuales en efecto elige. Por otra parte, de acuerdo con Bertaux (1980), al definir un objeto de investigación a nivel microanalítico, se privilegia la composición de las representaciones que existen sobre un determinado fenómeno y que son sostenidas por los actores individuales. En este caso, lo que interesaba eran las representaciones de las madres acerca de la salud de sus hijos y no la medición de su estado de salud.

Objetivos de investigación

Para aproximarse a esas condiciones e intentar ir más allá del análisis causal, se definieron los siguientes objetivos de investigación:

2.1.1. Identificar algunos factores que, en el interior de la unidad doméstica, condicionan la incorporación de las mujeres de escasos recursos al trabajo remunerado.

2.1.2. Reconstruir algunos saberes y prácticas que se utilizan en el hogar para atender la salud de los niños.

2.1.3. Reconstruir las estrategias que se generan para prevenir y atender la salud de los menores de cinco años cuya madre trabaja.

Con el primer objetivo se buscaba analizar el trabajo materno no como hecho, sino como un proceso que guarda relación con las características de la unidad doméstica de origen de las madres. Por ello, en la entrevista se preguntó sobre el número de miembros de la unidad, orden de nacimiento de la descendencia, escolaridad, quiénes realizaban las actividades asociadas a la reproducción y a la producción y el ingreso.

De ese modo fue posible trazar las trayectorias laborales de las madres desde antes de que se unieran y tuvieran hijos, y analizar los condicionantes de su actividad laboral, más allá de las necesidades económicas de la unidad doméstica en la que actualmente viven.

Para reconstruir su aprendizaje del papel de madre y si éste se percibía como contrapuesto al de trabajadora, se preguntó sobre su socialización: tipo de relaciones en las que crecieron (de conflicto y/o solidaridad, de respeto y afecto o de falta de ambos) y la importancia de aprender “cosas de mujeres” como preparación para la conyugalidad y la maternidad (cuidar de los miembros de la familia, realizar actividades domésticas y observar un comportamiento “femenino”).

En cuanto al segundo objetivo, interesaba acercarse a los saberes y prácticas acerca del cuidado de la salud infantil, como un proceso de aprendizaje que ocurre básicamente en la interacción doméstica. Por ello se preguntó a las madres sobre su experiencia frente a la enfermedad y la muerte; sobre morbi-mortalidad (desde

sus abuelos y padres, hasta sus hermanos y ellas mismas), y sobre quiénes y cómo se hacían cargo de los enfermos.⁶

Ya que el interés en el cuidado infantil se centró en el proceso salud-enfermedad de los menores de cinco años, se preguntó si las madres habían recibido o no atención durante sus embarazos y de qué tipo; las características de sus partos, dónde se atendieron y si habían tenido alguna complicación; el peso y talla de cada uno de sus hijos al nacer y si requirieron algún tipo de tratamiento especial; los cuidados durante el puerperio y el seguimiento del desarrollo de sus hijos durante los primeros 14 a 18 meses.

También se obtuvo información sobre alimentación (amamantamiento y ablactación principalmente); prevención de la salud (vacunación, prácticas de higiene corporal y en la preparación de alimentos); detección de síntomas de padecimientos y enfermedades desde el nacimiento de cada uno de los hijos; las acciones que realizan para restablecer el equilibrio salud-enfermedad y sobre la incidencia de accidentes y sus características: dónde y cómo ocurrieron.

Por otra parte, se indagó sobre su experiencia de socialización secundaria en el campo de la salud infantil. Se puso especial énfasis en saber si el trabajo remunerado las había puesto en contacto con la práctica de la medicina institucional y si esto había significado un (re)aprendizaje sobre el cuidado de la salud de sus hijos.

Con la información recabada fue posible responder al tercer objetivo de investigación: reconstruir las estrategias⁷ que se generan en el interior de la unidad doméstica para prevenir y atender la salud de los menores de cinco años cuya madre trabaja. Lo que se pretendió fue poner de relieve las interacciones que ocurren en el ámbito doméstico en relación con el cuidado infantil y no sólo el papel de la madre en la crianza de los hijos.

⁶ Cabe decir que se obtuvo información acerca de la experiencia de las madres de las entrevistadas durante sus embarazos, partos, puerperios y sobre las medidas de prevención y atención de la salud de los hijos, con la finalidad de saber si esa experiencia formó parte del aprendizaje de las hoy madres de menores de cinco años.

⁷ Se entendió por "estrategia" el conjunto de acciones preventivas y de atención que se realizan en el interior de la unidad doméstica con el fin de procurar la salud de los niños.

Finalmente, el análisis comparativo de la información recabada permitió construir una serie de tipos de dinámicas domésticas para situar en ellas el cuidado de los menores de cinco años.⁸

RESULTADOS

Condicionantes del trabajo de la mujer de escasos recursos

Casi todas las entrevistadas —nativas y migrantes— son hijas o nietas de campesinos de *cuasi* subsistencia en entidades federativas cercanas a la ciudad de México. De las migrantes, algunas llegaron solas a esta ciudad cuando tenían entre 14 y 16 años; otras llegaron niñas, con sus padres, con su madre o con otros parientes (abuelos, hermanas mayores o tías). Las demás migraron sin su cónyuge y con sus hijos, cuando tenían más de 20 años. Esto significa que la mayoría se socializó en el marco de los valores, normas y prácticas que han caracterizado a los grupos domésticos de producción y consumo agrícola (Arizpe, 1986; Pepin-Lehaleur y Rendón, 1989 y Salles, 1989).⁹

Al reconstruir sus historias laborales, se encontró que hay cuatro factores que condicionaron su incorporación al trabajo remunerado: *i*) el tipo de actividad productiva por medio de la cual se mantenían sus unidades domésticas de origen; *ii*) el hecho de que el padre fuera o no el principal proveedor económico de ingresos; *iii*) la relación entre los recursos generados por los miembros y el tamaño del grupo familiar, y *iv*) el orden de nacimiento.

⁸ No se considera que se haya llegado a construir una tipología acabada de estrategias para el cuidado infantil en hogares en los que la madre de niños pequeños trabaja remuneradamente. Según mi propia evaluación crítica, lo que se logró fue sentar algunas bases para una tipología; se trata, entonces, de un acercamiento y no de un producto terminado.

⁹ Cabe señalar que la información recabada sobre las características de los grupos domésticos de origen rural es consistente con la que hace más de una década obtuvo Arizpe (1980). Llama la atención en particular que, tanto en su estudio como en éste, se haya encontrado que en las unidades de *cuasi* subsistencia se “destine”, preferentemente, a la hija mayor para migrar y se le asigne la responsabilidad de enviar recursos monetarios a su grupo doméstico de origen.

Se encontró que las hijas mayores de unidades agrícolas de *cuasi* subsistencia de ocho a diez miembros y cuyo padre fue reconocido como el principal proveedor de ingresos, empezaron a realizar tareas asociadas a la reproducción (entre otras, cuidar de sus hermanos menores) y a actividades productivas sin remuneración, entre los 7 y 8 años. Estas mujeres son las que tienen el más bajo nivel escolar (primaria incompleta) debido a que dejaron la escuela para realizar dichas tareas.

Entre ellas, sin embargo, hubo una serie de diferencias que definieron dos trayectorias laborales distintas. Por un lado, están las que se unieron hacia los 15 años, se quedaron más tiempo a vivir en su comunidad de origen y tienen entre cuatro y seis hijos. Tras la ruptura de esa unión, migraron a la ciudad de México sin su cónyuge y con sus hijos, cuando tenían más de 20 años.

En esta ciudad ingresaron al empleo doméstico remunerado o a pequeños establecimientos comerciales; más tarde, algunas empezaron a dedicarse al comercio por cuenta propia. Hoy tienen entre 35 y 40 años; siguen haciéndose cargo de la manutención de su descendencia y no cuentan con acceso a las instituciones de salud pública para los asalariados (IMSS o ISSSTE).

Por otro lado, están las mujeres que migraron solas más o menos a la misma edad a la que se unieron las anteriores (entre los 14 y los 16 años), siendo solteras y sin hijos. Su trayectoria laboral en el Distrito Federal se inició también en el empleo doméstico remunerado o en establecimientos comerciales, pero después de unos años ingresaron al empleo manual asalariado en el sector servicios. Esto les ha permitido tener acceso a las instituciones de salud y seguridad social. A diferencia de las primeras, se unieron después de los 20 años y tienen uno o dos hijos, a pesar de que su edad promedio es de 35.

Las primogénitas de hogares en los que el padre no fue proveedor económico de ingresos (porque murió, se separó o abandonó a la madre), también tuvieron que hacerse cargo de tareas domésticas y de cuidar de sus hermanos, pero un poco mayores, hacia los 10 o 12 años. Se trata de quienes migraron de niñas con su madre y hermano(as) u otros parientes y la supervivencia del grupo doméstico dependió del trabajo de la madre (generalmente no asalariado) y/o de otros miembros de la familia. Se

incorporaron también al empleo remunerado como empleadas domésticas o en establecimientos comerciales; pero la mayoría trabajaron como empleadas no remuneradas en establecimientos familiares. Empezaron a trabajar entre los 13 y 14 años y no necesariamente tuvieron que dejar la escuela durante o al terminar la primaria, por lo que su escolaridad llegó a ser de nivel medio básico.

Entre ellas también se observó la diferencia entre quienes se unieron más jóvenes (alrededor de los 15 años) y tienen mayor fecundidad (entre tres y cinco hijos); y las que se unieron más tarde (hacia los 20 años) y tienen tres hijos en promedio. Sin embargo, las que disolvieron su unión, al reincorporarse al trabajo remunerado pudieron ingresar al empleo manual asalariado en virtud de su nivel escolar, y por tanto, tienen acceso a las instituciones públicas de salud.

Finalmente, están las hijas de migrantes y nativos cuyos hogares de origen dependieron del trabajo asalariado del padre en el mercado urbano, para la manutención de entre cuatro y seis miembros. Las mujeres que pertenecieron a estos hogares, más que habérseles destinado desde pequeñas a tareas ligadas a la reproducción, se les socializó para la conyugalidad y la maternidad. Esto significa que no se vieron obligadas a hacerse cargo de una parte importante del trabajo doméstico ni del cuidado de sus hermanos menores, sino que fueron entrenadas mediante la asignación de algunas tareas para su futuro como esposas y madres. Ellas alcanzaron mayor nivel escolar que el resto: educación media superior e ingresaron al mercado de trabajo más tarde, hacia los 16 o 17 años, como asalariadas no manuales. Se unieron en promedio a los 18 años y tienen de dos a tres hijos.

Interesa destacar que las mujeres que tienen menos escolaridad y un empleo mal remunerado y de poco prestigio, como el doméstico, lo dejan al unirse confiando en que su cónyuge cumplirá con el papel de proveedor económico. Cuando esta promesa no se cumple, se ven obligadas a reincorporarse al mercado de trabajo, y frecuentemente tienen que ocuparse en el servicio doméstico o en establecimientos comerciales. En algunos casos, las que habían sido asalariadas antes de la unión logran conseguir empleo en el mercado formal.

Para las mujeres que no cuentan con el apoyo del padre de sus hijos, más aún si no tienen una red familiar de apoyo o ésta es débil, obviamente su salario es la condición necesaria para que ellas y sus hijos logren sobrevivir.

Entre las mujeres con mayor escolaridad, con trabajos de mayor prestigio —asalariadas no manuales— y remuneración, la razón para cambiar de empleo son los hijos, o mejor dicho, el primero. Asimismo, las que cuentan con el ingreso de su cónyuge, al propio lo perciben como un complemento al gasto familiar e incluso como un recurso extra para sí mismas o para ahorrar.

Por último, pudo observarse que para las mujeres que contaban con muy pocos recursos antes de la unión, entre ellos una baja escolaridad, cuanto más tiempo “invierten” en formar y consolidar una familia biparental, más tiempo tardan en formar, con sus propios ingresos, una base material que, aunque mínima, es necesaria para el desarrollo de sus hijos. Se trata de las mujeres cuyo cónyuge, por diversas razones, no ha sido proveedor económico del hogar y/o mantuvo una relación de maltrato y violencia conyugal.

En síntesis, puede decirse que la realización de tareas productivas combinadas con las vinculadas a la reproducción, es una experiencia que atraviesa la vida de las mujeres de familias de escasos recursos desde temprana edad. No obstante, según el tamaño, composición, actividad principal y recursos que los miembros del núcleo generen, las mujeres se incorporan a diferentes edades en diversos ámbitos de trabajo.

“Pequeñas madres” e “hijas de familia”

Una vez planteados algunos condicionantes del trabajo remunerado, en este apartado se caracterizan dos tipos de madres-trabajadoras que se han denominado “pequeñas madres” e “hijas de familia”.

Para elaborar estos tipos se partió de considerar que una parte importante de las opciones posibles para cada individuo se establecen en los primeros años de la vida; y que la identidad de género no se adquiere sólo por el aprendizaje de papeles que suponen atributos, capacidades y actividades diferentes para los hombres

y las mujeres. Lo fundamental en la adquisición de los papeles masculino y femenino es la introyección de la forma de relación entre los géneros que prevalece en la sociedad (Dio Bleichmar, 1985; Burin, 1987; Kaufman, 1989 y Riquer, 1993).

Puede decirse que las primogénitas que crecieron en: *i*) unidades domésticas con componente nuclear o mono-parentales con jefatura femenina; *ii*) cuyos padres tienen nula o baja escolaridad (primaria incompleta); *iii*) sus madres tuvieron una alta fecundidad (8 hijos vivos en promedio); *iv*) que contaban con recursos materiales y económicos limitados para sostener, en la fase temprana del ciclo doméstico, a unidades de ocho a diez miembros, se constituyeron en "pequeñas madres".

Con esta denominación se quiere subrayar que se trata de mujeres que prácticamente pasan de la primera infancia a la vida adulta sin vivir la adolescencia. Esto significa, entre otras cosas, que muy pronto dejan de ser cuidadas por otros (la madre en concreto) para empezar a cuidar de otros (los hermanos principalmente).

Los rasgos más importantes que permiten caracterizar este tipo de mujeres son: *i*) incorporación temprana a la actividad doméstica y a tareas productivas; *ii*) abandono temprano de la escuela; *iii*) prácticamente nulo reconocimiento de la importancia y valor de sus actividades; *iv*) muy poco soporte afectivo; *v*) discriminación respecto del trato que se les daba a los hermanos y las hermanas menores.

También interesa poner de relieve que cuando hacerse cargo de otros no tiene ningún reconocimiento por parte de los miembros de la unidad, las mujeres experimentan una vivencia de injusticia, ya que saben que las tareas que realizan los hermanos sí merecen reconocimiento y ciertas recompensas en dinero o en permisos para pasear o divertirse, que ellas no disfrutaban.

En estos casos, la unión conyugal temprana se ve como una "salida" para el malestar que produce lo que se considera injusto. Pero muchas veces, esa salida resulta una puerta falsa para que estas mujeres logren afirmarse como personas. Si sobreviene la ruptura, con pocos recursos y baja autoestima se tienen que enfrentar a combinar la crianza y la manutención de sus hijos.

Así, un conjunto de factores que perfilan una situación de pobreza, coloca a unos miembros de la familia y no a otros, en

peores lugares y condiciones para su futuro; en este caso, a las mujeres que se ha denominado “pequeñas madres”.

El segundo tipo se construyó a partir de la experiencia de las mujeres que: *i*) crecieron en familias con componente nuclear en la que el padre cumplió el papel de proveedor económico, independientemente de si la madre tuvo un trabajo remunerado; *ii*) ambos padres o alguno tienen mayor escolaridad (secundaria o más); *iii*) sus madres tuvieron una menor fecundidad (de dos a cuatro hijos vivos); *iv*) contaron con recursos materiales y económicos para mantener, por encima del límite de la supervivencia, a los miembros de unidades domésticas más pequeñas (de cuatro a seis miembros en promedio). A éstas se les llamó “hijas de familia”.

Los rasgos que caracterizan a este tipo de mujeres son: *i*) incorporación más tardía a las tareas domésticas; pero, sobre todo, una incorporación no impuesta, sino que formó parte de su socialización para la conyugalidad y la maternidad; *ii*) mayor alcance escolar; *iii*) reconocimiento como personas; *iv*) soporte afectivo; *v*) menor discriminación por el hecho de ser mujeres en cuanto al trato que se les dio a los hermanos.

Las “hijas de familia” son mujeres que tuvieron quién se hiciera cargo de ellas por más tiempo; en consecuencia, pasaron por más etapas que las “pequeñas madres”: tuvieron infancia y adolescencia. Sin embargo, este tipo de mujeres tienen menor conciencia o sentimiento de que existe una subvaloración de la mujer y las actividades que se les adjudican; no obstante que se les permitió hacer o aprender lo que ellas mismas denominan “cosas de hombres” y que esas “cosas” tienen más prestigio o valor. Pero de cualquier modo contaron con más recursos (mayor escolaridad y aprecio por sí mismas) para asumir la crianza de sus hijos. Ellas pueden ver su trabajo como un recurso más que contribuye a lo que perciben como un buen desarrollo de su prole.

Experiencia frente a la enfermedad y la muerte

Las entrevistadas de origen rural crecieron en contextos familiares y comunitarios en los que los padecimientos, las enfermedades e incluso la muerte, eran frecuentes, casi parte de la vida cotidiana.

Por un lado, estuvieron expuestas a una alta mortalidad infantil, ya fuera la de sus hermano(as) (se registró, por lo menos uno(a) que murió entre el año y los seis en casi todas las familias de origen rural) y/o la de otros niños de sus comunidades (las mujeres hablaron de epidemias, de sarampión por ejemplo, que causaban la muerte de varios niños de la comunidad). Por otro lado, crecieron sin que sus familiares tuvieran acceso a centros de salud pública, lo que hacía que gran parte de los padecimientos y enfermedades se diagnosticaran, atendieran y curaran en el hogar.

En consecuencia, se socializaron oyendo sobre diversos síntomas de desequilibrio en el proceso salud-enfermedad y viendo actuar a sus madres o abuelas para atenderles. Observaron que su "estrategia" incluía, primero, acciones distintas según el síntoma del que se tratara; segundo, una combinación de procedimientos para restablecer el equilibrio entre la salud y la enfermedad.

Esta combinación incluía tanto el uso de infusiones hechas con plantas y medicinas de patente como modificaciones en la dieta cuando, según su valoración, el síntoma no ameritaba consultar al médico "particular" o al farmacéutico. Y, con base en una distinción entre lo que puede curar la medicina institucional o la medicina tradicional, acudían a médicos o curanderas, cuando la valoración realizada hacía sospechar que el padecimiento o la enfermedad ponían en riesgo la vida.

Por tanto, crecieron observando que a su madre, a su abuela o a ellas mismas "les tocaba" atender a otros miembros de la familia, no sólo haciéndose cargo del trabajo doméstico y contribuyendo con un ingreso, sino cumpliendo el papel de "curadoras" (Modena, 1990). Observaron también que ningún hombre de su familia jugaba un papel activo frente a la enfermedad y la muerte (Menéndez, s./f.).

Ahora bien, salvo para las "pequeñas madres" que se unieron hacia los 15 años y sus hijos que nacieron en comunidades rurales, el contexto en el que el resto crió a sus hijos cambió radicalmente. Este cambio se manifiesta, primero, en su conducta reproductiva: a diferencia de sus madres que, en general, tuvieron el aborto como única opción para espaciar el nacimiento de sus hijos (se registró por lo menos un aborto provocado en casi todas las madres de origen rural), las entrevistadas, después del primer parto empezaron a utilizar distintos métodos anticonceptivos.

El resultado ha sido que su fecundidad promedio sea de cuatro hijos nacidos vivos, mientras la de la generación de sus madres fue de ocho, aunque hay que considerar que las entrevistadas aún están en la etapa reproductiva; pero también que siguen utilizando algún método anticonceptivo, y que varias de ellas están esterilizadas.

De igual modo, tuvieron acceso a la medicación del embarazo y el parto, ya que han acudido con cierta regularidad a consultas de reconocimiento durante la gestación, sus hijos han nacido en hospitales públicos o privados, y los han llevado a consultas mensuales durante los primeros 12 a 14 meses de vida.

Otros cambios significativos se refieren al amamantamiento y la ablactación: mientras sus madres amamantaron a sus hijos durante seis meses y algunas hasta más de 18, las entrevistadas lo hicieron en promedio cuatro meses y empezaron más temprano la ablactación (hacia los dos meses y medio, mientras sus madres la iniciaban hacia el cuarto mes). Coincidiendo con otros estudios sobre este tema (Leslie, 1989 y Pérez-Gil, 1992), se encontró que la alimentación mixta desde temprana edad parece ser la tendencia dominante entre mujeres de escasos recursos en los últimos años.

Dos factores "macro" explican los cambios encontrados al comparar la conducta de las madres con la de las entrevistadas: la política de población que se ha seguido en el país en los últimos 20 años y la expansión de los sistemas de salud pública que ha tenido lugar a partir de los años sesenta.

Además de estos factores, algunas de las diferencias que se detectaron entre mujeres contemporáneas pueden ser explicadas con base en su experiencia laboral. Las mujeres que migraron solas, antes de unirse y tener hijos, declararon que habían aprendido una forma distinta de cuidar a sus hijos por medio del trabajo doméstico remunerado. Las que han sido asalariadas también antes de la unión, dijeron haber complementado ese aprendizaje o haberlo iniciado (si no habían sido empleadas domésticas o no se habían hecho cargo de niños pequeños) por su contacto con las instituciones médicas, a lo largo de la gestación y durante el primer año de vida de sus hijos. Dos indicadores expresan la importancia que ha tenido su acceso a esos servicios: la mortalidad y el peso al nacer, de sus hijos.

Como se sabe, vario(as) autores(as) (De Barbieri, 1990 y Mier y Terán, 1992) han señalado que la expansión de los servicios públicos de salud —en particular la medicalización del embarazo y la atención hospitalaria del parto— ha jugado un papel determinante en el decremento de la mortalidad infantil en el país. De ahí que se considere que el acceso que tienen los hijos de las mujeres asalariadas a dichos servicios, ha resultado una ventaja en términos de sus posibilidades de sobrevivir; sólo se registraron casos de mortalidad infantil entre los hijos de mujeres que nacieron en comunidades rurales y que no tenían acceso a servicios de salud.

El peso al nacer se consideró sólo como un indicador grueso del estado inicial de salud de los niños, pero que no predice sobre su futuro. Tomando esto en consideración, se encontró que los pesos extremos fluctuaron entre los 2.200 y los 4.500 kg, pero la mayoría de los niños nacieron con más de 3.500 kg y alrededor de 50 centímetros en promedio, lo que se asocia con el acceso a los centros de salud públicos y privados, ya que las mujeres, salvo las de origen rural que se unieron jóvenes, recibieron complementos vitamínicos y hierro, por prescripción médica, a lo largo de por lo menos uno de sus embarazos (en algunos casos en el primero, y en otros, cuando el médico detectó disfunciones en la madre).

Pasando al tema de la higiene y tomando en cuenta no únicamente las declaraciones sino las características de la vivienda (pisos de cemento, mosaico o loseta, agua entubada y drenaje), a diferencia de su experiencia de niñas, para la crianza de sus hijos cuentan con mejores condiciones para evitar, en particular, los padecimientos infecto-contagiosos. Además, sus hijos han recibido atención temprana en los casos de diarrea.

Por otra parte, todas las madres declararon haber vacunado a sus hijos desde pequeños; algunas dijeron que a partir del año, habían tomado con cierta negligencia el ponerles los refuerzos. Al respecto, como en general en todo lo concerniente a las medidas preventivas (incluidas las de higiene), hubo madres que mostraron más preocupación e interés que otras; lo que parece asociado no sólo a factores como el origen, la escolaridad y el tipo de empleo, sino a rasgos de personalidad y de carácter (que no fueron materia de estudio, pero que merecerían analizarse).

Saberes y prácticas sobre cuidado infantil

Sobre lo que las madres saben y hacen para restablecer el equilibrio salud-enfermedad, se encontró que cuando detectan algún síntoma, actúan de manera similar a como lo hacían sus propias madres. Esto es, ante la fiebre, falta de apetito, exceso de sueño, dolores intensos de estómago o de cabeza y algunos problemas en la piel, comúnmente consultan al médico o a la curandera. Los síntomas más leves como tos, fluido nasal, dolores de estómago o de cabeza menos intensos y la diarrea, sólo ameritan consulta si se manifiestan junto con fiebre y por un periodo que las madres consideran excesivo.

Si bien no hay una medida única para determinar cuánto tiempo es “demasiado”, se encontró que actúan con más o menos celeridad dependiendo de la edad de los niños: durante los primeros doce o catorce meses de vida, llevan a sus hijos al médico por fiebre, falta de apetito y diarrea, prácticamente desde que se presenta el síntoma. A partir de esa edad, les suministran algún medicamento de patente que ya han utilizado antes por prescripción médica, y si desaparece el síntoma, no van a consulta. De este modo, al igual que sus madres, cuando las entrevistadas consideran que el síntoma no amerita la consulta médica, ellas se hacen cargo de determinar la terapéutica a aplicar. Las excepciones son madres que mostraron mayor interés y preocupación por el tema de la prevención y la salud de sus hijos.

En cuanto a la explicación o comprensión de enfermedades y padecimientos, se encontró que la variable que discrimina es la escolaridad alcanzada. Si bien la mayoría atribuye las causas a un agente externo al organismo humano, las que tienen menor escolaridad mencionaron el frío, las condiciones del medio ambiente en la ciudad de México (tanto la contaminación del aire como del agua), los excesos en la comida y la ingestión de alimentos poco nutritivos (golosinas) o en mal estado. Las que tienen más escolaridad, además de estas causas, mencionaron los virus y las bacterias. Algunas de las mujeres que parecen más interesadas por el tema de la salud, consideran que la causa principal es de origen hereditario e intrínseco al organismo infantil.

Por lo demás, parece haber congruencia entre lo que consideran la causa de un padecimiento o enfermedad y la terapéutica que

eligen: si lo que ocasiona la disfunción es un agente externo como los mencionados (frío o contaminación del aire, agua o alimentos) y los síntomas (tos, fluido nasal, dolores o diarrea) se presentan acompañados de fiebre, acuden al médico. Pero si consideran que el síntoma es producto de excesos en la comida, o bien son provocados por alguien que quiere hacerle un mal a su hijo, acuden a curanderas. Así, utilizan una denominación distinta para las enfermedades y para los padecimientos: entre las primeras están, en general, los problemas en las vías respiratorias o del aparato digestivo; entre los segundos, básicamente “el empacho” y “el mal de ojo”.

En suma, se detectaron centralmente dos interpretaciones de las causas de padecimientos y enfermedades. En la primera, que en general corresponde a las mujeres de origen rural que tienen menos escolaridad, la causa principal y prácticamente directa es el medio exterior, pero el agente puede ser impersonal como el frío o la contaminación, o una persona mal intencionada que desea causar daño. En la otra, también hay causas externas al organismo pero se trata de agentes como virus y bacterias; sin embargo, se presume que el organismo puede tener una constitución débil de carácter genético que es lo que propicia las enfermedades. En esta interpretación, las condiciones del medio ambiente, por ejemplo, potencian o agravan el mal estado del organismo de los hijos. Esto es, no son factores causales, sino mediaciones.

Finalmente, en cuanto a los accidentes se encontró, por un lado, que prácticamente todos los que pueden considerarse de cierta gravedad (en tanto implicaron atención médica hospitalaria), ocurrieron en presencia de la madre. Por otro, que en unos cuantos grupos domésticos se concentró el mayor número de ellos. Es decir, se encontró lo que podría interpretarse como una tendencia a repetir episodios accidentales en cada uno de los hijos.

Tipos de dinámica doméstica y estrategia para el cuidado infantil

Prácticamente todas las mujeres entrevistadas han experimentado una suerte de “maternidad compartida”: han cuidado y criado a sus hijos junto con otras mujeres (suegra, madre, hermanas, cuña-

das, etcétera) en unidades compuestas. Incluso las que no han vivido en una familia ya constituida (sea la de sus suegros o la de sus padres), han contado con la participación de alguna mujer (tía, hermana, vecina) por lo menos los primeros meses después del nacimiento de su o sus hijos y siguen contando, eventualmente, con ayuda familiar.

Ahora bien, con base en la experiencia de las entrevistadas y considerando su edad como indicador de su ciclo vital y la edad de su hijo(a) mayor como indicador del ciclo doméstico, se elaboraron los siguientes “tipos” de dinámicas domésticas.

Unidad compuesta tipo I

Este tipo se conformó a partir de la experiencia de mujeres que hoy tienen más de 35 años, cuyo(a) hijo(a) mayor tiene 15 o más y el (la) más pequeño(a) cinco o menos. Son “pequeñas madres” que se unieron hacia los 15 años y que no realizaron actividades remuneradas mientras duró su primera o única relación conyugal. Estas mujeres criaron a sus hijos en los hogares ya constituidos de sus suegros, en los que vivieron desde cinco y hasta más de diez años y se independizaron una vez que rompieron su primera unión.

El elemento que caracteriza la dinámica de este tipo de grupo es la violencia intradoméstica. En relación con el cuidado infantil y la salud, resultó evidente que una dinámica marcada por la agresión y la violencia sistemática, entre los miembros del grupo doméstico, no resulta en absoluto adecuada para el desarrollo de los menores. Además de las lesiones provocadas a éstos por el maltrato, se registró una serie de síntomas (nerviosismo, falta de apetito, exceso de sueño, etcétera) que, sin acabar de definir una enfermedad o padecimiento, aluden a algún grado de daño a la salud.

En algunos casos, los hijos, por lo menos en sus primeros meses, tuvieron mayor atención que cuando sus madres se vieron obligadas a dejar a su cónyuge; ya que, no obstante las disputas, los conflictos y la agresión, la suegra privilegiaba la atención del nuevo miembro de la familia frente a los demás. Es decir, si los recursos económicos y la infraestructura del hogar eran limitados, al bebé (particularmente al primogénito) se le preparaban higiénicamente los alimentos, se le procuró dar la mejor alimentación, bañarlo con

frecuencia y cuidarlo de que no sufriera accidentes, por lo menos durante el primer año, aunque en algunos casos fue inevitable que algún hijo(a) muriera de diarrea.

El periodo más difícil para estar al tanto del cuidado de los hijos es el posterior a la separación, ya que es el momento en que las mujeres tienen que reorganizar su vida “de la noche a la mañana”, lo cual implica desde conseguir un lugar para pasar algunos días, semanas o meses (generalmente la casa de los padres, de la madre o de algún otro pariente), conseguir un empleo y, más adelante, hacerse de un lugar independiente para vivir.

En este tipo de experiencia, la acción fundamental que se emprende —más que para procurar la salud de los hijos, para garantizar que por lo menos puedan comer— es que la madre se incorpore al trabajo remunerado. Al disolver su unión, dependiendo de si cuenta o no con ayuda familiar o de otro tipo y de la edad de los hijos, hace lo siguiente: si no tiene una hija o hijo mayor de diez años, los deja a todos o a algunos al cuidado, generalmente, de la abuela materna; pero si tiene una hija, la destina, a su vez, como “pequeña madre”.

Podría decirse que para este tipo de mujeres la maternidad no ha sido estrictamente una opción. Es decir, fue algo que les ocurrió como si se tratara de una fatalidad, ya que a pesar de existir condiciones “macro” para planificar la fecundidad, sus condiciones más inmediatas impidieron que pudieran manipular el aspecto biológico de la procreación.

Por otra parte, invirtieron quizá demasiado tiempo en esperar que su compañero cumpliera la promesa tácita de ayudarlas a afirmarse como personas y la explícita de formar y mantener un hogar. Al parecer, es hasta que se separan y logran tener por lo menos un ingreso seguro, cuando sus hijos se convierten en lo que podría considerarse un proyecto personal.

Unidad compuesta tipo II

Este segundo tipo se elaboró sobre la base de la experiencia de mujeres que tienen entre 20 y 30 años, cuyo(a) hijo(a) mayor tiene cinco y que viven en la actualidad en unidades compuestas por la pareja, su descendencia y familiares del cónyuge. En general, se

trata de “hijas de familia” de migrantes rurales a la ciudad, cuyos hogares de gestación dependieron del producto del trabajo remunerado de sus miembros o de una pequeña empresa familiar (comerciantes por cuenta propia).

El tamaño promedio de estas unidades es de ocho miembros, y en ellas, la pareja dispone de su ingreso —que va de dos a dos y medio salarios mínimos— para sus propios gastos, pero contribuye con una cantidad mensual para la compra de alimentos y el pago de renta y servicios. Es común que se piense que lo que aporta el cónyuge alcanza para cubrir las necesidades de alimentación, vestido, vivienda y servicios y que el ingreso de la madre se perciba como un complemento al gasto familiar.

Cada grupo nuclear tiene definido un espacio privado dentro de la vivienda, pero comparte la cocina y el baño con el resto de los habitantes. Una o más mujeres del grupo doméstico cocinan para todos y se reparten el aseo de las áreas comunes, aunque cada una es responsable de la limpieza de su propia habitación (generalmente un cuarto).

Como se ha encontrado en otros estudios (Charles y Riquer, 1989), en éste se observó que en las unidades compuestas a la mujer de mayor edad se le reconoce el papel de autoridad para lo concerniente, en particular, a las decisiones sobre alimentación y uso del gasto común. En cuanto al cuidado de los menores, su madre se hace cargo de alimentarlos entre los primeros 12 a 18 meses. Después de esa edad, los niños empiezan a comer con los mayores y entre las mujeres del grupo se reparten la tarea de alimentarlos. La madre es también la encargada de llevarlos al médico, tanto a consultas mensuales durante el primer año como en caso de detección de los síntomas que lo ameriten. Cabe decir que en éste y en el resto de los tipos de grupos domésticos se registraron los mismos síntomas de padecimientos y enfermedades, fundamentalmente los que se asocian con problemas en los aparatos respiratorio y digestivo.

En este tipo, sin embargo, se ubican las mujeres que permanecen más cerca de la medicina tradicional y de sus terapéuticas y es en el que se registraron más casos de problemas en la piel (“granos”) y de padecimientos acompañados de supuración. Respecto a los accidentes, no se registró ninguno que implicara atención

médica ni hospitalaria. Sólo se registraron caídas de la cama, de niños menores de 14 meses.

Además de que en esta dinámica están ausentes la agresión y la violencia como formas sistemáticas de relación entre los miembros de la unidad y entre la pareja, lo que caracteriza a este tipo es la relación entre la madre de niños pequeños y la mujer de mayor edad a la que se le reconoce la autoridad. Entre esta mujer —que comúnmente es la suegra— y la o las nueras, la relación es de tensión, pero se mantiene en un equilibrio entre la solidaridad y el conflicto. Generalmente, las madres de menores reconocen que la suegra les ayuda a vigilar y a atender a sus hijos, pero únicamente mientras ellas salen a trabajar. Da la impresión que, en esta dinámica, se le disputa a la suegra lo que las entrevistadas consideran el derecho de cuidar de sus hijos.

Aunque no pueda afirmarse tajantemente que la maternidad sea lo que dé sentido a sus vidas, los cuidados que requieren sus hijos y las tareas de mantenimiento del hogar organizan su tiempo y las determinaciones concernientes a su actividad laboral; entre ellas, la de pasar del mercado formal al informal. La razón: hacer compatibles las exigencias del cuidado de los hijos con el interés por contar con un ingreso propio.

Unidades compuestas tipo III

Un tercer y último tipo de dinámica de unidades compuestas se construyó sobre la base de la experiencia de mujeres que cohabitan con sus hijos y miembros de su familia y no necesariamente con su pareja. Sus edades fluctúan entre los 23 y los 32 años; las de mayor edad tienen algún(a) hijo(a) menor así como alguno(a) mayor de cinco años pero menor de diez. Se trata tanto de “pequeñas madres” como de “hijas de familia”, también de origen rural, cuyos hogares de gestación se mantuvieron del comercio por cuenta propia y/o del empleo asalariado de sus miembros.

Antes de la unión conyugal han sido comerciantes por cuenta propia o asalariadas no manuales. Igual que las del grupo anterior, las asalariadas cambiaron de empleo al nacer su primogénito(a), por la razón arriba señalada; mientras las que eran comerciantes

pudieron continuar con su actividad, porque les permitió adaptar más fácilmente sus horas de trabajo al cuidado de sus hijos.

El tamaño promedio de estas unidades es también de ocho miembros y se da el mismo tipo de separación tanto del gasto como del espacio en el interior de la vivienda; pero en el caso de mujeres sin cónyuge, la delimitación de un espacio privado para la mujer y sus hijos es menos clara, tanto como la demarcación entre gastos comunes e individuales.

De este modo, el ingreso de la madre tiene una connotación distinta: *i*) si comparte la vivienda con su progenitora, el cónyuge y los hijos; *ii*) si la comparte con su progenitora, los hijos y otros parientes (hermanos, cuñadas, sobrinos); y *iii*) si cohabita con otros parientes de la misma o menor edad. En el primer caso, su ingreso se percibe igual que en el tipo anterior, como un complemento; en la segunda situación, en ausencia del cónyuge y dado que no se hace una división estricta entre gastos globales e individuales, el ingreso de la madre se vive como un recurso para que ella y sus hijos tengan acceso a un mayor consumo (por ejemplo, de ropa y calzado). En el tercer caso, cuando no cohabita con su madre ni con su cónyuge, su ingreso es el insumo principal para la reproducción del núcleo doméstico: son jefas económicas del hogar.

En cuanto al cuidado de los menores, cuando la entrevistada no vive con su cónyuge, independientemente del grado de conflictividad en la relación con su madre, ésta tiene un papel mucho más activo en el cuidado de sus nietos. Podría decirse que es prácticamente indistinto si es la abuela o la madre la que se hace cargo de preparar los alimentos, de alimentar y bañar a los niños y de vigilar que no sufran accidentes. Pero igual que en el tipo anterior, a la madre le corresponde llevarlos al médico cuando ella o la abuela detectan algún padecimiento o enfermedad. No es así en los casos en los que la mujer vive con su cónyuge, ya que son ellas las que tienen la responsabilidad central sobre sus hijos.

Los síntomas de padecimientos y enfermedades que se registraron son, de nuevo, los relacionados con problemas del aparato respiratorio y digestivo, aunque no se registraron enfermedades de la piel, ni declaraciones constantes de padecimientos con supuración. Cabe decir, que a pesar de ser las madres de origen rural,

recurren menos a las prácticas médicas tradicionales. En estos casos tampoco se registraron accidentes de gravedad que hubieran requerido consulta médica.

Finalmente, sin que tampoco pueda afirmarse que la maternidad es lo que da sentido a sus vidas, fue claro que deseaban ser madres y que han ajustado sus decisiones respecto a la actividad laboral en función de los requerimientos de atención de los hijos.

Unidad nuclear tipo I

Sobre la base de la experiencia de las mujeres que viven actualmente con su cónyuge y sus hijos, se constituyó este primer tipo nuclear. Lo primero que resalta es que, aunque hayan iniciado su propio ciclo doméstico en el hogar ya constituido de sus suegros, de sus padres o de otros parientes (tíos, por ejemplo), sólo permanecieron en ellos entre seis meses y tres años cuando más. De ahí que por lo menos a partir del nacimiento del(la) segundo(a) hijo(a), se hayan dedicado prácticamente solas al cuidado cotidiano de su descendencia; aunque todas cuentan con algún tipo de ayuda familiar esporádica.

Comúnmente, a raíz del nacimiento del primer hijo (a) dejaron su empleo asalariado para obtener un ingreso por cuenta propia, pero hubo casos de mujeres que dejaron de trabajar para atender al bebé. Éstas corresponden, en general, al tipo "hijas de familia" y sus hogares de gestación se mantuvieron del producto del trabajo asalariado de sus miembros. Su edad fluctúa entre los 21 y los 26 años y tienen solamente hijos menores de cinco años. El tamaño promedio de estas unidades es de tres miembros y el ingreso con el que cuentan es un poco más alto que el de las parejas que viven en unidades compuestas: de tres a tres y medio salarios mínimos.

Es interesante hacer notar que a pesar de haber elegido un tipo de actividad remunerada compatible con la crianza de sus hijos, los síntomas de padecimientos y enfermedades infantiles que estas mujeres reportaron, no son muy distintos a los del resto de las entrevistadas. Llama la atención, además, que entre ellas se hayan manifestado dos posiciones opuestas en cuanto al interés y la preocupación por la salud de sus hijos.

Por un lado, estarían las madres más interesadas y preocupadas por la salud de sus hijos, a quienes no les han bastado los conocimientos adquiridos en su entrenamiento con su madre o su suegra, sino que han leído libros de difusión sobre medicina y enciclopedias; son muy “preguntonas” y “quisquillosas” con los médicos y “sus mejores clientas”.

Algunas de estas mujeres temen que sus hijos no sean sanos, y desde su nacimiento les han detectado síntomas de alergias, asma, problemas de apetito y de la digestión de determinados alimentos (particularmente la leche de vaca). Son también las que atribuyen el mal estado de salud de sus hijos a la herencia genética; esto es, a que ellas tampoco se consideran personas sanas y/o a que han tenido problemas para embarazarse debido a un inadecuado funcionamiento hormonal. Por ello, cuando sus hijos se enferman, se sienten en alguna medida culpables, acuden al médico y muchas veces cuestionan el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

En cuanto a los accidentes, se reportaron varios que ameritaron llevar a la niña o al niño a la sala de urgencias de algún hospital, y como en otros casos, ocurrieron en su presencia; aunque de igual modo se culpan, y piensan que ellas se descuidaron y por eso ocurren algunos de los accidentes.

En el caso opuesto estarían las madres que afirmaron que sus hijos, desde su nacimiento, han sido “sanos”. Algunas, en efecto, reportaron menos síntomas, y sobre todo, menos situaciones que se valoraran de gravedad. Otras, no obstante la definición de “sanos”, reportaron, por ejemplo, principios de bronconeumonía, paratifoidea o “mal de ojo”.

También reportaron accidentes caseros que ocurrieron, en todos los casos, en su presencia (quemaduras con agua hirviendo, cigarros y cerillos, caídas de camas y escaleras, introducción de semillas en los orificios nasales, entre otros), y que explican no por falta de vigilancia ni por descuido o negligencia, sino porque los niños son de suyo “inquietos”, “traviesos” y “curiosos”. No es poco frecuente que después de una caída, al pequeño o pequeña se le reprenda y se le llame “tonto(a)”.

En la dinámica en la que está inscrito el cuidado infantil en estas unidades, éste se ha privilegiado frente al ingreso y la satisfacción que pudiera representar el trabajo remunerado. En mi

interpretación, esta decisión se toma no sólo sobre la base de la infraestructura material con que se cuenta y del monto del ingreso del cónyuge, sino también como una opción subjetiva que se hace posible en tanto ellas adquieren el rol de esposa-madre/ama de casa, concomitantemente a que su cónyuge adquiere el de proveedor económico. De este modo, su ingreso significa únicamente un “complemento” al gasto familiar y su trabajo se valora en tanto las “distrae un poco” o las “mantiene ocupadas” en tareas distintas a las ligadas a la reproducción.

Ser madres, para estas mujeres, fue algo para lo que fueron socializadas y lo perciben como la consecuencia natural de ser esposas. Sus hijos, por tanto, han sido, tal vez desde antes de su unión, una parte sustantiva de lo que le da sentido a su propia vida, aunque ello no garantice que aquéllos sean más sanos o menos enfermos que los de otras mujeres.

Unidad nuclear tipo nuclear II

El último tipo se construyó sobre la base de la experiencia de las madres que han criado solas a sus hijos; esto es, sin cónyuge y con una ayuda familiar esporádica o una red de apoyo, digamos, débil. Algunas de ellas se autodefinen como “madres solteras”, otras como “madres solas” o “abandonadas”. Se trata de mujeres nacidas en zona rural, que fueron “pequeñas madres”, migraron antes de unirse y tener hijos, fueron empleadas domésticas y en la actualidad son asalariadas manuales. Sus edades fluctúan entre los 35 y 40 años y tienen uno o dos hijos(as). Aunque son las unidades domésticas más pequeñas, son también las que sólo cuentan con el ingreso de la madre —de uno a uno y medio salarios mínimos— para su manutención. Para ellas, su principal problema ha sido, por supuesto, combinar la necesidad de trabajo fuera de casa con el cuidado de sus hijos. Cuando los niños son menores de tres años, las soluciones que encontraron fueron cambiar de empleo por uno que les permitiera llevarlos con ellas o contratar a otra mujer para cuidarlos. Esta última opción puede parecer extraña, por tratarse de mujeres de muy bajos recursos; pero las empleadas han sido chicas muy jóvenes (entre 13 y 15 años) del mismo pueblo que la

entrevistada que, por una remuneración menor al salario mínimo, casa y comida, cuidan a los niños.

Cuando se optó por contratar a otra mujer, lo que se reportó fueron lesiones menores, como moretones y raspones, debidas a que la cuidadora alternativa resultó negligente. En varios casos, por ello, las mujeres deciden dejar solos a los hijos "encerrados en la casa". En esos casos, en niños menores de tres años, no se registró ningún tipo de síntoma o daño a la salud atribuible a que no tuvieran quién los cuidara. Al respecto, las madres enfatizaron que toman precauciones para evitar accidentes (dejar cerradas las llaves del gas, esconder los cubiertos, dejar fuera de su alcance detergentes y jabones, etcétera).

Entre las "madres solteras" también se detectó una diferencia en la definición que hacen del estado de salud de sus hijos y en la importancia que le asignan a los síntomas y enfermedades que detectan.

Pero estas madres, a diferencia de otras, no únicamente han centrado el sentido de su vida en la de sus hijos(as), sino que puede decirse que han privilegiado la maternidad frente a la conyugalidad. Entre otras cosas, porque han invertido menos tiempo en el intento de formar unidades biparentales, han confiado menos en que el padre de sus hijos(as) les garantizaría su manutención y la de su descendencia; han confiado más en que ellas son capaces de formar una base material para sostenerlos y desean que su ingreso permita darles una profesión. Su sueño es que sus hijos e hijas cuenten con más recursos para enfrentar el porvenir. Tal vez desean que, de darse el caso, puedan relatar una historia muy distinta a la suya.

CONCLUSIONES

Más que unas conclusiones que resuman los resultados aquí presentados, interesa finalizar este artículo subrayando solamente algunas cuestiones que requerirían seguir estudiándose. Pudo constatarse que las madres tienen diferentes maneras de conceptualizar y de actuar frente a los síntomas de desequilibrio en el proceso salud-enfermedad, que no necesariamente corresponden

a las concepciones derivadas del conocimiento científico. Sin embargo, algunas de ellas se mueven libremente entre las prácticas tradicionales y la práctica de la medicina, sin percibir un enfrentamiento entre ambas. Pareciera, en consecuencia, que son capaces de utilizar, de unas y otras, aquello que consideran benéfico por su resultado: el restablecimiento de la salud de sus hijos.

Llama la atención el hecho de que ciertas mujeres, que crecieron a mayor distancia de la producción y difusión de conocimientos científicos y que su familia no tuvo acceso a clínicas y centros hospitalarios, se hayan distanciado de las prácticas médicas tradicionales. Una posible explicación al respecto podría ser que este distanciamiento guarda relación con la ruptura que hicieron con su mundo de origen, cuando al buscar afirmarse como personas, se enfrentaron a otras maneras de concebir y de actuar frente a la enfermedad. Lo que se quiere subrayar es que su acercamiento a esas maneras distintas ocurrió, en gran medida, en el contexto de su actividad remunerada.

De ahí un segundo aspecto que interesa señalar: parece confirmarse que el trabajo, en particular el asalariado, no sólo les da acceso a los servicios de salud, sino que repercute tanto en su conducta reproductiva como en beneficio de un mejor desarrollo de sus hijos.

Para finalizar, el acercamiento metodológico de tipo cualitativo a la relación trabajo materno y salud infantil, resultó fructífero en varios aspectos. Permitió, centralmente, encontrar una serie de diferencias en un grupo homogéneo en cuanto a su nivel de ingresos. Así, *pudo observarse cómo condiciones socio-económicas* similares, perfilan tipos de mujeres-madres distintos y cómo cada tipo resuelve de manera distinta la atención de sus hijos.

Gracias al análisis de esas diferencias se pudo mostrar, entre otras cosas, que para las que tienen menos recursos (entre ellos la escolaridad, un cónyuge que se hace cargo de la manutención y apoyo familiar), su marco de opciones posibles respecto al trabajo y la maternidad, es mucho más estrecho que para quienes tienen en esos recursos. Sin embargo, como se vio, tales recursos no determinan mecánicamente el buen desarrollo de sus hijos.

Esto lleva a plantear que habría que profundizar en el análisis de cómo las madres conciben y valoran la vida de sus hijos, y de

qué manera ello condiciona su percepción de las causas de la enfermedad, la detección de síntomas y la terapéutica que utilizan; si bien, como se intentó mostrar, no siempre están solas asumiendo esta responsabilidad.

De ahí la importancia de seguir avanzando también en el estudio de la dinámica doméstica y en lo que aquí se llamó “maternidad compartida” entre mujeres.

XIII. PODER PATERNO, PODER MATERNO Y BIENESTAR INFANTIL: EL PAPEL DE LA LEGISLACIÓN FAMILIAR MEXICANA

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ*

INTRODUCCIÓN

El bienestar del niño depende de una acción colaborativa armoniosa entre su padre y su madre. En décadas anteriores, la unicidad y armonía interna de los hogares se daban por hecho, sobre todo a partir de los años setenta, cuando se puso de moda el llamado Nuevo Modelo de Economía de los Hogares (Schultz, 1973) que presuponía una asignación igualitaria de recursos internos escasos dentro de los hogares definidos como unidades de producción. Más adelante, la investigación de los procesos intrafamiliares llevó a reconocer la complejidad y la desigualdad en la distribución de los recursos internos de estas unidades (Dwyer y Bruce, 1988). La mayoría de los trabajos publicados en esta línea se enfocan a la jerarquía interna de los hogares que refleja la desigualdad entre hombres y mujeres. Constatan que el *status* inferior de las mujeres tiene como consecuencia la disminución de los recursos dedicados al mantenimiento de los hijos.

Un segundo corpus de investigación examina la situación de las mujeres jefas de hogar. En esta bibliografía, se da por hecho que la separación física entre padres e hijos implica el abandono económico de éstos.¹ La realidad, sin embargo, no separa las situaciones de vida tan nítidamente. Los padres que abandonan a sus hijos no siempre están ausentes del hogar, y los que están ausentes no

* CES, El Colegio de México.

¹ Sobre esta problemática en América Latina, véase Merrick, 1983; Buvinic y Rao Gupta, 1994; Altimir, 1984; Barros Mendonca, 1993; Chant, 1985; Degraff y Bilsborrow, 1995.

siempre han abandonado a éstos. Varios mecanismos institucionales intervienen en estas situaciones, desde la presión familiar hasta la legislación que intenta responsabilizar a los padres de la manutención de sus hijos.

El estudio que aquí se presenta se propone investigar cuáles son los recursos legales a los que tuvo acceso un grupo de mujeres mexicanas para obtener la cooperación de sus maridos/compañeros en la manutención de sus hijos, y qué resultados obtuvieron cuando intentaron utilizarlos. En la primera parte del trabajo se exponen a grandes rasgos las condiciones jurídicas del divorcio y de la obtención de la pensión alimenticia para niños en México. En la segunda, se analiza en qué condiciones las mujeres investigadas intentaron obtener esa pensión, y cuáles fueron los principales obstáculos que encontraron en el camino.

El estudio se llevó acabo en la ciudad de México entre 1991 y 1992. Se basa en una muestra no probabilística de 95 mujeres² que solicitaron asesoría jurídica sobre su situación familiar en la Coordinadora de Ayuda a la Mujer (CAM). Cada una fue entrevistada por medio de un cuestionario que recoge la historia de sus esfuerzos para obtener una pensión alimenticia para mantener a sus hijos menores de edad.

LEYES RELACIONADAS CON LA FAMILIA EN MÉXICO: UN SOBREVUELO

Los comentarios expresados en este primer apartado intentan definir a grandes rasgos el marco legal dentro del cual se desarrollan los conflictos intrafamiliares en México. De ninguna manera pueden sustituir a un estudio de este sistema jurídico. Pueden considerarse como lo mínimo que debe saberse para entender la lógica que está detrás de las resoluciones (y de las no-resoluciones) de los casos que se examinan en el presente trabajo.³

Inspirada en el sistema jurídico francés, la ley mexicana se basa en la definición formal de principios generales estipulados en

² 108 fueron entrevistadas, pero 13 cuestionarios tuvieron que ser excluidos del análisis.

³ La información que sigue fue recopilada a raíz de una serie de entrevistas que se llevaron a cabo con dos abogados familiares de la CAM y varias defensoras

artículos específicos de los códigos, que deben apegarse a situaciones concretas, contrariamente a la ley anglosajona que se apoya en forma mayoritaria en la jurisprudencia. Los artículos de los códigos civil y penal que involucran el derecho de los hijos a la alimentación, están dispersos entre varios capítulos de dichos códigos. Además, estos textos se redactaron en 1928, en condiciones muy distintas a las que imperan hoy en día.

Otra característica general de la ley mexicana, no compartida con todos los demás países, es la designación, sin ninguna ambigüedad, del padre como proveedor de sus hijos. Esto es independiente de si su esposa gana dinero o no, eventualidad que no se consideraba posible en 1928. Un marido también se considera responsable, en principio, del mantenimiento de su esposa, por lo menos mientras estén casados. Estas obligaciones se definen bajo dos requerimientos legales por parte del marido: la de "constituir un patrimonio familiar" y la de aportar "alimentos". Sin embargo, no se encuentran criterios legales que definan lo que se considera suficiente "alimento" (¿un bolillo?), o un "patrimonio familiar". Además, es posible casarse bajo el régimen de separación de bienes, en cuyo caso un hombre puede ser dueño de la totalidad del patrimonio familiar y no tener obligación alguna hacia su pareja cuando se disuelva el matrimonio.

El aspecto más fundamental de la legislación familiar en México es que de ninguna manera está capacitada para asegurar que las partes de un contrato matrimonial cumplan con lo prometido en dicho contrato. En otras palabras, mientras siguen unidos los cónyuges, la ley supone cumplidas las condiciones del matrimonio, entre éstas, el mantenimiento de los hijos. Por lo tanto, si una de las partes deja de cumplir con dicho contrato, el único recurso para la otra es solicitar la disolución del matrimonio. A continuación, se plantea una situación hipotética de abandono económico y/o físico

populares encargadas de preparar casos. Estas entrevistas fueron organizadas en forma de panel de manera que estimularan la discusión entre todos los participantes. Las declaraciones de los miembros del panel fueron grabadas y transcritas. También se obtuvo información complementaria a raíz de entrevistas informales con dos abogados privados independientes de la CAM.

por parte de un padre, y se examinan las opciones abiertas a su cónyuge o compañera, con las consecuencias probables.

Supongamos que un hombre deje de mantener a su familia, aunque esté posibilitado, en principio, para hacerlo. ¿Cuáles son los recursos jurídicos al alcance de su esposa/compañera para obtener el cumplimiento de estas obligaciones? Un primer recurso es la declaración de abandono de hogar. Sin embargo, tal condición se define exclusivamente como una ausencia mínima de seis meses seguidos, y contados a partir del momento de la declaración formal ante las autoridades. Una vez establecido el abandono de hogar, la cónyuge tendrá derecho a una pensión alimenticia para sus hijos. Si es formalmente casada, tendrá derecho a pedir un divorcio llamado "necesario", y obtener una pensión alimenticia para sus hijos. Si no es casada, podrá proceder a pedir directamente una pensión alimenticia.

El divorcio consta de cinco, y hasta seis (en caso de apelación) etapas: 1) la demanda, o solicitud inicial por parte de uno u ambos cónyuges; 2) la *notificación* cuando el tribunal notifica al esposo (o esposa) del que solicita el divorcio en caso de un *divorcio necesario*; 3) la *primera audiencia* cuando las dos partes presentan su versión del conflicto o someten un convenio de separación al juicio de la corte; 4) la *audiencia de pruebas* cuando las evidencias o el convenio presentados se evalúan y el juez intenta reconciliar a los esposos; 5) la *sentencia* cuando el tribunal declara cumplidos todos los requerimientos y formalmente pronuncia el divorcio, y 6) la *apelación* en caso de que una de las dos partes apele la decisión del tribunal.

Si el paso 2) no puede completarse porque uno de los esposos no se presenta al tribunal, se expide un documento a este efecto. El divorcio se pronunciará automáticamente dos años después de tal declaración si el esposo ausente no ha vuelto a aparecer. Si ha aparecido en el transcurso de estos dos años, sin embargo, un divorcio necesario por abandono de hogar requerirá mínimamente otros seis meses de ausencia sin interrupción. El proceso puede interrumpirse o repetirse indefinidamente en las etapas 3) y 4). Una vez satisfactoriamente cumplida la etapa 4), el divorcio es una decisión final, al menos que el/la solicitante (u ambos esposos en caso de divorcio por consentimiento mutuo) pida que se cancele. Se expide un acta de divorcio que incluye todas las estipulaciones

para la custodia y la pensión alimenticia⁴ que fueron dispuestas en etapas anteriores del juicio. Dado el énfasis en la responsabilidad económica paterna, el divorcio no puede pronunciarse, en principio, a menos que se haya estipulado una pensión alimenticia para los hijos de la pareja. En cuanto a la esposa, sólo obtendrá pensión alimenticia si no estaba trabajando en el momento del divorcio, o si no se casó bajo el contrato de separación de bienes.

Pero ¿qué puede ganar, esta mujer hipotética, con aprovechar esta oportunidad legal? Para que una sentencia de divorcio pueda pronunciarse, una pensión alimenticia (para los hijos de la pareja y para ella, si no trabaja) debe ser determinada por el tribunal sobre la base del ingreso voluntariamente declarado por el marido, o sobre su salario declarado por la empresa que lo emplea si éste es empleado. En el mejor de los casos, éste firmará una fianza, lo cual constituye un compromiso de pago de una cantidad mensual como pensión alimenticia.

¿Qué sucede si un marido se niega a pagar la pensión alimenticia determinada por el tribunal? La esposa podrá solicitar que el monto de la pensión lo pague directamente por la empresa que emplea al marido. Esto, sin embargo, excluye a los más pobres y a lo más ricos que ganan poco o nada por concepto de salario, así como a los que pueden esconder sus ingresos (por ejemplo, los autoempleados, los miembros de una empresa familiar o de una asociación civil). Los ingresos ganados mediante el autoempleo o las ganancias sobre capital se ven automáticamente excluidos de consideración para determinar la capacidad de pago del padre, a menos que éste los declare voluntariamente. Esto es cierto aun cuando el ingreso no basado en el salario haya sido fiscalmente declarado, y por consiguiente, pueda verificarse en forma independiente. Documentos tales como las declaraciones de impuestos no se consideran como bases aceptables para establecer la capacidad de pagar una pensión alimenticia.⁵

⁴ A lo largo de este trabajo, cuando hablamos de pensión alimenticia (o alimento), nos referimos a la suma de dinero que el padre debe pagar a la madre para mantener a sus hijos. Aunque la esposa casada también tiene derecho a una pensión si no trabaja, no trataremos este problema.

⁵ Posiblemente porque no existía el impuesto sobre las personas físicas en 1929 cuando se redactó el Código Civil.

En caso de que el ingreso marital no se base en salarios, el marido tiene tres opciones para evadir la responsabilidad de mantenimiento de sus hijos: primero, puede simplemente desaparecer; no hay ninguna obligación por parte del Estado de buscar el domicilio de un esposo que ha abandonado su hogar. En segundo lugar, puede declararse insolvente, al transferir todas sus propiedades a nombre de otra persona, generalmente de su familia. En tercer lugar —y ésta es la táctica más utilizada— puede aparecerse esporádicamente en su casa y proporcionar pequeñas cantidades de dinero, por lo que ya no se le puede acusar de abandono de hogar. La primera y la tercera estrategia son las que más frecuentemente se utilizan entre los grupos de ingresos bajos. La segunda es común entre los estratos de ingresos medios y altos. En cualquiera de estos tres escenarios, no hay absolutamente nada que la madre pueda intentar para obtener un divorcio necesario, a menos que exista alguna otra ofensa presente entre las que se admiten como causas de divorcio necesario.⁶

La situación puede ser peor todavía para una mujer abandonada. Si el marido o la pareja son propietarios del predio en el que viven, solicitar un divorcio necesariamente llevaría a la venta de este predio. Si la propiedad es común, se compartirá el producto de la venta entre los esposos. Pero esto seguramente no alcanzará para comprar un predio de reemplazo. Si la propiedad es exclusivamente del marido (algo que ocurre muy a menudo), éste tendría legalmente el derecho de dejar sin vivienda a la mujer y a sus hijos. Sin embargo, esta propiedad puede ser hipotecada para asegurar el pago de la pensión alimenticia. Dado que el valor equivalente en dinero de una vivienda sin pago de renta puede ser mucho mayor que la pensión alimenticia otorgada por el juicio de divorcio, pedir un divorcio en tales condiciones resultaría irracional desde el punto de vista de los intereses de los hijos.

Supongamos ahora que un divorcio haya sido pronunciado y una pensión alimenticia para beneficio de los niños ha sido debidamente ordenada, pero los pagos nunca empezaron o se interrumpieron. ¿Cuáles son las medidas que prevé la ley para asegurar el pago? Esencialmente las mismas que en el caso de un

⁶ Por ejemplo, el adulterio, las adicciones, o los maltratos severos.

divorcio: el tribunal intentará localizar alguna fuente de salario o de propiedad personal, y los pagos se harán directamente por medio del empleador del padre o sobre la base de la hipoteca de su propiedad. La única sanción en contra del padre que no paga es quitarle la *patria potestad*, o sea, el derecho a compartir con la madre las decisiones que afectan a la vida del menor y el derecho automático de visita. Dado que el padre que abandona a sus hijos ya renunció, de hecho, a tales derechos, tal sanción tiene poco significado.

¿Es posible recurrir a la ley penal para asegurar un mejor cumplimiento? En algunos estados de la república (entre ellos el Distrito Federal y el Estado de México), abandonar a los hijos y colocarse voluntariamente en una situación de insolvencia para evitar pagarles una pensión alimenticia es un delito que puede llevar de seis meses a tres años de prisión.⁷ También en principio, según el mismo Código Penal, el abandono de hijos es un delito que puede denunciarse ante las autoridades en el momento en que ocurre (o sea, sin tener que esperar los seis meses mandatorios según el Código Civil), aun si la madre gana lo suficiente para impedir que se mueran de hambre. Asimismo, el hecho de dejar voluntariamente un empleo con la intención de declararse insolvente es delito sancionable con prisión.

Pero en realidad, ¿qué sucede? Tenemos pocos datos concretos que ofrecer, ninguno dentro del marco de nuestro estudio. Los especialistas consultados para este asunto admitieron que rara vez se recurre a estos mecanismos, aunque opinaron que esto es un error. La explicación que ofrecieron es la renuencia de los abogados especializados en divorcio (los cuales prefieren no mezclarse en el mundo sórdido de las leyes penales), y el hecho de que no todos los estados tengan legislación penal para el divorcio. Además, las madres están generalmente mal informadas sobre tales posibilidades. ¿Pero es esto una explicación suficiente? En los hechos, todo el peso de encontrar al padre, comprobar que no

⁷ El artículo 336 del Código Penal del Distrito Federal estipula textualmente: "...al que intencionalmente se coloque en estado de insolvencia, con el objeto de eludir el cumplimiento de las obligaciones alimentarias que la ley determina, se le impondrá pena de prisión de seis meses a tres años..."

cumplió con sus obligaciones, y llevarlo ante el tribunal recae sobre las madres, con todas las limitaciones que ellas sufren, tanto en su capacidad económica y el conocimiento que tienen de sus derechos como en los miles de obstáculos que una cultura, al fin machista, opone a la defensa de los más débiles.

Supongamos que a pesar de tales obstáculos, una mujer hipotética siga empeñada en aplicar los cargos penales en contra de un marido incumplido, y supongamos también que las autoridades estén dispuestas a dar satisfacción a su demanda: ¿qué beneficios puede obtener de tal acción? Si las autoridades no logran localizar a su marido, el juicio pronunciado en contra suya en su ausencia asegura, de hecho, que él jamás pagará pensión alimenticia por miedo a ser descubierto y procesado. En cambio, si puede encontrarse y prefiere pagar una pensión alimenticia a permanecer en un reclusorio, la amenaza habrá sido efectiva. Pero en realidad lo es sólo en el caso de que no se cumpla, porque al salir de la prisión, el hombre no tendrá más obligación de pagar dicha pensión alimenticia que antes de haber ingresado a ella, y seguramente estará menos dispuesto a hacerlo que nunca.

Pero, ¿qué tan probable es que un padre incumplido sea penalmente sentenciado por abandono de hogar bajo la ley penal si tiene a su disposición las estrategias que hemos expuesto brevemente arriba? Además, la ley penal, por su misma gravedad, constituye un procedimiento más largo que la civil. Mientras se cumpla con los plazos, el acusado tendrá muchas oportunidades para desaparecer, y/o secuestrar a sus hijos, y/o golpear a su mujer. Al final de cuentas, ella podrá estar en una postura peor que antes: seguirá sin pensión alimenticia para sus hijos, habrá corrido el riesgo de que los secuestren, y posiblemente habrá sufrido maltratos sin ningunas consecuencias para el marido.⁸

Existen otras razones de todavía mayor peso para el bienestar infantil por las cuales las mujeres piden el divorcio. Según el Código Civil, existe una gama amplia de causas de "divorcio necesario"; sólo algunas tienen consecuencias penales posibles. Por ejemplo, la violencia doméstica (sea el hecho de golpear a los

⁸ Más adelante trataremos del problema de la violencia que no puede separarse del todo del de mantenimiento.

hijos o a la mujer) no se considera criminal, sino algo que sólo merece un regaño paternal por parte del juez del tribunal familiar. Según el Código Civil, golpear a una mujer sólo puede considerarse como una causa de divorcio necesario si ésta debe quedar hospitalizada un mínimo de diez días como consecuencia de dicha golpiza.⁹ Esta causa, así como el adulterio y la drogadicción representan, en principio, razones por las cuales el divorcio se considera "necesario". Cualesquiera que sean las dificultades, en algunos casos insuperables, para comprobar tales causas necesarias, la formalmente ineludible obligación paterna a la pensión alimenticia seguirá siendo un obstáculo mayor a la resolución final del divorcio. Sin embargo, la obtención de dinero no siempre es la razón principal para disolver un matrimonio. Con tal de deshacerse de un marido abusivo, violento y/o dado a adicciones (además de económicamente irresponsable), las mujeres están a menudo dispuestas a negociar informalmente para obtener un divorcio sin pensión alimenticia. ¿Cómo lo logran a pesar del principio de irrenunciabilidad de este aporte? Aprovechando el hecho de que la ley, aunque exige formalmente la responsabilidad económica paterna hacia los hijos, no prevé mecanismos para asegurar la instrumentación del juicio de divorcio independientemente de las voluntades de ambos esposos. En otras palabras, el pago efectivo de una pensión alimenticia depende, primero, de que el padre voluntariamente la pague, y en segundo lugar de que la madre entable una demanda en caso del incumplimiento de esta obligación. Cuando existe un arreglo informal entre esposos para obtener un divorcio sin pensión, sólo hace falta que la madre no actúe para exigir cumplimiento. En otras palabras, el supuestamente irrenunciable derecho de los hijos a una pensión alimenticia por parte de su padre, es de facto, legalmente renunciable, dado que la responsabilidad de declarar el no cumplimiento de esta obligación incumbe a la madre.

Éstos son los principios generales sobre los que se toman decisiones de divorcio en los tribunales mexicanos. En nuestra opinión, sus limitaciones principales estriban menos en su obsolescencia

⁹ Esto dice mucho sobre el nivel de violencia doméstica imperante en la época en que se redactó el texto.

(tesis sustentada por la mayoría de los abogados consultados para el estudio) que en la contradicción que contienen entre el grandioso principio de la obligación paterna hacia la familia y la más total desatención a la violación patente de este principio en los hechos. El principio de supremacía del hombre dentro del hogar que subyace a tales prácticas otorga un poder casi absoluto a los hombres, mismo que pueden utilizar como les plazca: sea para responder a sus obligaciones como la ley supone que lo hacen, o sea para hacer exactamente lo opuesto. Este poder unilateral que la legislación no pone en tela de juicio, es precisamente lo que imposibilita la instrumentación de las leyes civiles para la protección de la infancia.

En la práctica, los tribunales se sienten sin poder para proteger a los hijos de parejas divorciadas. La mayoría de los jueces consideran, con mucha razón, que los padres casados se sienten más presionados para mantener a sus hijos que los divorciados. Como consecuencia, con ejercer las máximas presiones para impedir la disolución de los matrimonios, los jueces consideran que cumplen con la obligación del Estado de proteger a los menores, sin importar la gravedad de las causas por las que se piden los divorcios. En cada etapa del procedimiento legal de divorcio, se presiona a las parejas para que reconcilien sus diferencias por el bien de sus hijos. A los maridos se les pide que regresen con su familia y dejen de beber y/o de ser abusivos o violentos, pero sin por ello amenazarlos con algún castigo en caso de que no sigan tales consejos. A las mujeres se les aconseja olvidar las ofensas y los golpes por el bien de sus hijos, sin proporcionarles ninguna ayuda para impedir que tales prácticas se repitan. Las parejas que insisten en su deseo de separarse son acusadas de querer perjudicar a sus hijos y de anteponer sus propios intereses a los de ellos. En otras palabras, el procedimiento legal para obtener un divorcio es utilizado por las autoridades para ejercer presiones morales sobre las parejas para que no se separen, como si los conflictos que los oponen fueran leves y los individuos capaces de cambiar sus comportamientos con un buen sermón. Inclusive las mismas mujeres a menudo piden el divorcio no con la intención de separarse, sino con la de forzar a su pareja a escuchar tales amonestaciones, con la esperanza de que sean suficientes para volver a encaminarla. En los casos en que los conflictos son irreconciliables, la violencia inaceptable o el

abandono irreparable, tales prácticas sólo sirven para perpetuar situaciones extremadamente perjudiciales tanto para los hijos como para las mujeres. Los tribunales suelen lavarse las manos ante tales problemas, ejerciendo su autoridad moral en contra del divorcio sin ningún criterio, contribuyendo así a mantener situaciones intolerables para los individuos que buscan la protección de la ley.

EL CONTEXTO SOCIAL DE LAS DECISIONES DE VIDA

Características de la muestra

¿Quiénes son las 95 mujeres que acudieron a la CAM entre 1988 y 1992? Sus características se encuentran en el cuadro 1. Son mujeres que, en su mayoría, están o estuvieron formalmente casadas (84.2%) o son unidas (14.7%). Entre ellas se encuentra una sola soltera. Se reparten en iguales proporciones entre las categorías de edad 18-28 (22.1%), 29-32 (26.3%), 33-36 (28.4%) y 37-50 (21.1%). Su nivel educativo es relativamente alto:¹⁰ 25.5% tiene primaria completa o incompleta;¹¹ otro 26.3% tiene secundaria completa o incompleta y 48.4% tiene preparatoria completa o más.¹² El número de hijos menores de edad que tenían cuando consultaron a la CAM se divide, entre uno (28.4%), dos (33.7%), tres (25.3%) y cuatro o más (12.6%). El nivel ocupacional del padre es más elevado que el promedio, con 31.6% en ocupaciones no manuales de nivel alto o medio, 18.9% en ocupaciones no manuales de nivel bajo, 15.8% en ocupaciones manuales de nivel alto, y sólo 7.4% en ocupaciones manuales de nivel bajo. Es de notarse que en 16.3% de los casos, las mujeres desconocen la ocupación del marido. Finalmente, encontramos una distribución relativamente igual entre unidades domésticas pequeñas de una a dos personas (34.7%), las medianas de tres a cuatro personas (30.5%) y las grandes de más de cinco

¹⁰ El número de años de escolarización promedio en la república mexicana en 1987 era de 6.17, y de 8.47 en el Distrito Federal (Prawda, 1987).

¹¹ Un cálculo más detallado reveló que sólo cuatro mujeres no habían terminado el ciclo primario de estudios.

¹² Diecisiete cursaron estudios en la universidad.

personas (26.3%). Este número, sin embargo, lejos de incluir adultos que contribuyeran al ingreso familiar, corresponde en su mayoría a menores de edad, dado que en sólo 21% de los casos se encontraba uno o más adultos (además de la madre) que lo hacían.

Situación familiar

En esta muestra, los maridos se consideran como viviendo permanentemente con su familia en 24.2% de los casos (cuadro 1). De

CUADRO 1
Características de la muestra (porcentaje)

<i>Estado civil</i>	
Formalmente casadas	70.5
Unidas	14.7
Separadas o divorciadas	13.7
Solteras	1.1
<i>Edad</i>	
18-28	22.1
29-32	26.3
33-36	28.4
37-50	21.1
<i>Escolaridad</i>	
Primaria completa o incompleta	25.3
Secundaria completa o incompleta	26.3
Preparatoria completa o más	48.4
<i>Ocupación del padre</i>	
No-manual, alto y medio	31.6
No-manual, bajo	18.9
Manual, alto	15.8
Manual, bajo	7.4
Esposa no sabe	16.3
<i>Tamaño de las unidades domésticas</i>	
Pequeñas (1-2 personas)	34.7
Medianas (3-4 personas)	30.5
Grandes (5 o más personas)	26.3
<i>Número de hijos menores de edad</i>	
Uno	28.4
Dos	33.7
Tres	25.3
Cuatro o más	12.6
<i>Presencia/ausencia del marido en el hogar</i>	
Vive en casa	24.2
Ausente	73.6

73.6% que no vivían en casa, once habían estado ausentes entre uno y tres meses; trece por más de tres meses, y 47 se consideraban como permanentemente ausentes. Es de notarse que entre las mujeres que vivían con su marido, 30% había empezado o terminado el proceso legal de divorcio, mientras que entre las mujeres que viven sin su marido, esta proporción fue sólo de 15 por ciento.

Cuando los padres se separan, la gran mayoría de los hijos menores de edad viven con su madre. De los 165 hijos que no viven con sus dos padres (cuadro 2), casi cinco de cada seis viven con su madre

CUADRO 2
Con quién viven los niños

	<i>Con madre o familia materna</i>	<i>Con madre y padre</i>	<i>Con padre o familia paterna</i>	<i>Otro</i>
Muestra total	66.3 (142)	22.9 (49)	9.8 (21)	1.0 (2)
Consulta	82.0 (46)	18.0 (10)	0.0	0.0
Proceso legal	59.0 (88)	26.2 (39)	13.4 (20)	1.3 (2)

o con la familia materna. Sin embargo, de los 22 hijos que viven con su padre o con la familia paterna, todos menos uno se encuentran en la categoría de proceso legal. Al examinar estos casos individualmente, se averiguó que en éstos, la madre reclamaba la custodia.¹³

Si tuviéramos que resumir en unas cuantas palabras la categoría social a la que pertenecen las mujeres que captamos a través de esta encuesta, podríamos llamarla de "clase media y media-baja": una alta proporción de ellas terminó preparatoria, son formalmente casadas y tienen maridos en ocupaciones no manuales. Además, pocas viven en familias grandes o tienen más de tres hijos. Aunque la muestra no sea perfectamente homogénea respecto a estas

¹³ El temor de perder la custodia de sus hijos es muy generalizado entre las mujeres de esta muestra. Una gran proporción de las entrevistadas reporta haber sido amenazada por sus maridos con ser expulsadas de su casa sin sus hijos. A pesar de que tal temor puede no tener fundamento real en todos los casos (y ciertamente ninguno legal), es probable que impida que muchas mujeres busquen el divorcio.

categorías, pareciera que no hemos captado a las familias de niveles socioeconómicos más bajos, sino simplemente familias con ingresos modestos. El único elemento excepcional es el hecho de que algunas de estas mujeres se hayan propuesto resolver sus problemas. Como veremos, sin embargo, esto les toma muchos años, rara vez llega a su término, y los resultados son generalmente decepcionantes.

En general, no hemos encontrado diferencias muy claras entre los casos de simple consulta y los de proceso legal. Sin embargo, las mujeres en esta última categoría son menos jóvenes, tienen un nivel educativo más alto y son más a menudo formalmente casadas. También tienden a vivir en familias más grandes y tener un mayor número de hijos.

Cargas económicas del padre y de la madre

¿Quién carga con el mayor peso en cuanto al mantenimiento de los hijos? Vimos anteriormente que la ley claramente designa al padre como proveedor de sus hijos. En el cuadro 3 se indica cuál fue la aportación del padre la última vez que contribuyó al gasto familiar (lo cual puede ser muchos años atrás). En la mayoría de los casos, el aporte paterno ha cubierto únicamente los alimentos (78%). Esta situación se conforma a la norma mexicana del "gasto" semanal o diario que los maridos remiten a sus esposas para cubrir los alimentos. No se puede inferir que por ello sea la propia esposa la que esté cubriendo todos los demás gastos.

Cuando se les preguntó cuál había sido la contribución de su marido o compañero la semana previa a la entrevista (cuadro 4), 59% de las mujeres respondió que dio de cero a N\$10; 16 o 17% dieron una cifra entre N\$11.00 y N\$100.00, o sea, hasta un poco arriba del salario mínimo de ese año, y sólo 23% reportó una suma de N\$101 o más.¹⁴ Estas sumas son ligeramente más altas entre las

¹⁴ Estas cifras están probablemente subestimadas, dado que las entrevistadas tenían interés en convencer a las entrevistadoras y a las autoridades de que sus maridos habían aportado poco o nada.

CUADRO 3
**Porcentaje de gastos familiares cubiertos por el padre
 (la última vez que contribuyó)**

	<i>Muestra total</i>	<i>Consulta</i>	<i>Proceso legal</i>
Alimentos	77.9 (74)	92.3 (24)	73.0 (46)
Renta y servicios	9.5 (9)	0.0 (0)	12.7 (8)
Ropa y escuela	14.7 (14)	7.7 (2)	17.5 (11)
Transporte	12.6 (12)	11.5 (3)	14.3 (9)
Médicos	7.4 (7)	3.8 (1)	9.5 (6)
Otros	1.1 (1)	0.0 (0)	1.6 (1)

mujeres que se encuentran en el proceso legal, lo cual concuerda con nuestro hallazgo anterior de que las familias más grandes se encuentran en esta categoría. Por lo tanto, la contribución marital per cápita puede ser igual de baja que en las demás categorías.

El tiempo que pasó desde que el padre pagó por última vez es más indicativo del apoyo real que los montos que se indicaron (cuadro 4). Una cifra muy significativa en el cuadro 4 es la cantidad de mujeres (52 de 95 o 54%) que sí recibieron alguna aportación paterna en el transcurso de las últimas dos semanas, dado que 73.6% de los padres estaban registrados como ausentes. Las demás (45.3%) tuvieron que mantener a sus hijos sin ayuda paterna, en algunos casos durante largos años. La pregunta es: ¿por qué exigen ahora pensión alimenticia (por lo menos, la mayoría de ellas) después de que durante años pudieron sostener a su familia solas? La respuesta puede ser que la situación laboral actual se ha deteriorado, o simplemente que han oído hablar de la CAM y quieren poner a prueba la capacidad de este organismo para defender sus derechos.

La aportación de las mujeres a la economía familiar se midió de tres formas: primero, se preguntó a las entrevistadas si habían realizado algún trabajo la semana anterior a la entrevista; en segundo lugar, se preguntó cuánto tiempo habían trabajado duran-

CUADRO 4
Contribución del padre al gasto familiar¹

	<i>Muestra total</i>	<i>Consulta</i>	<i>Proceso legal</i>
<i>Contribución la semana pasada</i>			
De 0 a 10	58.9	57.7	60.3
De 11 a 100	16.8	23.1	14.3
De 101 a 200	10.5	7.7	11.1
201 a más	13.7	11.5	14.3
<i>Cuándo fue el último pago²</i>			
Menos de un año	17.9	26.9	14.3
Uno a dos años	14.7	15.3	14.3
Más de dos años	12.6	0.0	19.0
No se aplica	12.6	0.0	19.0
<i>Casos faltantes: 6</i>	54.7	57.7	52.4

¹ Miles de pesos corrientes (equivalente a nuevos pesos actuales).

² Para las familias que no recibieron nada en las últimas dos semanas.

te aquella semana; finalmente, se preguntó cuánto habían ganado (cuadro 5). El 79.9% había trabajado, siendo esta proporción más alta en la categoría de proceso legal que en la de consulta (82% contra 69%). La distribución del ingreso semanal reportado indica ingresos modestos. En ese momento, se necesitaban 3.3 salarios mínimos para obtener una canasta de bienes básicos para una

CUADRO 5
Contribución de la madre al gasto familiar

	<i>Muestra total</i>	<i>Consulta</i>	<i>Proceso legal</i>
<i>Trabajó la semana pasada</i>	77.9	69.2	82.5
<i>Cuántas horas trabajó</i>			
Ninguna	34.8	46.1	28.6
1 a 10	6.3	7.7	4.8
21 a 40	30.5	26.9	33.3
41 a 69	28.4	19.2	33.3
<i>Cuánto ganó la semana pasada¹</i>			
0 o no trabajó	33.7	34.6	31.7
1 a 100	16.8	11.5	19.0
101-150	20.0	15.4	22.2
151 a 995	29.5	38.5	27.0
<i>Casos faltantes: 6</i>			

¹ Miles de pesos corrientes (equivalente a nuevos pesos actuales).

familia de 4.9 personas (Coplamar, 1983; Hernández Laos, 1992; Boltvinik, 1993). El salario mínimo en la ciudad de México en el momento de la encuesta era de N\$370. Por consiguiente, las categorías de cero a 100, 101 a 151 y arriba de 151 corresponden aproximadamente a 1, 1 a 1.5 y 1.5 a 10 salarios mínimos respectivamente. Es solamente en la categoría más alta (29.5% de las mujeres) que éstas son capaces de satisfacer o rebasar este estándar mínimo con sus propias ganancias.

La imagen compuesta que nos proporciona este último grupo de cuadros es la de dependencia moderada a extrema respecto al ingreso paterno para el mantenimiento de los hijos. Esto está indicado por el bajo nivel de los salarios reportados por las mujeres, así como por el hecho de que, en la mayoría de los casos, éstas intentan obtener alguna clase de pensión alimenticia.

Responsabilidad de la madre y del padre en el cuidado y la salud de los niños

A pesar de que se trata de familias conflictivas, en las cuales, por consiguiente, las tareas están probablemente más desigualmente distribuidas que en otras más unidas, la encuesta incluyó algunas preguntas respecto a la participación del padre y de la madre en el cuidado de los niños y la clase de atención médica que éstos reciben. Supusimos que las mujeres que trabajaban tendrían dificultades para combinar el cuidado del niño con el trabajo o con la utilización de los servicios de seguridad social.¹⁵

A la pregunta sobre cuál organismo de salud se utiliza cuando se enferman los niños, una proporción sorprendentemente alta (43.2% en el cuadro 6) contestó "un médico privado". Sin embargo, la proporción que utilizó un médico privado la última vez que se enfermó un niño baja a 30.3%, y la consulta con organismos de seguridad social sube tres puntos porcentuales (cuadro 6), lo que indica

¹⁵ La salud en México es un derecho constitucional desde 1984. Pero no todos los servicios ofrecen la misma calidad. Los más afortunados (actualmente 58% de la población) tienen acceso a la seguridad social. El resto, la llamada "población abierta", tiene derecho a clínicas de la Secretaría de Salud o del Programa Nacional

CUADRO 6
Servicios de salud utilizados cuando se enferman los niños

	<i>Muestra total</i> <i>Porcentaje</i>	<i>Consulta</i> <i>Porcentaje</i>	<i>Proceso legal</i> <i>Porcentaje</i>
<i>En general</i>			
Seguro Social	49.5	26.9	61.9
Médico privado	43.2	42.3	41.3
Secretaría de Salud	29.5	53.8	19.0
Otro	2.1	3.8	1.6
<i>La última vez que un niño se enfermó</i>			
Seguro Social	52.8	46.1	55.6
Médico privado	30.3	30.8	30.2
Secretaría de Salud	16.8	23.1	14.2

que las respuestas a preguntas más generalizadas fueron de orden normativo (dado que los médicos privados son más valorados que los del sector público en general). En este último caso, sólo 30.3% de las entrevistadas contestó que había consultado a un médico privado, lo cual no deja de ser relativamente alto, dada la situación económica generalmente precaria de este grupo de mujeres.

En la mayoría de los casos, la madre es quien lleva al niño enfermo a los servicios de salud (cuadro 7). Sólo en cuatro casos se reporta que el padre se encargó de esta tarea. Cuando se repite la misma pregunta referida al último caso de enfermedad de un niño, la proporción de mujeres que fue responsable sube a 87.4 por ciento.

Dado que los padres no cubren los gastos de salud en 93% de los casos (como vimos en el cuadro 3), percibimos una situación en la que las madres se encargan exclusivamente tanto del cuidado como de los gastos de salud. A pesar de que las consultas médicas son gratuitas en los organismos de salud pública, las medicinas no lo son, y tampoco lo es el tiempo que se debe esperar cuando estas mujeres trabajan. El uso relativamente alto de servicios médicos

de Solidaridad administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS-Pronasol) que generalmente reciben menos financiamiento que las instituciones formales de seguridad social (IMSS o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE).

CUADRO 7
Quién lleva a los niños a los servicios de salud
cuando se enferman

	<i>Muestra total</i> <i>Porcentaje</i>	<i>Consulta</i> <i>Porcentaje</i>	<i>Proceso legal</i> <i>Porcentaje</i>
<i>En general</i>			
La madre	75.8	80.8	74.6
El padre	4.2	0	6.3
Otro	19.9	19.2	19.1
<i>La última vez que</i> <i>un niño se enfermó</i>			
La madre	87.4	92.8	85.0
El padre	3.2	3.6	3.0
Otro	9.5	3.6	11.9

privados sugiere que la medicina pública no es del todo apreciada, a pesar del alto costo de la medicina privada. Como en el apartado anterior, las diferencias entre la categoría de consulta y la de proceso legal no son marcadas. Sin embargo, las mujeres que empezaron el proceso tienen una menor probabilidad de llevar a sus hijos a su trabajo o a un médico privado, y tienen mayor probabilidad de utilizar el seguro social. Esto indica más estabilidad y protección laboral en esta categoría que en la anterior.

Problemas maritales e intentos de solución

Tal como lo esperábamos, no hubo casos en que las entrevistadas presentaran solamente una queja en contra de los maridos. La queja citada más frecuentemente (cuadro 8) fue la incapacidad de aportar dinero (80%), seguida muy de cerca por la violencia doméstica en contra de la esposa (67.4%). El abandono sólo ocupa el tercer lugar, con 53.7% de los casos. Las mujeres en la categoría de proceso legal tienen una probabilidad ligeramente más baja de quejarse de la falta de apoyo económico, una probabilidad igual a la de consulta de reportar violencia doméstica, y una menor probabilidad de quejarse de abandono. También tenemos una proporción más alta de violencia en contra de los niños en la categoría de proceso legal. El alcoholismo y la violencia hacia las mujeres son

CUADRO 8
Razones para buscar asistencia legal

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Muestra total</i>		
Abandono	51	53.7
Consentimiento mutuo	4	4.2
No trae dinero	76	80.0
Violencia doméstica a niños	21	22.1
Violencia doméstica a madre	64	67.4
Violencia sexual a niños	3	3.2
Violencia sexual a madre	34	35.8
Alcoholismo	34	35.8
Drogadicción	10	10.5
Otro *	29	30.5
<i>Consulta</i>		
Abandono	16	61.5
Consentimiento mutuo	1	3.8
No trae dinero	23	88.5
Violencia doméstica a niños	3	11.5
Violencia doméstica a madre	18	69.2
Violencia sexual a niños	1	3.8
Violencia sexual a madre	10	38.5
Alcoholismo	10	38.5
Drogadicción	1	3.8
Otro	5	19.2
<i>Proceso legal</i>		
Abandono	32	50.8
Consentimiento mutuo	3	4.8
No trae dinero	48	76.2
Violencia doméstica a niños	18	28.6
Violencia doméstica a madre	43	68.3
Violencia sexual a niños	2	3.2
Violencia sexual a madre	23	36.5
Alcoholismo	22	34.9
Drogadicción	8	12.7
Otro	21	33.3

* En esta categoría, tenemos ocho casos de adulterio, dos de convenios previamente concertados pero no respetados, seis de conflictos que se describen como no violentos, seis de secuestro de los niños por su padre y tres de abandono de hogar por parte de la madre.

constantes (el primero de la tercera parte y la segunda de dos tercios de los casos) en ambas categorías. Comportamientos extremadamente destructivos, tales como la violencia sexual hacia los niños o la drogadicción, son la excepción en este grupo con tres y diez casos, respectivamente. En resumen, el retrato de los maridos que surge de estos datos es muy parecido al estereotipo de macho mexicano: violento, borracho, infiel y despilfarrador.

Son numerosas las posibles razones para un divorcio en este grupo. Pero el temor a las represalias también es fuerte. Éstas pueden ser el retiro del apoyo económico (cuando alguno existe), la amenaza de secuestrar a los hijos y la violencia física. Lejos de ser recientes, las situaciones que llevaron a estas mujeres a buscar ayuda legal empezaron varios años atrás, con sólo cinco casos de menos de un año (cuadro 9).

CUADRO 9

Casos viejos y nuevos en relación con etapa del proceso legal

	<i>Antes de 12/91</i>	<i>12/91-6/92</i>	<i>suma</i>
Consulta	18.9% (10)	51.6% (16)	26
Etapla intermedia	49.1% (27)	35.5% (15)	42
Sentencia	32.1% (17)	12.9% (4)	21
Datos faltantes:	(4) 58	(2) 37	6

Características socioeconómicas y gravedad de los cargos, como predictores de la etapa en el proceso legal

La descripción de la frecuencia de las principales variables expuesta en los apartados anteriores nos dio una primera imagen del grupo de mujeres estudiadas. Enseguida, intentamos relacionar algunas de sus características con la etapa en el proceso legal a la que se llegó, en un intento por relacionar esta última con la capacidad de acción de estas mujeres y la gravedad de sus situaciones. En este apartado, la categoría del proceso legal se subdivide entre etapa intermedia y final. En el primer caso, el juicio empezó, pero

todavía no ha terminado o ha sido interrumpido voluntariamente (en algunos casos bajo presión).

Resulta difícil formular hipótesis precisas para hacer predicciones sobre tendencias en los cuadros que siguen. Las mujeres que trabajan y tienen empleos estables están en una mejor posición y pueden tener mayor motivación para dar seguimiento al proceso legal, en comparación con las mujeres que no trabajan, quienes por consiguiente son más dependientes de sus esposos. Por otro lado, son tantas las mujeres que fueron abandonadas en esta muestra (73%) que podemos suponer que las que no trabajan (y viven con el marido) tienen todavía más urgencia de obtener pensión alimenticia que las demás. Al depurar estas categorías, sin embargo, obtendríamos tan pocos casos que los resultados no podrían ser significativos. Tendremos que quedar satisfechos con poder sensibilizarnos a los parámetros que podrían adquirir mayor importancia en una muestra más amplia. En los cuadros que siguen, tratamos de seleccionar los factores que pueden afectar la probabilidad de completar las etapas del juicio, en el entendido de que, si no aparecen ningunas pautas, tendremos que atribuir los resultados obtenidos a variables externas, específicamente las instituciones (tribunales y abogados).

Emitimos la hipótesis de que la educación materna, la situación laboral de la madre y la ausencia del padre deberían incrementar la probabilidad de terminar el ciclo legal. Las mujeres con mayor escolarización están más conscientes de sus derechos y de las posibilidades que tienen de obtener beneficios por medio de un divorcio si sus esposos se emplean formalmente. El hecho de trabajar, por otro lado, debería permitir más independencia (siempre y cuando el trabajo no sea demasiado marginal, lo que no podemos medir), y por lo tanto, mayor el deseo de declarar terminado su matrimonio. La ausencia del marido, por otro lado, debería mejorar la motivación tanto por parte de la mujer como de las autoridades para pedir un divorcio.

De los 95 casos estudiados, sólo 21 alcanzaron la etapa final, a pesar de que se trata, en todos ellos, de divorcios necesarios (cuadro 9). En otras palabras, dos de cada tres intentos de divorcio en esta muestra no llegaron a su término. En estos 21 casos concluidos, encontramos sólo nueve de pago efectivo de la pensión alimenticia.

Entre las solicitantes que hicieron su primera visita a la CAM durante el primer trimestre de 1992, la no conclusión del proceso legal puede atribuirse a que no ha transcurrido el tiempo suficiente para completar el ciclo legal. En este grupo, 16 se encontraban en el primer nivel de consulta, 15 ya habían empezado la etapa intermedia y cuatro habían llegado al final del juicio (cuadro 9). Estas últimas, sin embargo, son mujeres ya divorciadas que hicieron demandas por falta de pago de la pensión alimenticia. Entre los 58 casos procesados por la CAM antes de diciembre de 1991, diez nunca rebasaron el nivel de consulta, 27 siguen en proceso o abandonaron, y 17 completaron el ciclo. El examen de los datos cualitativos reveló que la categoría intermedia es extremadamente heterogénea, ya que incluye casos de reconciliación (en algunos casos genuina y en otros forzada), de presiones por parte de la familia y de temor de no poder mantener a los hijos. En esta categoría parecen concentrarse las esposas de hombres violentos y tiránicos pero económicamente responsables, de tal forma que el divorcio significaría una pérdida real en la seguridad económica. Estas mujeres aceptan vejaciones y sufrimientos diarios a cambio del bienestar de sus hijos.

La única variable característica de estas mujeres que se relacionó significativamente ($p < .06$) con el proceso legal fue la educación (cuadro 10). De los 21 casos que llegaron a la etapa final, 16 (76.2%) corresponden a mujeres que tienen bachillerato o cursaron la universidad, en comparación con sólo 42.3 y 40.5% en las etapas de consulta e intermedias respectivamente. Este modesto hallazgo, sin embargo, no indica cuál es la interpretación correcta: puede ser que las mujeres con mayor nivel de escolarización estén más decididas a divorciarse, encuentran el divorcio más aceptable o tienen mayor probabilidad de haberse casado con maridos asalariados. Todas estas interpretaciones son compatibles con los resultados. Realizamos la misma tabulación para los casos anteriores a 1992, con resultados similares (no se incluye el cuadro).

Contrariamente a lo que podría esperarse, las mujeres que trabajan tienen menor probabilidad que las que no trabajan de haber alcanzado la etapa final (cuadro 10). Cuando se juntan las categorías "trabaja continuamente" y "trabaja discontinuamente", la proporción de mujeres que llega al final del juicio es muy similar

CUADRO 10
Relación entre características de la madre y etapa del proceso legal (porcentajes)

	<i>Sentencia</i>	<i>Intermedio</i>	<i>Asesoría</i>
<i>Educación*</i>			
Primaria completa o incompleta	19.0	28.6	30.8
Secundaria completa o incompleta	4.8	31.0	26.9
Preparatoria y más	76.2	40.5	42.3
<i>Trabajo**</i>			
No trabaja	71.4	47.6	61.5
Trabaja discontinuamente	14.3	26.2	19.2
Trabaja continuamente	14.3	26.2	19.2
	(21)	(42)	(26)

* χ^2 p < .06.

** χ^2 p < .47.

Casos faltantes: 6.

para las que trabajan y las que no lo hacen. Sin embargo, las que trabajan tienen mayor probabilidad de haber alcanzado la etapa intermedia que las que no trabajan. Por lo tanto, nuestra hipótesis fue parcialmente sustentada (aunque la relación no fue estadísticamente significativa).

El uso de la violencia no incrementa la probabilidad de llegar a un divorcio final, sino todo lo contrario (cuadro 11). Sólo 19.7% de las mujeres golpeadas llega al juicio final en comparación con 32.1% de las no golpeadas. En caso de las víctimas de asalto sexual, el contraste es aún mayor: sólo 9.1% (una de cada once) de las sexualmente asaltadas llega a la etapa final, en comparación con 32.1% de las no asaltadas. Ambas asociaciones son significativas ($p < .05$). En cambio, la violencia contra hijos no tiene efecto sobre la probabilidad de llegar a sentencia, pero anotamos una mayor proporción de divorcios interrumpidos en familias con niños golpeados que en familias donde no se presenta este fenómeno.

Estos últimos hallazgos ilustran la incapacidad de los tribunales para identificar los casos en los que los divorcios son urgentes. En nuestra muestra, 76% de los niños golpeados por sus padres permaneció bajo esta amenaza, así como 80% de las mujeres golpeadas. Si los casos de víctimas de la violencia fueran despachados rápida y fácilmente a favor de la víctima, encontraríamos menos

CUADRO 11
**Efecto de la violencia sobre el proceso legal
 (porcentajes)**

	<i>Sentencia</i>	<i>Intermedio</i>	<i>Asesoría</i>
<i>Violencia doméstica contra la esposa</i>			
Sí	19.7	50.8	29.5
No	32.1	39.3	28.6
<i>Violencia sexual contra la esposa</i>			
Sí	9.1	60.6	30.3
No	32.1	39.3	28.6
<i>Violencia doméstica contra los hijos</i>			
Sí	23.8	61.9	14.3
No	23.5 (26)	42.6 (42)	33.8 (21)

casos en las etapas intermedias y un mayor número de éstos en la etapa final. El hecho de encontrar la mayoría de tales casos en la categoría intermedia de procesamiento legal sugiere que la violencia es utilizada para inhibir a las víctimas, impidiéndoles que formulen quejas.

Tenemos que concluir sobre la base de estos datos que los tribunales no desempeñan su función de protectores de la niñez. Aun en los casos relativamente excepcionales de violencia sexual hacia los niños, de los que se encontraron dos, el divorcio no se había pronunciado. Asimismo, en los siete casos de drogadicción, que también pueden considerarse como especialmente amenazantes para el bienestar de los niños, sólo hubo un caso de divorcio (cuadro no incluido).

En suma, ¿qué posibilidades existen de que estas mujeres obtengan pensiones alimenticias? Una primera respuesta a esta interrogante, central para nuestro estudio, aparece en el cuadro 12, donde se compara la frecuencia relativa de casos de pagos efectivos de pensión en cada etapa del proceso legal. Para las mujeres que no van más allá de una primera consulta, sólo una en 8.7 obtiene una pensión alimenticia. Para las que se encuentran en la etapa intermedia del proceso legal, una de cada 7.4 está en esta situación;

CUADRO 12

Probabilidad de obtener una pensión alimentaria para mantenimiento de hijos¹

-
1. Para la totalidad de la muestra: una de cada 9.3 solicitantes
 2. En función de las etapas en el proceso de divorcio:
 - Consulta sin emprender divorcio: una de cada 8.7 solicitantes
 - Divorcio empezado pero interrumpido: una de cada 7.4 solicitantes
 - Divorcio completo: una de cada 2.3 solicitantes
 3. En función de la solvencia del padre:
 - Padre solvente: una de cada 6.1 solicitantes
 - Padre insolvente: una de cada 14 solicitantes
 4. En función de la ausencia del hogar en combinación con solvencia:
 - Padre solvente/ausente: una de cada 6.3 solicitantes
 - Padre insolvente/ausente: una de cada 14 solicitantes
 - Padre solvente/semiausente: ninguna
 - Padre insolvente/semiausente: una de cada 12 solicitantes
 - Padre solvente/presente: una de cada 5.6 solicitantes
 - Padre insolvente/presente: ninguna
-

¹ Cálculos basados en las frecuencias de estos casos en la muestra de 95 mujeres incluidas en el estudio.

para las que terminan el proceso legal, una de 2.3 obtiene dicho resultado. Así, es evidente que el uso del sistema legal en su totalidad contribuye a resolver los problemas, aunque no al grado que pudiera haberse esperado, dado que menos de la mitad de los padres que deben aportar una pensión alimenticia lo hicieron efectivamente.

Estos resultados, sin embargo, no nos aclaran *por qué* algunas mujeres persisten en utilizar los recursos legales a su disposición, mientras otras se abstienen de hacerlo. La tendencia usual es la de culpar a la víctima, alegando que carece de educación, de información, de perseverancia, etc. Antes de coincidir con tal conclusión, pusimos a prueba tres explicaciones alternativas para obtener la pensión alimenticia: *i*) la ausencia o presencia del padre en el hogar; *ii*) la solvencia del padre (definida como el hecho de ser asalariado o tener propiedad), y *iii*) la violencia doméstica (definida como golpear o atacar sexualmente a la madre o a los hijos).

¿Es comprobable la hipótesis de que los padres solventes tienen mayor probabilidad de pagar pensión alimenticia que los autoempleados, sin empleo o con empleo informal? El cuadro 12 propor-

ciona una respuesta positiva: para los padres solventes, existe una frecuencia de pago de pensión alimenticia de uno por cada 6.1 casos, mientras que para los insolventes, esta frecuencia es sólo de uno por cada 23.5 casos. Con todo, la frecuencia de los que pagan, aun en casos de solvencia, sigue siendo sorprendentemente baja. ¿A qué se debe este resultado? Para tratar de contestar esta pregunta, subdividimos las categorías de padre solvente e insolvente entre los presentes y los ausentes del hogar. Sin embargo, esta variable no aportó información adicional, salvo el hecho de que un padre solvente, pero esporádicamente ausente (o sea, ausente de facto, pero nunca lo suficiente para serlo según la ley) puede escapar totalmente a la obligación alimentaria. Este resultado es sorprendente, dado que la solvencia ofrece, en principio, la posibilidad de apartar obligadamente una parte del ingreso paterno para la pensión alimenticia. Para aclarar esta situación, decidimos agregar una variable más —la violencia— con base en la hipótesis de que las mujeres sometidas a una fuerte amenaza física tenderían a desistirse en el proceso legal más que las exentas de tales amenazas. Si la violencia masculina explica el temor por parte de las mujeres para continuar en el proceso legal, deberíamos encontrar una mayor proporción de casos legales inconclusos asociados con padres violentos. Encontramos, en efecto (cuadro 13), que los casos de interrupción del proceso legal se concentran desproporcionadamente entre los de violencia doméstica o sexual, independientemente de la solvencia: de los 75 casos en los que el proceso legal fue interrumpido, 76% correspondía a padres/esposos violentos, mientras que sólo 24% habían sido interrumpidos en los hogares con hombres no violentos. En cambio, una mayoría de los casos de procesos terminados se encontraron entre los padres/esposos no violentos. Un hallazgo adicional interesante es que una vez pronunciada la sentencia, la diferencia entre esposos violentos y no violentos desaparece: sólo la mitad de los violentos (cuatro de ocho) o menos de la mitad (cinco de doce) de los no violentos efectivamente paga la pensión ordenada por el tribunal, siendo la solvencia la determinante del pago.

Estos resultados nos informan que, entre los hombres de las familias muestreadas aquí, más que la insolvencia, la estrategia preferida para eludir la obligación alimentaria hacia sus hijos es la

CUADRO 13
**Probabilidad de obtener una pensión alimentaria
 para los hijos en relación con violencia doméstica**

	<i>Padres/esposos violentos</i>	<i>Padres/esposos no-violentos</i>	<i>Total muestra</i>
Proceso de divorcio interrumpido	76 (57)	24 (18)	100 (75)
Proceso de divorcio terminado	40 (8)	60 (12)	100 (20)
	(65)	(30)	(95)

violencia. Por lo tanto, es evidente que la explicación del mayor éxito para la obtención de pensiones alimenticias entre las solicitantes que llegaron al juicio final no es su mayor perseverancia, sino la menor incidencia de hombres violentos en tales casos. Por lo tanto, cualquier cambio en la legislación familiar que efectivamente combata la violencia doméstica tendría consecuencias positivas para el bienestar de los niños.

En conclusión, las instituciones mexicanas ofrecen alguna protección a las mujeres que quedan libres de ejercer el derecho de proteger a sus hijos, pero a la vez permiten el libre ejercicio de la violencia masculina que representa el mayor medio de disuasión al ejercicio de esa libertad. Por ello, debemos concluir que dada la actual situación, los tribunales fracasan doblemente en su compromiso de proteger a la infancia: en primer lugar, porque en las mujeres recae toda la responsabilidad de defender el bienestar de sus hijos, y en segundo, por no castigar severamente la violencia, reforzando así la principal causa de la incapacidad de las mujeres para cumplir esa función.

CONCLUSIONES

En su conjunto, los hallazgos expuestos en el apartado II de este trabajo nos permiten evaluar la capacidad que tienen los tribunales familiares para procesar los conflictos intrafamiliares, de manera que les permita desempeñar su función de protección de la niñez.

¿Son los tribunales familiares capaces de controlar las conductas que son dañinas para el bienestar de los niños?

1) Fuera de la economía formal, no están capacitados para averiguar el ingreso paterno.

2) No están capacitados para determinar si la insolvencia paterna es deliberada, y en caso de que lo fuera, tampoco pueden sancionarla.

3) Pueden asignar el monto de las pensiones alimenticias, pero no pueden sancionar el hecho de que no se paguen.

4) Pueden pronunciar el divorcio a fin de proteger a los niños de la violencia paterna, pero no tienen capacidad para sancionarla.

Dadas estas condiciones de falta de poder judicial, ¿qué hacen los jueces?

a) Amonestan a los padres irresponsables y/o violentos, ejercen presiones para que las parejas no se separen, pero no tienen ninguna forma de sancionar los comportamientos posteriores a tales amonestaciones.

b) Permiten el divorcio en casos de comportamiento extremo por parte del padre o de abandono total sabiendo, sin embargo, que en la mayoría de los casos la pensión alimenticia no se pagará y que poco pueden hacer para mejorar la situación dentro de condiciones tan limitantes.

En resumen, la acción de los tribunales familiares es predominantemente simbólica: hacen hincapié para impedir el divorcio, en valores de la familia que en muchos casos se han vuelto obsoletos, en el sentido de que ya no protegen a las mujeres ni a los niños; o aceptan lo inevitable al otorgar el divorcio, basándose en reglas que no son instrumentables en las condiciones actuales.

¿Es posible que los tribunales penales puedan compensar las limitaciones de los civiles?

En principio, la amenaza de prisión debería servir de disuasivo, como está sucediendo en varios países donde las leyes se han hecho más severas hacia los padres. Pero esto supondría una mínima institucionalidad en los tribunales, la cual está sujeta a prueba y

probablemente requiera importantes reformas. En el estado actual de las cosas, tanto la esposa del marido insolvente como el juez que pronuncia la sentencia lo pensarían dos veces antes de sentenciar a prisión a un padre. En términos prácticos, sin embargo, el Código Penal tampoco puede asegurar que los padres sostengan a sus hijos: las autoridades tienen recursos escasos o nulos para aprehender a los criminales, de tal suerte que la huida es la forma más racional para el padre irresponsable. Una vez que un hombre se encuentra bajo la amenaza de ser perseguido por delitos penales (mismos que no pueden retirarse como una simple queja por lo civil), es seguro que tratará de evitar pagar a toda costa. En otras palabras, el uso de las leyes penales, en las condiciones actuales de su instrumentación, es tan peligroso como inútil desde el punto de vista del bienestar infantil.

¿Pueden las mujeres utilizar las leyes para resolver sus problemas domésticos?

Es importante hacer hincapié en el hecho de que las mujeres están en mejor posición de la que tendrían sin los tribunales familiares:

1) A través de los medios limitados a su alcance, las mujeres tienen la posibilidad de alejar de su hogar a sus maridos cuando el comportamiento de éstos se vuelve demasiado dañino para ellas y sus hijos; si es necesario, acuden a la policía. Sin embargo, vimos que la amenaza de violencia disuade a la mayoría de perseguir tal meta.

2) El precio que tienen que pagar para liberarse de tales peligros es extremadamente alto en la mayoría de los casos. Pueden perder: i) una parte o la totalidad de la pensión alimenticia que, según la ley, les es otorgada (por medio de la insolvencia deliberada), y ii) una vivienda sin renta, si ésta es propiedad del marido y están casadas bajo el régimen de separación de bienes.

3) Aun en los casos en que la pensión alimenticia se paga, casi nunca es equivalente a lo que se gastaría si el marido estuviera presente.

4) La percepción de desprestigio para el marido por el procedimiento de divorcio puede generar tal resentimiento que su mujer

y sus hijos quedarán permanentemente bajo la amenaza potencial de un asalto o secuestro una vez pronunciado el divorcio.

5) Aun cuando se pague una pensión alimenticia, ello no significa que la situación no pueda cambiar; en cualquier momento el marido puede decidir impunemente que ya no tiene ganas de pagar. Todo el peso de perseguirlo recae en la madre, y el tiempo de resolución suele ser muy largo.

RECOMENDACIONES

La legislación familiar y la práctica jurídica en la materia son actualmente tan deficientes en México que prácticamente cualquier reforma puede mejorar esta situación. Al formular recomendaciones, debemos tener en mente cuáles reformas pueden llevarse a cabo dentro de las estructuras existentes, y cuáles requieren otros tipos de cambio antes de poderse instrumentar. Dentro de estas últimas, también debemos distinguir entre las que constituyen metas realistas y las que simplemente deben plantearse a la espera de que futuros cambios en la situación política y económica de México permitan instrumentarlas.

Antes de proponer cambios, es necesario formular algunas advertencias. La primera se refiere al efecto probable de reformas liberadoras para las mujeres sobre la tasa de divorcio. Dado que muchas mujeres actualmente no buscan el divorcio porque conocen la dificultad real en obtener una pensión alimenticia, es probable que cualquier reforma que agilice los trámites y/o castigue a los malos pagadores acelere en vez de detener el ritmo actual de disolución de los matrimonios. No obstante, tal aumento no significaría un empeoramiento en las relaciones matrimoniales, sino una menor disposición de los individuos, particularmente las mujeres, a permanecer en relaciones destructoras, humillantes, y en muchos casos, hasta peligrosas para ellas y sus hijos.

Una segunda advertencia es que ninguna reforma del sistema jurídico en materia familiar puede, por sí misma, cambiar las relaciones entre hombres y mujeres. Para que éstas cambien, el *status* de las mujeres también debe cambiar. Inversamente, el Estado no puede intervenir en todos los ámbitos privados para corregir

los abusos y la irresponsabilidad masculina. Tampoco puede ni debe tener una inserción total en la esfera doméstica. Por lo tanto, también deben cambiar los hombres, y dejar de considerar a las mujeres como objetos, que pueden ser diariamente manipuladas, denigradas y golpeadas, mientras que los hijos y los nietos son testigos de tales escenas y las asimilan culturalmente. En este apartado hacemos dos tipos de recomendaciones: las primeras se refieren a cambios en el sistema jurídico que deben llevarse a cabo con anterioridad a cualquier acción específica para respaldar a las mujeres. Las segundas son una serie de propuestas concretas, mismas que se basaron en el examen de los casos específicos que se presentaron en el estudio.¹⁶

Reformas estructurales

1. El primer paso hacia cualquier cambio en la práctica diaria de la resolución de conflictos familiares es la reestructuración de la legislación para conformar un cuerpo integrado de leyes civiles y penales referentes a la familia.¹⁷ Por ejemplo, el maltrato físico que actualmente constituye una causa de divorcio necesario, tendría que ser penalmente sancionado de oficio y no a petición de las víctimas (o las madres de las víctimas en caso de los niños golpeados). Es de esperarse que en un futuro sistema penal reformado, las sanciones penales de este tipo se adapten mejor a las ofensas cometidas, ofreciendo, por ejemplo, el pago de multas elevadas o días de trabajo como sustituto a las sentencias de encarcelamiento. Sin embargo, con base en la experiencia de otros países, no cabe duda de que estancias obligatorias cortas en la cárcel (pero gradualmente aumentadas según las ofensas y la reincidencia) inducen una mejor respuesta por parte de los ofensores. Es probable también que los padres insolventes que se vean obligados a escoger entre

¹⁶ Estos casos se describen en "Absentee Fathers: A Case Study of Family Law and Child Welfare in Mexico" informe final, Population Council, proyecto núm. 62.2540 (9602.62.2540(1503), Nueva York, octubre de 1992.

¹⁷ Incluyendo, naturalmente, aspectos tales como la obligación de asistencia a otros miembros dependientes de la familia, como los ancianos y los enfermos.

aportar dinero o participar obligatoriamente en un programa de obras públicas con bajos salarios (parecido al Programa de Empleos Mínimos de Chile durante la dictadura), milagrosamente encontrarían el dinero necesario para mantener a su familia.

2. Los cambios arriba mencionados suponen un sistema judicial más "limpio", es decir, libre de corrupción y extorsión. También suponen más jueces mujeres, mismas que tendrían menos tendencia a considerar normal la brutalidad física hacia otras mujeres. Liberar al sistema judicial de la corrupción es una tarea titánica, dada la extrema pobreza en la que se encuentra esta rama del gobierno. Los tribunales en México funcionan con presupuestos tan reducidos que las "propinas" que sus integrantes exigen para llevar a cabo cualquier tarea no pueden considerarse corrupción, sino pago por servicios rendidos. Por otro lado, las mujeres jueces siguen siendo la excepción, a pesar de que no hay escasez de mujeres abogadas; éstas, sin embargo, tienden a ocupar posiciones bajas en la profesión. Tal situación podría cambiar si existe una política de contratación y promoción de mujeres. Al mismo tiempo, los salarios de base tendrían que aumentarse.

La corrupción no se limita a las instituciones públicas de defensa. Los abogados privados que reciben compensaciones para "perder" su caso son un fenómeno común. De ahí que organizaciones honestas de defensa popular como la CAM adquieran una importancia estratégica para contrarrestar tales tendencias. El principio de "abogados descalzos" incorporado a este tipo de ONG puede representar un elemento de sana competencia, que dificulte la posición de abogados deshonestos en un mercado cada vez más difícil para los profesionistas.

3. Sin algún sistema que permita reconstruir las acciones y los movimientos pasados de los ciudadanos, no será posible fiscalizar a los padres irresponsables. Actualmente, México todavía lucha con el problema del registro exacto de sus estadísticas vitales. Bajo el sistema actual, una persona puede casarse tantas veces como quiera, sin tener que comprobar que no tiene algún matrimonio anterior. Los derechos de cada una de las esposas son reconocidos por la ley, lo cual equivale, de hecho, a aceptar la poligamia. Este tipo de reforma resulta mucho más fácil hoy, después de la revolución de la informática, que antes. Por lo tanto, existe la oportu-

nidad de reestructurar el proceso de captación y actualización de los datos vitales, dentro de los cuales podrían incorporarse los cambios en la situación matrimonial.¹⁸ Con tales instrumentos de información, se podría exigir una copia reciente del acta de nacimiento para llevar a cabo acciones que tengan consecuencias para la familia, como cambiar de empleo, comprar un predio, obtener crédito, etcétera. Bajo este sistema, cualquier hombre culpable de no mantener a sus hijos no podría ser parte de operaciones tales como la obtención de un crédito o la compra de una casa. Los que empleen sus servicios, por otro lado, recibirían fuertes multas por encubrir a un empleado que se niega a pagar la pensión alimenticia.¹⁹

4. La educación legal a los ciudadanos es una necesidad fundamental en México como en cualquier otro país. También se necesita concientizar a los adolescentes acerca de sus derechos y responsabilidades como futuros padres y madres de familia. Aunque la educación sexual ya forma parte obligatoria de la educación pública en México, la ética familiar todavía no la permite. Con esto no se trata de sustituir el papel socializador primario de la familia, sino de contribuir a diseminar los valores de la no violencia y de la responsabilidad, especialmente entre los ambientes familiares en los cuales estos elementos se han destruido.

5. En un país como México, cuya población rural es todavía muy amplia y que tiene casi 20% de su población económicamente activa en trabajos no asalariados, siempre habrá millones de individuos que quedarán fuera de los sistemas de control de pago de la pensión alimenticia que se basan en el empleo y la propiedad. La solución no estriba en considerar tales casos como algo fuera del control de las instituciones (como actualmente se hace), sino en construir un sistema bajo el cual los padres culpables de no pagar,

¹⁸ Esta recomendación se basa en la experiencia francesa, en la que los cambios en la estructura familiar (nacimientos, defunciones y divorcios) se concentran en las actas de nacimiento. Para cualquier operación legal (firma de contratos, compra de automóvil, etcétera), se requiere un acta de nacimiento de menos de tres meses.

¹⁹ Actualmente, para un empleador es un delito no retener la parte del salario asignada a la pensión alimenticia por la sentencia de un divorcio. Sin embargo, en la práctica esta ley no se acata nunca o casi nunca.

pero que son económicamente solventes, proporcionen, a través de multas, los recursos necesarios para compensar la insolvencia real de otros.

Propuestas de cambios específicos en la ley

Es probable que las reformas que se proponen a continuación faciliten a las mujeres la disolución de matrimonios indeseables, sin que tengan que soportar la mayor parte del peso del mantenimiento de los hijos, como es actualmente el caso. Por lo tanto, es probable que a corto plazo tales reformas acelerarían la tasa de divorcio, pues permitirían procesar la gran cantidad de conflictos acumulados. Sin embargo, los efectos a largo plazo serían preventivos respecto a comportamientos paternos indeseables. Por ejemplo, la poligamia disminuiría de facto; primero, porque mantener realmente dos hogares se volvería demasiado caro; y segundo, porque las mujeres estarían mejor informadas de la vida anterior de los hombres con los que se casarían o unirían. Las mujeres jóvenes, por ejemplo, estarían menos dispuestas a casarse con hombres cargados de obligaciones familiares anteriores. Las propuestas de cambio son las siguientes:

a) Diferenciar legalmente la noción de presencia del hombre en el hogar y la de mantenimiento de su familia.²⁰

b) Acelerar los procedimientos para declarar abandono de hogar (tiempo más breve, trámites más sencillos).

c) Definir los criterios de apoyo económico suficiente en relación con la capacidad económica de los padres.

d) Sancionar más severamente los maltratos.

e) Ampliar los criterios legales para determinar el ingreso paterno: declaraciones fiscales, cuentas bancarias, nivel de vida.²¹

f) Sancionar severamente el secuestro de niños, aun por parte de los propios padres.

²⁰ En Senegal, por ejemplo, una madre puede acudir a los tribunales para exigir una pensión alimenticia, independientemente de que el hombre esté presente o ausente del hogar, y sin tener que pedir el divorcio.

²¹ Con tales criterios también podría combatirse mejor la evasión fiscal.

- g) Definir el acoso psicológico como causa de divorcio necesario.
- h) Sancionar penalmente el hecho de no responder a las convocatorias del tribunal familiar.
- i) Aplicar efectivamente las sanciones penales por insolvencia deliberada y donativos disfrazados.
- j) Proporcionar psicoterapia a las víctimas de golpes, pagables (en multas o trabajo) por los ofensores.
- k) Determinar que las mujeres con hijos menores de edad tengan el derecho a permanecer en la vivienda familiar hasta la mayoría de edad de dichos hijos, aun en casos de matrimonios por separación de bienes, cuando dicha vivienda pertenezca al padre o a algún otro familiar del mismo.
- l) Cargar los costos legales de los divorcios necesarios a los ofensores.
- m) Instituir mecanismos de vigilancia del Estado sobre situaciones matrimoniales conflictivas (por ejemplo, las parejas que hayan empezado el proceso legal de divorcio, levantando actas por golpes o reportado actos de violencia hacia los niños).²²

¿Pueden las mujeres hacerse cargo de su vida?

Debe apuntarse que ninguna de las reformas arriba mencionadas tiene mucha probabilidad de ser exitosa, a menos de que las mujeres empiecen a responsabilizarse por sus propias vidas. Esto significa estar capacitadas para escoger y decidir las condiciones bajo las cuales están dispuestas a casarse, tener hijos y permanecer casadas. Mientras las mujeres sigan dependiendo de los hombres para tomar tales decisiones y para mantenerse, no existe reforma legal que pueda compensar su bajo poder de negociación en casa. En México, como en todos los países, las mujeres tendrán poder de negociación sólo si pueden adquirir la capacidad de desempeñar tareas remuneradas temprano en su ciclo de vida, si trabajan sin interrupción (aun cuando tengan niños), y si tienen sólo los niños

²² La institución que actualmente responde por la violencia hacia los niños es el DIF. Esta institución tiene competencia para retirar de los padres a los niños golpeados.

que puedan permitirse económicamente. La política de educación a las mujeres, perseguida desde hace varios años por las Naciones Unidas, va en este sentido. Sin embargo, dada la tendencia actual de utilizar a las mujeres como mano de obra barata y casual, este remedio tiene, evidentemente, limitaciones serias.

La conciencia femenina de la necesidad de adquirir y conservar su autonomía económica es una meta difícil de alcanzar cuando las mujeres son sometidas por la violencia y transmiten los traumas que sufren a sus hijas (así como los padres transmiten la violencia a sus hijos). Por lo tanto, es apremiante la necesidad de intervención.

¿Qué acciones pueden emprenderse para beneficio de los hombres?

Los hombres aprenden a despreciar y a maltratar a sus esposas siendo testigos del desprecio y de los maltratos perpetrados por sus propios padres en contra de sus madres. Es de esperarse que la transformación de la posición de la mujer invertirá gradualmente este aprendizaje negativo. Pero no será sino hasta que los mismos hombres transmitan a sus hijos el respeto a los demás (a mujeres e hijos y a los seres vivos en general), que el círculo vicioso que hoy existe podrá romperse. Esto significa, nada menos que el rompimiento paulatino del machismo que durante siglos ha constituido la base de la identidad masculina en la cultura mexicana. En un mundo de intensa interpenetración cultural, esta meta no es tan irreal.

¿Cuál es la probabilidad de que los hombres puedan modificar su comportamiento bajo las actuales condiciones económicas? El empleo se ha vuelto más escaso en México durante los últimos diez años, de tal suerte que el empleo informal se ha desarrollado en niveles nunca antes alcanzados. Esto hace casi imposible la tarea institucional de monitorear el ingreso paterno. De ahí la necesidad de aplicar métodos alternativos para impedir la evasión de la obligación alimenticia paterna. Si las condiciones de pleno empleo volvieran, es probable que la norma masculina de impedir que la esposa trabaje volvería también, reiniciando el círculo vicioso de

la dependencia materna y la probabilidad de desprotección infantil. Por lo tanto, los cambios en la condición femenina que deben acompañar los cambios institucionales tienen mayor probabilidad de lograrse bajo condiciones de crisis de empleo, como las actuales, que en condiciones de abundancia. El precio del cambio, sin embargo, es muy alto para las mujeres que tendrán que trabajar más y por menos.

BIBLIOGRAFÍA

- Adelman, Carol (1983), "An analysis of the Effect of Maternal Care and Other Factors Affecting the Growth of Poor Children in Lima, Peru", tesis de doctorado, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health (mimeo.).
- Ainsworth, M., M. Blehar, E. Waters y S. Wall (1978), *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum.
- Altimir, Oscar (1984), "Poverty, income distribution and child welfare in Latin America: a comparison of pre- and post-recession data", *World Development*, vol. 12, núm. 3, pp. 261-282.
- Anderson, J. (1988), "¿Y ahora quién cuida a los niños? El cuidado diurno en Lima 1981-1986", Lima, Centro Sumbi (mimeo.).
- Aneshensel C. y L. Pearlin (1987), "Structural Contexts of Sex Differences in Stress", en R. Barnett, L. Biener y G. Baruch (eds.), *Gender and Stress*, The Free Press.
- Aparicio, Ricardo *et al.* (1989), *Impacto del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal*, México, IMSS/Amidem.
- Appendini, Kirsten *et al.* (1972), "Desarrollo Desigual en México, 1940 y 1960", *Demografía y Economía*, México, vol. VI, núm. 1, pp. 2-20.
- Ariés, Philippe (1987), *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, Madrid, Taurus.
- Arizpe, Lourdes (1980), "La migración por relevos y la reproducción social del campesinado", *Cuadernos del Centro de Estudios Sociológicos*, México, El Colegio de México.
- (1986), "Las mujeres campesinas y la crisis agraria en América Latina" *Nueva Antropología*, México, vol. VIII, núm. 30, noviembre.
- y Carlota Botey *et al.* (1987), "Mexican Agricultural Development Policy and its Impact on Women", en Carmen Diana Deere y M. Leon (eds.), *Rural Women and State Policy*, Boulder, Westview Press.
- Asher, Herbert B. (1983), *Causal modelling*, Beverly Hills, Sage Publications.
- Badinter, Elizabeth (1981), *¿Existe el amor maternal?*, Barcelona, Paidós.
- Bagozzi, R. y F. Van Loo (1978), "Fertility as Consumption: Theories from the Behavioral Sciences", *Journal of Consumer Research*, vol. 4, núm. 4, pp. 199-228.
- Bailey, Wilma (1981), "Clinical Undernutrition in the Kingston/St Andrews Metropolitan Area: 1967-1976", *Social Science and Medicine*, vol. 15.

- Balleyguier, G. (1988), "What is the Best Mode of Day Care for Young Children?: A French Study", *Early Child Development and Health*, núm. 33, pp. 41-65.
- Ballweg, Johan A. (1972), "Family Characteristics and Nutrition Problems of Preschool Children in Fond Parisien, Haiti", en *Environmental Child Health*, vol. 18(13), pp. 229-243.
- Barglow, P., B. Vaughn y N. Molitor (1987), "Effects of Maternal Absence due to Employment on the Quality of Infant-Mother Attachment in a Low Risk Sample", *Child Development*, núm. 54, pp. 945-954.
- Barros, Ricardo, Louise Fox y Rosane Mendoca (1993), "Female-headed households, poverty and the welfare of children in urban Brazil", ponencia presentada para el proyecto conjunto ICRW/Population Council sobre *Estructura familiar, jefatura femenil, mantenimiento de las familias y pobreza*.
- Basaglia, F. (1980), "La mujer y la locura", en *Antipsiquiatría y política*, México, Extemporáneos.
- Baumann, Herman, (1928), "The Division of Work According to Sex in African Hoe Culture", *Africa*, vol. I.
- Behrman, Jere H. y Anil B. Deolalikar (1987), "Will developing country nutrition improve with income? A case study for rural south India", *Journal of Political Economy*, núm. 95(3), pp. 492-507.
- Belsky, J. y M. Rovine (1988), "Non-maternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment", *Child Development*, núm. 59, pp. 157-167.
- Bender, Deborah E. (1982), "Women as Promoters of Health in the Developing World", ponencia presentada en la *Conference on Women, Health and International Development*, octubre 22-23, East Lansing.
- Macauley, et al. (1988), "Immunization Drop outs and Maternal Behavior: Evaluation of Reasons Given and Strategies for Maintaining Gains Made in the National Vaccination Campaign in Liberia" (mimeo.).
- Benería, Lourdes y Martha Roldán (1987), *The Crossroads of Class and Gender. Industrial Homework, Subcontracting and Household Dynamics in Mexico City*, Chicago, University of Chicago Press.
- Benn, R. (1986), "Factors promoting secure attachment relationships between employed mothers and their sons", *Child Development*, núm. 57, pp. 1224-1231.
- Bennett, Lynn (1988), "The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health", *Food and Nutrition Bulletin*, núm. 10(3), pp. 16-26.
- Benton, Lauren A. (1989), "Homework and Industrial Development: Gender Roles and Restructuring in the Spanish Shoe Industry", *World Development*, vol. 17, núm. 2.

- Bertaux, Daniel (1980), "L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités", *Cahiers Internationaux de Sociologie*, París, vol. LXIX.
- Bittencourt, Sonia y E. Di Cicco (1979), "Child Care Needs of Low Income Women: Urban Brazil", *Overseas Education Fund of the League of Women Voters*, Washington D. C.
- Blair, Patricia (1980), "Programming for Women and Health", documento elaborado para Office of Women in Development, Bureau of Programs and Policy Coordination, Agency for International Development (mimeo.).
- Blalock, Hubert M. (1972), *Causal Inferences in Non-experimental Research*, Nueva York, Norton Library.
- Blumberg, Rae (1988), "Income under Female vs. under Male Control: Differential Spending Patterns and the Consequences when Women Lose Control of Returns to Labor, Draft Report prepared for the World Bank" (mimeo.).
- Viviane Brachet-Márquez, Fernando Cortés y Rosa María Rubalcava (1992), "Women's 'Purse Power' in the Household: Reducing Favoritism toward Boys' Schooling in Santiago, Chile", ponencia preparada para la 87ª Reunión Anual de la American Sociological Association, Pittsburgh, 20-24 de agosto.
- Bobadilla, José Luis *et al.* (1988), "Reproducción humana, planificación familiar y la salud de las mujeres y los niños", en *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, SSA, pp. 61-78.
- y Ana Langer *et al.* (1990), "Limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud", *Salud Pública de México*, México, vol. 32 núm. 4, julio-agosto, pp. 467-473.
- Boltanski, Luc (1974), *Puericultura y moral de clase*, Madrid, Laia.
- Boltvinik, Julio (1987), "Ciudadanos de la pobreza y la marginación", *El Cotidiano*, vol. 19, sept./oct., pp. 305-326.
- (1993), "La satisfacción de necesidades esenciales en México, 1970-1992", trabajo presentado al *Seminario sobre Políticas Sociales en México*, Colmex, septiembre 23, 1993.
- Bonilla, Elsy (ed.) (1985), *Mujer y familia en Colombia*, Bogotá, Asociación Colectiva de Sociología, Departamento Nacional de Planeación, UNICEF.
- Bourdieu, Pierre (1986), "Marriage Strategies of social reproduction", en R. Forster y O. Ranum (eds.), *Family and Society: Selections From the Annales*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Bowen, W.G. y T.A. Finegan (1969), *The Economics of Labor Force Participation*, Princeton, Princeton University Press.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, Nueva York, vol. 1, Basic Books.
- (1982), "Attachment and Loss", en I. Bretherton y E. Waters (eds.), (1985), "Growing points of attachment theory and research", *Mono-*

- graphs of the Society for Research in Child Development*, núm. 209, vol. 50 (1-2), pp. 147-166.
- Brachet-Márquez, Viviane (1990), "De la doble a la triple jornada: la contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos", El Colegio de México, julio (mimeo.).
- (1993), "De la doble a la triple jornada: la contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos", en Catalina Denman *et al.* (coords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara, UG, INSP, CIESAS y Colson, pp. 44-79.
- , Fernando Cortés, David Post y Rosa María Rubalcava (1992), "Resource Allocation under Scarcity: Family Structure and School Participation in Lima and Santiago", ponencia preparada para la 87ª *Reunión Anual de la American Sociological Association*, Pittsburgh, 20-24 de agosto.
- Braun, Joachim von (1989), "Effects of Export Crops in Small Holder Agriculture on Division of Labor and Child Nutritional Status in Guatemala", en Joan Leslie y M. Paolisso (eds.), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán (1984), "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. vol. 1, México, El Colegio de México/PISPAL/UNAM.
- (1988), "La medición de la desigualdad. Una aproximación metodológica", *Arch. Invest. Med. (Mex)* núm. 19, pp. 351-360.
- Bruce, Judith (1989), "Homes Divided", en *World Development*, vol. 17, núm. 7.
- Bulatao, R. y R. Lee (comps.) (1983), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Nueva York, Academic Press.
- Bumpass, L. y C.F. Westoff (1970), *The Later Years of Childbearing*, Princeton, Princeton University Press.
- Burin, Mabel (1987), *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Grupo Editorial Latinoamericano (Colección Controversia).
- E. Moncarz y S. Velázquez (1990), *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós.
- Buvinic, Mayra y Geeta Rao Gupta (1994), *Targeting poor woman-headed households and woman-maintained families in developing countries: views on a policy dilemma*, documento de trabajo, International Center for Research on Women and Population Council.
- Canaco (s./f.), *El comercio ambulante en la ciudad de México, 1987-1989*.
- Caraveo, A. J., L. Ramos y F. González (1986), "Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general", en *Salud Mental*, núm. 9 (2), pp. 85-90.
- *et al.* (1992), Factores de riesgo asociados a desórdenes psíquicos en los niños, reporte interno, IMP.

- Cassidy, J. (1988), "Child-mother attachment and the self in six-year olds", *Child Development*, núm. 59, pp. 121-134.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1993), "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", Fundação Oswaldo Cruz, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 9 (3), julio-septiembre, pp. 375-394.
- Chant, Silvia (1989), "Gender and reproduction in urban areas", en L. Brydon y S. Chant, *Women in the Third World. Gender issues in rural and urban areas*, Nueva Brunswick, Rutgers University Press, pp. 188-212.
- (1985), "Single-parent families: choice or constraint? The formation of female-headed households in Mexican shantytowns", *Development and Change*, vol. 16, pp. 635-656.
- Cicourel, Aron (1981), "Notes on the integration of micro and macro levels of analysis" en Karine Knorr-Cetina y Aron Cicourel, *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macro Sociologies*, Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Clarke-Stewart, A. (1988), "The effects of infant day care reconsidered", *Early Childhood Research Quarterly*, núm. 3, pp. 293-318.
- Cochrane, Susan H. (1978), *Fertility and Education: What do we Really Know?*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- CEPAL (1991), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, México.
- Coplamar (1982), *La salud en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, vol. III, México, Presidencia de la República.
- (1983), *Macroeconomía de las necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, México, Siglo XXI Editores.
- Cornia, Giovanni Andrea, R. Jolly y F. Stewart (eds.) (1987), *Adjustment with a Human Face*, Oxford, Clarendon Press.
- Crosby, F. (1982), "Relative deprivation and working women", en P. Engle (1986), *The intersecting needs of working mothers and their young children* (mimeo.).
- Charles, Pilar y Florinda Riquer (1989), *Las mujeres del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur (MPPCS): Un discurso sobre sí mismas*, tesis de maestría en sociología, México, UIA.
- Chase-Lansdale, L. y M. Owen (1987), "Maternal employment in a family context: effects on infant-mother and infant-father attachments", *Child Development*, núm. 58, pp. 1505-1512.
- Chodorow, Nancy (1984), *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y la paternidad*, Barcelona, Gedisa.
- Darian, J. (1975), "Convenience of Work and the Job Constraint of Children", en *Demography*, vol. 12, núm. 2, mayo.
- De Barbieri, Teresita (1984), *Mujeres y vida cotidiana*, México, SEP/FCE.
- (1990), *La subordinación de las mujeres en una sociedad desigual. Notas para un diagnóstico de la condición femenina*, México, IIS, UNAM.
- De la Fuente, R. (1990), "Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México", *Salud Mental*, núm. 13 (3), pp. 1-7.

- De Miguel, Jesús M. (1980), "Introducción al campo de la antropología médica", en *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- De Oliveira, Orlandina (1989a), *Presencias y ausencias femeninas, Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México.
- (1989b), "Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes" en Cooper *et al.* (comps.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, México, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, pp. 29-66.
- y T. de Barbieri (1989), "Reproducción de la fuerza de trabajo en América Latina: algunas hipótesis", en Martha Schteingart, *Las ciudades latinoamericanas en la crisis: problemas y desafíos*, México, Trillas.
- Brígida García *et al.* (1989), "Los efectos de la variación y cambio en los roles económicos y femeninos sobre el cambio de la fecundidad en países en desarrollo", ponencia presentada en la *Conferencia Internacional de Población*, Nueva Delhi, IUSSP, septiembre.
- B. García *et al.* (1990), "Expansión del trabajo femenino y transformación social en México", en *México en el umbral del milenio*, CES, El Colegio de México, pp. 345-374.
- B. García *et al.* (1990), "Trabajo, fecundidad y condición femenina en México" (mimeo.).
- B. García *et al.* (1990b), "El nuevo perfil del mercado de trabajo", ponencia presentada en la *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, Somede.
- Debavalya, N. (1982), "Impact of Female Labor Force Participation on Fertility in Thai Women", en *Population and Development Abstracts*, Bangkok, Office of the National Economic and Social Development Board, Population and Manpower Planning Division and Chulalongkorn University (mimeo.).
- Deere, Carmen Diana y M. León, (eds.) (1987), *Rural Women and State Policy*, Boulder, West View Press.
- Degraff, Deborah y Richard E. Bilsborrow (1995), "Female-headed households and family welfare in rural Ecuador", *Journal of Populations Economics*.
- Derogatis, L.R. (1977), "SCL-90, Administration, scoring and procedures manual for the revised version. Clinical Psychometrics Research Unit", Baltimore, MD, Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Desai, Sonalde (1991), *Children at risk. The role of family structure in Latin America and Africa*, Working Papers, núm. 28, The Population Council.
- Dio Bleichmar, Emilce (1985), *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*, Madrid, Adotraf.
- DGE, SS (1988), *Encuesta Nacional de Salud. Resultados Nacionales*, México, pp. 134-153.
- DGEIE, SS (1992), *Mortalidad, 1990*, México.
- DGPF (1988), *Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México*, documento metodológico, México, SSA.

- (1989), *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud 1987*, México, SSA-Institute for Resource Development.
- Dualeh, Karima A. y J. Henry Fitzroy (1989), "Breast milk - The life saver: observations from recent studies", *Food and Nutrition Bulletin*, 11(3), pp. 43-46.
- Durand, J. (1968), *The Labor Force in the United States, 1940-1960*, Nueva York, Gordon and Breach.
- Dwyer, D. y J. Bruce (1988), "Introducción", en Daisy Dwyer y Judith Bruce (comps.), *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford, Universidad de Stanford, pp. 1-19.
- (eds.) (1988), *A Home divided: women and income in the third world*, Stanford University Press.
- Easterbrooks, M. y W. Goldberg (1988), "Security of toddler-parent attachment: Relation to Children's Sociopersonality Functioning During Kindergarten", en L. Hoffman (1989), "Effects of maternal employment in the two parent family", *American Psychologist*, núm. 4(2), pp. 283-292.
- Easterlin, R. (1978), "The Economics and Sociology of Fertility: a Synthesis", en Charles Tilly (ed.), *Historical Studies of Changing Fertility*, Princeton, Princeton University Press.
- Echarri, Carlos Javier (1993), "Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis" en Catalina Denman *et al.* (coords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara, UG, INSP, CIESAS y Colson, pp. 383-400.
- Engle, Patrice (1981), "Maternal Care, Maternal Substitute and Children's Welfare in the Developed and Developing Countries", Washington D.C. (mimeo.).
- (1985), "The Intersecting Needs of Working Mothers and their Young Children, 1980-1985", Nueva York, report to the Carnegie Corporation.
- y M. Pederson (1988), "Maternal Work for Earnings and Children's Nutritional Status in Urban Guatemala", ponencia presentada en la *International Conference on Women, Health and Development*, en East Lansing (mimeo.).
- (1989a) "Child Care Strategies of Working and Non-Working Women in Rural and Urban Guatemala", en J. Leslie y M. Paolisso (comps.), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview Press, pp. 179-200.
- (1989b) "Mother's Income Control: Consequences for Mothers and for their Children", trabajo presentado en *Asociación para Mujeres en Desarrollo 1989*, Washington D.C., noviembre 17.
- (1991), "El trabajo materno en la periferia urbana de Guatemala: efectos en nutrición", en *Psychology and Human Development*, California Polytechnic, San Luis Obispo, enero (mimeo.).

- (1993), "Influences of Mother's and Father's Income on Children's Nutritional Status in Guatemala", *Social Science and Medicine*, vol. 37, ISS11, diciembre, pp. 1303-1312.
- Erickson, M., A. Sroufe y B. Egeland (1985), "The Relationship between Quality of Attachment and Behavior Problems in Preschool in a Highrisk Sample" en I. Bretherton y E. Waters (eds.) (1985), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, núm. 209, vol. 50 (1-2), pp. 147-166.
- Etaugh, C. (1980), "Effects of Non-Maternal care on Children (Research Evidence and Popular Views)", *American Psychologist*, núm. 35 (4), pp. 309-319.
- Evans, Judith en colaboración con R. Myers (1985), "Improving Program Action to Meet the Intersecting Needs of Women and Children in Developing Countries: A Policy Program Review", artículo presentado en IDRC/Consultative Groups of Early Childhood Care and Development Seminar on Women's Work and Child Welfare in Developing Countries.
- G. A. Lamb, N. Murthy y F. C. Shorter (1987), "Women and Children in Poverty: Reproductive Health and Child Survival", reporte para Mid-decade of The Ford Foundation's Program of Child Survival, Reproductive Health and Population, marzo.
- Fapohunda, Eleanor R. (1988), "The Non-Pooling Household: A Challenge to Theory", en Daisy Dwyer y Judith Bruce (eds.) *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford, Stanford University Press.
- Ferro, Norma (1991), *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, Madrid, Siglo XXI Editores.
- Figuerola P., Juan Guillermo *et al.* (1993), "Trabajo femenino y salud en la infancia en tres regiones de México" (informe final), DGPf, SSA.
- Foster, George M. (1980 a), "Relaciones entre medicina popular española y latinoamericana", en *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- (1980 b), "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia" en *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- Franklin, David L. (1979), "Malnutrition and Poverty: The Role of Mother's Time and Abilities", artículo preparado para el Research Triangle Institute, Economics Department, Chapel Hill, North Carolina (mimeo.).
- Furstenberg, Frank (1992), *Family change and the welfare of children: What do we know about it?*, Seminario sobre género y cambio familiar en países industrializados, Roma (mimeo.).
- Gallager, S. *et al.* (1984), "The Incidence of Injuries among 87,000 Massachusetts Children and Adolescents: Results of the 1980-81 State-Wide Childhood Injury Prevention Surveillance System", *American Journal of Public Health*, núm. 74, pp. 1340-1347.

- García, Brígida *et al.* (1982), *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México/ ISS, UNAM.
- (1988), *Desarrollo económico y fuerza de trabajo en México, 1950-1980*, México, El Colegio de México.
- y Orlandina de Oliveira (1990), “Recesión económica y cambio en los determinantes del trabajo femenino”, México, El Colegio de México (mimeo.).
- y Orlandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Genevie, L. y E. Margolies (1987), *The Motherhood Report. How Women Feel about Being Mothers*, MacMillan Publishing.
- Giddens, Anthony (1984), *The Constitution of Society*, California University Press.
- González de la Rocha, Mercedes (1987), “Crisis, economía doméstica y trabajo femenino en Guadalajara”, ponencia presentada en el *Primer Coloquio de Talleres del PIEM*, México, El Colegio de México.
- *et al.* (1990), “Estrategias versus conflicto. Reflexiones para el estudio del grupo doméstico en época de crisis”, en Guillermo de la Peña *et al.* (comp.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia*, México, UG-CIESAS.
- Gove, W. y M. Geerken (1977), “The Effect of Children and Employment on the Mental Health of Married Men and Women”, *Social Forces*, núm. 56, pp. 66-76.
- Greiner, Ted y M. C. Latham (1981), “Factors Associated with Nutritional Status among Young Children in St. Vincent”, *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 10.
- Grewal, Tina, T. Gopaldas y V. J. Grade (1973), “Etiology of Malnutrition in Rural India Preschool Children (Madhya Pradesh)”, *Environmental Child Health*, vol. 19.
- Grossman, K. y K. Grossman (1990), “The Wider Concept of Attachment in Cross-Cultural Research”, *Human Development*, núm. 33, pp. 31-47.
- Growns, Caren A. y Jennefer Sebstad, “Introduction: Toward a Wider Perspective on Women’s Employment”, *World Development*, vol. 17 núm. 7.
- Gutiérrez, J. y E. Barilar (1986), “Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 101 (6), pp. 648-658.
- Guyer, Jane (1988), “Dynamic Approaches to Domestic Budgeting: Cases and Methods from Africa”, en Daisy Dwyer y Judith Bruce (eds.), *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford University Press.
- Haggerty, Patricia, (1981), “Women’s Work and Child Nutrition in Haiti”, tesis de maestría (mimeo.).
- Haleh, Afshar (ed.) (1985), *Women, Work and Ideology in the Third World*, Londres, Tavistock.
- Hawthorn, G. (1970), *The Sociology of Fertility*, Londres, Collier-MacMillan.

- Hernández, Patricia, Alfredo Zetina e Irma Coria (1992), informe de la encuesta "La venta ambulante como factor de riesgo para la salud de la mujer y los niños", INSP (mimeo.).
- Hernández Laos, Enrique (1992), *Crecimiento económico y pobreza en México (una agenda para la investigación)*, México, UNAM.
- Hijar, Marta *et al.* (1992), "Accidentes en el hogar; causas y consecuencias en niños menores de 10 años", *Salud Pública de México*, núm. 34 (6), pp. 615-625.
- Hill, A. y M. Mandani (1991), *Guidelines for Household Surveys on Health*, Nueva York, National Department of Technology, Cooperation for Development, and the Statistical Office of the National Health Service, pp. 11-15.
- Hobcraft, John (1988), *La planificación familiar: ¿Salva la vida de los niños? Las consecuencias de los patrones de formación familiar para la salud de los niños; una revisión de las evidencias y las implicaciones potenciales de esta política*, México, SSA, INSP (Perspectivas en Salud Pública, núm. 7).
- (1987), "Does Family Planning Save Children's Lives?", ponencia presentada en la *International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning*, Nairobi, octubre 5-9.
- Hoodfar, Homa (1986), *Child Care and Child Survival in Low-Income Neighborhoods of Cairo*, West Asia and North Africa, The Population Council (Regional Papers Series).
- (1988), "Household Budgeting and Financial Management in a Lower-Income Cairo Neighborhood", en Daisy Dwyer y Judith Bruce (eds.), *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford, Stanford University Press.
- Infante, Claudia (1988), "Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud", *Salud Pública de México*, vol. 30, núm. 2, pp. 176-196.
- IMSS y Amidem (1980), "Informe de resultados de la Encuesta sobre Disponibilidad y Necesidades de Cuidado Infantil en la ciudad de México", México.
- INEGI (1990), *Perfil Socio-demográfico. XI Censo Nacional de Población y Vivienda*, México.
- (1991), *Encuesta nacional de economía informal, 1988*, México.
- INN (1990), *Encuesta nacional de alimentación en el medio rural, 1989*, México.
- Jaffe, A. J. y K. Azumi (1960), "The Birth Rate and Cottage Industries in Underdeveloped Countries", en *Economic Development and Cultural Change*, núm. 9, pp. 52-63.
- Jiggins, Janice (1989), "How Poor Women Earn Income in Sub-Saharan Africa and What Works Against Them", *World Development*, vol. 17, núm. 7.
- Joekes, S. (1989), "Women's Work and Social Support for Child Care in the Third World", J. Leslie y M. Paolisso (comps.), *Women, Work, and Child Welfare in the Third World*, Boulder, AAAS Selected Symposia Series.

- Jordán, J. R. (1988), *El crecimiento del niño*, Barcelona, editorial JIMS.
- Kaplan, N. y M. Main (en prensa), "Instructions for the Classification of Children's Family Drawings in Terms of Representation of Attachment", en M. Main (ed.), *Representations of Relationships: Five Methods of Assessment*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Kaufman, Michel (1989), *Hombres, placer, poder y cambio*, Santo Domingo, CIPAF.
- Kenny, Michael (1980), "Valores Sociales y Salud" en *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- King, E., R. E. Evenson (1983), "Time Allocation and Home Production in Philippine Rural Households", en Mayra Buvinic, M. Lucette y W. McGreevey (eds.), *Women and Poverty in the Third World*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Knorr-Cetina, Karine (1981), "Introduction: The Microsociological Challenge of Macro-Sociology: Towards a Reconstruction of Social Theory and Methodology", en Karine Knorr-Cetina y Aron Cicourel, *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macro Sociologies*, Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Koppitz, E. (1985), *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires, Editorial Guadalupe.
- Krause, N. y S. Kiriakos (1985), "Employment and Psychological Well-Being in Mexican American Women" en *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 26, pp. 15-26.
- Kula, W. (1976), "The Seigneury and the Peasant Family in Eighteenth-Century Nantes", en R. Forster y O. Ranum (eds.), *Family and Society: Selections From the Annales*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kumar, Shubb K. (1977), "Role of the Household Economy in Determining Child Nutrition at Low Income Levels: A Case Study in Kerala", *Occasional Papers* núm. 95, Nueva York, Ithaca, Universidad de Cornell, Departamento de Economía Agrícola.
- Lagarde, Marcela (1990), *Los cautiverios de las mujeres: el caso de las madres-posas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, México.
- Lamas, Marta (1988), "Feminismo y maternidad" en *Fem 10 años de periodismo feminista*, México, Editorial Planeta.
- Lamb, M. (1987), "Predictive implications of individual differences in attachment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 33 (6), pp. 817-824.
- Lara, María Asunción, María Elena Medina-Mora y Gutiérrez Emilio (1988), "Estudio sobre características de personalidad: masculinas y femeninas", *Investigación y Desarrollo Aplicados*, núm. 2 (2), pp. 8-17.
- (1991), "Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género", *Salud Mental*, núm. 14 (1), pp. 12-18.
- et al. (1992), "Relación entre el trabajo materno y la salud en la familia", México, IMP (inédito).
- Leñero, Luis (1983), *El fenómeno familiar en México*, IMES, México.

- Leonard, A., C. Landers (1991), *Child Care: Meeting the Needs of Working Mothers and their Children*, Nueva York, The Population Council (Seeds núm. 13).
- Lerner, Susana y André Quesnel (1982), "Población y familia o grupo doméstico", en *Memorias de la Segunda Reunión sobre Investigación Demográfica en México*, México, Programa Indicativo de Investigación Demográfica y Conacyt, pp. 571-576.
- (1986), "Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales", en Rodolfo Corona *et al.*, *Problemas metodológicos de la investigación sociodemográfica*, México, PISPAL, El Colegio de México.
- Leslie, Joanne (1989), "Women's Work and Child Nutrition in the Third World", en J. Leslie y M. Paolisso (comps.) *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview Press, pp. 19-58.
- (1989), "Women's Time: A Factor in the Use of Child Survival Technologies", en *Health Policy and Planning*, vol. 14 núm. 1, marzo, pp. 1-16.
- , Margaret Lycette y Mayra Buvinic (1988), "Weathering Economic Crises: The Crucial Role of Women in Health", en David E. Bell y Michael R. Reich (eds.), *Health, Nutrition and Economic Crises: The Crucial Role of Women in Health*, Dover, Auburn House Publishing.
- y Mayra Buvinic (1989), "Introduction", en J. Leslie y M. Paolisso (comps.) *Women, Work, and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview.
- y M. Paolisso (eds.) (1989), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview.
- Lewis, Aubrey (1953), "Health as a Social Concept", *British Journal of Sociology*, núm. 4.
- Lilinfield, A. y D. Lilinfield (1980), *Foundations of Epidemiology*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 226-255.
- Lloyd, Cynthia (1990), *Understanding the Relationship Between Women's Work and Fertility: The Contribution of the World Fertility Survey*, Nueva York, The Population Council, Working Paper núm. 9.
- López, P. (s./f.), "Mujeres jefas de hogares: un estudio de censos", ponencia presentada en el *Seminario sobre conceptos y clasificación de hogares dirigidos por mujeres: Implicaciones y aplicaciones para las estadísticas nacionales*, Nueva York, diciembre 12 y 13.
- Lozano, Rafael *et al.* (1992), "Desigualdad, pobreza y salud", informe de investigación, INSP.
- Main, M. y J. Cassidy (1988), "Categories of Response to Reunion with the Parent at Age of Six: Predictable from Infant Attachment Classifications and Stable Over a 1 Month Period", *Developmental Psychology*, núm. 24 (3), pp. 415-426.
- Manciaux, M. (1985), "Accidents in Childhood: from Epidemiology to Prevention", en *Act. Ped. Scand.*, núm. 74, pp. 173-181.

- y C. J. Romer (1991), "Accidents in Childhood and Adolescence. The Role of Research", WHO, núm. (6), Geneva, pp. 1-30.
- Marchione, Thomas J. (1980), "Factors Associated with Malnutrition in the Children of Western Jamaica", en Norge W. Jerome, R.F. Kandel y G. H. Pelto (eds.), *Nutritional Anthropology: Contemporary Approaches to Diet and Culture*, Nueva York, Redgrave Publishing.
- Margulis, M. y R. Tuirán (1986), *Desarrollo y población en la frontera norte. El caso de Reynosa*, México, El Colegio de México.
- Martínez S., Carolina (1991), "En busca de una más precisa orientación para emprender el estudio de la relación trabajo materno y salud de la infancia", documento de trabajo. The Population Council, México.
- Martorell, Reynaldo *et al.* (1984), "Characteristics and Determinants of Child Nutritional Status in Nepal", *The American Journal of Clinical Nutrition*, núm. 39, pp. 76-86.
- Mason, K. Oppenheim *et al.* (1971), *Social and Economic Correlates of Family Fertility: A Survey of the Evidence*, Research Triangle Park, Research Triangle Institute.
- y V.P. Palan (1981), "Female Employment and Fertility in Peninsular Malaysia: The Maternal Role Incompatibility Hypothesis Reconsidered", *Demography*, vol. 18, núm. 4, noviembre.
- Massachusetts Department of Public Health (1990), Family Day Care Project. Division of Family Health Services. Massachusetts.
- Mckinlay, J. (1985), "Social Network Influences on Morbid Episodes" en Leon Eisenberg y Arthur Kleinman, *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel Publishing.
- Medina-Mora, María Elena (1992), "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional", *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, núm. 3, pp. 48-55.
- Mendoza, Doroteo *et al.* (1993), "Efectos de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las estrategias de cuidado infantil en la morbilidad de los menores de seis años, en la ciudad de México: Informe de resultados", México, IMSS, AMIDEM y The Population Council.
- Menéndez, Eduardo (s./f.), "Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica", México (mimeo.).
- (1992), "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales" en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, Antologías universitarias, Nuevos enfoques en Ciencias Sociales, tomo I, Instituto Dr. José María Luis Mora/UAM.
- Menscher, Joan P. (1988), "Women's Work and Poverty: Women's Contribution to Household Maintenance in South India", en Daisy Dwyer y Judith Bruce (eds.), *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford, Stanford University Press.

- Mertens, Walter (1972), "Investigación sobre la Fecundidad y la Planificación Familiar en América Latina", en *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, México, El Colegio de México.
- Merrick, Thomas (1983), "The effect of piped water on early childhood mortality in urban Brazil, 1970-1976", Washington D. C., reporte técnico, WB, p. 46.
- y Marianne Schmink, (1983), "Households headed by women and urban poverty in Brazil" en Mayra Buvinic, Margaret A. Lycette y William P. McGreevy (eds.), *Women and poverty in the Third World*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Mier y Terán, Marta (1991), "Patrón de alimentación temprana y salud de los niños en México", trabajo presentado en la *Conferencia Mundial sobre las encuestas Demográficas y de Salud*, Washington D. C., 5-7 de agosto.
- Módena, María Eugenia (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, CIESAS, Ediciones de La Casa Chata.
- Moen, P. y K. Forest (1990), "Working Parents, Workplace Supports and Well-being: The Swedish Experience", *Social Psychology Quarterly*, núm. 53 (2), pp. 117-131.
- Morales, Patricia (1988), "Feminidad: ser madre", *Fem 10 años de periodismo feminista*, México, Planeta.
- Moreno-Black, Geraldine (1983), "Dietary Status and Dietary Diversity of Native Highland Bolivia Children", *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 13.
- Mosley, Henry W. (1988), "Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia", *Salud Pública de México*, núm. 30(3), pp. 312-328.
- Mueller, Eva (1979), "El valor económico de los hijos en la agricultura campesina", en Víctor L. Urquidi y José B. Morelos (comps.), *Crecimiento de la población y cambio agrario*, México, El Colegio de México, pp. 325-391.
- Myers, Robert C. y C. Indriso (1987), *Women's Work and Child Care: Supporting the Integration of Women's Productive and Reproductive Roles in Resource Poor Households in Developing Countries*, artículo preparado para la Fundación Rockefeller/IDRC Workshop on Gender, Technology and Development.
- ONU (1989), *World Survey on the Role of Women in Development*, Nueva York, CSDHA.
- Narotzky, S. (1988), *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*, Barcelona, Alfons Magnanim.
- Nathanson, Constance (1980), "Social Roles and Health Status among Women: The Significance of Employment", citado por L. Verbrugge (1983), "Multiple Roles and Physical Health of Women and Men", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 24, pp. 16-30.

- NRC (1989), *Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo*, Médica Panamericana, Argentina.
- Nieves, Isabel (1981), "A Balancing Act: Strategies to Cope with Work and Motherhood in Developing Countries", ponencia presentada en el *International Center for Research on Women Policy Round Table, The Interface between Poor Women*, diciembre 10, Washington D. C., ICRW.
- Nortman, D. (1974), *Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcome and Child Development*, Nueva York, The Population Council (Reports on Population/Family Planning, núm. 16).
- O'Gara, Chloe (1989), "Breastfeeding and Maternal Employment in Urban Honduras", en J. Leslie y M. Paolisso (comps.), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview Press, pp. 113-130.
- Omran, Abdul (1981), "Review of the Evidence: an Update", en World Health Organization, *Further Studies on Family Formation Patterns and Health*, Geneva.
- OMS (1969), *Contaminación del aire en el medio ambiente urbano y rural, particularmente por vehículos de motor*, Ginebra (Serie de informes técnicos, núm. 410).
- OECD (1989), *Job Strategies in the USA*, París.
- Orozco, S. (1992), "Análisis de deserción de enfermeras en una institución de tercer nivel", IMP (mimeo.).
- Overholt, Catherine *et al.*, "Women in Development: A Framework for Project Analysis", en Catherine Overholt, M. B. Anderson y J. E. Austin (eds.), *Gender Roles in Development Projects*, West Hartford, Kumarian Press.
- OEF (1979), *Child Care Needs of Low Income Mothers in Less Developed Countries: A Summary Report of Research in Six Countries in Asia and Latin America (Korea, Malaysia, Sri Lanka, Brazil, Dominican Republic, Peru)*, Washington D. C., Overseas OEF of the League of Women Voters.
- Paolisso, M. *et al.* (1989), "Women's Agricultural Work, Child Care and Infant Diarrhea in Rural Kenya", en J. Leslie y M. Paolisso, (eds.), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview.
- Parry, G. (1986), "Paid Employment, Life Events, Social Support, and Mental Health in Working-Class Mothers", en *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 27, pp. 193-208.
- (1987), "Sex Roles Beliefs, Work Attitudes and Mental Health in Employed and Non-employed Mothers", en *British Journal of Social Psychology*, núm. 26, pp. 47-58.
- Pearlin, L. (1975), "Sex Roles and Depression", en R. Barnett, L. Biener y G. Baruch (eds.), (1987), *Gender and Stress*, The Free Press.
- y C. Schooler (1978), "The Structure of Coping", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 27, pp. 193-208.
- Pepin-Lehalleur, Marielle y Teresa Rendón (1989), "Reflexiones a partir de una investigación sobre grupos domésticos campesinos y sus estrategias de reproducción", en Orlandina de Oliveira y Vania Salles

- (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, Coordinación de Humanidades, UNAM/Porrúa/El Colegio de México.
- Pérez-Gil, Sara Elena (1992), *Percepciones de las mujeres sobre el amamantamiento en dos zonas rurales*, trabajo final del Curso de Especialización en Estudios de la Mujer, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, julio.
- Piepmeyer, K. B. y T. S. Adkins (1973), "The Status of Women and Fertility", *Journal of Biosocial Science*, vol. 5, pp. 507-520.
- Piwoz, Ellen Gail, y Fernando E. Viteri (1985), "Studying Health and Nutrition Behavior by Examining Household Decision-Making, Intra-household Resource Distribution, and the Role of Women in these Processes", *Food and Nutrition Bulletin*, núm. 7(4), pp. 1-31.
- Popkin, Barry M. (1980), "Time Allocation of the Mother and Child Nutrition", *Ecology of Food and Nutrition*, núm. 9, pp. 1-14.
- (1983), "Rural Women, Work, and Child Welfare in the Philippines", en Mayra Buvinic *et al.* (comps.), *Women and poverty in the Third World*, Baltimore, Johns Hopkins University, pp. 157-176.
- y F. S. Solon (1976), "Income, Time, the Working Mother and Child Nutrition", *Environment and Child Health*, vol. 22.
- Powell, Christine A. y Sally Grantham-McGregor (1985), "The Ecology of Nutritional Status and Development in Young Children in Kingston, Jamaica", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 41.
- Prat, Joan, Joan J. Pujadas y Josep M. Comelles (1980), "Sobre el contexto social del enfermar" en *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- Prawda, Juan (1987), *Logros, inequidades y retos del futuro sistema educativo mexicano*, México, Grijalbo.
- Presser, H. (1984), "Job Characteristics of Spouses and Their Work Shifts", en *Demography*, vol. 21, núm. 4, pp. 575-589.
- (1986), "Shift Work among American Women and Child Care", *Journal of Marriage and the Family*, núm. 48, agosto, pp. 551-563.
- , W. Baldwin (1980), "Child Care as a Constraint on Employment: Prevalence, Correlates, and Bearing on the Work and Fertility Nexus", *American Journal of Sociology*, vol. 85, núm. 5, pp. 1202-1213.
- Pzeworski, Adam (1982), "La teoría sociológica y el estudio de la población: reflexiones sobre los trabajos de la Comisión de Población y Desarrollo de CLACSO", en *Reflexiones teórico-metodológicas sobre investigaciones en población*, México, El Colegio de México.
- Radolf, L. (1977), "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", *Applied Psychological Measurement*, núm. 1, pp. 385-401.
- Rawson, Ian G. y Víctor Valverde (1976), "The Etiology of Malnutrition among Preschool Children in Rural Costa Rica", *Environmental Child Health*, vol. 21.

- Reece, R. y M. Gordin (1985), "Reconocimiento de lesiones no accidentales en niños", en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, Editorial Interamericana, vol. 1, pp. 45-65.
- Rendón, Teresa y Carlos Salas (1991), "Estructura productiva y empleo. Una década de transición", ponencia presentada en la *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica*, México, abril, Somede.
- (1991), "La transformación en el empleo en los años ochenta: una visión de largo plazo", *El Cotidiano*, núm. 42, pp. 17-29, México, julio-agosto.
- Repetti, R., K. Matthews, e I. Waldron (1989), "Employment and Woman's Health. Effects of Paid Employment on Women's Mental and Physical Health", *American Psychologist*, núm. 44(11), pp. 1394-1401.
- Rice, Dorothy y Anne S. Cugliani (1980), "Health Status of American Women" citado por L. Verbrugge (1983), "Multiple Roles and Physical Health of Women and Men", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 24, pp. 16-30.
- Riquer, Florinda (1992), "Madres trabajadoras y salud infantil en el sector popular de la ciudad de México: una aproximación cualitativa", informe final de investigación, México, The Population Council.
- (1993), "La identidad femenina en la frontera entre la conciencia y la interacción social" en María Luisa Tarrés (comp.), *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*, México, PIEM, El Colegio de México.
- Rivara, F.P. (1982), "Epidemiology of Childhood II. Sex Differences in Injury Rates", *Am J. Dis Child*, núm. 136, pp. 502-506.
- Rogers, Bárbara (1979), *The Domestication of Women*, Nueva York, St. Martin's Press.
- Roldán, Martha (1988), "Renegotiating the Marital Conflict: Interhousehold Pattern of Money Allocation and Women's Subordination among Domestic Workers in Mexico City", en Daisy Dwyer y Judith Bruce (comps.), *Home Divided: Women and Income in the Third World*, Stanford, Stanford University, pp. 229-247.
- Rosembaum, L. y G. Pauly (1984), "The Effects of Varying Environmental Demands on Maternal and Infant Behavior", citado por T. Gamble y E. Zingler (1986), "Effects of Infant Day Care: Another Look at the Evidence", *American Journal of Orthopsychiatry*, núm. 56(1), pp. 26-42.
- Rosenhouse, Sandra (1989), "Identifying the Poor: Is 'Headship' a Useful Concept?", *Living Standards Measurement Study Working Paper* núm. 58, Washington D. C., The World Bank.
- Ross, Catherine y John Mirowsky (1988), "Child Care and Emotional Adjustment to Wife's Employment", citado por N. Russo (1990), "Forging Research Priorities for Women's Mental Health", *American Psychologist*, núm. 5(3), pp. 368-373.
- Rubenstein, J. (1985), "The Effects of Maternal Employment on Young Children", *Applied Developmental Psychology*, pp. 99-128.
- Rutter, M. (1972), *Maternal Deprivation Reassessed*, United Kingdom, Penguin, Modern Psychology.

- Ryder, N. y C. F. Westoff (1971), *Reproduction in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Safilios-Rothschild, Constantina (1979), "The Role of the Family: A Neglected Aspect of Poverty", *Implementing Programs of Rural Development*, World Bank Staff Working Paper núm. 403, Washington, The World Bank, pp. 311-72.
- Salles, Vania (1989), "Una discusión sobre las condiciones de la reproducción campesina", en Orlandina de Oliveira y Vania Salles (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, Coordinación de Humanidades UNAM/Porrúa/El Colegio de México.
- Schachere, K. (1990), "Attachment between Working Mothers and their Infants: The Influence of Family Processes", *American Journal of Orthopsychiatry*, núm. 60, 1, pp. 19-34.
- Schelesseman, J. (1982), *Case Control Studies Design, Conduct, Analysis*, Nueva York, Oxford University.
- Schlaepfer, L. y Claudia Infante (1992), "Alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna", *Salud Pública de México*, núm. 34(6), pp. 593-605.
- y José Luis Bobadilla (1990), "Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas", *Salud Pública de México*, vol. 32, pp. 381-394, México, julio-agosto.
- Schultz, T.W. (1973), "The Value of Children", *Journal of Political Economy*, vol. 92, núm. 2.
- Schwartz, P. (1983), "Length of Day Care Attendance and Attachment Behavior in Eighteen Month Old Infants", *Child Development*, núm. 54 (4), pp. 1073-1078.
- SPP y STPS (1979), *La ocupación informal en México*, 1976.
- SSA (1984), "Ley General de Salud", *Diario Oficial*, 7 de febrero, pp. 51.
- (1988), *Encuesta Nacional de Salud*, México.
- Sen, Amartya (1987), *Gender and Cooperative Conflicts*, Helsinki, Woder Working Papers.
- Shah, C.H. (1983), "Food Preference, Poverty, and the Nutrition Gap", *Economic Development and Cultural Change*, núm. 32 (octubre), pp. 121-148.
- Shah, P. P., S. R. Walimbe y V. S. Dhole (1979), "Wage Earning Mothers, Mother Substitutes and Care of the Young Children in Rural Maharashtra", *Indian Pediatrics*, vol. 16.
- Sivard, Ruth L. (1985), *Women: A World Survey*, Washington D. C., World Priorities.
- Skair, Leslie (1989), *Assembling for Development; The Maquila Industry in Mexico and the United States*, Boston, Unwin and Hyman.
- Smith, Meredith F. (1983), "Socioeconomic, Educational and Health Factors Influencing Growth of Rural Haitian Children", *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 13.

- Soerkiman (1983), "The Effect of Maternal Employment on Nutritional Status of Infants From Low-income Households in Central Java", tesis de doctorado, Cornell University (mimeo.).
- (1985), "Women's Work and its Effects on Infants' Nutritional Status in Java, Indonesia", ponencia presentada en *13th. International Congress of Nutrition*, Brighton, UK, 18-23 de agosto (mimeo.).
- Spinetti, J. (1982), "Behavioral and Psychological Research in Childhood Cancer", *Journal of Amer. Cancer*, núm. 50 (9), pp. 23-29.
- Sroufe, A. (1983), citado por I. Bretherton y E. Waters (eds.) (1985), "Growing Points of Attachment Theory and Research", en *Monographs of the Society for Research in Child Development*, núm. 209, vol. 50(1-2), pp. 147-166.
- Standing, Guy (1978), *Labour Force Participation and Development*, Geneva, International Labour Office.
- (1983), "Women's Work Activity and Fertility", en R. Bulatao y R. Lee, *Determinants of Fertility in Developing Countries: A Summary of Knowledge*, Washington D. C., National Academy Press, pp. 416-438.
- Stern, Claudio (1993), "Una estrategia de investigación: el programa del Population Council sobre relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil", en Catalina Denman *et al.* (cords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara, UG, INSP, CIESAS y Colson, pp. 189-197.
- Stolcke, V. (1983), "Los trabajos de las mujeres", en *Debate sobre la mujer en America Latina y el Caribe. Discusión acerca de la unidad producción-reproducción*, vol. III, pp. 11-31.
- Stolzenberg, R., L. Waite (1984), "Local Labor Markets, Children and Labor Force Participation of Wives", *Demography*, vol. 21, núm. 2, pp. 157-170.
- Stycos, J. M. y R. H. Weller (1967), "Female Working Roles and Fertility", *Demography*, pp. 210-217.
- Sweet, J. (1973), *Women in the Labor Force*, Nueva York, Seminar Press.
- (1970), "Family Composition and the Labor Force Activity of American Wives", *Demography*, vol. 7, pp. 195-209.
- Taket, A. (1986), "Accidents Mortality in Children, Adolescents and Young Adults", *World Health Statistics Quarterly*, núm. 30, pp. 232-256.
- Tapia, Medardo (1990), *La educación de la mujer en la cultura familiar y en la salud de los hijos. Reflexiones teóricas y metodológicas*, Cuernavaca, CRIM, (Aportes de Investigaciones núm. 38).
- Teti, D. *et al.* (1991), "Security of Attachment Between Preschoolers and Their Mothers: Relations Among Social Interaction, Parenting Stress, and Mothers' Sorts of the Attachment Q-Set", *Developmental Psychology*, núm. 27(3), pp. 440-447.
- Thompson, Ross A. (1987), "Attachment Theory and Day Care Research", *Zero to Three*, núm. 8(2), pp. 19-20.

- Tiedje, L. *et al.* (1990), "Women with Multiple Roles: Role Compatibility Perceptions, Satisfaction and Mental Health", *Journal of Marriage and the Family*, núm. 52, pp. 63-72.
- Tolbert, Kathryn (1991), citada en A. Leonard y C. Landers, *Child Care: Meeting the Needs of Working Mothers and their Children*, Nueva York, The Population Council (Seeds, núm. 13).
- *et al.* (1993), "Day care policies and programs in Mexico", en Moncrieff Cochran (ed.), *International Handbook of Child Care Policies and Programs*, Westport, Greenwood Press, pp. 353-3763.
- Tripp, Robert B. (1981), "Farmers and Traders: Some Economic Determinants of Nutritional Status in Northern Ghana", *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 27.
- Tucker, Katherine L. (1989), "Maternal Employment, Differentiation and Child Welfare in Panama", en Joanne Leslie y M. Paolisso (eds.), *Women's Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview Press.
- Tuirán, Rodolfo (1986), "Algunas notas acerca de la reproducción social y la reproducción demográfica", trabajo presentado en la *III Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, México, Somede.
- (1992), "Estrategias de vida en época de crisis: hogares de bajos ingresos de la ciudad de México", ponencia presentada en *Socio-Demographic Effects of the 1980's Economic Crisis in Mexico Conference*, University of Texas at Austin, abril.
- Turshen, Meredeth (1982), "Women, Food and Health in Tanzania", ponencia presentada en la conferencia sobre *Women, Health and International Development*, East Lansing, 22-23 de octubre.
- Tursz, A. *et al.* (1984), "Enregistrement des accidents de l'enfant dans les structures de soins et de prévention d'un secteur sanitaire", *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, France, núm. 32, pp. 286-294.
- Ueno, Chizuko (1987), "The Position of Japanese Women Reconsidered", *Current Anthropology*, núm. 28(4), pp. 75-84.
- UNICEF (1990), *Estado Mundial de la Infancia*, Nueva York/Ginebra.
- Uribe, G. *et al.* (1990), "Salud-mujer y el caso de las enfermeras, maestras, secretarías y amas de casa", ponencia presentada en la *IV Reunión Nacional de la Investigación Demográfica en México*, Guadalajara.
- Valdés, Teresa (1988), *Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago de Chile, Flacso.
- Vaughn, B., F. Gove y B. Egeland (1985), "The Relationship between out of Home Care and the Quality of Infant Mother Attachment in an Economically Disadvantaged Population", citado por Chase Lansdale, L. y M. Tresch (1987), "Maternal Employment in a Family Context: Effects on Infant-Mother and Infant-Father Attachments", *Child Development*, núm. 58, pp. 1505-1512.
- Verbrugge, L. (1982), "Women's Social Roles and Health", en R. Barnett, L. Biener y G. Baruch (eds.), (1987), *Gender and Stress*, The Free Press.

- Vial, Isabel y E. Muchnik (1989), "Women's Market Work, Infant Feeding Practices and Infant Nutrition among Low Income Women in Santiago, Chile", en Joanne Leslie y Michael Paolisso (eds.), *Women, Work and Child Welfare in the Third World*, Boulder, Westview Press.
- Videla, Mirta (1963), *Maternidad. Mito y realidad*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Viesca, Carlos (1992), "Veinte años de investigación en medicina tradicional de México", en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México. Nuevos enfoques en ciencias sociales*, México, tomo I, Instituto Dr. José María Luis Mora/UAM (Antologías Universitarias).
- Wadsworth, J. (1970), "Family Type and Accidents in Childhood", *Child Health and Education Studies*, núm. 17, pp. 588.
- Ware, Helen (1984), "Effects of Maternal Education, Women's Roles, and Child Care on Child Mortality", en W. H. Mosley y L. C. Chen (comps.), *Child survival: strategies for research*, separata en *Population and Development Review*, núm. 10, pp. 191-214.
- Waterlow, J. C. (1972), "Classification and Definition of Protein-Calorie Malnutrition", *British Medical Journal*, núm. 3, pp. 566-569.
- Weinraub, M., E. Jaeger y L. Hoffman (1988), "Predicting Infant Outcome in Families of Employed and Non-employed Mothers", *Early Childhood Research*, Quarterly, núm. 3, pp. 361-378.
- Weller, R.H. (1968), "The Employment of Wives, Role Incompatibility and Fertility", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, pp. 507-526.
- Wezorek, C., B. Dean y E. Krenzelok (1988), "Accidental Childhood Poisoning. Influence of the Type of Caretaker on Etiology and Risk", *Vet. Hum. Toxicol*, núm. 30(6), pp. 574-576.
- Winikoff, Beverly et al. (1985), "The Infant Feeding Study", citado en A. Leonard y C. Landers, *Child Care: Meeting the Needs of Working Mothers and their Children*, Nueva York, The Population Council, 1991 (Seeds, núm. 13), p. 8.
- Wolfe, Barbara y J. R. Behrman (1982), "Determinants of Child Mortality, Health and Nutrition in a Developing Country", *Journal of Development Economics*, vol. 11.
- Wong Rebeca, Robert Levine (1991), "Mothers' Employment and Household Structure in Urban Mexico: A Comparative Analysis 1982-1987", ponencia presentada en el *Annual Meeting of the Population Association of America*, Washington D. C., marzo.
- Wood, B. (1985), "Proximity and Hierarchy: Orthogonal Dimensions of Family Interconnectedness", *Family Process*, núm. 24(4), pp. 487-507.
- WB (1991), "Injury: Risk Factors, environmental Exposures, and other Determinants of Injuries" (inédito), septiembre.
- WHO (1978), *Primary Health Care; International Conference on Primary Health Care*, Alma Ata, WHO.
- (1980), "Health and the Status of Women", Document FHE/80.1 (mimeo.).

- (1982), *Assessment of Human Exposure to Lead and Cadmium through Biological Monitoring*, Marie Vather (ed.), United Nations Environment Program-WHO, Karolinska Institute Stockholm.
- (1985), *Women, Health and Development*, Geneva, (WHO Offset Publications, núm. 90).
- Wray, Joe D. y A. Aguirre (1969), "Protein-calorie Malnutrition in Candelaria, Colombia: I. Prevalence: Social and Demographic Causal Factors", *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 15.
- Yescas, B. G. (1987), Síndrome del niño maltratado: factores predisponentes y manifestaciones clínicas, curso universitario de especialización en pediatría médica, UNAM.
- Youssef, N. H. (1982), "The interrelationship between the division of labour in the household, women's roles and their impact on fertility", en Anker, R. y M. Buvinic (eds.), *Women's roles and population trends in the Third World*, Londres, Croom Helm, pp. 173-201.
- Zeitlin, Mariane *et al.* (1978), "Breastfeeding and Nutritional Status in Depressed Urban Areas of Greater Manila, Philippines", *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 7.
- Zimmerman, R., M. Báez y J. Vargas (1981), "Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del Valle de México", *Salud Mental*, núm. 4 (4), pp. 12-18.
- Zocolillo, M. y C. Cloninger (1986), "Somatization Disorder: Psychologic Symptoms, Social Disability, and Diagnosis", *Comprehensive Psychiatry*, núm. 27(1), pp. 65-73.

**MIEMBROS DEL COMITÉ ASESOR
DEL PROYECTO
“TRABAJO MATERNO Y SALUD EN LA NIÑEZ”**

Lic. Teresita de Barbieri

Investigadora

Instituto de Investigaciones Sociales

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Viviane Brachet-Márquez

Profesora-investigadora

Centro de Estudios Sociológicos

El Colegio de México

Lic. Gustavo Cabrera

Director

Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano

El Colegio de México

Profr. Fernando Cortés

Profesor-investigador

Centro de Estudios Sociológicos

El Colegio de México

Dra. Miriam Muñoz de Chávez

Investigadora

Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”

Maestra Catalina Denman

Área de Salud y Sociedad

El Colegio de Sonora

Lic. Mercedes González de la Rocha

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores

en Antropología Social

Dra. Carolina Martínez

Jefa del Área de Investigación de Salud y Sociedad
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Dr. Eduardo Menéndez

Investigador
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social

Dra. Rosa María Núñez Urquiza

Profesora-investigadora
Instituto Nacional de Salud Pública

Profra. Rosa María Rubalcava

Profesora-investigadora
Centro de Estudios Sociológicos
El Colegio de México

Lic. Susana Lerner

Profesora-investigadora
Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano
El Colegio de México

Dra. Kathryn Tolbert

Directora del Programa Regional de Salud Reproductiva
y Salud Infantil del Population Council

ACERCA DE LOS(AS) AUTORES(AS) PRINCIPALES

VIVIANE BRACHET-MÁRQUEZ

Maestra y doctora en sociología por la Universidad de Wisconsin (Madison). Profesora-investigadora del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México desde 1974 y profesora-investigadora invitada en la Universidad de Columbia, Estados Unidos (1985-1986) y en la New School for Social Research, Center for Studies of Social Change, Estados Unidos (1992-1993).

Entre sus publicaciones:

"Poverty Social Programs in México (1970-1980): The Legacy of a Decade", *Latin American Research Review*, vol 23, núm.1, pp. 220-229, 1988.

"¿Basta con sobrevivir? Retos para la integración de la salud con el bienestar del Tercer Mundo", *Revista Salud Pública de México*, vol. 34, Suplemento, pp. 65-73, 1992.

"Pobreza y seguridad social: prospectivas americanas" en *Seguridad Social y el Estado Moderno*, México, Fondo de Cultura Económica, 1992.

"Austeridad fiscal, estado de bienestar y cambio político: la salud y la alimentación en México (1970-1990)" *Estudios Sociológicos*, vol.11, núm. 32 (mayo-agosto), pp. 331-364, 1993.

The Dynamics of Domination: State Class and Social Reform in México (1910-1990). Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1993 (a publicarse próximamente en español por El Colegio de México).

FERNANDO CORTÉS CÁCERES

Economista por la Universidad de Chile. Profesor en la Universidad de Chile, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, la

Universidad Católica de Chile, la Confederación Superior Centro-americana y la Universidad de Buenos Aires; en México: El Colegio de México, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad Autónoma de Chiapas. Profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

Entre sus publicaciones:

“Algunas notas respecto al sector informal urbano”, *Estudios Sociológicos*, vol. VII, núm. 21, septiembre-diciembre, 1989.

“La importancia analítica del ámbito doméstico” en Guillermo de la Peña *et al.* (comps.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México*, Universidad de Guadalajara, México, 1990.

“El mercado de trabajo urbano y la sociodemografía mexicana en la primera mitad de la década de los ochenta: algunas consideraciones metodológicas”, en Sociedad Mexicana de Demografía, *Memoria de la III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, 1989.

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS

Actuario. Maestro en demografía por El Colegio de México. Doctor en demografía por la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

Entre sus publicaciones:

Con Yolanda Palma Cabrera, “La fecundidad en México: niveles actuales y tendencias” en Humberto Muñoz García (coord.), *Población y sociedad en México*, México, Coordinación de Humanidades, UNAM-Miguel Ángel Porrúa, librero editor, 1992.

“Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis” en Catalina Denman, Agustín Escobar, Claudia Infante, Francisco Javier Mercado, y Leticia Robles, (coords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara, Jalisco, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de

Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social y El Colegio de Sonora, 1993.

Structure familiale et santé des enfants. Un étude au Mexique, Louvain-la-neuve, Bélgica: Institut de Démographie, Université catholique de Louvain, 1993.

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA

Licenciatura en filosofía y actuaría. Maestría en filosofía por la Universidad Iberoamericana. Maestría en investigación en población por la Universidad de Exeter, Inglaterra. Director de Investigación, Dirección de Investigación: Estudios de Población y Servicios de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

Entre sus publicaciones:

“Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva” en *Memorias de la IV Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, SOMEDE, abril de 1990, México.

“Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y planificación familiar” con G. Hita y B. M. Aguilar, en *Mujer y Derechos Humanos*, coedición del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, mayo 1992 (en prensa).

PATRICIA HERNÁNDEZ PEÑA

Médico cirujana y partera. Maestra en salud pública por la Escuela de Salud Pública de México. Candidata al doctorado en economía por la Universidad Autónoma de México. Jefe del Departamento de Economía, Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Entre sus publicaciones:

“La salud de la mujer”, *Boletín ENEP Iztapalapa*, México, 1981.

“Equidad: prioridades de investigación para una política social”,
Revista de Salud Pública de México, 1990.

MARTHA C. HÍJAR MEDINA

Odolontóloga por la Universidad Autónoma de Guadalajara. Maestría en salud pública por la Escuela Nacional de Salud Pública de México. Jefe del Departamento de Bioestadística, Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Entre sus publicaciones:

“Accidentes en el hogar: causas y consecuencias en los niños menores de 10 años”, R. Lozano, R. Tapia, M. V. López, L. Solórzano y R. Lozano. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 1993, vol. 50 (7), pp. 463-474.

“Factores de riesgo en accidentes en el hogar en niños. Estudio de casos y controles”, R. Tapia, M. V. López, L. Solórzano y R. Lozano, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*.

OCTAVIO IXTACUY LÓPEZ

Economista por la Universidad de San Carlos de Guatemala. Maestría en ciencias sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. Coordinador de la carrera de economía, Escuela de Economía, Universidad Autónoma de Chiapas.

Entre sus publicaciones:

“Tecnología agrícola en el sector minifundista. El caso de San Gaspar Ixchil, Huehuetenango”, *Revista Informativa*, CUNOROC, USAC, 1979.

Principales características de la producción forestal en el Municipio de Malacatancingo, Huehuetenango, CUNOROC, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1980.

“Estrategias de reproducción en áreas de economía campesina”, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, Universidad Autónoma de Chiapas, 1989 (inédito).

MARÍA ASUNCIÓN LARA

Psicóloga. Maestría en psicología aplicada por la Universidad de Aston, Birmingham, Inglaterra. Maestría en psicología clínica, Universidad de Surrey, Inglaterra. Especialización en psicoterapia de pareja, Instituto Mexicano de Terapia de Pareja, A.C. Jefe del Departamento de Investigación en Lesiones del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Entre sus publicaciones:

"A Sex Role Inventory with Scales for 'Machismo' and 'Self-sacrificing' Women", *Journal of Cross-Cultural Psychology* 20, pp. 386-398, 1989.

"Relationship between Masculinity and Feminity in Drinking and Alcohol Related Behavior in a General Population Sample", con M. E. Medina Mora y C. E. Gutiérrez, *Drug and Alcohol Dependence* 26, pp. 45-54, 1990.

DOROTEO MENDOZA VICTORINO

Actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialización en demografía, Centro Latinoamericano de Demografía. Jefe de la Oficina de Investigación Demográfica, Departamento de Evaluación de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del IMSS, e investigador de la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.

Entre sus publicaciones:

"Disponibilidad de métodos anticonceptivos", con Aurora Rábago y Leticia de la Cruz, en *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, Jorge Martínez Manautou (ed.), IMSS, México, 1986.

"Impacto del Programa de Planificación Familiar del IMSS en la Mortalidad Perinatal", con Aurora Rábago, Ricardo Aparicio, Ruth Sánchez y David Silva en *Temas de Planificación Familiar*, Jorge Martínez Manautou (ed.), México, 1989.

EDUARDO MENÉNDEZ SPINA

Antropólogo. Maestría en salud pública por la Escuela de Salud Pública de México. Doctor en ciencias antropológicas por la Universidad de Buenos Aires. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

Entre sus publicaciones:

Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transiciones. Cuadernos de La Casa Chata, México, 1990.

“Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora” en I. Almada (coord.), *Salud y crisis en México. Textos para un debate*, Siglo XXI Editores, México, 1989, pp. 221-245.

“Mortalidad en México. A preguntas simples sólo respuestas obvias” en R. Jiménez (comp.), *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años*, UNAM/CRIM, 1989, pp. 19-38.

“El modelo médico y la salud de los trabajadores” en F. Basaglia et al., *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México, 1978, pp. 11-53.

TAKEHIRO MISAWA

Maestría en estudios latinoamericanos, Universidad de Stanford, Inglaterra. Maestría en sociología, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Doctorante en estudios de población, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México. Profesor-investigador, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

Entre sus publicaciones:

“La transformación del comportamiento reproductivo entre dos generaciones: el caso de las familias de inmigrantes japoneses en la Ciudad de México (1940-1980)”, *Latin American Studies* 11 (1990), Tokio.

FLORINDA RÍQUER FERNÁNDEZ

Maestra en sociología, candidata a doctora en ciencias sociales por el Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México. Profesora-investigadora de la Universidad Iberoamericana.

Entre sus publicaciones:

Sistematización de la investigación sobre la mujer en América Latina: un ejercicio necesario, Cuadernos del Centro de Servicio y Promoción Social, Serie Investigación 8, Universidad Iberoamericana, México, 1986.

“Brujas e identidad femenina (poder, saber, sexualidad)” en Orlan-dina de Oliveira (comp.), *Trabajo, poder y sexualidad*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de Méxi-co, México, 1993.

ROSA MARÍA RUBALCAVA

Actuaria por la Universidad Nacional Autónoma de México. Do-cente en la Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana, Facultad Lati-noamericana de Ciencias Sociales y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Profesora-investiga-dora de carrera, tiempo completo, El Colegio de México.

Entre sus publicaciones:

“Algunas consideraciones sobre la enseñanza de la Metodología y la Estadística en Programas de Ciencias Sociales” en Raúl Benítez Zenteno y Gilberto Silva Campos, *El desarrollo de las ciencias sociales y los estudios de posgrado en México*, COMECSO y UAM-Xochimilco, 1984.

Métodos estadísticos aplicados a la investigación en Ciencias Sociales: análisis de asociación, El Colegio de México, 1987.

“Distribución de los ingresos salariales en el sector formal de la economía mexicana” en *Economía, teoría y práctica*, Invierno-Primavera 1990, Universidad Autónoma Metropolitana, Méxi-co, 1990.

CLAUDIO STERN

Licenciado en ciencias sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México y maestro y doctor en sociología por la Universidad de Washington. Profesor-investigador de El Colegio de México y asesor del Population Council, institución en la que fue director del Programa de Salud Infantil y Fecundidad Adolescente en América Latina y el Caribe en 1988-1991.

Entre sus publicaciones:

Claudio Stern *et al.*, "Cambio en las condiciones de sobrevivencia infantil en México y estrategias para el futuro" *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 5, 1990, pp. 532-542.

En colaboración con Frenk, J. *et al.*, "Elements for a theory of the health transition", *Health Transition Review*, vol. I, núm. 1, Canberra, Australia, 1991. Publicado también en español, *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 5, 1991, pp. 448-462.

Stern, C., N. Sloan y E. Pinto, "Programa Madre Canguro de cuidado neonatal de infantes de bajo peso al nacer en la Maternidad Isidro Ayora, Quito, Ecuador", en UNICEF, *Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro*, Bogotá, Colombia, Oficina Regional para América Latina y El Caribe, 1992, pp. 205-232.

En colaboración con José Luis Bobadilla *et al.*, "The epidemiologic transition and health priorities", Dean T. Jamison *et al.* (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York, Oxford University Press, (Published for the World Bank), 1993, pp. 51-63.

ALFREDO ZETINA MOGUEL

Médico cirujano. Especialidad en estadística aplicada a la salud por la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestría en salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Encargado del Departamento de Cáncer, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Consultor de la Organización de Naciones

Unidas para la Alimentación, FAO, para realizar una evaluación nutricional de zonas indígenas.

Entre sus publicaciones/presentaciones se encuentran:

“Lactancia materna e infantil en el medio rural mexicano”. IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, 25-27 de enero de 1993, Cuernavaca, Morelos, México.

“Diagnóstico de programas prioritarios en el estado de Jalisco, 1985-1988”. (Análisis de programas prioritarios en un estado descentralizado.) Programa Impacto SSA-OPS, Estado de Jalisco, 1988.

“El cuidado y la salud infantil de los hijos de las vendedoras ambulantes de la Ciudad de México”. Segunda Reunión de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud, México, D. F., noviembre de 1992.

El papel del trabajo materno en la salud infantil.
Contribuciones al debate desde las ciencias sociales
se terminó de imprimir en septiembre de 1996
en los talleres de Reproducciones y Materiales, S.A. de C.V.,
Presidentes 189, col. Portales, 03300 México, D. F.
Se tiraron 1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.
Cuidó la edición el Departamento de Publicaciones
de El Colegio de México.

Centro de
Estudios Sociológicos

La crisis económica desatada en 1982 aceleró la incorporación de la población femenina al mercado de trabajo, incluyendo la de muchas madres con hijos pequeños. Dada la gran escasez de instituciones de cuidado infantil, surgió la preocupación por la salud y el bienestar de los hijos de estas madres. En función de ello, la Oficina Regional del Population Council para América Latina y el Caribe decidió apoyar un conjunto de investigaciones orientadas a dilucidar las relaciones entre el trabajo materno y la salud infantil, cuyos resultados se presentan aquí.

El libro incluye una revisión actual sobre el tema, así como una discusión metodológica cuya utilidad trasciende el tema específico de investigación. Los estudios empíricos realizados ilustran algunas de las variadas situaciones que se presentan en relación con el objeto de estudio. Se analizan también relaciones más generales, como la salud reproductiva y el riesgo de accidentes y enfermedades gastrointestinales, así como los obstáculos que enfrentan las madres separadas o abandonadas para asegurar la contribución paterna para el sostenimiento de los hijos.

Los resultados muestran algunas de las complejas interacciones entre las dos aristas del problema: los beneficios que reporta el trabajo de la madre al incrementar las posibilidades de apoyo material para sus hijos, y los riesgos que se derivan tanto de su ausencia en el hogar, como por la doble jornada de trabajo.



THE POPULATION COUNCIL
EL COLEGIO DE MÉXICO

