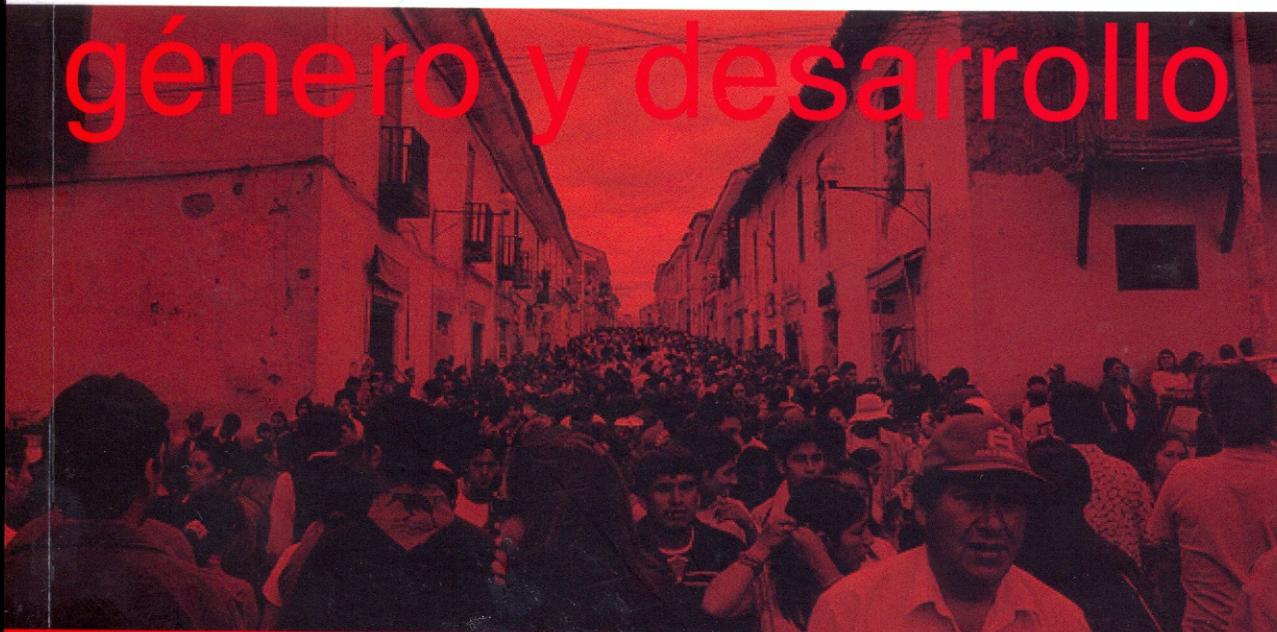


aureliatorshernández
adelinaespejelrodríguez

género y desarrollo



problemas de
la población I

Género y desarrollo.
Problemas de la población I

Colección: Estudios de Género y Desarrollo.

“Nadie se muere por parir”. Muerte materna en Guerrero: un programa en perspectiva

Primera edición: 2013

© **Universidad Autónoma de Tlaxcala**

Av. Universidad No. 1, Col. Loma Xicohtécatl

C.P. 90062, Tlaxcala, México

www.uatx.mx

ISBN: 978-607-7698-92-0

Impreso y hecho en México

Printed and made in México

Se autoriza la reproducción del material contenido en esta obra citando la fuente.

Las opiniones vertidas en este libro, son responsabilidad exclusiva de sus autoras y no representan necesariamente el punto de vista de la institución auspiciante.

Género y desarrollo.

Problemas de la población 1

Aurelia Flores Hernández
Adelina Espejel Rodríguez



Universidad Autónoma de Tlaxcala
El Colegio de la Frontera Sur
Universidad Autónoma de Nuevo León
El Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas
Febrero de 2013

Universidad Autónoma de Tlaxcala

Víctor Job Paredes Cuahquentzi
Rector

René Elizalde Salazar
Secretario Académico

Dora Juárez Ortiz
Secretaria de Investigación Científica y Posgrado

Sergio Eduardo Algarra Cerezo
Secretario Técnico

Felipe Hernández Hernández
Secretario Administrativo

Efraín Ortiz Linares
Secretario de Extensión Universitaria y Difusión Cultural

J. A. Jaime Rocha Rodríguez
Coordinador General
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional

Dedicado a la

Dra. Emma Zapata Martelo

por sus valiosos logros a la vida científica.
Pionera de los estudios de género y
desarrollo en el México rural
contemporáneo.

Índice

Presentación

Aurelia Flores Hernández y Adelina Espejel Rodríguez..... IX

Parte I 15

Capítulo 1. ¿Crisis de las masculinidades? Una reflexión sobre hombres tlaxcaltecas desde el método ingardiano

Genoveva Cruz Martínez y María Magdalena Sam Bautista..... 17

Capítulo 2. Identidad de género y jefatura femenina en el estado de Tlaxcala

Luz María Martell Ruíz y Aurelia Flores Hernández..... 39

Capítulo 3. La preeclampsia como una causa de muerte materna en mujeres tlaxcaltecas: estudio de caso

Isabel Castillo Ramos y Libia Juárez Ortega..... 63

Parte II..... 87

Capítulo 4. Cáncer cervicouterino. ¿Enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?

Mónica Luna Blanco, Horacia Fajardo Santana y Georgina Sánchez Ramírez..... 89

Capítulo 5. Maternidades transnacionales de migrantes guatemaltecas en la cafecultura chiapaneca

Naima Cárcamo Toalá, Rosario Ayala Carrillo, Austreberta Nazar Beutelspacher, Emma Zapata Martelo y Blanca Suárez San Román..... 115

Capítulo 6. Entornos laborales agresivos y redes sociales. Un estudio con académicas de Universidades Estatales Mexicanas

María Zúñiga Coronado y Elisa Cerros Rodríguez..... 133

Coordinadoras y autoras de la edición..... 155

Colaboraciones..... 156

Presentación

Los modelos de desarrollo imperantes a lo largo del siglo pasado y durante la primera década del presente han tenido fuertes implicaciones y costos graves para las mujeres, y para otros grupos sociales. Las primeras estrategias de Mujeres en el Desarrollo (MED) propuestas para erradicar las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres no se alejaron de la visión general de los modelos imperantes según la época. Ante las inconveniencias de estos enfoques y dado el auge que presentan distintos movimientos sociales, políticos e ideológicos aparece el planteamiento de Género en el Desarrollo (GED). Esta estrategia ha buscado considerar las necesidades prácticas de género como base de apoyo para la resolución de intereses estratégicos, además de admitir la desigualdad social entre hombres y mujeres, y proponer la transformación de las estructuras de subordinación que oprimen a las mujeres a través del empoderamiento.

Algunas proposiciones centrales de Género en el Desarrollo son: la generación de poder como estrategia de desarrollo para las mujeres, el cuestionamiento de las relaciones de desigualdad entre géneros, el desacuerdo con la inequidad en el acceso a los recursos, y el rechazo a los postulados del modelo de desarrollo dominante. Con base en estos fundamentos, los ejes temáticos orientadores de esta publicación se enmarcan en los conceptos de desarrollo, género y población. Los trabajos intentan superar los fundamentos simplistas que explican desde una mirada estrecha, la relación entre población y desarrollo, y atribuyen que la falta de desarrollo económico es consecuencia de la pobreza y las altas tasas de crecimiento demográfico, sin considerar perspectivas holísticas que tratan de entender las complejas interacciones entre la disponibilidad de recursos, los sistemas para su manejo y el lugar que ocupan las localidades, las familias y las relaciones de género.

La población vista como un problema que debe ser controlado y disminuido no ataca el fondo de las causas de la pobreza, pues si bien la población es un elemento determinante e influyente, también se debe reconocer que el inconveniente no es sólo

demográfico sino corresponde también a una desigual distribución de los recursos, el usos de éstos y otros procesos como la migración, el desempleo, las injusticias sociales, los modelos educativos y el deterioro de la salud. En este sentido, el desarrollo para la población adquiere “un rostro humano” o el concepto que de manera más reciente ha sido difundido por las poblaciones indígenas del Abya Yala o América el de “el buen vivir”. Propuesta de desarrollo que se plantea como un modelo de vida o de desarrollo más justo y se contrapone al término “vivir mejor” occidentalizado, el cual emana de la lógica neoliberal. En este replanteamiento sobre el desarrollo se propone que las mujeres no sean sólo vistas como instrumentos y objetos para el desarrollo, sino se les considere ciudadanas.

Particularmente, las propuestas de Género en el Desarrollo plantean que en un mundo globalizado, el establecimiento de relaciones de género más justas y en un marco de igualdad deben colocarse en la agenda internacional del desarrollo y en las agendas de los Estados-Nación, entendiendo desde esta perspectiva que la globalización no sólo es un elemento netamente económico o tecnológico, sino un proceso ampliamente político. Y en este contexto, las agencias internacionales para el desarrollo y el Estado tienen un papel central para atenuar los efectos que este fenómeno produce en las vidas individuales.

En el marco de este planteamiento, los trabajos que se reúnen en esta publicación, titulada *Género y Desarrollo. Problemas de la Población I*, mostrarán algunas de las implicaciones que la globalización está produciendo en la vida de las mujeres y de los hombres, en concreto, en las relaciones de género situadas en contextos múltiples, diversos y complejos de la realidad de México. Diversas pretensiones nos llevó a conducir este libro. Una de las primeras motivaciones surgió del interés por hacer visible los productos de investigación derivados de las tesis del alumnado egresado de la Maestría en Análisis Regional del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx), especialmente de quienes durante su proceso formativo se interesaron por cuestiones relacionadas con las poblaciones y el género. De esta manera logramos reunir algunos trabajos y decidimos publicar en esta edición tres de ellos.

Iniciamos la exposición con el Capítulo 1 de Genoveva Cruz Martínez y María Magdalena Sam Bautista *¿Crisis de las masculinidades? Una reflexión sobre hombres tlaxcaltecas desde el método ingardiano*. Las autoras parten de la interrogante: ¿la masculinidad está en crisis?, recurriendo al método ingardiano de investigación que permite la escucha e interpretación de la voz de hombres casados

de un contexto urbano. Ellas dan respuesta acertada a este cuestionamiento: ¡no, los hombres no reconocen que las masculinidades propias están en crisis! la participación de las mujeres en la vida económica productiva y reproductiva no es el origen de ello; más bien, los hombres atribuyen a esos “otros hombres” (léase “los machistas”) quienes se colocan en crisis, en tanto que aquellos hombres “renovados” consideran formar parte del cambio. Queda a la lectura nuevas interrogantes planteadas por las autoras, quienes además nos dejan la posibilidad de retomar una mirada teórica y metodológica novedosa para el estudio de las masculinidades en cualquier parte del mundo.

En el trabajo precedente, la identidad masculina es reflexionada. En el Capítulo 2 titulado *Identidad de género y jefatura femenina en el estado de Tlaxcala* de Luz María Martell Ruíz y Aurelia Flores Hernández, las autoras asumen que la construcción sociocultural y política del género es un elemento que permite describir las identidades, un eje que articula, organiza y dirige la autopercepción individual. En este sentido, el trabajo explora los factores que en el proceso de transformación de la identidad de mujeres que se asumen como jefas de sus grupos domésticos tienen cabida: ¿hay contradicciones y reproducción de estereotipos de género enmarcados en un modelo tradicional hegemónico? y ¿las mujeres se resisten o claudican? Ellas a través de sus narrativas indican que “lo más logrado es mejor que lo perdido”; sin embargo, a pesar de ser protagonistas de sus propias vidas, ellas sí consideran que lo afectivo (el desamor) afecta tanto como lo emocional (sentirse solas), y son los costos más altos que las jefas de hogar enfrentan, aún con ello, las mujeres de este estudio persisten en mantener su capacidad de agencia para sí, a través de representar ellas mismas a sus hogares.

Para afianzar la primera parte de este libro, el Capítulo 3, autoría de Isabel Castillo Ramos y Libia Juárez Ortega denominado *La preeclampsia como una causa de muerte materna en mujeres tlaxcaltecas: estudio de caso* demuestra que el Estado debe dirigir su atención a plantear acciones en materia de política pública, pero sobre todo dejar de considerar a la población –en este caso a las mujeres con preeclampsia– como objetos o simples usuarias de la salud clínica. En el Capítulo 4 esta demanda hacia el Estado también tendrá eco. Las autoras contextualizan a la preeclampsia como un problema de salud que afecta directamente a las mujeres así como uno de los padecimientos que debería ser prevenible, y sin embargo, conduce a la muerte materna. En el trabajo se puntualiza que en el contexto integral de salud reproductiva, las estrategias tendentes a disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo, parto y puerperio se han reorientado a la búsqueda de un equilibrio

entre acciones de prevención e intervención; pero, entre las mujeres detectadas con preeclampsia la situación socioeconómica es un factor determinante para tener acceso a recibir con oportunidad atención médica segura y de calidad.

Una segunda motivación para la publicación del presente libro surgió al querer conjuntar la participación de integrantes de grupos de investigación o de cuerpos académicos que estuvieran enfatizando los estudios sobre población con el manejo teórico y metodológico del enfoque de las relaciones de género. Extendimos invitaciones directas a centros dedicados a la investigación y a universidades. El resultado fue gratificante, ya que la articulación con otras instituciones de educación superior, permitió la participación del profesorado y estudiantado cuyo interés gira en torno a tres ejes centrales: el género, la población y el desarrollo (política social, salud, educación, presupuestos, instituciones, procesos culturales, entre otros). El resultado se traduce en tres capítulos que conforman la Segunda Parte de este libro.

En el Capítulo 4 de esta sección, cuyo título es *Cáncer cervicouterino ¿Enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?*, Mónica Luna Blanco, Horacia Fajardo Santana y Georgina Sánchez Ramírez exploran las dinámicas bajo las cuales interactúan las relaciones e identidades de género en la concepción y causalidades de la enfermedad reconocida como cáncer cervicouterino entre mujeres de una colonia popular urbana. Reflexiones de las autoras destacan que la feminización de la enfermedad tiene dos rasgos contradictorios, por una parte está relacionada con prácticas socialmente aceptadas, mientras que por otra está vinculada con prácticas sancionadas y prohibidas. Además, apuntan a la necesidad de dar cuenta que en la atención médica/clínica aún hace falta el reconocimiento de la narrativa y de las voces que relatan síntomas que para el “mundo clínico” no parecen como tales; sin embargo, indican “un mensaje del cuerpo femenino” de “algo que no está bien” y que por tanto la visión médica/clínica debería tomarlo en cuenta. Este capítulo nos lleva a considerar esos espacios aún vacíos en materia de política pública acerca de la atención de la salud para las mujeres.

Por su parte, Naima Cárcamo Toalá, Rosario Ayala Carrillo, Austreberta Nazar Beutelspacher, Emma Zapata Martelo y Blanca Suárez San Román, autoras del Capítulo 5 *Maternidades transnacionales de migrantes guatemaltecas en la cafeticultura chiapaneca*, utilizando el concepto de maternidad transnacional, exploran esta noción para reconocer las realidades que experimentan las mujeres que viven en la frontera México-Guatemala y que se traducen en una fragmentación de las familias por una razón justificada, en el marco de una economía mundial cruelmente discriminatoria:

las mujeres y sus familias tienen que sobrevivir, y ello trae costos emocionales y afectivos, no sólo para ellas mismas sino para su descendencia, hijos e hijas tendrán que quedarse bajo el cuidado de otras mujeres –abuelas, hijas mayores y otras parientas–. Aún así, las mujeres que migran se mantendrán atentas a procurar el bienestar de su parentela, ya sea enviando dinero, llamando por teléfono y regresando algunas veces a encontrarse con su familia. La vivencia de la maternidad no se desapega del amor, la procuración y el cuidado, aunque sí se aleja de una posición tradicional de madres de tiempo pleno.

En el Capítulo 6 titulado *Entornos laborales agresivos y redes sociales. Un estudio con académicas de universidades estatales mexicanas*, María Zúñiga Coronado y Elisa Cerros Rodríguez parten del planteamiento general “En México las instituciones educativas no ofrecen escenarios ideales de la igualdad de género”. Las autoras demuestran en este trabajo que, a pesar de ello, las mujeres de ciencia resisten y persisten frente a las graves dificultades que se cristalizan en estos escenarios a través del reforzamiento de su autoafirmación como científicas. Las redes sociales constituyen sin lugar a duda uno de los mecanismos/estrategias para afrontar los problemas laborales y el ambiente académico hostil que circula a su alrededor, y que en muchos de los casos descalifica y minimiza las aportaciones desarrolladas por las científicas a la vida académica y a la investigación. Las autoras precisan que las mujeres dedicadas a la ciencia están haciendo frente y resisten, pero el papel del Estado debe reorientarse hacia la constitución de políticas educativas más incluyentes y menos sexistas.

Con la exposición de estos seis capítulos cumplimos también la tercera motivación que le dio origen: mostrar que los intereses de investigación del *Seminario Temático Población y Desarrollo*, considerado como una especialidad de la Maestría en Análisis Regional de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, ha integrado en sus prioridades académicas otros aspectos que superan aquellos netamente centrados en la población como pura cuestión demográfica y con ello dar cuenta que la población está atravesada por otros ejes analíticos de gran envergadura en términos teóricos, metodológicos y prácticos: el género como un elemento central. Los trabajos presentados amplían los horizontes y abordajes teóricos/metodológicos sobre aquellos asuntos que comprometen a las poblaciones y, sobre todo, dan cuenta que el género es un elemento fundamental en este tipo de estudios. Los capítulos desarrollados en este libro aportan novedosos resultados que pueden extenderse a lo largo y ancho de la geografía mexicana, y nos hablan de temas comunes como la salud con la cuestión de la preeclampsia y el cáncer cervicouterino; las identidades en la masculinidad y las jefaturas femeninas, lo

económico con la migración transnacional y lo educativo. Todos ellos temas del desarrollo, de las poblaciones y del género.

El contenido de los capítulos en este libro indica la necesidad de reformulación de las políticas de desarrollo en materia de género, éste debe ser un asunto central de la agenda del gobierno mexicano. Las reflexiones en cada capítulo también demuestran la urgencia de resolver múltiples retos que enfrentamos como sociedad y la necesidad de buscar alternativas no sólo de “vivir mejor”, sino un “buen vivir” en el presente, para ello, la búsqueda de la igualdad de género en todas las dimensiones y escalas es un asunto impostergable.

Para finalizar esta presentación, queremos agradecer la participación de la Dra. María Elza Eugenia Carrasco Lozano, la Dra. Alicia Colina Escalante, la M. en C. Daniela Díaz Echeverría, la M. en C. Ma. del Carmen Gómez Villarreal, el Dr. Sergio Meneses Navarro y el Dr. Saúl Gutiérrez Lozano, quienes fungieron como comité dictaminador de este libro. De igual manera, damos las gracias a las instituciones de donde provienen las autoras de cada capítulo y las autoras y coordinadoras de esta compilación: Universidad Autónoma de Tlaxcala, El Colegio de la Frontera Sur, Universidad de Nuevo León y El Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas.

El financiamiento para esta edición en parte proviene del *Programa de Mejoramiento del Profesorado Convocatoria 2011 para el Fortalecimiento de Cuerpos Académicos en Formación*, del cual el Cuerpo Académico, Población, Desarrollo y Procesos Socioculturales que cultiva la Línea General de Conocimiento (LGC): **Población, desarrollo y ambiente: género, migración y educación** fue beneficiado.

*Aurelia Flores Hernández y Adelina Espejel Rodríguez.
Enero, 2013.*

PARTE I

Capítulo 1

¿Crisis de las masculinidades?

Una reflexión sobre hombres tlaxcaltecas desde el método ingardiano

*Genoveva Cruz Martínez
María Magdalena Sam Bautista*

Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la masculinidad de los hombres casados del contexto urbano del municipio de Yauhquemecan, estado de Tlaxcala. Intentaremos, a partir de un estudio de caso, acercarnos a la concepción que tienen los hombres sobre la masculinidad y buscaremos reflexionar sobre los factores que intervienen en tal construcción para determinar si la masculinidad está en crisis o no.

Según la bibliografía revisada, en Tlaxcala no existen estudios sobre masculinidad (es) que den cuenta sobre las crisis por las que transitan los hombres. La academia ha estado más interesada por realizar trabajos donde el sujeto de reflexión sean las mujeres, debido a las condiciones de inequidad y desigualdad que han vivido frente a los hombres, así como los problemas de violencia de las que son víctimas. Las instituciones de gobierno y organizaciones no gubernamentales se han preocupado más por promover el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres descuidando el trabajo de sensibilización con hombres y la realización de estudios que permitan conocer la forma en que estos construyen sus modelos de masculinidad.

Remitirnos a la masculinidad implica reflexionar sobre la construcción social asignada a los hombres desde el nacimiento. La identidad masculina se construye por negación a lo femenino ya que, por un lado, en la sociedad mexicana a los hombres se les inculca desde la infancia que “ser un verdadero hombre” implica realizar trabajos duros, ser fuerte y valiente, ser proveedor económico de la familia, es detentar el derecho a la violencia para reafirmarse en un mundo competitivo, pero por otro lado,

se les inhibe el derecho a expresar lo que se consideran “conductas femeninas”: llorar, expresar emociones, cuidar a los hijos, ser prudentes, débiles, etcétera.

Frente a esto es necesario asumir una postura crítica sobre la forma en que las masculinidades cambian ante los nuevos escenarios económicos. En las zonas urbanas las expresiones de poder y dominio hacia las mujeres muchas veces se manifiestan con violencia porque los hombres se encuentran frente a un sentimiento de ruptura de una condición de equilibrio anterior y una ausencia de equilibrio alternativo dado que históricamente la identidad masculina se ha configurado en términos de competitividad y poder, lo cual ha colisionado con los nuevos escenarios laborales a los que se han incorporado las mujeres.

El presente trabajo está organizado en cuatro apartados, en el primero se abordan los aportes teóricos más significativos sobre el tema de la masculinidad y/o masculinidades, particularmente desde las ciencias sociales; en el segundo se exponen los planteamientos de la masculinidad en crisis; en el tercero se analiza un estudio de caso del municipio mencionado y, por último, se presentan los hallazgos principales a la luz del método ingardiano de investigación.

I. Los estudios sobre masculinidad y las ciencias sociales

Coltrane (1998) observa cómo ya desde los postulados de Marx (1846) y Goffman (1967) existe un intento de dar respuestas a los problemas sociales universalizando el término “hombre” para referirse por igual a hombres y a mujeres. Décadas más tarde esto sería criticado por los estudios de género que señalarían que el uso genérico del término “hombre” invisibiliza a las mujeres.

Marx (1846), en su intento por explicar cómo se estructuraba la sociedad, señaló que los hombres se rigen bajo el predominio de las circunstancias materiales como la desigual distribución de la riqueza y el acceso a los medios de producción, es decir, que los hombres se hacen por medio de las circunstancias en que están viviendo. Goffman (en Montesinos, 2002: 159), por su parte, reconoce que los hombres son creados a partir de un tiempo específico y que éstos no pueden interactuar sin salirse de las normas establecidas por la sociedad, ya que tienen que cumplir con el rol asignado, salirse de ello desacredita y cuestiona su imagen. En la sociedad occidental un hombre debe ser joven, blanco, casado, urbano, norteamericano, heterosexual, protestante, padre de familia, con estudios superiores y buen empleo (Goffman en Barrios, 2003: 26), de lo contrario no pertenece al estatus social de un “hombre de verdad”.

Según Coltrane (1998), estos dos autores clásicos de las ciencias sociales proporcionan las bases para un prometedor acercamiento micro estructural al estudio del género que surge a partir de 1960 con la puesta en escena de los estudios feministas que clamaban por una vida digna y por la igualdad entre hombres y mujeres.

En los estudios de la masculinidad uno de los principales desafíos era visibilizar los privilegios que históricamente habían tenido los hombres:

Hacer visibles a los hombres significa hablar de los privilegios que han sido construidos socialmente, pero que se consideran naturales, esenciales a la condición biológica, el ser hombre (...) el privilegio, si bien tiene orígenes diversos, también se caracteriza por ser producto del logro obtenido a través de la lucha por imponerse a lo femenino (...) Esta lucha está presente desde el momento de la fertilización e incluso en las formas más complejas de obtener la masculinidad en sociedades con distinto nivel de desarrollo tecnológico (Ramírez, 2005: 44).

Esta postura plantea que las expresiones de la masculinidad han sido producto de un constructo social y no producto natural de la vida porque biológicamente no se nace así, sino que es algo aprendido socialmente. Antes de los años 60 los estudios sobre hombres y mujeres, según Fuller (1997:28) “eran instancias para la producción de ideologías y discursos que legitimaba la dominación masculina en la que se funda los regímenes patriarcales”. Aunque la mayoría de los estudios escritos antes de los años sesenta caen dentro de esta generalización una excepción fue “El segundo sexo” (escrito en 1954) de Simone de Beauvoir, quien demostró desde el feminismo que las mujeres “se hacen no nacen”, es decir, los estereotipos son construcciones sociales y si el “ser mujer” es una construcción social, entonces el “ser hombre” también lo es (Fuller, 1997: 29). Esta reflexión, aunque escrita desde las mujeres, dio un impulso fundamental a los estudios posteriores para visibilizar a los hombres y sus privilegios.

A partir de 1960 se desarrollan las nuevas tendencias desde la antropología, el género y la sociología. Los estudios surgen principalmente en el mundo anglosajón, en un contexto social e histórico que favorece su surgimiento. En resumen, los hechos que favorecen el desarrollo de esas nuevas tendencias son:

1. El movimiento feminista en Norteamérica e Inglaterra, en los años setenta a ochenta que da cabida a algunos hombres a reflexionar y participar en la desigualdad de género.
2. El surgimiento de movimientos homosexuales, estudios gay y la crítica de

la homofobia. 3. El ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, principalmente en países del tercer mundo que trae como consecuencia el cuestionamiento del papel que el hombre venía jugando en la familia como único proveedor material y como “emblema principal de la masculinidad”. 4. Los acuerdos internacionales en Pekín y el Cairo sobre la participación de los hombres en los procesos reproductivos, 5. El incremento de financiamiento para poder llevar a cabo los acuerdos internacionales de Pekín y el Cairo (Amuchástegui, 2001: 106-107).

Si bien a partir de 1960 la sociedad dio un giro en las formas de pensar y actuar, éstas no han sido homogéneas debido a las características económicas, sociales y culturales de cada nación, estado o región, por lo que al igual que Amuchástegui consideramos que las investigaciones sobre masculinidades habrían que realizarse desde la reflexión del contexto particular en que surgen.

Existen otros autores como Connell (1995), Coltrane (1998) y Castañeda (2003) que consideran que el abordaje teórico metodológico de la masculinidad puede ser desde la perspectiva constructivista a través de los estudios de género, la antropología y la sociología. Según Núñez, entender el concepto hombre desde la perspectiva constructivista es una manera de entender:

una forma de construir la realidad, una serie de significados atribuidos y definidos socialmente en el marco de una red de significados y con implicaciones de poder. (...) La masculinidad y lo masculino no son esencia de las cosas o las personas, sino maneras de significar objetos, cualidades, cuerpos, acciones, subjetividades y relaciones. La acción de llorar no es masculina ni femenina en sí, sino en el marco de ciertas convenciones de sentido y de ciertas disputas alrededor de ellas (Núñez, 2004: 62-63).

Este enfoque refuta la teoría biológica, ya que visibiliza que la conducta de los hombres es un constructo social adquirido desde la infancia, transmitido de generación en generación, diferente al de las mujeres, marcado por las normas y los estereotipos que la misma sociedad construye y asigna.

Desde la antropología, según Gutmann (1997), existen al menos cuatro formas distintas mediante las cuales los antropólogos definen y usan el concepto de masculinidad:

La primera se refiere a las representaciones que tienen los hombres desde su hombría, virilidad y los roles masculinos; la segunda, tiene que ver con lo que piensan y hacen

para sentirse hombres. La tercera, se refiere a aquellos hombres marcados socialmente por los estereotipos culturales; y la cuarta, donde la masculinidad subraya la importancia central y general de las relaciones masculino-femeninas, de tal manera que la masculinidad es cualquier cosa que no sean las mujeres (Gutmann, 1997: 49).

Desde la perspectiva antropológica encontramos también que la masculinidad difiere de una sociedad a otra y que sus expresiones no necesariamente son homogéneas, pero que de alguna forma se somete a los hombres a los ritos de la virilidad para “hacerse hombres o más hombres”. Por ejemplo, Herzfeld (1980) en uno de sus estudios se aboca a contrastar el desempeño de la hombría a partir de analizar el “ser un buen hombre” y “ser bueno como hombre” en una aldea en Creta. El autor señala la existencia de la excelencia que trasciende el simple hecho de haber nacido varón. Un estudio más, realizado en Nueva Guinea por Herdt (1982), muestra cómo la percepción de los hombres como seres masculinos se realiza con base a sus costumbres litúrgicas, sus mujeres y el universo. En este contexto entender la masculinidad es “prestar mucha atención al lenguaje masculino para poder concebir lo que los hombres dicen de sí mismos y de lograr una clase específica de masculinidad más no la oposición a la femineidad, sino que emerge de ésta” (Gutmann, 1980: 49).

En este mismo sentido Brandes (1980) plantea en un estudio realizado con hombres en Andalucía rural que el desarrollo de las identidades masculinas van de la mano con las relaciones de las mujeres, ya que “la presencia de las mujeres es un factor significativo en la comprensión subjetiva de los hombres de lo que para ellos significa ser hombres” (Brandes, 1980: 182). De la misma manera Gutmann (1980) en México en 1996, en su estudio de género sobre la clase obrera argumenta que los hombres están constantemente comparándose con las identidades femeninas para reafirmar su identidad masculina.

II. La crisis de la masculinidad

Algunos teóricos como Montesinos (1996), Burín y Meler (2000) y Castañeda (2003) consideran que las actitudes de los hombres han ido cambiando en el curso del tiempo aunque el cambio, en algunos casos, no significa la total erradicación de viejas actitudes, sino en muchos casos la adquisición de nuevos matices. Castañeda (2003:36) señala que “Hoy día los hombres urbanos, educados, de ingresos medios o altos ya no forzan a las mujeres a tener relaciones sexuales, no les pegan constantemente, ni prohíben a sus hijas a estudiar por ello se piensa que el machismo está en declive”.

En otros casos, los cambios han llevado a lo que algunos expertos han denominado “la crisis de la masculinidad”. Burín y Meler (2000:123) han señalado que la crisis de la masculinidad consiste, por un lado, en un sentimiento de ruptura de una condición de equilibrio anterior, acompañado de una sensación subjetiva de padecimiento; y por el otro, supone la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, crítico de aquel equilibrio anterior. El planteamiento de la masculinidad en crisis se produce a raíz de cambios sociales, en países avanzados cultural y económicamente, donde las mujeres tienen mayores oportunidades sociales (Badinter en Burín, Jiménez y Meler, 2007: 90). Sin embargo, los cambios sociales y económicos no suceden únicamente en los países avanzados, los cambios también se han generado en otras sociedades, en las cuales las mujeres se han insertado al mercado laboral, generándose con esto nuevos equilibrios en las relaciones entre hombres y mujeres.

Las condiciones sociales en México, a partir de la crisis económica de 1982, impactaron a tal grado que las mujeres se vieron compelidas a salir a trabajar fuera de casa, lo cual supuso una modificación de la estructura familiar. Los hombres de algunos sectores se vieron presionados a compartir el cuidado de los hijos, integrarse en los quehaceres domésticos del hogar y a compartir el gasto familiar. Estos fenómenos se profundizaron con los movimientos feministas y de homosexuales en los ochenta, y así se favoreció el cuestionamiento de la masculinidad tradicional, la crítica del predominio del hombre sobre la mujer y la problematización del ejercicio del poder de los varones sobre las mujeres.

En efecto, estos cambios en la estructura familiar de América Latina han ajustado el papel que juegan los hombres y mujeres en la vida familiar, puesto que al insertarse la mujer en el mercado de trabajo el papel de mujer cuidadora de los hijos y de procurar los quehaceres pasa a ser un patrimonio simbólico exclusivo de las mujeres (García y Oliveira, 2006). Ahora los hombres se encuentran frente a la decisión de participar en las actividades que eran exclusivas de las mujeres, pues las mujeres llegan a los hogares con aportes económicos para los gastos familiares; en este sentido, se cuestionan las formas de poder y dominio de los hombres sobre las mujeres.

Dentro de una comprensión más amplia de lo que han supuesto los cambios socio demográficos se plantea que “El desarrollo económico disminuye la importancia del hogar como unidad de producción y contribuye a la revisión y modernización de las estructuras tradicionales” (Folbre 1991:125).

La crisis latinoamericana de los años ochenta impactó de manera importante a México. Rojas y Oliveira (2008) han documentado cómo la crisis provocó un deterioro

en la capacidad de los hombres de estratos urbanos para satisfacer las necesidades básicas de sus familias como los gastos del hogar, de ahí la necesidad de las mujeres para insertarse en el mercado de trabajo. Todos estos procesos contribuyeron a cuestionar el papel que venían desempeñando tradicionalmente los hombres como jefes de familia y proveedores exclusivos de sustento económico del hogar, lo que les permitía mantener la centralidad del poder, así como la autoridad, de esta forma se genera un debilitamiento de la imagen paterna.

Si bien las continuas crisis económicas han turbado la organización familiar tradicional y han empujado a que las mujeres se incorporen crecientemente al mercado de trabajo, ello no quiere decir que realmente estén empoderadas o que los hombres hayan perdido la autoridad en las familias. Por el contrario, los hombres siguen expresando su masculinidad a través del dominio y poder. Gutmann (1997), en un estudio realizado en la Ciudad de México en el cual entrevistó a hombres, demostró que éstos argumentan que es obligación de los hombres proveer el sustento económico del hogar, mientras que a las mujeres les corresponde el cuidado de los hijos y los quehaceres del hogar. Por tanto, es importante señalar que los hombres en ciertos contextos siguen manteniendo una concepción tradicional sobre la distribución de los roles.

III. El análisis de la masculinidad

1.1 El método ingardiano

El método interpretativo ha sido una herramienta que dio luz a las ciencias sociales, especialmente a la antropología social cuando ésta se quedaba en la pura descripción y/o explicación de los fenómenos culturales. Este método puede ayudarnos a comprender e interpretar los relatos, las historias de vida de los hombres casados del contexto urbano en Tlaxcala y puede ayudarnos a encontrar sus experiencias en la construcción de la masculinidad a lo largo de su ciclo de vida, ya que muchas investigaciones muestran lo masculino desde la perspectiva feminista, pero no encontramos las voces de los hombres acerca de la forma en que se van configurando las relaciones entre los géneros.

Desde el enfoque teórico metodológico de Ingarden (1993) podemos desentrañar las expresiones de la masculinidad en Tlaxcala, a través de la percepción y la interpretación del hecho social. Este autor fundamenta su análisis y crítica en siete consideraciones:

1. *La obra literaria posee un carácter temporal* desde el principio hasta el fin debido a la sucesión ordenada de sus fragmentos, que forman oraciones, conjuntos de oraciones, capítulos, etcétera.
2. A diferencia del conjunto de frases de una obra científica, *las afirmaciones puestas en escena en la obra literaria no son afirmaciones, sino sólo casi juicios de un somero aspecto de la realidad.* Además las frases en preguntas pueden ser sujetas a dar un giro en su función.
3. El aspecto característico de la obra literaria son sus *cualidades*: artística y estéticamente, ésta última ubicada en un marco potencial esencial de manera tal que la calidad del valor construida depende de éste.
4. Toda obra literaria debe contrastarse con sus *concretizaciones* que surgen entre el juicio del observador y la puesta en escena de la obra.
5. La obra literaria se caracteriza por su representación esquemática. En efecto unas de sus capas (perspectivas) contiene “*puntos de indeterminación*”. Lugares eliminados en las concretizaciones.
6. Cuando los puntos o lugares de dudas son excluidos parcialmente en las concretizaciones surge una determinación más constreñida y extensa del objeto oportuno, de esta manera “*llena*” ese lugar. La dificultad de este llenado es que no es bastamente por lo que puede diferir a la hora de su puesta en marcha.
7. La esencia de la obra literaria proviene de la forma en cómo el autor va erigiendo los actos a través de sus escritos o sirviéndose de la grabación, de tal manera que pueda reproducir y producir un estrato lingüístico, los actos de conciencia. Esta doble capa se convierte en un hecho intencional, objetivo y relatado a un grupo de lectores. Así que no es psíquico, sino trascendente para las *prácticas de la conciencia*, tanto del escritor como del lector (Ingarden, 1993: 31-32).

Los presupuestos de manera general de la teoría ingardiana están en los puntos 1, 2 y 3 desde qué dice el informante, qué dice de las cosas objetivas, o las ideas, de manera tal que el investigador puede a la vez formar un todo o puede dividir en un componente de estratos el resultado, obteniendo un conjunto de ideas articuladas entre sí y bajo una lógica.

Las concretizaciones que refiere Ingarden se derivan de cada investigador y de su formación académica, por ejemplo, la sociología y la antropología –a diferencia de otras disciplinas– son más intersubjetivas. En el punto 6 el informante y el investigador sostienen una relación directa. En el punto 7 el investigador se encuentra ante lugares

vacíos por lo que tiene que ir llenando esa indeterminación, es decir, tiene que interpretar esos puntos.

La interpretación y comprensión del trabajo de campo se retoma de la propuesta de Romero (2006) desde los fundamentos metodológicos de Ingarden. El esquema de Romero presenta las narraciones y las interpretaciones. De estos dos autores tomamos la siguiente metodología que implica tres pasos siguientes: Primer paso: a) Condiciones del informante (económicas, educativas sociales, políticas), b) Concretización breve (los relatos que el informante proporcione), c) Esquemata que no es otra cosa que todo lo que el informante proporciona sobre el hecho. El segundo paso comprende los puntos de indeterminación (los lugares vacíos o la información o las preguntas no contestadas de manera clara por parte del informante). El tercer paso tiene que ver con la interpretación del investigador ante esos lugares vacíos encontrados en los relatos de los informantes.

En particular, en este trabajo la concretización se orienta por la siguiente pregunta: Antes los cambios en las relaciones de pareja ¿crees que la masculinidad está en crisis? Visibilizar las voces de los hombres casados del contexto urbano a partir del método interpretativo tiene la finalidad de trascender la descripción del fenómeno y comprender de manera más profunda el fenómeno social.

1.2 Condiciones del informante y concretización

Carlos es un hombre católico de 40 años de edad, originario del municipio de Yauhquemecan. Estudió la licenciatura en derecho en la Universidad Autónoma de Tlaxcala, actualmente trabaja como abogado litigante, lleva casos civiles, mercantiles y penales, por los cuales devenga un salario mensual de \$10,000.00 pesos mensuales. Entrega \$4,000.00 pesos mensuales a María (madre de su hija Perla de 10 años de edad). Carlos cuida de su hija todos los fines de semana (y excepcionalmente entre semana cuando la madre de su hija no puede pasar por ella al colegio por compromisos de trabajo). Carlos vive con su madre en Yauhquemecan. Es el propietario de la casa donde viven¹ y asume todos los gastos del hogar.

Carlos es un hombre de tez morena y de estatura baja. Su lenguaje y su vestimenta nos revelan a un hombre del medio rural. Al momento de la entrevista se muestra alegre y a la vez nervioso, quizá porque tiene la expectativa de hablar sobre los problemas que tuvo con su ex pareja. Veamos a continuación su relato:

¹La casa habitación cuenta con los servicios de drenaje, luz eléctrica y agua potable.

Mi ex pareja tiene 34 años. Ella estudio una carrera comercial y actualmente trabaja en una empresa de transportes, es secretaria. Me fui un 14 de febrero porque así surgieron las cosas, fue el momento en que me decidí salirme de la casa... La relación con mi ex mujer es buena, creo es mejor que antes nos llevamos bien como amigos, la niña un tiempo está con ella otro tiempo conmigo. Cuando recién nos casamos yo trabajaba únicamente, este, ella después empezó a trabajar y no hubo ningún inconveniente, antes de casarnos ella trabajaba. Cuando nos casamos ella dejó de trabajar y sentía como ése vacío y eso como si no trabajaba y se quedaba en casa, eso le empezaba como a alebrestar, empezaba a ser muy celosa, ella me checaba la hora en que yo salía y llegaba y si llegaba después de la hora, que ya la tenía acostumbrada “había broncas”, entonces para más remediar un poquito esta situación yo le dije: “sabes porque no te tomas un curso, vete a estudiar algo”, y si, empezó, se metió a un curso, más o menos como en el curso había personas de mayores edad que ella, yo creo que me la empezaron a centrar y se calmó la cosa, se calmaron tanto como un año tal vez, ella consiguió trabajo y desde ahí comenzó a trabajar, trabajábamos los dos, a los dos años de casados tuvimos a nuestra hija y, este y pues así hasta que tronamos, siempre estuvimos trabajando.

Mira, en ese tiempo yo este, empecé a trabajar en la Procuraduría adscrito como defensor de oficio, adscrito a la Procuraduría, entonces yo llevaba un turno de 24 horas por 48 horas, trabajaba un día completo y descansaba dos, en esos días, que yo descansaba propiamente me ocupaba de las actividades de la casa, yo lavaba, yo planchaba, yo trapeaba o sea yo me encargaba de la casa, pues porque ya habíamos ido a trabajar, ella normalmente trabajaba de ocho de la mañana a seis de la tarde, entonces ese tiempo yo lo ocupa para ese tipo de actividades o sea si, si, si hacia labor de talacha en la casa era yo ¡un mandilón! y un ¡feliz mandilón! además ¡eh!

Se pone muy contento al decirnos cómo era la relación sentimental con su pareja:

Mi relación con ella era muy buena ¡eh!, una relación bonita obviamente en principio no, este pues la verdad es que nos llevábamos bastante bien, este, durante los primeros dos años que hicimos nuestra casa, las cosas se hicieron muy bien, salíamos constantemente, era una muy buena relación, los conflictos ya fueron después, no, este, creo que podemos decir que empezaron los conflictos porque a mí me cambiaron de adscripción, me mandaron a Huamantla y en Huamantla seguía con ese horario de 24 horas por 48, pero ahí encontré otros amigos que les gustaba el trago y como a ¡mí no me gustaba mucho! (bromea) ya te imaginarás, entonces yo creo que empecé a tomar en exceso y obviamente empezaron los problemas, yo supongo que por ahí

empezó la situación, entonces en una ocasión y fue el inicio del desastre, este, yo ya me iba a trabajar a Huamantla pero me encontré un compañero de trabajo, pasé al CERESO y ahí me lo encontré, entonces como “andaba muy crudito se la fui a curar” nos fuimos a tomar y ya ni fui a trabajar ni tampoco él, entonces como a la una de la tarde ya estábamos “bien hapys” y este yo lo invitó a él yo le digo: pues ¡vamos a la casa! ¡Yo te invito otra botella! nos fuimos para Yauhquemecan y pasamos a la tienda, mis suegros tienen una tienda, pasamos ahí pedimos un pomo, ¿qué te quieres tomar?, me tome hasta donde yo recuerdo dos cubas de ese botella y hasta ahí lo dejé, me fui con mis ex suegros y hasta ahí fue lo último que yo recuerdo. Al otro día por la mañana cuando ya me desperté lo primero es verla a ella y que me restrega (sic) mi camisa ¿qué es esto? me la avienta, no, me la enseñó, bilé (sic) en el cuello y bueno yo no sabía ¡trágame tierra! ante esa evidencia yo no pude decirle pero absolutamente nada y ya se fue ella a trabajar se llevó a mi hija la pasó a dejar, la dejábamos con mi cuñada (Rebeca), yo me vi en la tarea de irme a trabajar también, y a preguntar qué es lo que pasó quién me hizo la broma, de qué se trata, yo le fui a reclamar a mi compa, ¡oye no maches! porque me hicieron eso, no, no estuvimos en ningún otro lugar, en la oficina estuvimos tomando, entonces eso fue una situación tremenda para ella y eso fue la situación lo que vino a empezar a deteriorar toda la situación a partir de ahí la relación empezó a cambiar, no tardamos más de un mes cuando, hasta que finalmente yo me enteré que había saludado a mi ex suegra y como la saludé de beso no sé si accidentalmente lo haya hecho y esa fue la razón, pues ya no sé si lo supo exactamente y esa ocasión también había faltado también con mi cuñada, mi cuñada tenía una vinatería y mi concuño y también estuve ahí con ellos, también me reclamó ella, (mi ex mujer) que yo había estado ahí en la tienda y también le había faltado al respeto a mi cuñada lo cual tampoco... Al otro día le dije: “no hay problema vamos a hablar también con ella, a ver” y efectivamente si fue a hablar con ella, sabes que pues la verdad vine “bien happy, mira, dime que te falté al respeto y eso”, “sí venías bien happy, pero nada más, no me faltaste al respeto”, pero siempre quedó como una espinita ahí en ella, yo siempre la noté no, y pues ahí empezó a cambiar la situación y ella empezó con el permisito, sabes que vamos a ir a tomar un café con mis amigas, sí no hay problema y empezaron así los cafecitos y los cafecitos se volvieron en copita y también como que empezó a tomar yo creo que como picándome la cresta y yo me volví haciendo como indiferente, también en esa situación hasta que de plano la situación tronó y tronó y tronó porque creo yo, fue en el 2004, justamente éste a mí me dieron corte en el trabajo y los 4 compañeros que estábamos en el horario nos dan corte eso fue en diciembre del 2003, pero nosotros nos seguimos presentado en enero y parte de febrero sin embargo, nos dijeron hasta aquí, ya no nos pagaron ni enero ni febrero, entonces a partir de ahí, obviamente ella seguía trabajando, yo ya no más bien, ya no

había billetes, lo poco que yo había guardado se fue acabando y se acabó y por ahí se cortó la situación lo que tronó definitivamente esa situación es que un día que ella ya se iba a trabajar, se mete al baño y se empieza a bañar y en ese momento pun, se acaba el agua caliente, ya no había gas, no había yo llenado el tanque estacionario y pues salió enchiladísima ahí fue donde me dijo hasta la despedida y entonces yo concluyo que también lo importante fue la situación económica también. Ella a últimas fechas, en los últimos fechas que estuvimos en casa a ella le había ido muy bien en su trabajo, había atendido algunas situaciones y estaba ganado muy bien, entonces yo me quedo “sin chamba” no apporto a la casa y pun no, sabes qué, y eso fue el hilito que rompió, pues a mí me entendió eso y pues también, ahí te ves no quiero yo estar contigo fue cuando yo también.

Yo nunca le falte al respeto de ella, nunca nos fuimos a los golpes, cuando discutíamos la solución era alejarme de ella dejarle de hablar, nada más y hasta que después yo resolvía las cosas era el juez de paz, pero al último yo no quise resolver nada también yo ya no quería saber nada de ella. Hubieron muchas situaciones que me hicieron tomar esas decisiones me autoanalicé y llegué a la conclusión de que yo ya no la quería, o sea así de plano y me fui yo me salí de la casa, jamás regresé para decirle sabes que vamos a hacer las paces hasta la fecha he, ya transcurrieron 6 años.

Yo creo que si se da pero bueno viéndolo desde el punto machista vemos que ese poder como hombre que ya traemos es como ahí ya no los están quitando, arrebatando pero porque nosotros lo vamos permitiendo, como que nosotros hemos sido ambiciosos, la mujer empieza a trabajar y le entra “con su cuerno” y adelante y si le está entrando con los gastos porque no hasta que nos vamos desobligando si yo cargaba con todo y ahora no, pues yo digo: “perfecto”, yo diría que sí, el hombre se ve amenazado.

¿Qué es masculinidad?, como que es “la pregunta del millón de dólares”. Pues la masculinidad es género únicamente, ¡híjole! tienes muchas variantes pero, no sé, como yo lo pudiese concebir, pues, no sé si hay muchas variantes de un contexto de hombres y, luego nos vamos con lo que tradicionalmente nos inculcan que es ser hombre; hay muchas circunstancias, hombre a veces es el macho de la casa ¿no?, el que está encargado de llevar el sustento a la casa y el que tiene todas las facultades de decidir y de ordenar inclusive, bueno yo no concuerdo del todo con eso, y pues, yo recuerdo, intenté ser ese hombre con esa familia no, creo que, pero sin embargo, no se pudo, digo, lo intenté en el sentido, bueno, de que como hombre bueno tomar la decisión de tener una pareja y bueno adquieres un compromiso para con esa pareja

no, y tratas de desempeñar lo más bien posible y tratas llevar bien las cosas tanto en el plano económico como en el plano afectivo, moral y emocional inclusive de ahí se deriva la posibilidad de tener una familia y vienen los hijos y el ser hombre yo creo que tiene que complementar esas necesidades que ya no solamente con tu pareja, sino también ahora de tus hijos atenderlos en ese sentido lo mismos, económicamente, moralmente, educarlos propiamente eso sería no, y aportarle no, tanto en la situación económica, pero sino, sobre todo emocional ¿no?, para que pueda tener unos hijos que le den los elementos suficientes para que cuando llegado el momento se puedan valer por sí mismos.

¿Qué es ser un buen hombre?, eso se los preguntaría a usted, ¡dígame el concepto!. Un buen hombre sería eso que te acabo de decir, de comentar, no, él que está consciente de cuál es su papel en la vida desde que nace, que tenga bien definida esas situaciones, de ser buen hijo, buen padre, ser buen hermano, que realmente pues, tenga esa capacidad no, de saber que quiere, de cumplir con todas sus responsabilidades, que uno mismo se fija también no, porque a lo largo de tu vida también tomas decisiones y esas decisiones te van a crear consecuencias y asumes sus consecuencias y a la inversa, pues eso sería ser un buen hombre, de asumir la responsabilidad de esas decisiones que ya están tomadas en el plano laboral, familiar.

El comportamiento de los hombres tiene algo de lo natural, desde que nacemos porque ya traemos ciertos genes que nos hacen actuar de tal manera, no, pero sólo vamos a poder controlarlo, pues precisamente en base a como uno se vaya uno educando, el macho potencialmente es un animal que a veces desborda sus pasiones pero si no la sabes controlar y base de la educación es como es como tu limitas ese tipo de situación, a veces actuamos como seres así “naturales”, pero si tenemos la capacidad de decidir al libre albedrío, de decir entre lo bueno y lo malo, pues es lo que precisamente a ser buen hombre o malo.

Yo no me considero machista. No estoy de acuerdo pero a veces el propio macho es la misma creación de la familia, de la sociedad los propios padres incluso la propia mamá llega a generar los machistas desde que en los niños siempre hay la distinción entre hombres y mujeres a las niñas les compran juguetes de trastecitos a los niños pistola y no nos permiten jugar con ellas, las mujeres tienen que ayudar a la mamá y lo de los niños no es lo mismo, desde ahí vamos creando machos, a los niños si se le regaña se le dice usted no lloré yo veía a mi mamá como nos sacaba adelante y por eso yo no asumí esa educación porque no tenía mi papá.

Quien me inculca es mi mamá, yo no conocí a mi papá y siento ese vacío paterno, probablemente quien me inculca ser hombre es mi mamá, probablemente ella; y probablemente los hermanos fueron quienes llegaron a asumir el rol como del sustituto del papá ¿no?, normalmente el hermano mayor por tradición se estila, probablemente como que te inculcan no, pero en buenos términos, positivamente obviamente, llenaron ese vacío porque hubo cierta carencia de la falta de mi padre, entonces yo tuve ese concepto, fue por mi mamá y de lo que recuerdo es sólo eso, ser buena persona, ser un buen hombre, ¿no?, ella comentaba eso tú que crecer, que casarte tienes que ser buen hombre con tu esposa, situaciones de ese tipo.

Los amigos también, yo recuerdo que decían: hay que llevar a fulano, de tal porque “le vamos a dar su bautizo”, los vamos a bautizar y que era eso, pues irte con una prostituta, pero bueno yo si llegué a ir al antro, pero no, o sea, a mí nunca me gustó esa idea y me valía gorro lo que dijeran porque así actuamos, no lo haces y te decían que eras un maricón, pero no fue mi caso nunca quise hacerlo.

2. Los puntos de indeterminación

Los puntos de indeterminación en el discurso de Carlos son los siguientes: Ante los cambios en las relaciones de pareja ¿la masculinidad está en problemas? ¿Qué es la masculinidad y de qué manera se va construyendo?, el informante reconoce que la masculinidad está en crisis aunque no todos los hombres lo sientan así: “viéndolo desde el punto machista vemos que ese poder como hombre que ya traemos es como ahí ya no los están quitando, arrebatando”.

Carlos quiere encontrar una explicación del porqué los hombres sienten un debilitamiento cuando es “arrebatado” el poder que detentan los hombres machistas. El poder referido por Carlos es el que deriva la asignación social de ser el único proveedor económico del hogar, el que puede salir del espacio privado, el único que pueda estar en los espacios públicos (calle, trabajo, bares) sin cuestionamientos de la esposa respecto del horario en que éste debe llegar a casa. Por eso cuando la pareja de Carlos sale del espacio privado, entra en una dinámica de nuevos roles, los quehaceres del hogar no sólo le corresponden a ella, sino que es una responsabilidad compartida, así como los gastos que implica un hogar. Para Carlos los quehaceres del hogar no son algo que deba compartirse. Los lleva a cabo porque se queda sin empleo y no tiene otra alternativa.

Sotomayor y Román (2007:45) han reportado que los hombres cuando están sin trabajo se refugian en el hogar. María ya no sólo está dentro del hogar, sino que decide

salir con las amigas o llegar tarde a casa. Las actitudes de María rompen el rol tradicionalmente asignado a las mujeres, algo no bien visto por la cultura machista, creando inseguridad y miedo en Carlos, pues quebranta el privilegio que éste ha tenido por el hecho de haber nacido varón.

Primer punto de indeterminación. ¿Por qué Carlos enfatiza en los otros hombres, pero no se reconoce como tal? Nuestro argumento es que crea un prototipo de hombre machista aunque éste no logre reconocerse como tal, sino que dice son los otros pero él no. La imagen machista en Carlos se asienta en la valentía, la virilidad, el carácter y el control sobre las mujeres y también sobre otros hombres, es aquel que, según Ramírez (2008), es una figura anclada al esencialismo. Es posible que a nivel familiar no se asuma como tal, por los valores transmitidos de la madre, ya que fue su influencia principal en su educación y que le condicionó el desarrollo en la vida adulta. Al respecto Clare (2002:231) considera que la relación estrecha con la madre le determina el estilo y la tónica de las relaciones adultas.

Este tipo de relación fue posible por la ausencia del padre lo que permite una conducta pacífica con el otro sexo, en este sentido es posible comprobar la hipótesis que hace mención Anthony Clare del psicoanalista Mesterlich cuando asume que las consecuencias de la vida sin un padre son que:

los hijos, sobre todo los varones, crecen sin acceso directo a él y le ven necesariamente a través de los ojos de la madre. Esta experiencia, en efecto, les hace perder el sentido de su propia identidad como hombres y rompe de tal forma la transmisión natural del modelo a seguir de un padre (Clare, 2002: 233).

Un modelo a seguir, como lo describe Carlos, el padre que lleva el sustento económico al hogar, de educar a los hijos, de tener lo mejor posible para la familia, el que tiene el poder sobre la mujer; no obstante nuestro informante hace a un lado las agresiones físicas. Es posible ser un hombre no violento por la relación madre-hijo, ve en la madre el intento por sustentar económicamente y moralmente a él y sus hermanos, en cierta forma se hace sensible hacia el género femenino por lo que no recurre a las agresiones físicas en pareja. Sin embargo, a un nivel personal y comunitario mantiene otras formas expresivas de la masculinidad hegemónica aunque no logre reconocerlas.

Carlos asume que no es un hombre tradicional (machista) y se siente como un hombre violentado, sufrido, caso que no es así pues encontramos que en primer momento de la entrevista verbaliza jerárquicamente cuando dice que le permite salir del hogar a la esposa, que se fuera a buscar algo para que ya no estuviera dentro del

hogar, pero más que ella saliera del hogar, era para que ya no lo estuviera hostigando con los horarios para estar en casa.

Hay una ausencia de responsabilidad y de respeto con su pareja. Llegar tarde a casa por estar con los amigos fuera de los horarios del trabajo parece ser la causa fundamental para que terminara la relación con la esposa. Sin embargo, nuestro informante no acepta su responsabilidad e interpreta que “el amor se acabó” y “las tensiones económicas hicieron tronar” la relación. Al parecer, también María experimenta ciertas transformaciones que la llevan a salir del control de Carlos.

Segundo punto de indeterminación. Tiene lugar cuando manifiesta Carlos que sospecha que María tuvo una infidelidad ya que salía con sus amigas y llegaba tarde a casa, disponía de un ingreso propio, lo que en cierta manera creaba temor en Carlos. Ramírez (2005:43), considera que los hombres de cierta manera no quieren el acceso de las mujeres al mercado de trabajo porque entran en contacto con el otro sexo. Las nuevas relaciones de María en su trabajo, la independencia económica crea conflictos en la masculinidad de Carlos. La supuesta infidelidad es algo pensado en los hombres cuando la mujer sale del hogar, aunque esto no sea así. Un estudio realizado en el Distrito Federal en el 2002 por Ramírez Solórzano nos da señales de esto, encontramos que en el caso estudiado existe el temor masculino a que la mujer encuentre a otro hombre por el hecho de tomar alcohol y fumar, estos dos indicadores hacen pensar a Carlos en una posible infidelidad de María.

Es posible suponer en Carlos una resistencia al cambio, a los nuevos roles de María, por eso se refugia en el uso excesivo de bebidas alcohólicas, como lo dice Viqueira y Palerm (1991), el uso excesivo de alcohol está relacionado con los estados de ansiedad. El núcleo de ansiedad en Carlos se encuentra por la crisis de un poder hegemónico, se escapa de la realidad perdiéndose con los amigos bebiendo alcohol.

Tercer punto de indeterminación. Cuando Carlos ve amenazada su masculinidad por los nuevos roles de poder en la relación con María, doblaga su poder de único proveedor cuando ya no es el único que asume esa responsabilidad, por tanto considera negativo que los hombres permitan a las mujeres trabajar cuando dice: “como que nosotros hemos sido ambiciosos”. Delegar esa función es delegar el poder, no olvidemos que el trabajo implica dinero y el uso de éste posibilita el poder, concede acceso y torna disponible una posición desde el cual es posible su ejercicio (Sotomayor y Pérez, 2007: 45). Carlos se resiste a perder el control sobre María. En un nivel comunitario encontramos que si hay un proceso de reconocimiento de la masculinidad hegemónica, pero que no logra reconocerla de manera individual.

Cuarto punto de indeterminación. ¿Qué es ser hombre y cómo considera que los hombres se hacen hombres? El informante lo describe como: “es género únicamente”, “nos vamos con lo que tradicionalmente nos inculcan que es ser hombre”, “yo recuerdo, intenté ser ese hombre con esa familia”. Su explicación de la masculinidad la remite de manera general a todas las funciones asumidas por los hombres, roles enseñados desde el entorno familiar: “ser buen hijo, buen padre, ser buen hermano, que realmente pues, tenga esa capacidad no, de saber qué quiere, de cumplir con todas sus responsabilidades”. Carlos construye la masculinidad desde los hombres responsables dentro del hogar (llevar el sustento económico), ser el jefe de familia, pero en esta construcción no debe faltar la presencia paterna, algo que Carlos no tuvo, crece con lo que la mamá, ella lo instruye para ser un buen hombre, “habría que casarse, tener hijos, ser bueno con su esposa”. Al cumplir con ese principio asume que “se hizo hombre”. Un buen hombre para nuestro relator es controlar las emociones, es decir, que los hombres malos, los machos no controlan sus emociones.

3. La interpretación

El discurso de Carlos manifiesta una masculinidad estructurada por una serie de valores inculcados en primera instancia por la madre y luego por la misma sociedad. Portador de un esquema machista llama la atención ¿por qué no recurre a los golpes para imponerse frente a María? ¿Quizás porque es abogado y sabía de las posibles repercusiones jurídicas de la violencia física? ¿Quizás porque María trabaja y tiene ingresos propios? ¿Quizás porque María desde un principio manifestó sus desacuerdos frente a la conducta de Carlos? Puede ser una o todas las razones, lo que si es cierto es que las condiciones de María eran mejores que la mayoría de las mujeres casadas que son violentadas.

Pozas (1991), al respecto, dice que en este acto interviene la organización social como agente de integración en todas las relaciones sociales, pero al mismo tiempo es un factor de desorganización social por las consecuencias, para este caso la inestabilidad en su relación con María. El acto de ingerir bebidas embriagantes es un costo social de las masculinidades por vivir en un ambiente donde los otros hombres toman alcohol por cuestiones sociales.

Otra manifestación de la masculinidad en este sentido es que Carlos reconoce que los hombres sí tienen que demostrar su virilidad con una prostituta y que además entre los mismos hombres se organizan para “darle su bautizo”. La inasistencia de los hombres a estos actos origina el paso a otro nivel que no es la jerarquía masculina.

Las actividades domésticas que realiza Carlos dentro del hogar (cuando ya no trabaja) se constituyen en un problema. Los quehaceres domésticos implican deconstruir una representación social (“mandilón”) que tienen los propios hombres entre sí. Esta representación implica resistencia al cambio y a asumir nuevos roles dentro de un hogar.

El ingreso de María al mercado de trabajo descubre un fenómeno social documentado en otros estudios. Escobar (1998: 126) plantea que el hombre como único proveedor ha sido un mito, ya que debido a los procesos sociales y económicos que cada país y región vive y a las constantes crisis económicas, las familias se han visto en la necesidad de que las mujeres ingresen al mercado de trabajo.

Escobar (1998:126) considera que la capacidad masculina real de ser el proveedor exclusivo de ingresos familiares constituye, pues, un modelo legítimo en general; pero válido sólo para una minoría de hombres y de países. En este sentido, la masculinidad de Carlos es parte de estos pocos hombres, ya que sigue caracterizándose por un modelo tradicional.

IV. Hacia algunas conclusiones

En Tlaxcala, las prácticas que hacen posible la construcción social de la masculinidad tienen que ver con procesos iniciados en la familia de origen y consolidados por el entorno social. Si bien es cierto que en este texto presentamos un caso de estudio y las conclusiones no pretenden generalizarse al universo de hombres casados del entorno urbano de Tlaxcala, nos ha parecido interesante presentar su testimonio porque da cuenta de las distancias aún existentes entre los procesos sociales más amplios y la vida concreta de personas específicas de la Tlaxcala urbana.

La primera cuestión que resalta es que hay hombres, quienes a pesar de haber asistido a la universidad siguen construyendo su masculinidad –casi exclusivamente– con base a la educación recibida de los padres, la cual es reforzada por su entorno (amigos, medios de comunicación, Estado, etcétera). Tenemos así que la representación social de la masculinidad sigue caracterizándose por el predominio del poder sobre las mujeres. Cuando los hombres pierden el control sobre la mujer se traduce en un rompimiento y en muchos casos sobreviene la separación. ¿Por qué es tan grande la permeabilidad masculina? La identidad de las personas “es mantenida, modificada o, incluso, remodelada por las relaciones sociales, (...) la identidad está determinada por la estructura social, ya que aún los ideales de auto percepción y los preceptos normativos que definen las identidades sociales siguen atendiendo a un modelo tradicional y a una

estructuración subjetiva organizada de nuestras sociedades, por un particular orden simbólico” (Berger y Luckmann, 1971: 195), lo que reproduce una masculinidad hegemónica que implica la construcción social asignada a los hombres desde su nacimiento: al vestirlos del color azul o al decir “¡este será un cabrón!, ¡será galán!, ¡tendrá muchas mujeres!” De esta forma a través de su ciclo de vida se construye su ideal masculino y su identidad masculina adquiere sentido, ya que los hombres se van identificando con el papel asignado por la misma sociedad y los padres (principales educadores en esta construcción).

Indudablemente dicha identidad posee sus propios reguladores que aseguran la masculinidad hegemónica cuando aquellos que no se identifiquen como tal no son hombres, son insidiosos de la pureza anhelada por los hombres, pertenece a los otros, a los homosexuales. En efecto pareciera que el cuerpo no es el factor decisivo para asignar una identidad, sino tan sólo una relación atribuida y de ninguna manera natural, la identidad genérica obedece a la educación y no a la conformación genética u hormonal. Así la identidad femenina o masculina depende necesariamente de una valoración social particular donde la cultura y la identidad están implícitamente cohesionados y se articulan con la personalidad, la interacción y la estructura social (Montesinos, 2002: 159 y Serret, 2000: 239).

Queremos señalar que es difícil acceder al relato de los hombres porque como dice Seidler (2000: 150), los hombres difícilmente quieren hablar abiertamente de su propia experiencia. Los relatos personales de los que ellos hablan no se reflejan en los actos de su vida cotidiana, se quedan en el puro discurso y/o en una construcción imaginada para presentarse ante la investigadora. Sin embargo, también Seidler (2000: 173) señala que se debe tomar en serio las versiones que dan los hombres de sus experiencias y reconocer algunas de las causas de estos sentimientos de una cultura protestante en las maneras cómo se les ha criado en el seno de la familia porque para los hombres es un reto afrontar su situación social y cultural a la que están acostumbrados. Los relatos de vida recopilados en la región estudiada muestran una notable complejidad en el cuestionamiento de los roles tradicionales de género y el camino que han llevado para asumirse como hombres.

Esta investigación nos llevó a preguntarnos: ¿cuáles son los factores económicos, políticos y culturales que provocan cambios en la masculinidad de los hombres? o ¿es que no existen tales cambios? ¿cuáles son las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres donde se muestra ese predominio de los hombres sobre las mujeres que permiten decir que no existe una crisis de la masculinidad?

En este sentido, se concluye que algunos hombres como Carlos no reconocen una crisis masculina frente a los nuevos roles asumidos por las mujeres en el hogar y en el mercado de trabajo. La crisis o declive se lo atribuyen a otros hombres, a los “machistas”, a los otros, ellos no se consideran como tal, porque se consideran hombres no violentos, hombres que permiten que sus parejas salgan fuera del hogar, a tener relaciones compartidas como los quehaceres del hogar, el cuidado y educación de los hijos; sin embargo, hemos pesquisado que si les ha creado conflictos cuando la mujer está fuera de casa, crea temores e inseguridades representados en celos y problemas, incluso que lleva a la separación matrimonial. Derivamos de esta investigación que la masculinidad más que estar en crisis está en proceso de cambio porque se reconoce el cambio de la masculinidad hegemónica, aunque no expresamente.

La negación de la crisis de la masculinidad hegemónica tiene que ver con la carga cultural que algunos hombres traen consigo desde el seno familiar, por lo que queda al descubierto que los roles o papeles sexuales no son un mito, sino una realidad que está presente. Desde que los hombres nacen y a través de su ciclo de vida se les va enseñando a manifestar su masculinidad. La masculinidad se construye por medio de los roles o papeles sexuales enseñados y transmitidos por el papá y la mamá, siendo los principales rectores en esta construcción social aunque no se reconocen los factores sociales (educación formal, medios de comunicación, políticas estatales, etcétera).

Podemos decir que nuestro entrevistado responde de alguna manera a las tipologías mencionadas por los autores revisados en este trabajo, las formas de expresión masculina depende del contexto social y cultural, pero se homogeniza cuando éstos deben cumplir con los ritos de iniciación masculina, de demostrar su hombría, la virilidad que va desde el entorno doméstico hasta los bares, la calle y el trabajo. Ser hombre significa antes que todo identificarse a lado de las relaciones femeninas, la presencia femenina es el factor importante para identificarse como tal. Carlos, Fausto, Francisco y Rafael están en constante comparación con sus parejas, siempre está presente esa dicotomía entre lo que sí debe ser o no debería ser entre los dos sexos.

De esta manera la masculinidad en Tlaxcala se representa por la hombría (ser buenos hombres), la virilidad (mostrada a través de una iniciación, de tener un hogar o lo que ello implique) y los roles masculinos, que son todas las funciones a seguir sin salirse de la norma establecida por la misma sociedad. Para el caso estudiado no siempre es posible ir cambiando los patrones hegemónicos a la par de ir consiguiendo mayores niveles de estudio, se pensaría que mayores niveles educativos crean otras

formas de pensar y otras formas de llevar a cabo nuevas formas de relaciones entre los géneros.

Los hallazgos de este trabajo de investigación se llevaron a cabo desde el enfoque teórico metodológico de Ingarden (1993). El método interpretativo nos permitió profundizar en el hecho social, de tal manera que hemos podido explicitar los argumentos producidos por nuestros informantes, de lo contrario hubieran quedado en el aire respuestas inconclusas y sobre todo respuestas no claras. El método ingardiano nos permite ir más allá y profundizar en estas respuestas indeterminadas. A través de éste método fue posible interpretar las voces de los hombres y encontrar cómo se configuran las relaciones entre los sexos y de qué manera se manifiesta la masculinidad.

Bibliografía

- Amuchástegui Herrera, Ana (2001) “La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México” en *La Ventana*. México, Vol. II. No. 14: 102-125, Universidad de Guadalajara.
- Barrios Martínez, David (2003) *Resignificar lo masculino Guía de supervivencia para varones del siglo XX*. México, Vila Editores.
- Berger, Peter L. y Thomas Luckman (1971) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Brandes, Stanley (1980) *Metáforas de la masculinidad. Sexto y estatus en el folklore andaluz*. Madrid, Taurus.
- Burín, Mabel e Irene Meler (2000) *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Burín, Mabel, Lucero Jiménez y Meler, Irene (2007) (Eds.) *Precariedad laboral y crisis de la masculinidad. Impacto sobre las relaciones de Género*. Buenos Aires, UCES.
- Castañeda Gutman, Mariana (2003) *El machismo invisible*. México, Grijalbo.
- Clare, Anthony (2002) *Hombres La masculinidad en crisis*. México, Editorial Taurus.
- Coltrane, Scott (1998) “La teorización de las masculinidades en la ciencia social contemporánea” en *La Ventana*. México, 7:7-48, Universidad de Guadalajara.
- Connell, Robert (1995) *Masculinidades*. México, Universidad Autónoma de México, PUEG.
- Escobar Latapí, Agustín (1998) “Los hombres y sus historias” en *La Ventana*. México, 8:122-173, Universidad de Guadalajara.
- Folbre, Nancy (1991) “Women in her Own: Global Patterns of female Headship” en Rita S. Gallin y Anne Ferguson (eds) *The Women and International Development Annual*. London. Westview Press, Boulder, vol. 2.
- Fuller Osoreo, Norma J. (1997) *Identidades masculinas. Varones de clase media en el Perú*. Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (2006) *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México, El Colegio de México.
- Goffman, E. (1967) *Interaction Ritual*. Nueva York, Anchor.
- Gutmann, Matthew (1980) “Traficando con hombres: La antropología de la masculinidad” en *La Ventana*. México, 8: 47-99, Universidad de Guadalajara.

- (1997) “Machos que no tienen madre: La paternidad y la masculinidad en la ciudad de México” en *La Ventana*. México: 6, 118-163 Universidad de Guadalajara, julio.
- Herzfeld, Michel (1980) “Honour and Shame: some problems in the comparative analysis of moral systems” en *Man: n.s.*, 15:339-351.
- Herd, G. (ed.) (1982) *Rituals of Manhood: Male initiation in Papua New Guinea*. Berkeley, University of California Press.
- Ingarden, Roman (1993) “Concretización y reconstrucción” en Dietrich Radall (Comp.) *En busca del texto. Teoría de la recepción literaria*. México: UNAM, pp.31-54.
- Marx, K. (1978) “The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte” en R. Tucker (ed) *The Marx-Engels Reader. Monthly Review Press*. Nueva York, pp. 594-617 (originalmente publicado en 1846).
- Montesinos, Rafael (1996) “Vida cotidiana, familia y masculinidad” en *Sociología*, año 11 número 31, UAM-Azcapotzalco, México, mayo-agosto.
- (2002) “La construcción de la identidad masculina en la juventud” en Aquiles Chihu (Coord.) *Sociología de la identidad*. México, Miguel Ángel Porrúa, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.
- Núñez Noriega, Guillermo (2004) “La producción de conocimiento sobre los hombres como sujetos genéricos: reflexiones epistemológicas” en *Desacatos Revista de Antropología Social*. México, CIESAS.
- Pozas Arciniega, Ricardo (1991) “El alcoholismo y la organización social” en Eduardo L. Menéndez. *Antropología del alcoholismo en México los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México, CIESAS.
- Ramírez Rodríguez, Juan Carlos (2005) *Madeiras entreveradas: violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas*. México, Plaza y Valdés/Universidad de Guadalajara.
- (2008) “Ejes estructurales y temáticos de análisis del género de los hombres. Una aproximación” en Ramírez Rodríguez Juan Carlos y Uribe Vásquez (coords.) *Masculinidades: el juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. México, PUEG, UNFPA, Plaza y Valdés.
- Ramírez Solórzano, Martha Alida (2002) *Hombres violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina*. México, Editorial Plaza y Valdés/Instituto Jalisciense de las Mujeres.
- Rojas Martínez, Olga Lorena y Mercedes Oliveira (2008) *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. Un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. México, El Colegio de México.
- Romero Melgarejo, Osvaldo (2006) *La violencia como fenómeno social El linchamiento en San Miguel Canoa Puebla*. México. México: UAT, CONACYT y el Colegio de Tlaxcala, A.C.
- Seidler, Víctor (2000) *La sin razón masculina y teoría social*. México: UNAM, Editorial Paidós Mexicana.
- Serret, Estela (2000) “Género, familia e identidad cultural. Orden simbólico e identidad femenina” en José Valenzuela Arce (coord.) *Decadencia y auge de las identidades*. México, El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés.
- Sotomayor, Zonia y Rosario Román Pérez (2007) *Masculinidad y violencia homicida*. México, Plaza y Valdés.
- Viqueira, Carmen y Ángel Palerm (1991) “Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México” en Eduardo Menéndez *Antropología del alcoholismo en México los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: CIESAS.

Capítulo 2

Identidad de género y jefatura femenina en el estado de Tlaxcala

*Luz María Martell Ruíz
Aurelia Flores Hernández*

Introducción

Hasta la década de los setenta del siglo XX, el discurso y las prácticas cotidianas sobre la familia giraban entorno a una sola posibilidad: la familia nuclear. Gayle Rubin (1986) rompe con esta idea hegemónica e idílica de la familia. La década de los ochenta del mismo siglo abrió paso a la discusión en relación al concepto de familia “tradicional” frente a la casi nula utilidad de este término para dimensionar la multiplicidad y variabilidad de formas de familias, obligando en la reflexión académica a su reconceptualización. En el contexto de transformaciones económicas, políticas, sociales, culturales, educativas y tecnológicas ocurridas en las tres últimas décadas en América Latina –incluido México– ha ocurrido un ajuste estructural sobre la organización interna, las condiciones de vida y la dinámica familiar de los hogares (González de la Rocha, 1999; Acosta, 2001; Ariza y Oliveira, 2001).

En este contexto, la jefatura femenina apareció como elemento central. En América Latina, y particularmente en México, las investigaciones acerca de la jefatura inicialmente se caracterizaron por ser estudios de corte cuantitativo que ignoraban las experiencias subjetivas de las mujeres, y la diversidad de circunstancias, contextos y vivencias de las novedosas representaciones familiares. Los estudios sociodemográficos pioneros enfatizaron en la composición de los hogares y en las características de la jefatura de hogar. Estos trabajos aportaron un panorama general de la presencia y dinámica en términos macro-estructurales sobre los reacomodos familiares (Acosta, 2003).

Sin embargo, este tipo de investigaciones no han sido suficientes para explicar los elementos sociales y culturales que determinan la conformación de hogares con representación femenina. Culturalmente se ha mantenido la idea de que la jefatura de hogar es y debe ser asumida por el varón, legitimizando a la figura masculina como la única de autoridad y de poder. Esto ha producido que si bien una proporción importante de mujeres figuren como proveedoras económicas centrales o únicas, opten por no asumirse como tal, de ahí que exista un registro deficiente de hogares encabezados por mujeres (INEGI, 2005^a). Nena Delpino (1990) enuncia que una de las razones por las que no se considera relevante el estudio de la jefatura femenina es precisamente que las estadísticas no reflejan la magnitud del fenómeno tanto en términos de cifras como en razón de la complejidad de explicar aspectos cualitativos socioculturales referidos a este fenómeno.

En el plano conceptual y metodológico, el término jefatura femenina tiene una vasta discusión. En parte, el debate se relaciona con los esquemas patriarcales tradicionales debido a que por tradición se asume que los hogares deben ser nucleares y compuestos por una pareja heterosexual con descendientes. Félix Acosta (2003) precisa que la diversidad de arreglos familiares y sus variables implicaciones tienen repercusiones en el bienestar de las mujeres y en el de su descendencia. Con esta aportación, otras posiciones en el estudio de las familias se han pronunciado por alejarse de perspectivas donde la familia nuclear es el modelo familiar por excelencia, y promueven acercarse a considerar que los hogares con jefatura femenina cada vez tienen más presencia (Salles, 1991). Mercedes González de la Rocha (1999) elabora una clasificación de “nuevas familias o familias divergentes”, e integra en éstas a los hogares representados por mujeres.

Manuel Castells (2001) por su parte considera que uno de los rasgos distintivos de las sociedades actuales radica en las modificaciones de las funciones económicas y productivas de las mujeres, en esta nueva caracterización, los hombres dejan de ser proveedores principales, en tanto que las mujeres ya no son exclusivamente amas de casa. Sin embargo, esto no ha significado que ellas dejen de ser responsables directas de las tareas domésticas, más bien, las mujeres se encuentran comprometidas en mayores responsabilidades (doble o hasta triple jornada de trabajo). En otros trabajos, se precisan tres tendencias que marcan el incremento de hogares con jefatura femenina: (1) el aumento de la migración masculina, (2) el incremento de la fertilidad entre mujeres adolescentes –madres solteras–, y (3) el desgaste de la familia extendida y de las redes tradicionales de ayuda (Buvinic, 1998).

En América Latina, cifras de los años noventa del siglo pasado indican que las mujeres solas a cargo de un grupo familiar constituían la cuarta parte de representación de hogares (Delpino, 1991). Cifras más recientes indican que en esta región, para el año 2005, el 86 por ciento de los hogares nucleares urbanos monoparentales tenían al frente de los mismos a una mujer como jefa (Catasús y Franco, 2009).

En México, la proporción de jefas de hogar se incrementó entre el año 1994 y el año 2002, el porcentaje de mujeres como principales generadoras de ingreso para el hogar pasó de 21.7 por ciento a 26.5 por ciento durante este periodo. Para el año 2002 existen 18.8 millones de hogares en localidades urbanas, en donde 22 de cada 100 hogares estaban encabezados por mujeres. Para el año 2005, el INEGI reporta que 23 por ciento de los 24, 803,625 hogares que existen en México, son encabezados por mujeres, habiendo un incremento de 5.6 por ciento en comparación a datos correspondientes al año 1990 (INEGI, 2005^a).

Datos del año 2000 para el estado de Tlaxcala indican que de 203,441 hogares, 18 por ciento estaban encabezados por mujeres, en comparación con 20.6 por ciento a nivel nacional. Para el año 2005, el 20 por ciento de 241,355 hogares tlaxcaltecas era representado por mujeres (INEGI, 2000 y 2005b). Para el año 2010 la jefatura femenina representa 23 por ciento, es decir, que de los 272,507 hogares, 61,514 eran encabezados por mujeres. A nivel nacional se tiene registro de 28, 159,373 hogares, 6, 916,206 de los cuales eran dirigidos por mujeres. Los datos sugieren que el estado de Tlaxcala mantiene una presencia menor de jefatura femenina en comparación con otras entidades, según registros del año 2005.

1. La identidad de género

La identidad se configura a partir de crear y recrear significados y sentidos a la propia existencia, esto significa que todo individuo puede –si lo quiere o no- replantear, reestructurar y reinventar su propio “yo”. La norma sociocultural ya no es la única forma en que podemos concebimos; sin embargo, esta flexibilidad sólo puede ser considerada como una opción de reinención mientras que se es consciente de los costos y los riesgos de incorporar distintos referentes a lo que normativa y culturalmente asignaría a “lo femenino y a lo masculino” (Butler, 1999).

La identidad se construye a partir de acciones, modelos o actitudes de un referente –de otro u otra– con quienes nos identificamos pero también se edifica a partir de aquello que excluimos. Ginette Paris (2009:237) precisa que “las identidades se construyen no sólo a partir de valores compartidos, sino también con base a la

similitud en las ideas con respecto a lo que debe ser rechazado”. Lo socialmente aceptado y/o rechazado es extensión de la realidad binaria que acompaña históricamente a los seres humanos. Esa dualidad atraviesa a los géneros, colocándolos en posiciones diferentes y confrontantes, propiciando la polarización de actitudes, conductas y formas de estar, y vivir en el mundo.

La identidad de género entendida como un proceso integrante de mujeres y hombres que permite distinguir las creencias, las representaciones, las actitudes, los estereotipos, los prejuicios y las ideologías de género, que se gestan desde la infancia, y que a lo largo de la vida se incorporan a los esquemas referenciales, dosifican la cotidianidad de cada quien (el deber ser femenino y el deber ser masculino). En este proceso de socialización, las diferencias anatómicas y/o las marcas corporales culturalmente significadas, sirven de base para la construcción de las identidades de género.

Sin embargo, es importante precisar que la experiencia y la situación de vida de cada quien –mujer u hombre– puede generar procesos de concientización (y de confrontación) –tal es el caso de las jefas de grupo doméstico– que lleven a la resignificación de la identidad, produciendo cambios en la auto percepción y la percepción social de sí mismas (Burin y Meler, 1998; Serret, 2004).

El conjunto de manifestaciones genéricas ha sido previamente determinado a partir de lo admitido socialmente en cada cultura. Restricciones y condiciones mediatizan el ser y hacer de mujeres y hombres. Las identidades de género no aluden exclusivamente a los atributos biológicos ni a las conductas naturalizadas, éstas son construidas a partir de atributos simbólicos, productos de la cultura. Parafraseando a Simone De Beauvoir, no se nace mujer, ni se nace hombre, sino “se hace”, los seres humanos deben participar de esa realidad que es la estructuración de la masculinidad y de la feminidad. Esta realidad dicotómica la plantea Martin Buber (citado en Ure, 2001) cuando menciona la “relación dialogal”, donde la relación con el otro o la otra, posibilita el reconocimiento de la mismidad y lo otro, a partir de “lo que no soy, yo me defino”, es decir, en la medida en que te reconozco me diferencio de ti, pero ambos compartimos una categoría inherente, la de ser, seres humanos. Las identidades de género no pueden comprenderse como categorías separadas, sino como referentes que en interrelación permiten la diferenciación e identificación de “lo que se es” y “lo que no se es”.

Martha Lamas (1996) menciona que ser mujer u hombre está dado por los contextos culturales, en éstos se simbolizan y construyen la legitimación de las

identidades. Las representaciones sociales del ser hombre o mujer están sustentadas en un conjunto de imágenes, creencias, valores, estereotipos, actitudes, que en el imaginario colectivo transitan y son legitimadas a través de los discursos y las prácticas cotidianas, es decir, que los marcos representacionales permiten la adscripción o la negativa de pertenecer a uno u otro género (Rocha y Díaz, 2005).

En concreto, la identidad de género es un constructo social determinado por la asignación y la aceptación sociocultural, la introyección –esos deberes asignados desde la infancia y que acompañan la vida de hombres y mujeres–, de roles y funciones, de rasgos y actitudes, presumibles como propios de cada género (Döring, 2002). Lo precedente da pauta a romper las concepciones tradicionales sobre la feminidad y la masculinidad, y rebatir la concepción de género como sinónimo de diferencia sexual, reconociendo que tal noción confina a mujeres y hombres en un sistema heteronormativo exclusivo y único, cuyos impactos condicionan las prácticas sociales desde una lógica dicotómica de feminidad/masculinidad. En este sentido, el concepto género está compuesto por multidimensiones: de orden cultural, de orden ideológico y de orden social, y también de orden subjetivo, esta última dimensión es componente central de la identidad (Sharim, 2005).

El género entonces, como elemento que permite describir a las identidades, resulta ser el eje que articula, organiza, da sentido y modifica la percepción social y la autopercepción individual. Estela Serret (2004:44) argumenta que: “la singularidad del género consiste en que los rasgos socialmente atribuidos a la diferencia entre un hombre y una mujer, son extrañamente constantes y similares a lo largo de la historia, en las distintas culturas, en sociedades distantes entre sí”. De tal manera que, los significados de “lo femenino” y “lo masculino” son ajustados al sistema de género dominante en cada sociedad y época, coexistiendo en consonancia con el conjunto de disposiciones culturales –tradiciones, estereotipos o esquemas– que son reproducidos en el sistema generado. Debemos precisar que tales disposiciones se temporizan y son mutables, pero resisten en la generación de desigualdades sociales justificadas por diferencias biológicas.

Para Florinda Riquer (1992) la identidad de las mujeres es recíproca al lugar que ocupan en determinados contextos/posiciones de interacción. Ello sugiere que dado que la posición no siempre será la misma a lo largo del ciclo vital, ni en diferentes niveles de las relaciones sociales, luego entonces, el proceso de construcción de la identidad es dinámico y nunca termina de concretarse. Esto significa que nacer anatómicamente mujer o varón (sexo), y aprender a serlo (género) no son determinantes

únicos en la constitución de la identidad. En la medida que cada persona asume y se coloca en determinada posición y funciones podrá colocarse en lugares distintos a lo largo de la vida. Otras categorías sociales también tendrán influencia y peso significativo en la construcción de la identidad (edad, pertenencia social y de clase, escolaridad, experiencia de vida, tipo de relaciones, contexto y tiempo histórico, entre otros).

En concreto, la identidad femenina es determinada por la experiencia propia y de las influencias de las experiencias ajenas, es decir, esas prácticas, costumbres, y modo de vida particular acerca de cómo las mujeres viven, interpretan y reelaboran su marco sociocultural de “deber y ser mujer”, oportunidad dada por la posición –de acuerdo también a las categorías que enuncia Riquer– que ocupen en el entramado social. Entre el ideal social y las prácticas cotidianas individuales surge una tensión y conflicto: entre el “deber ser” y el “ser”. De esta forma, las mujeres padecen continuidades y rupturas con el “ideal femenino”.

Nena Delpino (1990) precisa que la identidad es un proceso continuo de desconstrucción y reconstrucción que se enuncia en dos planos. El plano de la profundidad refiere a las prácticas, dimensión donde las mujeres pueden darse cuenta de aquello que les inquieta, molesta, inhibe y/o condiciona en su forma de pensar, hacer y ser. El plano de la expresión alude a los discursos y las palabras, dimensión donde la conciencia se expande y la reflexión surge como producto de la autocrítica. Ambos mantienen corresponsabilidad, una vez que una mujer reconoce que su cotidianidad condiciona su sentido de ser, no le será suficiente, ni mucho menos lo será el discurso, lo más importante es qué harán con aquello de lo que se han dado cuenta y saben no tendría que ser de esa manera.

En este sentido, este trabajo se interesa en identificar la permanencia o discontinuidad de la identidad en mujeres que se han asumido como jefas de hogar en los albores de la segunda década del siglo XXI. A través de la aplicación de entrevistas a profundidad a mujeres tlaxcaltecas que se autodefinieron como jefas de grupo doméstico exploramos los factores que participan en el proceso de transformación de la identidad, así como aquellos que continúan reproduciendo estereotipos tradicionales de género. Interesa resaltar las contradicciones que en este proceso emergen y dar cuenta si existen espacios inamovibles que restan impasibles. En concreto, a partir de la palabra de las jefas de hogar buscamos responder a cómo experimentan, enfrentan y verbalizan los retos de escapar y romper la tradición; los costos pueden estar siendo dolorosos; sin embargo, es posible que “aquello que se gana” pueda ir más allá de “eso que se pierde”.

2. Las participantes en el estudio: jefas de grupo doméstico

Este estudio privilegió una metodología cualitativa. El trabajo de campo se realizó durante el primer semestre del año 2010, la entrevista a profundidad –con un guión temático– y la observación directa fueron utilizadas como técnicas centrales en la recopilación de la información. Se aplicaron un total de trece entrevistas a profundidad a mujeres tlaxcaltecas que por su condición y situación se clasificaron como jefas de grupo doméstico. El guión de la entrevista fue estructurado buscando explorar los factores que participan en el proceso de transformación identitaria (asumirse y reconocerse como jefa de hogar, contar con ingresos propios y/o trabajo, ser propietaria de bienes materiales y no cohabitar en pareja, la violencia), así como aquellos que están permitiendo la reproducción de estereotipos tradicionales de género (concepción de la maternidad, contar con una pareja emocional).

Debemos precisar que el número de entrevistas podría considerarse estadísticamente poco significativo; sin embargo, coincidimos con la propuesta de Delgado-Piña, Zapata-Martelo, Martínez-Corona y Alberti-Manzanares (2010) y Flores (2010) al no pretender generalizaciones a partir de la experiencia de estas mujeres, aunque sí creemos que el testimonio de cada una podría permitir la representación de cada caso y la extrapolación a situaciones particulares en contextos más amplios. Retomando a Gloria Marroni (1995:158) los relatos conjuntan “experiencias, sentimientos e ideas presentes en casi todas las mujeres con las que se tuvo contacto”. Este estudio permitió, a partir de la narrativa compartida por las mujeres, conocer su “ser íntimo” y las contradicciones en el proceso de transformación de su identidad. Se elaboró una tipología de modalidades de jefatura femenina, agrupada en jefatura compartida y jefatura permanente. La primera incluía la representación de una mujer encabezando la jefatura con otros parientes y la segunda consideraba el estatus que las mujeres habían asumido desde hacía largo tiempo como jefas de hogar, no identificando ninguna posibilidad de reiniciar una relación marital o de cohabitación. En concreto, las entrevistadas ejercen la jefatura de hogar siguiendo dos modalidades centrales (cuadro 1).

Cuadro 1. Hogares según modalidad de jefatura femenina.

Tipo de jefatura	Informante¹
<i>Jefatura compartida</i>	
Con el padre	Soledad
Con la madre	Dolores
Con la madre y el hermano	Alejandra

¹ Agradecemos el apoyo de las entrevistadas, utilizamos seudónimos en su identificación.

Con la hija e hijo	Gertrudis
Con el cónyuge	Lola
Con la hija	Mercedes
Con la pareja	Yuvhia
<i>Jefatura permanente</i>	
Mujeres con la responsabilidad directa	Berenice
	Azucena
	Gloria
	Flor
	Sandra
	Guadaupe

Fuente: Elaboración de las autoras, trabajo de campo, 2010.

Esta clasificación denota la singularidad de la jefatura femenina de hogar entre las entrevistadas, y la diversidad de arreglos familiares que coexisten en este tipo de hogares. Del total de entrevistadas, 7 se encontraban en hogares compartiendo la jefatura con otros parientes, mientras 6 asumían directamente la representación de sus hogares. De las primeras, dos comparten la jefatura con el cónyuge o pareja; y cinco con otra mujer –hija o madre– y con un varón –hermano o padre–. De las segundas, seis mujeres dijeron estar divorciadas y/o separadas y asumir de manera exclusiva y permanente la jefatura de hogar, en cinco de estos casos, las mujeres ya habían tenido una relación marital, y solamente una no había vivido en pareja, pero tiene descendencia.

En cualquiera de ambos casos, en las mujeres recaía directa y principalmente la jefatura del hogar. Otra característica en esta tipificación es que los hogares con jefatura femenina compartida son de tipo nuclear, mientras que las que ejercen la modalidad de jefatura femenina permanente viven en hogares monoparentales. Particularmente, la jefatura compartida no es una forma de organización familiar socioculturalmente esperada, coincidimos con Lázaro y Martínez (2003) al reconocer que esta variante en la jefatura femenina debe ser estudiada con mayor profundidad.

La mayoría de entrevistadas son oriundas de localidades ubicadas en el municipio de Tlaxcala (8 de 13), el resto provienen de otras poblaciones de municipios cercanos. El promedio de edad de las entrevistadas fue de 43.6 años, la más joven con 28 años y la mayor con 64 años. Solamente tres mujeres no estaban o habían estado unidas bajo alguna modalidad matrimonial, mientras del resto (diez) destacan las divorciadas. En general, casi la totalidad de entrevistadas en algún momento de su vida había

establecido alguna relación afectiva y/o de cohabitación. Precisamente, una de las características de tales hogares fue la presencia de hijas e hijos, como de otros parientes cercanos, incluso de sus parejas.

Las ocupaciones principales de las mujeres se encuentran en el sector servicios, algunas en posiciones laborales mejor remuneradas (docencia y administración), otras en situaciones precarias (comercio, trabajo doméstico asalariado). Esta jerarquía laboral se relaciona con el nivel de escolaridad de las mujeres, incluso una mujer contaba con estudios de doctorado (cuadro 2).

Cuadro 2. Perfil de las participantes en el estudio.

Informante	Características sociodemográficas					
	Edad (años)	Estado civil	Cohabitación	Escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia
Soledad	42	Soltera	Madre y padre	Carrera técnica	Secretaria	Nativitas
Dolores	33	Soltera	Madre e hija	Preparatoria	Vendedora ambulante	San Pedro Tlalcualpan
Alejandra	39	Casada/separada	Madre, padre, hermano e hijo	Licenciatura	Comerciante	Acuitlapilco
Gertrudis	64	Casada	Cónyuge, hijos y nieto	Carrera técnica	Comerciante	Acuitlapilco
Lola	48	Divorciada y vuelta a casar	Cónyuge, la madre e hija	Carrera técnica	Secretaria / estudiante	Tlaxcala
Mercedes	57	Viuda	Hija y nieta	Segundo de primaria	Vendedora ambulante	San Pedro Tlalcualpan
Yuvhia	28	Unión libre	Pareja y dos hijos	Licenciatura	Docente	Tlaxcala
Berenice	43	Soltera	Dos hijos	Cuarto año de primaria	Empleada doméstica eventual	San Pedro Tlalcualpan
Azucena	47	Divorciada	Dos hijos	Carrera técnica	Secretaria	Tlaxcala
Gloria	36	Divorciada	Hijo	Doctorado	Docente	Tlaxcala
Flor	56	Divorciada	Uno de los tres hijos	Licenciatura	Jubilada y pensionada Directora colegio particular	Tlaxcala
Sandra	36	Divorciada	Abuela y dos hijos	Preparatoria	Estudiante y asistente	San Pablo Apetatitlan
Guadalupe	37	Casada/separada	Dos hijas	Licenciatura	Administradora de páginas web	Tlaxcala

Fuente: Elaboración de las autoras, trabajo de campo, 2010.

3. La identidad enseñada y aprehendida

Las entrevistadas narran haber recibido de parte de abuelas y madres, principalmente, aprendizajes, consejos, pautas de comportamiento o restricciones para reconocerse y reconocer su lugar en el mundo. Estas enseñanzas se constituirían en su vida adulta en fuente central de conflictos y contradicciones. La relación entre aquello que escucharon, vieron y vivieron, y la propia experiencia está marcada por un resquicio entre “el ser y el deber ser”; en ese tránsito oscilante, las mujeres tendrán que confrontar sus propias inconformidades que vivencian a largo de su ciclo de vida.

Especialmente, las abuelas se simbolizaron entre las entrevistadas como agentes referentes para asumir la femineidad, ello se debió a razones como la muerte o el abandono emocional de la madre biológica, la separación por cuestiones laborales o la migración materna. Se trata entonces de mujeres que crecieron distantes e independientes de su familia de origen. En parte, estas circunstancias propiciaron que ellas asimilaran enseñanzas disonantes en el tiempo, la brecha generacional que las separaba de sus abuelas condujo a recibir una educación con normas rígidas y; autoritarias, donde ser mujer era sinónimo de ser mujer “buena”, es decir, cumplir afanosamente con las labores domésticas y “el servicio para otros”. Estas enseñanzas no concordaban con las normas de comportamiento de las generaciones de las entrevistadas. Al respecto Gloria, con un hijo y con estudios de doctorado, precisa:

Yo viví con mi abuela... aún después de irme a vivir con mi mamá, la seguí frecuentando. Recuerdo que cuando me casé mi abuela me dijo: ‘es tu cruz hija y ya la elegiste, un marido es uno y para siempre, tienes que hacerte responsable de sus cosas, hazle de comer, atiéndelo, pueden pasar cosas que no te gusten pero debes atender tus responsabilidades y vas a ver que todo funciona’ (Gloria, 36 años).

Las creencias, las actitudes y las representaciones respecto al género se fundamentan en el proceso de socialización emergente durante la infancia. En conjunto, éstas incorporadas a los esquemas referenciales que mediatizan la vida cotidiana de las mujeres y el “deber ser” determinan su posición y condición en su contexto sociocultural. Los estereotipos de género adquiridos en la niñez se posicionan como obstáculos para que las mujeres generen cambios en el nivel intrapersonal e interpersonal; sin embargo, algunos otros elementos se han asumido como aprendizajes o referentes que les han permitido confrontar y transformar su propia situación de vida.

Las enseñanzas se interiorizaron y pasaron a ser parte de sus prácticas cotidianas. Algunas de las entrevistadas refieren que las sentían como una carga pesada que

debían soportar y cumplir aun cuando contradecían sus propios deseos y aspiraciones. De esta manera, la identidad de las jefas de hogar transitaba entre aquello que socialmente ellas “debían ser” y lo anhelado. Este cúmulo de “deberes” tuvo ruptura con las decisiones que las mujeres toman posteriormente y que las condujo a vivir como representantes centrales de sus hogares.

Algunas dejan atrás el conjunto de mandatos, creencias y normas enseñadas en la infancia/adolescencia, su situación de vida adulta les exigió retar los patrones irrefutables e inquebrantables, y en su lugar, acogerse y adaptarse a otras formas de vivir siendo mujeres. Lola, una mujer de casi 50 años con más de una experiencia marital, contó:

Por ser la hija mayor mi abuela me decía que debía encargarme de mí mamá y hermana. Hasta la fecha yo soy la fuerte y es una enorme carga. Mi mamá me empezó a hacer responsable de mi hermana, del aseo de la casa y empecé a tomar ese rol, fui creciendo y fui siendo el eje de mi mamá y de mi hermana. Mi mamá era cobardona ante las responsabilidades, entonces yo tomé el papel de protectora y cuando ya fui autosuficiente, trabajé y tenía dinero seguro, inconscientemente las adopté (Lola, 48 años).

Sin embargo, algunas jefas de hogar coinciden en que independientemente de formarlas para los quehaceres del hogar y dirigir las al camino de toda mujer, el matrimonio y la procreación, no todos los temas fueron objeto de enseñanza entre las mujeres, la sexualidad fue un tema tabú, según cuenta Sandra, mujer divorciada:

Mi abuelita no me aconsejaba nada, ni cuando tuve mi primera menstruación, sólo me ponía lienzos de tela como los que ella usó, pero yo no conocí una toalla, sino hasta después. Lo único que me decía era ‘cuídate porque estás enfermita’, nunca me habló de cómo era un hombre, yo conocí al que fue mi marido porque me atreví a estar con él y por respeto nunca le dije a mi abuelita. Me faltó mi mamá, fui aprendiendo a ser mujer conforme fui viviendo (Sandra, 36 años).

Las diferencias entre las entrevistadas que crecieron con sus abuelas, y aquellas otras que se formaron con sus madres nos son muy distintas, sin embargo, entre éstas últimas, podemos decir que la identidad se instituyó en un contexto ideológico menos marcado por los estereotipos tradicionales de género, particularmente esto ocurrió en hogares donde la progenitora también era “madre soltera”. Las madres se constituyeron

en agentes trasmisoras de una enseñanza más orientada a la búsqueda de “ganarse la vida” y la lucha diaria por salir adelante, según lo dijo Alejandra:

Mi mamá me enseñó que las mujeres deben ser responsables, independientes, que deben aprender a luchar, desde chica aprendí su trabajo, aprendí a no ver horarios. Trabajé desde los once años. Mi mamá nunca me dijo tienes que ayudarme, escuchaba que se despertaba, y la seguía y hasta ahora lo sigo haciendo con gusto (Alejandra, 39 años).

Cada una de las entrevistadas creció y fue educada en ambientes sociales y afectivos distintos; sin embargo, las experiencias indican ciertas similitudes y acercamientos entre unas y otras. Aquellas mujeres educadas por sus abuelas estaban divididas por una brecha generacional que las hacía entre sí distantes en cuanto a su percepción del mundo, espacio y tiempo; mientras las enseñanzas en estos casos eran dirigidas a los papeles, obligaciones y responsabilidades tradicionales de lo considerado como “propio de las mujeres” en el ámbito de lo privado; del otro lado se encontraban aquellas que crecieron con madres que encabezaron y/o encabezan su grupo doméstico, la educación recibida giró en torno a los distintos papeles, responsabilidades y ámbitos en los que las mujeres pueden incursionar (espacios públicos), particularmente, en lo que respecta al trabajo, y donde la aspiración de relaciones más igualitarias era una necesidad imperante, particularmente con sus hermanos, según lo indica Dolores una de las entrevistadas de edad joven:

A pesar de que mi mamá quedó viuda muy joven nos sacó adelante, ella trabajó para cinco hijos, fue mucho, valoro mucho a mi mamá porque nos enseñó a afrontar las cosas, a salir adelante. Como mujer me ha enseñado a que no me estanque, a luchar, a trabajar por mi hija. Me dice ‘si yo luché por ustedes que fueron cinco, tú lo puedes hacer por una’. Me enseñó a respetar, a trabajar, a hombres y mujeres nos educó igual, nunca hizo diferencias (Dolores, 33 años).

En los casos de las entrevistadas donde la generación ascendente –femenina– había roto la norma de lo tradicional en cuanto a la relación conyugal (“casarse bien”), las experiencias también están marcadas por diferencias. Los modelos de familia resistieron sus ajustes. Gertudris, mujer de 64 años, precisa que en su árbol genealógico, durante cuatro generaciones, las mujeres han encabezado los hogares, y eso aun cuando han vivido en pareja: “Ha sido una cadenita, me pasó con mi abuela, con mi

madre, conmigo, con mi hija. Somos mujeres de carácter fuerte y no nos gustan los hombres débiles” (Gertrudis, 64 años).

La experiencia vivida: jefatura femenina ¿ruptura o reacomodo de la tradición?

Las enseñanzas recibidas durante la infancia para algunas mujeres marcaron un destino, en tanto para otras solamente representaron la posibilidad de elegir entre más opciones. El testimonio de Flor recuerda lo que su padre esperaba de ella:

Mi papá me marcaba mucho que “no me iba a tocar estudiar”, porque había muchos hombres detrás de mí y “me tocaba quedarme en la cocina” con mi mamá, eso me lo recalcó mucho. Durante mucho tiempo viví acomplejada, me sentía menos que los demás, por lo mismo de que mi papá me decía que “las mujeres no valían”, que las mujeres nada más estaban en la cocina (Flor, 56 años).

El menosprecio a “lo femenino”, la desvalorización, la desestima eran consignas que las mujeres aprendieron desde pequeñas, las cuales quizás en ciertos casos configuraron su existencia. Al asumir –por decisión, por necesidad o por fatalidad– la jefatura de sus hogares, las entrevistadas reiniciaron un proceso de aprendizaje y de deconstrucción de lo aprehendido.

Las marcas de género aparecían como acatamientos generacionales que configuraban una forma de “ser y hacerse mujeres”, al mismo tiempo que caían como pesados lastres que cargaban en su corporeidad, impidiendo la exploración de otras diferentes maneras de vivir y asumirse. Un elemento central que obstaculizaba la ruptura con el conjunto de prescripciones heredadas lo representaba el miedo ante la violencia, este sentimiento arraigado en el pasado y arrastrado en su vida marital se presenta entre las mujeres como un freno para estimular las potencialidades. En parte, esto corresponde a esa complejidad de enseñanzas asumidas desde la infancia, marcadas por vivencias de violencia, discriminación, exclusión, rechazo, menosprecio y confinación de las mujeres a actividades relacionadas con la vida doméstica, situaciones que las colocaba fuera de ciertos beneficios masculinos (la educación, la sexualidad, el dinero y el poder, entre otros). De la manera siguiente una entrevistada narra su experiencia:

Le dije a mi papá: “ya terminé la secundaria, voy a estudiar a la prepa”, me dijo: “¡no!, tú te vas a quedar en la cocina”. Cuando él decía algo era porque se cumplía, me puse a pensar cómo hacerle. La única que me apoyaba era mi mamá, entonces entre ella y

yo nos pusimos de acuerdo: antes de irme a la escuela me levantaba temprano, lavaba los trastes, barría y trapeaba la cocina, el comedor y la sala, dejaba tendidas las camas y me iba a estudiar. Una noche antes mi mamá me había dado la lista del mandado, salía de la prepa, pasaba al mercado y llegaba exclusivamente a ayudarlo a lo restante de la comida. Durante esos tres años que estuve estudiando, ni un libro me quiso comprar mi papá, entonces en las tardes le pedía permiso a mi mamá y me iba a la biblioteca (Flor, 56 años).

En conjunto, los elementos precedentes junto al miedo y la violencia pueden percibirse como factores que inhiben el proceso de empoderamiento entre las entrevistadas. En otros trabajos, se ha encontrado que ante la presencia de algún varón en el hogar, las mujeres sufren con mayor frecuencia los efectos de la cultura de la violencia, restándoles autonomía y generándoles mayores obstáculos en la toma de decisiones y una terrible incertidumbre respecto a sus vidas (Lázaro y Martínez, 2003). Situación similar fue experimentada por Lola, una de las entrevistadas:

Me casé a los quince años, en 1976; en el 77 nació mi primera hija y en el 80 me separé de él, la primera vez. Los tres primeros años fueron difíciles, eran muchos maltratos, aunque me defendía, una no puede contra la fuerza de un hombre. Yo no me separé antes porque no sabía qué hacer, me daba miedo, pues no trabajaba, no hacía nada y mi mamá era muy estricta por eso la pensaba, me repetía muchas veces “¿cómo le voy a hacer para mantener a la niña?”, y eso me hacía no dejarlo, pasaba la crisis y entraban momentos de quietud y otra vez (Lola, 48 años).

Precisamente, el tema de la violencia se presentó como un factor que marcó la ruptura de la vida conyugal y dio pie a las mujeres a asumirse como jefas de hogar. Todas las mujeres vivieron una situación de pareja inestable caracterizada por la indiferencia, la infidelidad, el abandono emocional y en algunos casos la violencia doméstica –física, económica, psicológica y sexual–. Gloria narra su experiencia:

Estoy divorciada desde hace un año pues la situación que vivía con mi ex marido era insoportable... me daba pánico que llegara tomado, si ocurría me encerraba en mi recámara porque sabía que cuando llegaba así, quería tener relaciones. Yo trataba de no hacer ruido si veía que llegaba muy tomado, me ponía hasta la orillita de la cama para que no me sintiera o me dormía en el sillón, porque era cosa horrible sentir su aliento y su manera de tocarme (Gloria, 36 años).

Rosa Lázaro y Beatriz Martínez (2003) indican que la norma sociocultural que marca la diferencia entre los géneros ha permitido la reproducción de esquemas de violencia y sometimiento hacia las mujeres. La ruptura con este círculo de la violencia puede detonar cuando las mujeres deciden separarse de sus cónyuges.

El detalle es que este señor ya tenía otra mujer y otro niño... cuando yo decidí divorciarme, su criatura ya tenía tres años. Cuando entró en su vida esta persona, la mía se convirtió en una pesadilla (Flor, 56 años).

Frente al hecho de sentirse “abandonadas”, las mujeres con mucha dificultad logran superar esta situación caracterizada por angustias y miedos, emociones vinculadas a una baja autoestima, falta de oportunidades laborales, y un contexto sociocultural hostil atravesado por estereotipos que reproducen en ellas actitudes de pasividad y dependencia; y dificultan la transformación de las relaciones violentas, haciendo que se protagonicen como “víctimas y cómplices de su propia situación” (Calvo s/f en Delpino, 1990:30).

Cuando me ponía una mano encima yo lo justificaba sintiéndome responsable de haberlo hecho enojar, procuraba que las cosas estuvieran bien, pero llegó un momento en que ya no quería seguir viviendo así (Guadalupe, 37 años) .

Para las mujeres una vez experimentada una vida “solas”, las lleva a reconocer ciertas ventajas y les abre la oportunidad de tener una “vida digna”:

El día que fue a sacar todas sus cosas, el momento en que pisó la calle, yo sentí que me quitaba un enorme peso... mis hijos y yo nos sentimos como en el cielo, volábamos, ya no teníamos esa presión o estar con la tentación de que fueran las nueve de la noche y que llegara... fue ahí cuando francamente abrí los ojos y me di cuenta que yo había sido siempre la que respaldaba económicamente mi hogar (Flor, 56 años).

Vivir “sin pareja” permite a las mujeres mayor independencia, libertad para la movilidad, además de reforzar su autoestima y reconocer que “la vida sin él es más plena”. Las exigencias de un tiempo social y económico distinto que ha producido cambios en todas las dimensiones sociales, y las propias circunstancias de vida de las jefas de hogar, las condujo a generar:

una autopercepción diferente, en tanto que realizan un mayor número de actividades para las que tradicionalmente no fueron educadas, toman decisiones y resuelven problemas económicos y familiares. Este nuevo rol y posición genera transformaciones emocionales y culturales, para las mujeres representa el acceso a espacios diferentes al hogar a pesar de la normativa (Lázaro y Martínez, 2003:75).

En el caso estudiado, recordemos que algunas de las mujeres crecieron en ambientes familiares donde una mujer representaba el hogar y, de esta manera, este retrato familiar desdibujaba los núcleos familiares tradicionales. En estos contextos, las mujeres generaban ingresos y asumían el control y la responsabilidad directa de sus hogares, y del resto de sus integrantes, particularmente sus hijos e hijas. Para las mujeres, el trabajo extra doméstico “no sólo satisface sus necesidades económicas sino que les permite elevar su nivel de vida a través de la obtención de bienes materiales” (Lázaro, Zapata y Martínez, 2007:672), y contribuye especialmente al aumento de su autoestima, de la seguridad y a tener un mejor auto concepto. Mercedes y Flor hablaron de ello:

Mi dinero está en mi bolsa y compro lo que me gusta y me hace falta, aunque esté viejita yo seguiré trabajando para no dar lata... me siento capaz, no me voy a acobardar (Mercedes, 57 años).

Cuántos años de que quería comprarme esto y no podía... ahora digo ‘esa blusa me gustó y me la compro porque me la compro’, es donde ejerzo el poder, en comprarme lo que quiero (Flor, 56 años).

El trabajo femenino generador de ingresos es fuente central de conflicto en el núcleo familiar, no importa qué tanto la carga material y económica del grupo doméstico es amortiguada con los ingresos femeninos, los hombres siempre discutirán que las mujeres que trabajan descuidan el hogar, a la familia y a sus obligaciones con ellos; por lo que el bienestar personal de las mujeres queda minimizado frente a las mejoras del bienestar y calidad de vida familiar.

Ciertas pautas de comportamiento que las jefas de grupo doméstico producen en su cotidianeidad gradualmente han sido erradicadas y escapan al conjunto de conductas hetero-normativas; sin embargo, los cambios no logran generarse sin dificultades, existen condiciones y exigencias socioculturales que lo complejizan, en este sentido compartimos con Nena Delpino (1990:94) la idea acerca de que la identidad es un proceso, y no una eventualidad que llega para quedarse. Esta autora acota:

Los cambios requieren de procesos complejos para tener lugar; en esa complejidad hay rupturas, reacomodos y nuevos aprendizajes. A tales procesos subyace una dimensión psicosocial que no garantiza cambios de carácter progresivo... el cambio se caracteriza por ser asincrónico y no lineal. Se modifican aquellos aspectos que para el individuo devienen necesarios, tanto para no permanecer al margen de un proceso de cambio social en curso, como por las exigencias planteadas por la vida cotidiana. Existen así mismo determinantes ajenos a la voluntad del individuo que hace a algunos aspectos más resistentes al cambio. El cambio se presenta en formas ambiguas, que a primera vista pueden percibirse como contradictorias, pero tiene esta particularidad por su carácter esencialmente dialéctico (Delpino, 1990:94).

Las experiencias narradas permiten identificar algunos aspectos que han complejizado este proceso de cambio identitario, específicamente aquellos que tienen relación con la educación y el cuidado de hijos e hijas. Algunas reconocen que ha correspondido a ellas mismas reproducir ciertos patrones de conducta que en otro momento eran objeto de crítica contra sus madres. La situación es controversial en estos casos, por un lado, ellas buscan “arrancar de raíz” las actitudes que no les gustaban, mientras por otro, intentan ser conscientes y coherentes con los principios que ahora ellas creen deben ser. Sin embargo, estas posibilidades, de uno o de otro lado, no logran cristalizarse plenamente. Lola refirió a su experiencia:

Mi mamá era muy gritona y a veces yo también lo era con mis hijas, hasta que un día mi hija la mayor me dijo ‘eres igual que mi abuela’, eso me impactó mucho, yo no quiero ser como ella, sentí que eso me ayudó a evitarlo, esas actitudes me molestaban pero yo también las hacía. Mi vida comparada con la de mi mamá fue diferente, no olvido lo que mi abuelita me enseñó, muchos valores: ser honrada, saberme comportar, valores morales, siento que eso lo enfaticé con mis hijas. Me daba miedo que mis hijas salieran con un hijo, que fueran desordenadas, que se fueran a la disco y tomaran, pero no se dio en ellas (Lola, 48 años).

Algunas de las mujeres han logrado trascender el plano discursivo, mientras que otras no han consolidado los cambios necesarios a pesar de reconocer que viven desde su “deber ser”. En otros casos, las mujeres se posicionan como trasgresoras de las normas y las presiones sociales, como un mecanismo necesario para lograr sus propósitos. En el plano discursivo podemos identificar ciertos elementos renovados respecto a su “ser mujer” en comparación al “deber ser aprendido”; sin embargo, los

elementos definitorios siguen manteniéndose bajo un tornasol tradicionalista, un discurso aun fuertemente permeado por la ideología patriarcal. El discurso ambivalente de Yuvhia es elocuente al respecto:

Estoy comprometida conmigo a medias, más bien con salir adelante por mis hijos, con mi trabajo, con mi deber, por ser mujer, pero con la otra parte de mí, con lo que quiero no, no lo proyecto, no está. Creo que todos necesitamos ser lo que queremos pero cuando hay tantas limitantes para serlo, te va generando conflictos (Yuvhia, 28 años).

Las mujeres vivencian la internalización de la maternidad como parte de sí mismas, comprendida en palabras de Lagarde (1997:248) como: “el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente, durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte”. Entre las jefas de hogar, la maternidad sigue viviéndose como un destino, no como una elección, y queda relegado el amor hacia sí misma después del cuidado de otros.

Lo primero es la capacidad de ser madre, de tener un cuerpo distinto, tener gustos y sentimientos que el otro no tiene o que los tiene de diferente manera. De respetarte a ti misma y que el otro tenga la posibilidad de identificar todo aquello que eres (Gloria, 36 años).

Siento que muchas fases de mi vida ya están satisfechas, la de madre y próximamente la de tener una carrera, ahora quiero dedicarme a mí (Sandra, 36 años).

Entre las entrevistadas, ser madre no es un tabú, es un hecho. Ser madre sigue siendo sinónimo de ser mujer. Esta concepción donde una mujer existe en tanto es madre condiciona la posibilidad de crecer, trascender y romper con los estereotipos que definen la feminidad; sin embargo, las mujeres que se asumen como jefas de su grupo doméstico oscilan representacional y discursivamente entre el “ser” y el “deber ser”, dejando un espacio contradictorio revelado en sus prácticas cotidianas.

Estoy muy cansada de cuidar a mi mamá, ya voy a gatas, pero pues ni modo son cosas que “debo de cumplir”... los quehaceres de la casa aunque me auxilian y me aligeran la carga, me toca la friega viernes, sábado y domingo... casi no tengo tiempo para descansar... con él salgo al cine, pero tiempo para mí, no... ser mujer es ser muy responsable... “hay cosas que no puedes votar” (Lola, 48 años).

En otros trabajos (Delpino, 1990) se ha demostrado que las mujeres en su condición de jefas de hogar se acompañan de dos versiones discursivas, por un lado, un discurso renovado plagado de resistencia, poderío y fortaleza, y por otro, un discurso enaltecedor y sacrificante que pretende rescatar la condición de abnegación de la “naturaleza femenina”, este último siempre tratando de ser justificado según sus valores, creencias morales y religiosas aprendidas.

Agrega Nena Delpino (1990) que aún con ello, las mujeres han sabido renegociar entre su papel tradicional asignado desde niñas, por un lado, y sus metas, aspiraciones y deseos de trascender, de asegurar la supervivencia del hogar, por otro. Esto mismo ocurre entre las jefas de hogar tlaxcaltecas: en su “ser mujer” está presente la responsabilidad consigo mismas, con sus elecciones de vida, en el trazo de un auto concepto renovado y una autoestima rescatada a pesar de los recuerdos infantiles, cuya representación de “ser mujer” responde a:

[ser mujer significa] conocerte, saber qué es lo que quieres, es también sufrir, salir adelante ante las adversidades, no arrepentirse de lo que hiciste, tomar en cuenta las experiencias, y poder tener una mejor situación en el futuro, tener presente las experiencias para aprender y proyectarlas en los hijos (Lola, 48 años).

[ser mujer] implica un camino en donde te vas abriendo paso, en donde tienes que ser una persona recta, bueno a mí me enseñaron a ser una mujer que hable con la verdad. A medida que van llegando los hijos, yo me propuse darles lo que pude y no hacerles lo que a mí me hicieron... eso de ser mujer es algo muy bonito, uno está creando a otro ser más, que gracias a Dios el día de mañana va a multiplicar nuestra familia... ser mujer para mí es la maravilla de' veras, si yo volviera a nacer, nacería mujer (Flor, 56 años).

En el discurso, las palabras fluyen, la consciencia se expande y la reflexión surge como producto de la autocrítica constructiva, aunque las prácticas cotidianas, muchas veces no corresponden a los discursos. La incertidumbre y la inseguridad frente a los cambios son elementos constantes entre las entrevistadas. Sin embargo, ante la ambivalencia de situaciones que las mujeres resisten, podemos sintetizar que ciertos factores han impulsado la transformación de la identidad entre las jefas de hogar, principalmente aquellos orientados a cambios que producen efectos en sus relaciones personales y familiares:

- a) Tener un trabajo que les reditúe monetariamente y les genere autonomía económica, es decir, contar con dinero propio, es uno de los elementos centrales.
- b) Contar con una profesión y ejercerla les brinda la posibilidad de percibir un salario y/o generar ingresos propios, e incrementa su nivel de confianza para la toma de decisiones.
- c) Salir de las actividades domésticas y del hogar amplía sus espacios de interacción, situación que propicia que el hogar y las actividades reproductivas no sean las únicas, y que las redes de apoyo y solidaridad se amplíen.
- d) Tener propiedades o ser dueñas directas de recursos materiales y bienes (casa, terreno, automóvil, otro) genera en ellas autoestima y les brinda seguridad material.
- e) La ruptura de relaciones afectivas violentas que les posibilita escapar de la violencia y estimula su libertad.

Para las mujeres que han logrado “salir adelante” los factores anteriores estimulan cambios en su identidad, tener el control en la distribución de recursos, independencia, autonomía, y capacidad de agencia en la toma de decisiones son victorias que han ganado. Las jefas de hogar intentan en su día a día el establecimiento de relaciones más democráticas en su entorno personal y familiar. Entre estas mujeres se está gestando el ejercicio pleno de su autonomía como un paso central para transitar hacia el proceso de empoderamiento (García, 2003).

A manera de reflexión

En el plano discursivo sí hay enunciaciones de parte de las jefas de hogar que indican su encasillamiento en roles tradicionales. Este discurso esencialista las confina por “naturaleza” a la maternidad, a la vida conyugal y/o la cohabitación heterosexual, a la responsabilidad y el cuidado de otros y otras, y hacerse cargo de manera exclusiva del trabajo doméstico y del hogar. Sin embargo, en el plano de las prácticas, la continua remodelación y el rumbo de éstas indican otros caminos. La identidad de las jefas de hogar transita entre los preceptos de un sistema patriarcal hegemónico, inculcados desde la infancia; y las distintas maneras de asumirse bajo su condición de jefas, entre aquello socialmente enseñado y aquello aprendido en su propia experiencia.

Por un lado, las entrevistadas se definen como independientes económicamente y gozan de otras muchas ventajas que “otras mujeres no tienen”, aunque, por otro, aún continúan reproduciendo estereotipos de género marcados por la norma sociocultural e ideología patriarcal. El ejercicio de la maternidad se constituye como un destino no

como una elección, y la obligación social de responsabilizarse de hijas e hijos y del hogar es una prioridad, incluso sobre el cuidado de sí misma. Sin embargo, es un hecho que la maternidad las hace reconfortarse y da sentido a su existencia. En este sentido, las mujeres continúan siendo “para otros” y no para ellas mismas.

La gran mayoría de las entrevistadas ha vivido algún tipo de relación afectiva y ha cohabitado en pareja, si bien, en muchos de los casos estas relaciones tuvieron una ruptura –obligada o no– propiciada en parte por situaciones de violencia. Es importante precisar que sí existen diferencias sustantivas entre aquellas mujeres cohabitando con pareja y aquellas que comparten la jefatura del hogar con otro u otra integrante de la familia, estas distinciones, incluso, pueden depender del nivel educativo y del monto de los ingresos generados, entre otros. Entre las primeras, las normas de obediencia a la orden masculina están aún fuertemente arraigadas en su concepción de vida, a pesar de que se reconocen como capaces de tener el control sobre los recursos y ejercer la toma de decisiones y, sobretodo, contribuir económicamente a la sobrevivencia y reproducción del grupo familiar. Entre las segundas, ciertamente presentan cambios en su identidad, ellas han logrado autoestima, independencia y autonomía, y les resulta más posible cuestionar su situación de vida enmarcada en la tradición patriarcal e intentar escapar a ésta. Aun así, en ambos casos se sigue reproduciendo un discurso limitativo.

Ciertamente, la transformación de la identidad entre las mujeres de este estudio está ocurriendo. Las mujeres se reconocen como protagonistas de su propia vida, ellas han logrado producir cambios en la forma de ser, pensar y hacer; sin embargo, este reconocimiento aparece con confrontaciones, y, sobre todo, a costa de vivenciar situaciones de dependencia emocional. En lo personal, las mujeres siguen estableciendo lazos de codependencia afectiva y amorosa, tener una pareja se convierte en un sueño anhelado entre muchas, y en otras ocasiones ésta es la enseñanza transmitida a nuevas generaciones de mujeres. Así este hueco emocional puede ser uno de los mayores retos que las mujeres enfrenten. Con base al “amor doloroso” se cimienta el poder y el control sobre las mujeres y se perpetúa la cultura del sufrimiento y de la abnegación.

Particularmente, las entrevistadas que no comparten la jefatura han logrado mayor autonomía, independencia y control sobre su propia vida, y decisiones una vez que ellas asumen la jefatura del hogar. Ellas reconocen que dos condiciones han sido fundamentales para iniciar el proceso de individuación, por un lado hacerse cargo y representar directamente a su hogar y, por otro, el no cohabitar con una pareja que las controle y tome decisiones por ellas. De esta manera, las mujeres del estudio gozan de

la vida y se sienten seguras contando con tiempo y capacidad de movilidad definidas por ellas –control sobre el tiempo y movilidad–, tener bajo su resguardo sus propios bienes –control sobre los recursos–, y regocijarse de confianza para iniciar cosas –estima de sí–. En conjunto, estas son herramientas fundamentales para potenciar su capacidad de agencia y enfrentar con valor “los problemas que vengan”, y asumir su responsabilidad en la toma de decisiones, sobre todo, reconocer que si bien los costos emocionales pueden estar siendo dolorosos, es posible que “eso que se pierde” sea menos que “aquello que se gana”.

Bibliografía

- Acosta Díaz, Félix (2001) “Jefatura de hogar femenina y bienestar familiar: resultados de la investigación empírica”, en *Papeles de Población*, núm. 28, abril-junio.
- (2003) “La familia en los estudios de población en América Latina: estado del conocimiento y necesidades de investigación” en *Papeles de Población*, núm. 037, julio-septiembre.
- Ariza, Marina y Oliveira, Orlandina De (2001) “Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición”, en *Papeles de Población*, núm. 28, abril-junio. 9-39.
- Butler, Judith (1999) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. México, PUEG, UNAM, Paidós.
- Burin, Mabel y Meler, Irene (1998) *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, México, Paidós Psicología Profunda.
- Buvinic, Mayra, (1998) *Mujeres en la pobreza. Un problema global*, N° WID-101. Washington, D.C.
- Castells, Manuel (2001) *La era de la información: economía, sociedad y cultura, fin de milenio*. Madrid, Alianza Editorial.
- Catasús Cervera, Sonia I. y María del Carmen Franco Suárez (2009) “La jefatura de hogar en Cuba y América Latina. Un acercamiento a las desigualdades regionales y de género”, en Cuaderno de estudios de Población y Desarrollo, Jefatura de Hogar, núm. 2, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. República de Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas.
- Delgado-Piña, Déborah; Emma Zapata-Martelo; Beatriz Martínez-Corona y Pilar Alberti-Manzanares (2010) “Identidad y empoderamiento de mujeres en un proyecto de capacitación”, Ra Ximhai, septiembre-diciembre, año/Vol. 6, Número 3 Universidad Autónoma Indígena de México Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa, pp. 453-467.
- Delpino, Nena (1991) “Jefas de familia. Otro rostro del deterioro”, en Nueva Sociedad, núm. 114, julio-agosto, pp. 50-56.
- (1990) *Saliendo a flote: la jefa de familia popular*. Perú, Fundación Friedrich Nauman, Taller de capacitación e investigación Familiar.
- Döring, María Teresa (2002) *Mujeres en busca de una nueva identidad*. México, Fontamara Colección.
- Flores Hernández, Aurelia (2010) *A las mujeres por la ley no nos tocan tierras. Género, tierra, trabajo y migración en Tlaxcala*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Colegio Tlaxcala, México.
- García, Brígida (2003) “Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual” en *Papeles de población*, Nueva época, año 13, núm. 85, julio-septiembre, pp. 221-354.

- González de la Rocha Mercedes (1999) *Divergencias del modelo tradicional: Hogares de jefatura femenina en América Latina*. México, Plaza y Valdez editores.
- INEGI (2000) *Censo de Población y Vivienda 2000*, México.
- INEGI, (2005^a) *Los hogares con jefatura femenina*, México.
- INEGI, (2005b) *Tlaxcala. II Censo de Población y Vivienda 2005. Perfil sociodemográfico*, México.
- Lagarde, Marcela (1997) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, Universidad Autónoma de México (UNAM), Colección Posgrado.
- Lamas, Martha (1996) *El Género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG, UNAM, 3^a. Reimpresión.
- Lázaro Castellanos, Rosa y Martínez Corona, Beatriz (2003) “Mujeres jefas de Hogar y Relaciones de Género en los Municipios de Doctor Mora y Victoria, Guanajuato” en *Espacios Múltiples. Horas Interminables: Quehaceres de mujeres*. México, Instituto de las Mujeres Guanajuatenses.
- Lázaro Castellanos, Rosa; Zapata Martelo, Emma y Martínez Corona, Beatriz (2007) “Cambios en el trabajo productivo, reproductivo, las relaciones de poder, y los modelos de género en mujeres jefas de hogar”, *Ra Ximhai*, septiembre-diciembre, año/Vol. 3, Número 003 Universidad Autónoma Indígena de México Mochichahui, El Fuerte, Sinaloa, pp. 649-691.
- Marroni da Gloria (1995) “Trabajo rural femenino y relaciones de género”: 135-162 en González, Soledad y Salles, Vania (cords.) *Relaciones de género y transformaciones agrarias. Estudios sobre el campo mexicano*, México, COLMEX.
- Paris, Ginette (2009) *La vida interior: el despertar del inconsciente*. México, Taurus.
- Riquer Fernández, Florinda (1992) “La identidad femenina en la frontera de la conciencia y la interacción social” en Tarres, M (Comp.) *La voluntad de ser: Mujeres en los noventa*. México, COLMEX.
- Rocha Sánchez, Tania y Díaz Loving, Rolando (2005) “Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres” en *Anales de la Psicología*, vol. 21, núm.1, junio. 42-49.
- Rubin, Gayle (1986) “El tráfico de mujeres: nota sobre la economía política del sexo”, en *Revista Nueva Antropología*, año/vol. VIII, núm. 030, noviembre. 95-145
- Salles, Vania (1991) “Cuando hablamos de familia, ¿de qué familia estamos hablando?”, en *Nueva Antropología*. Revista de Ciencias Sociales, núm. 39, pp. 53-87
- Serret Bravo, Estela (2004) “Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades”, en García M (Coord.) *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo: nombrar lo innombrable*. México, Porrúa, Cámara de Diputados LIX legislatura, Tecnológico de Monterrey Campus estado de México.
- Sharim Kovalskys, Daniela (2005) “La identidad de género en tiempos de cambio: una aproximación desde los relatos de vida” en *Psyke*, año/vol. 14, núm. 2, noviembre. 19-32.
- Ure, Mariano (2001) *El diálogo yo-tú como teoría hermenéutica en Martín Buber*, Argentina, Editorial Universitaria de Buenos Aires, EUDEBA.

Género y desarrollo. Problemas de la población 1.

Capítulo 3

La preeclampsia como una causa de muerte materna en mujeres tlaxcaltecas: estudio de caso¹

*Isabel Castillo Ramos
Libia Juárez Ortega*

Introducción

La salud de las mujeres se aborda a lo largo del ciclo vital e incluye como elemento esencial a la sexualidad y a la reproducción. Así se enfatiza en el enfoque de género, especialmente en los aspectos relevantes para la salud femenina, que son exclusivos como los vinculados con la reproducción, problemas en el embarazo, parto y puerperio y los efectos secundarios de la anticoncepción; así como los que tengan una mayor prevalencia, entre otros, anemia, depresión u osteoporosis; los de consecuencias más graves, biológicas, psicológicas o sociales como las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida o las adicciones; y los que implican factores de riesgo diferentes para las mujeres, como accidentes y violencia física y/o emocional.

En el presente trabajo se aborda la mortalidad materna causada por la preeclampsia, destacando que los principales factores asociados a la misma son la pobreza, la desigualdad en el acceso de oportunidades para el bienestar y la carencia de condiciones de cumplimiento de derechos de las mujeres. La investigación se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Santa Ana Chiautempan, Tlaxcala, de la Secretaría de Salud, durante los meses de julio a septiembre de 2008, se incluyeron a 21 pacientes que se encontraron con cifras tensionales altas (presión arterial alta) y que se diagnosticaron clínicamente con preeclampsia o eclampsia.

¹ Agradecemos la colaboración de José Mar Xáncalt Gutiérrez, Auxiliar de Investigación y estudiante becario CONACYT de la Maestría en Análisis Regional.

Se concluye que a los condicionamientos de la salud de las mujeres derivados de la región de residencia, de su carácter urbano o rural, de las características socioeconómicas de las mujeres y de la escolaridad, se agregan los grados de autonomía femenina, la definición de roles, la participación desigual de los géneros en las responsabilidades de la reproducción y en los mercados de trabajo, así como en la distribución intrafamiliar del poder y los recursos, y la carencia de apoyos sociales para las tareas reproductivas.

1. Salud, enfermedad y el bienestar de las mujeres

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia del sexo femenino y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de “género”, que no sólo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales (Rathgeber y Vlassof, 1992:57).

También relacionados con el género se identifican comportamientos y modos de vida que corresponden, en mayor o menor medida, a cada uno de los sexos. Algunas de estas conductas cumplen con funciones protectoras para la salud como, por ejemplo, la consulta oportuna cuando se perciben síntomas; otras, por el contrario –como el consumo del tabaco y alcohol–, constituyen factores de riesgo. De los factores biológicos y socioculturales estrecha y complejamente relacionados entre sí, resulta el perfil de salud de las mujeres. Es decir, los condicionantes biológicos corresponden a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y a las funciones relacionadas con la sexualidad y reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de las mujeres de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud; a la aportación monetaria de las mujeres al ingreso familiar, a su carga de trabajo y al poder de decisión en la familia y en la sociedad.

Sin embargo, al no presentarse los condicionantes sociales y culturales que favorezcan a las mujeres, la desigualdad social de las mujeres es inminente y particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen menor control sobre las actividades productivas y trabajan un mayor número de horas que los hombres (UNDIESA, 1991:96); además, enfrentan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 1992: 53).

En el contexto actual de globalización económica y del modelo neoliberal imperante, los condicionamientos de género concentran a las mujeres en ocupaciones inestables, carentes de seguridad social y movilidad ascendente, de bajo prestigio y remuneración. Las consecuencias para la salud materno-infantil de estas condiciones de inserción laboral femenina están mediadas por la presencia de ayuda doméstica y su pago correspondiente, el apoyo familiar, la condición de intra o extradoméstico o en la vía pública del trabajo desempeñado, así como por el ambiente físico, organizacional y social del trabajo.

En cuanto a la maternidad, se define como el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte. La maternidad es un complejo fenómeno socio-cultural que se caracteriza porque la mujer realiza algunos procesos de la reproducción social. El conjunto de relaciones, de acciones, de hechos, de experiencias de la maternidad que realizan y tienen las mujeres, son definitorios de la feminidad (Sau,1982:159).

Aun cuando la maternidad tiene por protagonistas a las mujeres y a los otros, y además asociada a ciertas instituciones privadas, está regulada por normas demográficas, por relaciones económicas y políticas, así como por las más diversas instituciones de la sociedad y del Estado (Lagarde, 2003:252).

El estado de salud es condición que define la maternidad de las mujeres durante toda su vida. La nutrición, la ausencia de enfermedades y el bienestar general del cuerpo son básicos. Siempre tiene relevancia un conjunto de hechos corporales como son la menstruación, la fertilidad, las posibilidades y características de embarazo, el aborto y sus secuelas, la viabilidad del parto y las condiciones puerperales, la producción de leche, el climaterio y la menopausia. Todos ellos son hitos del cuerpo sexuado de las mujeres en torno a los cuales se estructuran condiciones fundamentales de la sexualidad tanto erótica como procreadora (Zuspan, 1992: 134).

A la salud materno-infantil, derivada de la región de residencia, de su carácter urbano o rural, de las características socioeconómicas del grupo familiar y de la escolaridad, se agregan los grados de autonomía femenina, la definición de roles, la participación desigual de los géneros en las responsabilidades de la reproducción y en los mercados de trabajo, así como en la distribución intrafamiliar del poder y los recursos, y la carencia de apoyos sociales para las tareas reproductivas (De los Ríos, 1993:81).

Bronfman (1992:98) aborda el tema de la salud infantil y algunos elementos de la salud de las mujeres en función de las condiciones de las mismas. Se plantea que la posición social de desventaja en la que se encuentran las mujeres se refleja en su estado de salud, en una escolaridad deficiente y restringida, en un acceso limitado a mejores condiciones de empleo, seguridad social y menores oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y económica, que a su vez, son reflejo de la desigualdad de género imperante en la sociedad.

En cuanto a la salud reproductiva, en la última década, varios estudios permitieron ilustrar la situación desigual que ha existido en hombres y mujeres, y que prevalece en América Latina (De los Ríos, 1993: 3). El esfuerzo surgió del interés internacional por las mujeres y de la convicción de que la equidad entre los géneros es un objetivo ético, al mismo tiempo que una herramienta esencial para el desarrollo.

En otros terrenos de la salud reproductiva especialmente en cuanto a su atención, se observan diferencias entre estratos socioeconómicos en cuanto a la utilización de servicios de salud esenciales, como el método de “Papanicolaou” para la detección del cáncer cérvicouterino, que es el más común entre mujeres mexicanas. La prueba del *Papanicolaou* fue desde el inicio la herramienta esencial en este programa. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la cobertura de la prueba de Papanicolau en el país alcanza a 38% de las mujeres de 20 años y más. De éstas, el 22% son derechohabientes y el 16% no tiene acceso a seguridad social. En México, el número de mujeres mayores de 25 años que murieron por cáncer cervicouterino en el año 2000 fue de 4,594. En 2006 se reportaron 4,114, con una tasa de mortalidad de 19.2 mujeres de 25 años y más respectivamente (SESA, 2008:20).

Por último, otro aspecto a considerar es el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas como fuerte determinante de perfiles y niveles de morbilidad por su relación con el género y sus importantes efectos sobre la salud. Estos hábitos se consideran como determinantes próximos de la salud de las mujeres, que si bien no discutimos en este trabajo, tampoco restamos importancia.

2. Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS/OMS, 1995:139).

En nuestro país, la mortalidad materna (MM) ha disminuido de manera importante en los últimos años, de 63 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en 2005, a 57 por 100,000 nacidos vivos en 2008. La mortalidad materna (MM) se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas/mujeres en edad fértil, cuando se cuenta con el denominador x 100 000. En su ausencia, la MM se mide con una razón: muertes maternas /recién nacidos vivos x 10 000.

La MM en México, en comparación con la de otros países de los llamados desarrollados, continúa siendo elevada, y muestra importantes diferenciales según las características sociodemográficas individuales y las de las comunidades donde las mujeres habitan. El análisis de estas diferencias permite observar que la MM, al igual que la mortalidad infantil, es un indicador sensible de las condiciones socioeconómicas de la población.

La mortalidad materna aún constituye en nuestro país un importante problema de salud pública y representa una verdadera inequidad social y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles. De origen multifactorial, las defunciones maternas se asocian al acceso y disponibilidad de información y servicios médicos de calidad, así como con el nivel socio-económico, incluida la condición nutricional, escolaridad de la población y condiciones sanitarias de las localidades.

El riesgo de morir por causas relacionadas con la reproducción varía sustancialmente con la escolaridad. Del total de defunciones maternas ocurridas entre 1991 y 2007, 26% correspondió a mujeres que no habían asistido a la escuela, 33% no terminaron la primaria, 24% tuvieron primaria completa y 16% con secundaria o más (Conapo, 2007:112). Al analizar la MM, según el tamaño de la localidad de donde proviene cada defunción, se observa que las muertes maternas tienden a concentrarse en el medio rural. De las localidades con menos de 20 000 habitantes proviene 72% de las defunciones maternas. En el medio rural, la razón de MM fue 6.5 por 10 000 y en el medio urbano de 4.1 por 10 000; en otras palabras, el riesgo de muerte por causa materna es 1.6 veces mayor en el medio rural que en el medio urbano (Conapo, 2007:127).

La morbilidad general y búsqueda de atención médica, adoptan patrones diferentes según los géneros, según informan encuestas realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, para conocer las necesidades de la población de edad avanzada (Sennott-Miller, 1993:123). Se observa entonces que las mujeres sufren enfermedades crónicas e incapacidad por un periodo más largo que los hombres y

consultan al médico con más frecuencia. Los individuos del sexo masculino, por su parte, son hospitalizados más veces, sufren de discapacidades más graves y mueren prematuramente con mayor frecuencia.

Por su parte, la preeclampsia, se define como síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio inmediato y mediato, que se caracteriza principalmente por hipertensión (presión arterial alta) y proteinuria (eliminación de proteínas por orina), clasificándose en leve y severa, y la eclampsia presenta convulsiones o coma en pacientes con sintomatología de preeclampsia.

La enfermedad hipertensiva inducida por embarazo, o Toxemia Gravídica (TG), es un problema importante de salud pública, del que no se conoce con precisión su incidencia real en México. Con datos preliminares del 2004, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, reportó 316 defunciones debidas a esta patología, lo que corresponde al 29.5% del total de defunciones. Este porcentaje varía para cada una de las entidades federativas, existiendo entidades en donde representa más de la mitad del total de sus defunciones (como sucede en Tlaxcala, Coahuila y Chihuahua), hasta entidades en donde representa el 10% o menos (Nayarit y Tabasco) o bien no se reportan defunciones por esta causa (Colima). Para el 2004, la razón de la Mortalidad Materna (RMM) por esta causa fue de 18 a nivel nacional. En ese mismo año, 13 Entidades Federativas presentaron una RMM superior a la reportada a nivel nacional, destacándose Tlaxcala y Durango como los Estados con la RMM más elevada (de 34 y 33 respectivamente) y Nuevo León con la RMM más baja. En Tlaxcala y Durango el riesgo de fallecimiento por esta causa es 1.8 veces mayor que el reportado a nivel nacional y 8 veces superior si se compara con Nuevo León (SESA, 2007b:15-16).

Es poco lo que se ha avanzado en el conocimiento de su etiología y por lo mismo, las pacientes sólo son tratadas en forma sintomática. La TG es la causa única más común de muerte materna en el embarazo tardío, particularmente en los países llamados en desarrollo. Es también la causa primordial de muertes perinatales y además asociado a retardo en el crecimiento intrauterino (Roberts, 1999:39-2).

La magnitud del problema, es relevante y es la primera causa de muerte a nivel nacional y como consecuencia a nivel estatal y local. No se puede resolver el problema, pero sí se puede detectar en forma oportuna. Por tanto, la prevención, detección temprana de signos y síntomas de alarma de la preeclampsia/eclampsia, así como referencia oportuna y tratamiento adecuado constituyen acciones esenciales en la atención perinatal de la población.

El estado de Tlaxcala, se encuentra entre los estados de mayor mortalidad materna, registrándose un elevado número de defunciones por diarrea aguda que nos ubican en el 4º lugar nacional; la tasa de defunción materna nos ubica en el 6º lugar; la mortalidad perinatal en el 11º, las muertes por desnutrición en menores de cinco años en el 5º y por accidentes en el 12º (Plan Estatal de Desarrollo, 1999-2005:45).

3. Políticas públicas de salud

Las políticas públicas de salud se encuentran caracterizadas por la interdisciplinariedad, pues el problema de salud es una cuestión de carácter integral. Por ello, la acción de distintas dependencias incide de manera directa o indirecta en los efectos e impactos sobre la salud de la población.

Las políticas públicas definen un orden de prioridad y el ámbito de acción del gobierno en el tratamiento de los problemas. En otras palabras, podemos decir que las políticas públicas “son el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente ó a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Pallares, 1988:142).

Aunque las políticas sectoriales de salud han buscado atacar los problemas bajo ópticas que consideren todos los niveles de atención, la cristalización de estas políticas depende en buena medida de la capacidad de los sistemas estatales para traducir satisfactoriamente los programas de salud, jugando un papel importante los gobiernos municipales.

En materia de salud pública es posible distinguir tres tipos de políticas públicas de salud (Cabrero, 2002:81): 1) Programas Ligados a Políticas del Sector Salud, dictadas por las Secretarías de Salud Federal o Estatal; 2) Nuevas Actividades, políticas impulsadas por los municipios para atacar problemas de salud locales; 3) Programas Descentralizadores, resultan sin duda los más atractivos, pues proponen mayores espacios de decisión y acción para los gobiernos municipales. Precisamente en este punto se propone que, dependiendo de las características de la población y sus necesidades, se elaboren políticas públicas de salud.

En México, un avance muy importante en materia de salud ha sido el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. Por ejemplo, hace 50 años, uno de cada 12 niños fallecía antes de cumplir el primer año y, de los que sobrevivían, la mitad moría antes de los 35. Hoy, la sobrevivencia de los recién nacidos hasta el primer año es de 98.5% (Secretaría de Salud, 2007a:22). Actualmente, las principales causas de muerte son la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio, y

se relacionan con las enfermedades del corazón y la diabetes, incluyendo a la mortalidad materna, que a su vez son responsables del 32% de las muertes de mujeres y del 20% en los hombres.

La reforma a la Ley General de Salud en 2003 creó el sistema de protección social en salud, estableciendo la incorporación voluntaria y al mismo tiempo de todas aquellas familias que no son derechohabientes de la seguridad social para alcanzar el aseguramiento en materia de salud de toda la población para 2010.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos. Para cumplir con este objetivo, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Para comprender el papel que tiene el sector salud a nivel Estatal, es necesario mencionar el Organismo Público Descentralizado en salud (OPD salud); donde encaja el potencial papel de los gobiernos municipales en las políticas de salud, de donde podemos retomar tres conceptos: la Seguridad Humana (SH), la Atención Primaria a la Salud (APS) y la Subsidiariedad.

En Tlaxcala, el diagnóstico sobre este rubro muestra que en los últimos años la salud de los tlaxcaltecas ha mejorado y que la esperanza de vida entre la población es de 75 años. Entre 2006 y 2007, se registró un incremento promedio de 1.5 años. (Anuario, OPD Salud de Tlaxcala, 2007b:21). Más de la mitad de la población no cuenta con ningún tipo de seguro (53.5%), el gasto en los hogares representa más de la mitad del gasto total en la salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares tiene el riesgo de empobrecerse por acceder a la atención que requiere.

En cuanto a los Programas Nacionales de salud, a partir de la creación del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) en 1986, México emprendió un esfuerzo sistemático para obtener información pertinente y precisa tanto de las condiciones de salud de la población como del desempeño del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de mejorar el perfil de esta última mediante el diseño, implementación, la evaluación y la reorientación de acciones y políticas.

Así, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, puede considerarse como el punto de arranque de una nueva generación de encuestas de salud en nuestro país, ya que, retoma los temas más relevantes de las encuestas nacionales realizadas hasta 1998 (y que requerían de actualización) e incorpora nuevas áreas de interés. La publicación de los resultados obtenidos en la ENSA 2000 permite definir mejor y hacer más precisa la situación en la que se encuentran algunos de los problemas más acuciantes de la salud de la sociedad mexicana y de su sistema de salud. En este informe se documenta la presencia de preocupantes diferenciales en los problemas de salud clásicamente asociados con la pobreza.

Con relación a los programas estatales de salud, el gobierno del estado en materia de salud para el 2011, ha comprometido 16 líneas de acción, de las cuales 7 se relacionan con la salud de las mujeres embarazadas, como medida preventiva para evitar las muertes maternas: la necesidad del Sistema Sectorial de Información para la salud, la aplicación del Seguro Popular, trato digno a las personas, aplicar programas preventivos, curativos y de rehabilitación, atención a todas las mujeres embarazadas y aplicar programas de promoción y educación para la salud.

El Programa Nacional de Salud (2001-2006) establecía como una estrategia el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Este programa realiza acciones dirigidas a disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal e infantil, permitiendo además prevenir los defectos al nacimiento, con prioridad en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones, a través de un conjunto de intervenciones agrupadas en cuatro componentes sustantivos y reforzados por cuatro componentes estratégicos. Este programa se vincula estrechamente con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino, Prevención del Control del Cáncer Mamario, Mujer y Salud, VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Comunidades Saludables, Infancia y Adolescencia, entre otros.

Para que la población reciba servicio de salud, el Seguro Popular de Salud en nuestro país es el instrumento para brindar protección en esta materia a la población no asegurada que habite en localidades urbanas, semiurbanas y rurales. En Tlaxcala, 125 mil familias son beneficiadas por el Seguro Popular durante el 2004. En el estudio realizado en 2008, del grupo de mujeres embarazadas, que acudió al Hospital de Gineco-Obstetricia de la Secretaría de Salud, con el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, sólo el 30% recibió el beneficio del Seguro Popular, el otro 70%, ignoraba la afiliación a dicho programa.

En el estado de Tlaxcala, la salud se atiende en las Instituciones de Seguridad y Asistencia Social, cuenta con 2 Hospitales Generales del IMSS, uno del ISSSTE y

uno del OPD Salud de Tlaxcala, conurbado se encuentra el Hospital de segundo nivel de Gineco-Obstetricia de Santa Ana Chiautempan, donde se llevó a cabo el estudio de preeclampsia-eclampsia o Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. La capital del Estado, también cuenta con un Módulo Médico del Gobierno del Estado, un centro de salud rural, un centro de salud urbano, 3 unidades móviles, un módulo dental y una unidad de cáncer del OPD Salud de Tlaxcala, y 6 unidades de medicina familiar del DIF. Cabe hacer mención que cada institución de salud cuenta con asistencia social en los 60 municipios del estado de Tlaxcala, con unidades de medicina familiar del IMSS, con clínicas del ISSSTE y Hospitales Integrales de la Secretaría de Salud, así como centros de salud rural de consulta externa de primer nivel.

4. La preeclampsia a través de parámetros clínicos y de laboratorio: estudios de caso

La preeclampsia, es un síndrome multisistémico de severidad variable específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial de $>140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. En cuanto a la eclampsia, ésta se caracteriza por convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas después de éste, en ausencia de otras causas de convulsiones.

El perfeccionamiento del microscopio para evaluar el sedimento urinario y la determinación de la proteinuria resultaron avances extraordinarios. En efecto, en 1840, el patólogo francés Francois Rayer (1793-1867) demostró la presencia de proteinuria en dos gestantes edematizadas. Por primera vez se disponía de un método objetivo para identificar a una embarazada que pudiera presentar eclampsia.

John Charles Lever (1811-1858) quedó sorprendido por la semejanza entre sus enfermas eclámpicas y quienes padecían nefritis, asistidas. Asistido por su colega Richard Bright, examinó la orina de las eclámpicas en busca de proteinuria. En 1843, describió proteinuria en 14 enfermas con edema, convulsiones, visión borrosa y cefaleas, mientras que la proteinuria estuvo ausente en otros 50 embarazos normales. Sin embargo, dado que estos síntomas se asociaban en la enfermedad de Bright, se dificultaba su diferenciación. Pero Lever notó el carácter transitorio de proteinuria y

convulsiones, limitado al periodo gestacional, y de este modo brindó una clave para diferenciar la eclampsia de las convulsiones urémicas.

En las pacientes con preeclampsia, la proteinuria (presencia de proteínas en orina), es uno de los primeros parámetros clínicos, que se encuentran elevados, además de la presión arterial alta, acompañado de dolor de cabeza. Se define a la proteinuria, como excreción mayor o igual a 300 mg de proteínas en una colección de orina de 24 hrs. Esta cantidad usualmente se correlaciona con la presencia de >30 mg/dl. (30 mg/dl = 1+ en tira reactiva) en una muestra de orina al azar sin evidencia de infección urinaria. Las proteínas en orina se miden en tiras reactivas para orina en unidades médicas de segundo nivel, este parámetro se determina en todas las unidades hospitalarias que cuentan con laboratorio clínico de la Secretaría de Salud. También se unifican criterios en todo el sector salud, clasificando los resultados de la siguiente manera:

- a) 300 mg/dl, o más en colecciones de orina de 24 hrs. (3gr. /24 hrs.)
- b) 300 mg/dl, o más en tiras reactivas (2 determinaciones con un intervalo de 6 horas; en ausencia de infección)
- c) 300 mg/dl, o más en muestras aisladas.

El síndrome de preeclampsia-eclampsia o hipertensión gestacional es una enfermedad que afecta a las mujeres de forma exclusiva durante la gestación, es un problema importante de salud pública del que no se conoce con precisión su incidencia real en México y, por sus cifras tensionales, se define a la hipertensión gestacional como la presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm/Hg después de la semana 20 de gestación en ausencia de proteinuria. En muchas ocasiones es un diagnóstico retrospectivo y se considera hipertensión transitoria del embarazo si no se desarrolla preeclampsia y los valores regresan a la normalidad. En caso de persistir con hipertensión posterior a las 12 semanas del parto puede clasificarse como hipertensión crónica, entendiéndose ésta como la presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o la que persiste después de doce semanas posteriores al nacimiento.

4.1 Definición de los parámetros clínicos

Los parámetros clínicos se definen como la presencia de signos y síntomas que presenta una persona al ser evaluada físicamente, y cuya finalidad es establecer un diagnóstico oportuno y eficaz. La preeclampsia-eclampsia continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, ocasionando efectos y consecuencias en

órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, corazón, riñón, y coagulación. La existencia de convulsiones en la mujer embarazada, fue referida en antiguas escrituras de Egipto y China miles de años AC. Hipócrates (siglo IV AC), se refirió a la gravedad de las convulsiones durante la gestación. Celso, en el siglo I de nuestra era, destacó la asociación entre las convulsiones y la muerte fetal. El término griego “eklampsis” significa: brillantez, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco comienzo de las convulsiones, o crisis convulsivas, entendiéndose como Crisis Convulsiva a la alteración súbita en la actividad eléctrica cortical, que se manifiesta clínicamente por una alteración en la conciencia o por la aparición de sintomatología motora, sensitiva o conductual, y a la crisis hipertensiva como la elevación severa de la presión arterial y se divide en: a) Emergencia hipertensiva: elevación severa de la tensión arterial con evidencia de daño a órgano blanco. b) Urgencia hipertensiva: elevación severa de la tensión arterial sin evidencia de daño a órgano blanco (Helewa, y col. 1997:157).

Existen pocas referencias sobre la enfermedad, dado que la obstetricia fue ejercida por parteras, y la eclampsia no era diferenciada de la epilepsia en los siglos XVI y XVII. Los médicos franceses toman el control de la obstetricia y las primeras publicaciones sobre eclampsia son editadas en Francia a fines del siglo XVII e inicios del XVIII. A través de los años muchos científicos dedicados a estudiar esta enfermedad han aportado conocimientos importantes, entre ellos destacan: Guillaume Manquest de la Motte (1665-1737), Francois Mauriceau (1673-1709). En 1739, Francois Boissier de Sauvages (1706-1767) y William Cullen (1710-1790) en 1797; Francois Chaussier (1746-1828) en 1824; en 1903, Cook & Briggs (1897-1980); en 1941 William Joseph Dieckmann (1897-1957). Leon Chesley (1908-2000) fue la figura más importante del siglo XX, dedicó parte de su vida al estudio de la hipertensión en el embarazo. Con la ayuda de los médicos residentes, Willard Somers y John McGeary, y el internista Harold Gorenberg, estudió la función renal en embarazadas. Efectuó el seguimiento de las eclámpicas desde 1931 hasta 1974, descubriendo las diferencias evolutivas entre primigestas y multíparas. Elaboró numerosos trabajos sobre preeclampsia y eclampsia entre 1930 y 1980. Estos trabajos incluyeron áreas de la epidemiología, pronóstico, fisiopatología renal y tratamiento de la enfermedad. En 1978, como único autor, publicó su apreciada obra *Hypertensive Disorders in Pregnancy*².

² Para mayor referencia se pueden consultar a Weinstein (2004: 12, 21), Sibai (2003: 18), Lewis (1985: 5-16 y 220-250), Zuspan (1992: 134), Roberts (1999: 17), López-Llera (1985: 10).

De acuerdo con el lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia, la clasificación de los estados hipertensivos durante el embarazo son los siguientes: a) hipertensión gestacional, b) preeclampsia-eclampsia, dividida en: preeclampsia leve, preeclampsia severa y eclampsia, c) hipertensión crónica y d) preeclampsia agregada a hipertensión crónica.

Aunque la etiología de la preeclampsia-eclampsia aún no se conoce con precisión, se afirma que es de carácter multifactorial, con alteraciones placentarias, vasculares, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas e inmunológicas. Además se encuentran otros factores que son los culturales, sociales, económicos y geográficos que influyen en su presencia. La preeclampsia-eclampsia se clasifica de la siguiente manera:

- Preeclampsia Leve presión arterial de: (140/90-160/110 Mmhg)
- Preeclampsia Severa presión arterial de: (+160/110 Mmhg)
- Eclampsia: crisis convulsivas o coma asociada a hipertensión arterial.

El profesor Jack A. Pritchard (1921-2002) fue una figura emblemática dentro de la obstetricia moderna. Se desempeñó como director de obstetricia en el Parkland Memorial Center, donde diseñó un nuevo modelo para la atención del embarazo de alto riesgo, ya que una de las complicaciones de la preeclampsia-eclampsia es el síndrome HELLP, además fijó normas para cuidados prenatales que luego alcanzarían vigencia en toda la nación, y contribuyó al conocimiento del tratamiento de la eclampsia y las hemorragias obstétricas. En 1954 publicó en *New England Journal of Medicine* sus observaciones en tres pacientes con eclampsia asociada con plaquetopenia (plaquetas bajas), y hemólisis, asistidas en Texas. Una de ellas sobrevivió a la enfermedad. El síndrome de HELLP, presenta complicaciones severas como desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia renal, edema pulmonar, edema cerebral, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), ruptura hepática, hemorragia cerebral. Cuando se habla de edema, se entiende como el incremento en el volumen de líquido intersticial (hinchazón en las extremidades inferiores como tobillos y pies, manos y cara), que puede aumentar en varios litros, antes de que el proceso sea evidente clínicamente. Es frecuente que antes de su aparición se produzca un incremento de peso.

El nombre de HELLP proviene de sus iniciales en inglés: H hemólisis, EL “Elevated Liver Enzymes” y LP “Low Platelets”. En términos generales y prácticos es elevación de enzimas con hemólisis y plaquetas bajas. El Síndrome de HELLP se define como el síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia

(plaquetas bajas), es considerado como una complicación de la preeclampsia. Su diagnóstico es variable e inconsistente. La hemólisis se define como el incremento en las bilirrubinas totales, de la deshidrogenasa láctica y anemia microangiopática, ésta última es punto clave de la triada del síndrome de HELLP. De acuerdo a la gravedad de las pacientes con la enfermedad hipertensiva en el embarazo, Martin Mississippi ha clasificado el Síndrome de HELLP, en tres tipos:

- TIPO I.- Menos de 50.000 plaquetas
- TIPO II.- Más de 50.000 pero menos de 100.000 plaquetas
- TIPO III.- Más de 100.000 pero menos de 150.000 plaquetas

La prevención de la preeclampsia-eclampsia, también conocida como toxemia del embarazo, debe realizarse en tres niveles: 1) Evaluación pregestacional, consiste en determinar los factores de riesgo antes del embarazo, como son: valor nutricional, (en caso de diagnosticar sobrepeso, se recomienda una dieta adecuada), tratamiento con ácido fólico y evaluar factores de riesgo, y de ser necesario, tomar medidas para reducirlos. 2) Control prenatal, cuyo objetivo es establecer un plan de control temprano, sistemático y periódico (mínimo cinco consultas), apoyado de exámenes de laboratorio y gabinete, además de detectar los factores de riesgo, signos y síntomas de alarma, y si es necesario, referir oportunamente a la paciente en segundo nivel, para su control prenatal bajo el cuidado de un especialista, para detectar tempranamente la preeclampsia. 3) Anticoncepción y orientación post-evento obstétrico en la paciente con preeclampsia-eclampsia, la atención del médico se enfoca a la orientación y consejería en: planificación familiar, nutrición (alimentación balanceada), control de peso y consejería anticonceptiva, también llamada salud reproductiva (IMSS, 2001).

4.1.1 Parámetros clínicos de los estudios de caso

Mientras la preeclampsia se presenta en aproximadamente el 5% de todos los embarazos, la eclampsia suele ocurrir en 1 por cada 2 a 3 mil embarazos. El riesgo de padecer una preeclampsia es mayor en las mujeres con embarazos múltiples, en madres adolescentes y en mujeres mayores de 40 años de edad, también se incluyen aquellas que tienen la presión sanguínea alta o enfermedades en los riñones. La mayoría de las mujeres con preeclampsia, dan a luz a bebés saludables, unas pocas desarrollan una eclampsia. La preeclampsia puede prevenir que la placenta, que es la que proporciona aire y alimento al bebé, obtenga suficiente sangre, si eso ocurre, el bebé recibirá menos aire y alimento,

lo que podrá hacer que el bebé nazca con bajo peso al nacer o con otros problemas (Instituto Nacional de Perinatología, 2003:70).

Con lo antes expuesto, el presente estudio, se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Santa Ana Chiautempan, Tlaxcala, de la Secretaría de Salud, por pertenecer a un hospital de segundo nivel donde se atienden a las pacientes embarazadas con alto riesgo. Cabe hacer mención que las unidades de primer nivel (centros de salud), también pertenecientes a la Secretaría de Salud, dan atención a toda mujer embarazada, pero si presentan alguna manifestación clínica de alarma (dolor de cabeza fuerte y persistente, algunos trastornos visuales, dolor en el abdomen superior, presión sanguínea alta, sangre en la orina, taquicardia, nauseas y vértigo), son remitidas al Hospital de Gineco-Obstetricia para detección de preeclampsia eclampsia, hasta la resolución del embarazo. El estudio se realizó durante los meses de julio a septiembre de 2008 y se incluyeron a todas aquellas pacientes que se encontraron con cifras tensionales altas (presión arterial alta) y que se diagnosticaron clínicamente como: preeclámpticas o eclámpticas. También se incluyen a todas las pacientes que terminaron su embarazo en el Hospital, con abreviación del embarazo. Se detectaron 21 pacientes que cumplieron con estos criterios de inclusión encuestando a todas aquellas pacientes que acudieron al hospital con un embarazo de más de 20 semanas de gestación.

La edad, es un indicador para evaluar los factores de riesgo, para desarrollar la enfermedad hipertensiva del embarazo o toxemia del embarazo. De los resultados obtenidos, las edades registradas son de 15 a 35 años, con una media de 23.3 años. Estos parámetros, nos dan resultados que confirman el riesgo de padecer una preeclampsia-eclampsia. La frecuencia de preeclampsia, es en pacientes jóvenes en edad productiva y reproductiva de la vida, que va en rango de 15-20 años de edad.

En este estudio se tomaron en cuenta a todas las pacientes que acudieron al hospital con más de 20 semanas de gestación, los resultados obtenidos del estudio, nos proporciona que las semanas de gestación oscilaron de 24 semanas hasta el término del embarazo que fue entre 37 a la semana 40 de gestación. Todas las pacientes estudiadas ingresaron al hospital con dolor de cabeza intenso y con una presión sanguínea alta, (hipertensión arterial), obteniéndose los resultados siguientes. La presión arterial mínima fue de 130/90 mmhg y la máxima fue de 180/110 mmhg, con una media de 155/100 mmhg.

Dentro de la clasificación de los estados hipertensivos durante el embarazo, se diagnosticaron y se clasificaron a las 21 pacientes de estudio, dando la siguiente

información: preeclampsia leve la presentaron 12 pacientes, preeclampsia severa se les diagnosticó a 8 pacientes y eclampsia se manifestó en 1 paciente, haciendo un total de 21 Pacientes. De este total además se detectó que 7 mujeres fueron primigestas, 7 secundigestas o con segundo embarazo, 4 trigestas y 3 multigestas.

Estos resultados se apegan a la literatura que manifiesta que la detección de preeclampsia-eclampsia, se presenta en mujeres jóvenes y en el primer embarazo, por ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico temprano de las pacientes portadoras de preeclampsia-eclampsia y el tratamiento oportuno.

Las manifestaciones clínicas que se presentaron en el grupo de mujeres estudiadas y que mostraron edema, característico de la preeclampsia-eclampsia, se clasificaron como edema leve (15 pacientes), edema moderado (5 pacientes) y edema severo (1 paciente). Además del edema, ocurrieron otras manifestaciones clínicas como cefalea en todas las mujeres, visión borrosa (10 pacientes), acufenos (zumbido de oídos), fosfenos (alteraciones visuales), nauseas, vómito (5 pacientes) y crisis convulsivas (1 paciente).

4.2 Parámetros de laboratorio de los estudios de caso

Dentro de los estudios de laboratorio para dar el diagnóstico de la enfermedad hipertensiva del embarazo, se realizaron los parámetros establecidos en el lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia, ya que se tiene el conocimiento de que tanto la preeclampsia como la eclampsia pueden también alterar los resultados analíticos del hematocrito, ácido úrico, creatinina y diferencial sanguíneo. Los parámetros que se determinaron son la biometría hemática completa, incluyendo el diferencial sanguíneo. La biometría hemática completa se define como el conteo de las células de la sangre, de la hemoglobina y número de plaquetas, es un indicador que permite conocer la existencia de anemia, infección y de otros procesos patológicos también se mide el hematocito que es el volumen de los eritrocitos o glóbulos rojos. La hemoglobina es un pigmento rojo que da color a los hematíes o glóbulos rojos, proporciona a las células el oxígeno que necesitan para respirar y contiene el hierro de la sangre. Los hallazgos en la biometría hemática, dentro del grupo de mujeres embarazadas en estudio, indicaron una hemoglobina < de 10 grs. con hematocrito < de 28 en 5 pacientes y una hemoglobina > de 10 grs. y menor de 12 grs. en 10 pacientes; y se presentó una hemoglobina mayor de 12 grs. en 6 pacientes, del total de las 21 pacientes en estudio.

El Grupo Sanguíneo y factor Rh, constituye un hecho importante para conocer su distribución en nuestra sociedad y dentro del grupo en estudio de las mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva en el embarazo. El grupo sanguíneo es un método para decir que indicar el tipo de sangre que tiene una persona, éste depende de la existencia o ausencia de ciertas proteínas, llamadas antígenos en los glóbulos rojos o si hay anticuerpos para estas sustancias. De acuerdo al sistema A-B-O, existen cuatro tipos de sangre A, B, AB y O de naturaleza cualitativa nominal y se considera factor Rh, de naturaleza cualitativa nominal. Dentro de los parámetros del grupo sanguíneo y factor Rh, de las 21 mujeres estudiadas, encontramos del grupo sanguíneo "A" Positivo a 4 pacientes, del grupo "B" Positivo a una paciente y el grupo sanguíneo "O" Positivo se presentó en 16 pacientes.

La Química Sanguínea (glucosa, urea, nitrógeno ureico, creatinina), es un grupo de exámenes de sangre que suministran información acerca del metabolismo del cuerpo, el examen se denomina comúnmente análisis metabólico básico. El ácido úrico es uno de los parámetros clínicos que se altera en pacientes con preeclampsia-eclampsia, y se define como el principal producto del metabolismo de las proteínas que se forma a partir de la xantina, por acción de la xantinoxidasa. La mayor parte de la formación del ácido úrico tiene lugar en el hígado. Los resultados relevantes de la química sanguínea del grupo de mujeres embarazadas y en estudio fueron la glucosa sérica y el ácido úrico como se describe a continuación.

El valor normal de la glucosa sérica en mujeres embarazadas oscila de 60-110 mg/100ml. De 60 a 123 mg. se obtuvo en 17 pacientes, de 124 a 150 mg. se reportaron en 3 pacientes y más de 150 mg. en 1 paciente, de un total de 21 pacientes.

Por su parte, el ácido úrico presentó los siguientes resultados:

2.0 – 5.5 mg.....	7 pacientes.
• 5.6 - 10 mg.....	10 pacientes.
• > 10 mg.....	4 pacientes.
Total	21 pacientes.

La Urea y Creatinina, tuvieron parámetros normales en 20 pacientes y sólo una presentó elevación de estos parámetros. El examen general de orina es una prueba de proteína urinaria y mide la cantidad de proteínas, como albúmina, que se encuentra en una muestra de orina. La proteína urinaria se puede evaluar utilizando una muestra de orina aleatoria y una prueba con tira reactiva, o puede requerir una muestra de orina de 24 horas. Se determinaron las proteínas en orina con tiras reactivas para cuantificar

el primer indicador de parámetros que se eleva en la preeclampsia-eclampsia y que son las proteínas en orina. Se encontraron los siguientes resultados: Proteínas (huellas) en 2 pacientes, proteínas 30-100 mg. en 4 pacientes, proteínas 200-300 mgs., en 8 pacientes, proteínas >300 y < 900 mg. en 4 pacientes y proteínas de 1 a 2, 3 pacientes.

Los tiempos de coagulación nos sirven para detectar alguna deficiencia en sus factores, ya que estos son esenciales para que no ocurra hemorragia. Por medio de una plaquetopenia (plaquetas bajas) es posible clasificar a la enfermedad como preeclampsia, o eclampsia, o llegar al síndrome de HELLP, de acuerdo al número de plaquetas presentes en las pacientes con enfermedad hipertensiva en el embarazo. Las plaquetas son un tipo de células sanguíneas que juegan un papel clave en el proceso normal de coagulación de la sangre. Los resultados en el grupo estudiado de mujeres embarazadas indican que 10 pacientes presentaron de 151 a 350.000, de 100 a 150.000 plaquetas se reportaron en 5 pacientes, de 50 a 100.000 se obtuvieron en 5 pacientes y menos de 50.000 plaquetas en 1 paciente y el rango normal de plaquetas en mujeres embarazadas es de 250,000 a 500,000 plaquetas. Dentro de los tiempos de coagulación encontramos a los factores de coagulación que son el tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT), encontrándose alteraciones en los tiempos de coagulación, ya que el valor normal del TP es de 10.5 a 14.5 segundos, y el valor normal de TPT es de 22.0 a 35.0 segundos, donde encontramos al TP: 15" con 75% en 1 paciente y TP: 10.7-14.5" con >85% en 20 pacientes. Asimismo el TPT: 40" en 1 paciente y TPT: 22 – 35" en 20 pacientes.

El tratamiento de las pacientes con hipertensión arterial y embarazo en este grupo de mujeres estudiadas, fue médico y quirúrgico, hasta la resolución del embarazo, con abreviación del embarazo por medio de cesáreas en 18 pacientes y por parto vía vaginal en 3.

4.3 Características socioeconómicas de las participantes

Las mujeres atendidas en la clínica durante el periodo del presente estudio fueron 676, de las cuales 325 (48.1%) fueron de parto normal o vaginal y 351 (51.9%) de cesárea. De estas pacientes, se detectaron 21 (5.9%) portadoras de preeclampsia que ingresaron al Hospital de Gineco-Obstetricia de Salud de Tlaxcala, en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2008 (3 meses). A estas mujeres se les preguntó su edad, escolaridad, estado civil, número de embarazos, ocupación, control prenatal, embarazo de término, ingresos mensuales, distribución por vivienda, distribución por atención hospitalaria y distribución por consumo de leche en su dieta diaria.

Se obtuvo la siguiente información. La prevalencia escolar de las mujeres estudiadas es de primaria y secundaria terminada, cinco mujeres de preparatoria y una de nivel profesional. En cuanto a su estado civil, 10 mujeres son casadas, 7 viven en unión libre y 4 son madres solteras. El 95% (20) de las mujeres estudiadas trabajan en los quehaceres del hogar y el 1% (1) de las pacientes trabajan fuera de casa por lo que se concluye que no cuentan con seguridad social como IMSS, ISSSTE, etcétera, en consecuencia, acuden al Sector Salud como el Hospital de Gineco-Obstetricia de Santa Ana Chiautempan. En cuanto al control prenatal, sólo dos mujeres reportaron no tenerlo. Las 19 pacientes que asistieron a control lo realizaron en los centros de salud de su localidad y el resto en el Hospital de Gineco-Obstetricia. Además se observó que en 19 casos (90.5%), el embarazo se resolvió por cesárea y solamente en 2 casos (9.5%) por parto vaginal, con una media de edad gestacional de 34.6 semanas. El alto índice de cesáreas encontradas en esta enfermedad es previsible, ya que es el procedimiento a seguir según los lineamientos técnicos de preeclampsia-eclampsia, sea cual sea el tiempo de gestación si el cuadro clínico desmejora en término de 24 a 48 horas. El aumento de la cesárea al doble, en el caso de la preeclampsia leve, está relacionada con algunas complicaciones que se presentan en el curso de esta enfermedad.

Respecto a los ingresos mensuales, una mujer que trabaja fuera de casa reportó \$4,000 pesos, las otras mujeres reportan lo que reciben de sus cónyuges o de sus parejas. La distribución por tipo de vivienda es la siguiente: 9 pacientes con vivienda propia (42.8%), de éstas 2 comparten la propiedad con sus cónyuges o parejas; una paciente comparte con los padres, 6 rentan casa y a 5 (23.8%) les prestan la casa.

En relación a la atención hospitalaria, 16 pacientes opinan que fueron bien atendidas (76%), 3 (14.4%) consideran que la atención fue regular y 2 (9.5%), mal atendidas. Esto alude a la gran demanda que existe en la Unidad Hospitalaria, después que fue creado el Programa de Seguro Popular, se da atención a toda persona afiliada a dicho programa, sin incrementar el recurso humano, para proporcionar la atención adecuada y tiempo necesario a cada una de las pacientes. También se identifica la necesidad de atender las medidas higiénico dietéticas en el embarazo, ya que seis de las pacientes no consumieron leche en los nueve meses de embarazo, lo cual evidencia que no llevaron una dieta balanceada durante el periodo de embarazo.

La mayoría de las mujeres que asistieron al Hospital de Gineco-Obstetricia de la Secretaría de Salud y que desarrollaron preeclampsia/eclampsia provenía de la jurisdicción No. 1 (centro del estado), debido a la cercanía con sus lugares de residencia.

Conclusiones

La enfermedad hipertensiva del embarazo representa a un grupo heterogéneo de cuadros patológicos cuyo denominador común es el aumento de la presión arterial. La frecuencia de preeclampsia en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Santa Ana Chiautempan, de julio a septiembre de 2008, aumentó de 7.0 % a 10.6% en un intervalo de tres meses, mientras que la eclampsia disminuyó de 0.4 a 0.2%.

Las complicaciones maternas encontradas son elevadas y es evidente que aumentan con la gravedad de la enfermedad. Las mujeres con preeclampsia leve representan 57.1%, pasan a 38.2% en la severa y a 4.7% en casos de eclampsia; lo que nos indica que tenemos que evitar en la medida de lo posible la progresión de la enfermedad, debiendo utilizar este indicador como un parámetro de calidad de atención en los servicios de salud, así como el tratamiento oportuno, ya que el objetivo primario en el tratamiento en mujeres con hipertensión y preeclampsia severas, es prevenir las complicaciones cerebrales, así como la encefalopatía hipertensiva y hemorragia.

Para el manejo de la preeclampsia antes de término, consideramos que deberíamos utilizar los criterios de Schiff, Friedman y Sibai (1994: 626-630), quienes establecen claramente los parámetros clínicos para el manejo conservador o expeditivo. Además el control prenatal debe ser extensivo al 100% de las gestantes, que durante este control debe buscar factores de riesgo. Asimismo, en aquellas mujeres en quienes se detectan, utilizar métodos predictivos a partir del segundo trimestre de embarazo como la prueba de tira reactiva para orina (para detectar proteínas en orina), desde el primer nivel de atención (como prueba cualitativa) y cuantificarse en segundo nivel de atención.

La tira reactiva para orina es una prueba donde el intervalo entre los análisis de orina prenatales en el consultorio no debe ser muy largo, a fin de que el diagnóstico de preeclampsia sea hecho tan tempranamente como el tratamiento óptimo lo exige. Durante los últimos días del segundo trimestre, y durante todo el tercer trimestre, se debe aconsejar a la paciente que haga la prueba de la proteinuria en las unidades hospitalarias de primer nivel y cuantificar la cantidad de proteínas en los laboratorios clínicos de segundo nivel y en caso extremadamente necesario en su hogar, si tiene antecedentes de toxemia en los embarazos previos. Esta determinación de proteínas en orina es de fácil adquisición, se encuentran en el mercado aproximadamente tres marcas conocidas y su costo sería de 5 a 8 pesos por prueba. Dependiendo de la demanda de adquisición, se reducirían aún más los costos, pues se adiestraría al personal de enfermería para que éste sea más redituable. Además es un examen que tiene 100% de precisión, 100% de confiabilidad y 100% de exactitud, es fácil de leer o interpretar, ya que el

fundamento de la prueba de la tira se basa en los indicadores proteicos, donde la zona de reacción está tamponada a un ph constante, y puede cambiar de color si detecta albúmina. En las unidades de primer nivel las pacientes sólo recolectarían su muestra de orina en un recipiente, para realizar inmediatamente la prueba que no llevaría más de cinco minutos en realizar el examen.

Lo encontrado en este trabajo, además del aumento significativo de la frecuencia de la enfermedad hipertensiva en el embarazo, ratifica aseveraciones anteriores acerca de que esta enfermedad, y especialmente la eclampsia, representa un factor de riesgo importante para la presentación de una serie de complicaciones graves, que conducen a una morbilidad y mortalidad aumentadas, tanto en la madre como en el recién nacido. Para hacer frente a esta tragedia y ante la imposibilidad de prevenirla, los responsables de la atención en los servicios deben reducir las posibilidades de que la enfermedad progrese, mediante la clínica, métodos predictivos y de laboratorio, métodos de gabinete y las drogas actualmente vigentes y de las que dispongamos en el futuro.

El concepto de políticas públicas de salud, implica la decisión válidamente adoptada por un organismo público (nacional, estatal o local) en respuesta a una situación o problema relevante, que afecta seriamente a la población u organismo de su jurisdicción, por lo que se propone que la Secretaría de Salud a través de las clínicas de primer nivel incorporen el uso de la tira reactiva para detectar tempranamente la enfermedad hipertensiva del embarazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos y a las condiciones de vida de las mujeres embarazadas estudiadas en este trabajo y siguiendo el planteamiento del Plan Nacional de Desarrollo, la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, se han planteado otros programas de acción a través de los cuales se desea atender a la población para crear un blindaje sanitario. De entre estos programas tenemos al Programa de Seguro Popular, el Programa Oportunidades, Programa Nacional de Educación y Comunidades Saludables que incluye acciones a favor de los municipios saludables. Cabe hacer mención que la mayoría de las participantes en este estudio estaban incorporadas a alguno de estos programas.

Debido a la gran demanda existente hoy en día, y con sus trámites correspondientes, es imposible que se proporcione consulta de manera inmediata a las pacientes ambulatorias, porque se cuenta con la misma infraestructura y con el mismo personal médico (un médico para proporcionar de 15 a 20 consultas al día). Asimismo, en las unidades de primer nivel existen problemas de abastecimiento de medicamentos y en nuestros hospitales el equipamiento es insuficiente y en muchos casos obsoleto, por lo

que se deben de atender estos faltantes para mejorar la atención. Aunado a esta problemática, la salud de las mujeres se ve afectada por los ingresos de las familias y la escolaridad. Se añaden desventajas económicas específicas de las mujeres, derivadas de las relaciones sociales de género. Estas consisten en la asignación exclusiva a las mujeres de las tareas provenientes de la reproducción, la ausencia de valoración y remuneración de sus actividades, la doble jornada de trabajo, el escaso acceso y uso de los recursos, en este caso los monetarios, hacen que la salud de las mujeres se afecte.

Así, en este trabajo proponemos que los servicios en el primer nivel de atención deben incluir, entre otros, la organización de sesiones educativas dirigidas a las embarazadas sobre medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la maternidad saludable y sin riesgos, prevención y diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino y cáncer de mama, prevención y control de infecciones de transmisión sexual, planificación familiar con énfasis en anticoncepción postevento obstétrico, cuidados del recién nacido y beneficios de la práctica de la lactancia materna. Estas acciones tienen una enorme importancia en la prevención de anomalías durante la gestación.

Finalmente, es primordial considerar la salud de las personas y en especial de las mujeres, ya que constituyen y forman parte del potencial de desarrollo de un territorio, y, como grupo vulnerable, que a través de las políticas públicas de salud, se contribuya a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

- Bronfman, Mario (1992) "Infant Mortality and Crisis in Mexico". *International Journal of Health Services*, Vol. 22, núm.1, pp. 98, 157-167.
- Consejo Nacional de Población. CONAPO (2007) *Mortalidad General por Municipios*. Pp. 112, 121-127.
- Cabrero, Enrique (2002) *Políticas públicas municipales, una agenda en construcción*. México, Miguel Ángel Porrúa-CIDE.
- De los Ríos, R. (1993) "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción" en G. E. Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, núm. 541. pp. 3-18, 78, 81-100.
- Helewa, M. Burrows, R. et al. (1997) *Report of the Canadian Hypertension Society Consensus*. Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *Can Med Assoc J.*, pp. 157, 715-725.
- Instituto Nacional de Perinatología (2003) *Normas y procedimientos en Obstetricia y Ginecología*. México. D.F., pp. 69-78.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2001) *Avances en la prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia*. México, D.F.
- Lagarde, Marcela (2003) *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, presas y locas*. México, UNAM, pp. 249-260.

- Lewis, M. (1985) *Older Women and Health: An Overview*, *Women and Health*, 10 (2-3). pp. 1-16, 220-250.
- López-Llera M. (1985) *La toxemia del embarazo. Hipertensión Aguda de la Gestación*. México, Limusa, p.10.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *Women's Health: Across Age and Frontier*. World Health Organization Ginebra, pp. 51, 55, 70-72.
- Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington, D. C., Edición 2003, 10ª revisión, pp. 139
- Pallares, R. (1988) *La acción de los gobiernos municipales en la política de salud pública* México, Porrúa-CIDE, pp. 142.
- Plan Estatal de Desarrollo, 2005-2011. Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia. Tlaxcala, Tlax., pp. 90-94, 110.
- Rathgeber, M. y R. Vlassof (1992) "Atención primaria a la salud y la educación para la salud". *Psicología de la salud*, 1 (16), pp. 57-90.
- Roberts B. (1999) *Current perspectives on preeclampsia of Nurse Midwifery*, 39 (2). pp. 17.
- Sau, Victoria (1982) *Un diccionario ideológico feminista*. Barcelona, Icaria, pp. 159-170.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición (1988a) México, pp. 30-40
- (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México.
- (2007a) Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la preclampsia. Lineamiento Técnico. pp. 15-16, 22.
- (2007b) Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala (OPD-Tlaxcala). *Anuario 2007*. México, p.21
- (2008) Subsecretaría de Prevención y promoción de la salud. *Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer cérvico uterino*. México, p.20
- Schiff G., Friedman S., Sibai B. (1994) *Conservative management of severa preeclampsia remote from term*. *Obstet Gynecol.*, pp. 84, 626-630.
- Sennott-Miller, L. (1993) "La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades" en G. E. Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica núm. 541. pp. 114-123, 140-180.
- Sibai, B. (2003) *Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia*. *Obstet Gynecol*, p.18.
- UNDIESA (1991) United Nations Department of International Economic and Social Affairs. *La Salud: Entre lo Teórico y lo Real*, pp. 96.
- Weinstein (2004) *Syndrome of Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. A severe consequence of hypertension in pregnancy*. *Am J. Obstet Gynecol*, pp.12, 21
- Zuspan, F. (1992) *Manual of obstetrics and Gynecology*. Second Edition, Mosby, pp. 134.

PARTE II

Capítulo 4

Cáncer cervicouterino.

¿Enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?

*Mónica Luna Blanco
Horacia Fajardo Santana
Georgina Sánchez Ramírez*

Introducción

El cáncer cervicouterino es una enfermedad neoplásica maligna, originada en el cuello del cérvix, esta ubicación del cuello del útero permite un acceso de revisión médica más sencilla, que no más cómoda para las mujeres. A partir de los años 70 comenzaron los trabajos de investigación sobre este cáncer, cuyos resultados, sumados al incremento de casos en la población femenina, lo colocaron en el marco de los intereses de las políticas públicas de salud de organismos nacionales e internacionales. El cáncer cervicouterino es, entonces, un asunto que debe ser atendido por los gobiernos como un problema de salud pública. Su estudio y descripción se han centrado en dos objetos: el develamiento de su causalidad biológica y el desarrollo de los tratamientos para detectarlo y curarlo.

Este cáncer ha sido caracterizado desde hace casi treinta años como un padecimiento 100% prevenible y curable (Aguirre Crespo, 2007). Si bien se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta, entre los 35 y los 54 años de edad, tiene un largo período de evolución (de hasta 15 años) por lo que puede ser detectado a tiempo y evitar la mortalidad por su causa. Si cada año las mujeres de 25 años o más, o bien de edades menores con vida sexual activa, acudieran a realizarse la prueba del Papanicolaou, podrían detectarse tempranamente las lesiones precursoras¹ en

¹ Las lesiones precursoras se refieren a la presencia de transformaciones celulares llamadas displasias o neoplasia cervical intraepitelial (NIC), éstas son clasificadas de acuerdo a su

cualquiera de sus grados y se les podrían proporcionar tratamientos de bajo costo, poco daño y bajo riesgo para el organismo, con un alto porcentaje de curación. La realidad es que, para un amplio sector de la población femenina, este proceso de detección oportuna está inmerso en sistemas culturales de género y de atención a la salud, los cuales juegan un rol importante tanto en el cuidado y la prevención como en la experiencia de la enfermedad, ya que los sistemas médicos y sus trayectorias de atención son parte integrante de los sistemas culturales.

Derivado de lo anterior, buscamos explicar la relación de los roles de género con la enfermedad, partiendo de que el género ha sido definido a grandes rasgos como la construcción social y cultural de las diferencias sexuales. El concepto de género cuestiona el carácter determinante del sexo biológico y las características diferenciales atribuidas y destinadas a hombres y mujeres. De todos los aspectos que integran la identidad de género, el “género social es el más flexible y el más influenciado por el entorno social y cultural” (Hellman, 1990).

Para esta investigación retomamos el enfoque del género como estructura de prestigio, planteada por Sherry Ortner y H. Whitehead (2003) para quienes el género y la sexualidad son construcciones culturales (simbólicas) y por lo tanto se preguntan por el significado de lo masculino y lo femenino en contextos sociales y culturales específicos, donde no basta saber qué es Ser Hombre y qué es Ser Mujer en una sociedad, sino qué significaciones e implicaciones tienen tales definiciones y cómo se relacionan con otros significados, en este caso, al sistema salud/enfermedad. La estructura de prestigio es definida por las autoras como “la aplicación particular de la valoración social, a determinados grupos de individuos, de acuerdo a ciertas características que se consideran más importantes”. El prestigio se traduce en valoraciones sociales hacia y desde lo masculino y lo femenino, para Ortner y Whitehead “en toda sociedad conocida hombre y mujer son dos términos ponderados de distinta manera dentro de un conjunto de valores, los hombres son, en tanto hombres, mejor valorados” (2003: 158).

Así, esta postura ofrece posibilidades para encontrar la construcción de los estereotipos genéricos, de prácticas sexuales y de “la paciente” en los significados especiales de un grupo cultural y sus interrelaciones a través de la valoración social de lo masculino y lo femenino en comportamientos, actitudes, ideas, percepciones que ambos sexos poseen sobre sus cuerpos y el sistema Salud/Enfermedad/Atención (S/E/A). La valoración social de uno y otro sexo es un marcador que permite a los

individuos el reconocimiento de *illness* y *disease*², es decir, una mujer puede “reconocer como normal” la presencia o aumento de flujo vaginal o sangrado y postergar la búsqueda de atención médica en base a criterios valorativos donde velar por la salud de otros integrantes de la familia está en los estereotipos genéricos dominantes. Dentro del desarrollo de los estereotipos genéricos³ está estipulado también el comportamiento sexual aceptado y tolerado, la práctica de estos lineamientos genéricos conlleva diferentes grados de atención y protección a la salud entre los grupos (tanto por edad como por asignación de género). Entonces, las culturas de género definen trayectorias sexuales diferenciadas para los hombres y las mujeres, y de la mano van las trayectorias diferenciadas de atención.

A propósito de si la atención a la salud se encuentra afectada por la categoría de género, Salas y Torre (2006) discuten precisamente la superposición de dos sistemas de subordinación, el sistema biomédico y el sistema genérico, bajo la hipótesis de que los y las pacientes son construidos socialmente y definidos por los valores de lo femenino, independientemente del sexo. Mientras que los proveedores de los servicios asumen los valores de lo masculino, también de manera independiente al género del proveedor, lo cual genera un esquema de interacción donde ambas categorías se mezclan de manera insospechada. El género es visto por Salas y Torre (2006) como una categoría que se ejerce en la interacción social, en una sociedad jerarquizada, es decir, en la que existen ámbitos de poder que se ponen en juego durante estas interacciones, da cuenta de subordinación, diferencias en el ejercicio del poder y su efecto en las condiciones de salud de las personas, es decir, se utiliza como una categoría analítica relacional.

grado de extensión y profundidad de la lesión en 1, 2 ó 3. Los testimonios indican el seudónimo de la paciente y el grado del diagnóstico, p.e. NIC 1. El sistema Bethesda se expresa en Lesión intraepitelial escamosa (LIE) leve, moderada, grave, in situ.

² *Illness* y *disease* corresponde a la percepción emic y etic de la enfermedad. *Illness* corresponde a la manifestación e interpretación del individuo respecto a estar enfermo. *Disease* corresponde a la socialización de la enfermedad, generalmente a través del especialista médico quien “traduce” los síntomas del individuo.

³ Los estereotipos de género son ideas construidas y reproducidas culturalmente en torno a las diferencias de género. Si en un estereotipo se adjudica mayor jerarquía y valor a un sexo que a otro, se habla de estereotipos sexistas.

Objetivos

Indagar en un ámbito popular urbano (la Colonia Las Flores en la ciudad de San Luis Potosí⁴) las dinámicas bajo las cuales interactúan las relaciones e identidades de género en la concepción y causalidades de la salud/enfermedad, y el lugar que ocupa el cáncer cervicouterino en este sistema de creencias y prácticas de la salud así como los procesos de búsqueda de atención, centrados en las experiencias –dramas– individuales de las historias de las mujeres con diagnóstico positivo, aportando elementos para entender más la realidad clínica y cultural de este padecimiento.

Como población de estudio tenemos de forma central a las mujeres con el padecimiento diagnosticado, y a través de ellas, de su discurso sobre la experiencia del padecimiento, hacemos una aproximación hacia sus parejas y su familia como entorno directo, así como a las explicaciones que reciben por parte del personal médico que les diagnostica y da tratamiento.

Perspectiva conceptual

La investigación se trabajó desde la perspectiva conceptual de la Antropología Médica, siguiendo la propuesta de autores centrales como A. Kleinman (1980), Menéndez (1983,1990, 2003) y Hellman (1990), quienes consideran que la salud/enfermedad de una persona no tiene relación unívoca con alteraciones biológicas, químicas o por agentes patógenos, sino que los factores sociales que le rodean, las formas de entender la enfermedad, los roles asignados y ejercidos por ésta, las relaciones asimétricas de poder y entre pares, son relevantes y constituyentes del binomio salud/enfermedad. Así pues, las creencias, vivencias y experiencias de la población son parte fundamental para el desarrollo de este tipo de cáncer cervicouterino, ya que es a través de ellas que se operan y manifiestan en un nivel profundo de la realidad personal, los criterios de verdad, adecuación, aceptación o rechazo del grupo cultural.

El sistema de cuidado de la salud (Health Care System) incluye las creencias de la gente y los patrones de comportamiento, ambos gobernados por reglas culturales, influenciados por instituciones particulares, roles sociales, relaciones interpersonales, contextos de interacción políticos, económicos, entre otros. El cuidado de la salud es un sistema construido social y culturalmente que genera esa realidad clínica. De esta

⁴ Para resguardar la identidad del lugar y de sus pobladores el nombre de la colonia fue cambiado. Para un trabajo más amplio léase Luna (2009).

forma, Kleinman explica cómo la realidad social, el mundo donde existen las interacciones fuera y entre la persona, impone sanciones y permisos, es donde el fenómeno clínico es socialmente constituido y, a su vez, el mundo social puede ser constituido clínicamente.

Por otro lado, el uso apropiado de la categoría de Género para los estudios de salud, salud sexual y salud reproductiva potencializa la comprensión del fenómeno, amplían la posibilidad de realizar un abordaje adecuado del cáncer y sus displasias accediendo a la construcción social de los Sistemas Médicos y sus trayectorias de atención, identificando aquellos elementos genéricos bajo los cuales se establece la categorización de las enfermedades, en este caso, enfermedades femeninas, y las acciones de atención a la enfermedad y las respuestas de la población basadas en la valoración de las personas al interior de su grupo social.

Metodología (fuentes de datos y tipo de análisis)

La investigación tuvo lugar en la colonia Las Flores, ubicada al noreste de la capital potosina. Uno de los elementos que influyó en esta decisión fue la existencia de la atención biomédica representada por la presencia de una clínica perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuya antigüedad supera los 25 años, con servicios de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino. Otro criterio fue que era una colonia con al menos tres generaciones de presencia familiar, lo cual supondría el compartir una identidad de “pertenencia a” y esto a su vez supondría que se puede plantear una ideología, prácticas y creencias similares en los habitantes de la colonia. Otro criterio más es que se trata de una colonia con los servicios básicos resueltos (como electricidad, agua, drenaje y pavimentación), esto evitó y disminuyó que en las narraciones interfiriera la tensión de los habitantes por la falta de resolución de necesidades básicas en la investigación.

Entonces, al tener como lugar de la investigación a una colonia de la ciudad, el trabajo de campo –dividido en dos etapas- no se centró al interior de un consultorio en la observación de la relación entre la paciente y el personal médico, ya fuera en la toma del Papanicolaou, de la biopsia o en la clínica de displasias, sino en las experiencias cotidianas en las calles y al interior de los hogares. Por otro lado, como ya se enunció, la construcción del concepto cáncer cervicouterino ha sido hasta ahora una tarea de la biomedicina, por lo tanto, si interesaba conocer la contribución de los legos en la construcción de este concepto, lo mejor era ir más allá del enfoque de las propuestas planteadas por las políticas públicas de salud.

Los testimonios reunidos en esta investigación fueron abordados desde el ángulo de la antropología de la Experiencia, con apoyo teórico de autores como Bruner (1986) y Turner (1986). Esta perspectiva permitió la posibilidad de trabajar con las narrativas personales a través de las cuales se hizo patente dicha feminización del cáncer cervicouterino en tres ámbitos: el personal, la mujer que enfrenta el drama de enfermar; el de las relaciones de pareja, a través de las prácticas sexuales diferenciadas; y finalmente, el ámbito público del sistema de salud responsable de atender y disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino entre la población.

La información se obtuvo a través del relato de las mujeres entrevistadas en sus casas y en sus narraciones de la vivencia de sus experiencias personales e íntimas, donde aparecen los servicios de salud y actores externos que las diagnostican, se “entrometen” con su cuerpo y su relación de pareja. Además de ello, se obtuvieron biografías que muestran los contextos en los cuales se desenvuelven y vinculan las mujeres: pareja, grupo familiar, identidades de género, pertenencia a grupos religiosos, entre otros. A partir de vivencias expresadas en las biografías se observa la construcción y manifestación asumida de una representación de la enfermedad que les otorga una reflexión y validez colectiva del conocimiento expresado de manera individual.

Sobre el conocimiento popular del cáncer cervicouterino, uno de los supuestos básicos que se estableció como hipótesis para esta investigación, es que el desconocimiento sobre el desarrollo etiológico del cáncer cervicouterino, así como de sus procesos de detección oportuna se perfilan como parte de los elementos de mayor riesgo para la salud de las mujeres, esto nos llevó a preguntarnos ¿Cuál es mayor factor de riesgo: el desconocimiento de la enfermedad o el conocimiento inadecuado de ésta? Para establecer la visión social de la enfermedad se indagó con la población entrevistada sobre dos ejes principales. Primero, qué es el cáncer cervicouterino y de dónde proviene esta información; y segundo, nos centramos en la visión y práctica social del Papanicolaou como medio “eficaz” de detección oportuna.

El objetivo de la primera etapa de campo⁵ fue localizar a las mujeres con diagnóstico positivo a displasia y cáncer. La intención de trabajar con estas mujeres fue realizar un cruzamiento de datos cualitativos entre las variables epidemiológicas, su atención y la vinculación con las narrativas de las mujeres sobre el proceso

⁵ La primer temporada de campo comprendió el semestre de agosto a diciembre del 2007 y la segunda temporada de campo del mes de mayo a agosto del 2008.

experimentado. Por otra parte, en tanto se esperaban las respuestas de las instituciones a las cartas solicitando información, se iniciaron contactos con los pobladores de la colonia Las Flores. Se recorrió la colonia aplicando una cédula que buscaba indagar sobre los conocimientos de la población con respecto al cáncer cervicouterino. La segunda etapa fue de localización de cada una de las mujeres con diagnóstico positivo a VPH, Displasia cervicouterino y cáncer in situ. Fue posible realizar 7 entrevistas a profundidad sobre el proceso que las mujeres han vivido al conocer su diagnóstico positivo, así como sus experiencias con la enfermedad. Esta actividad fue el eje central de la última etapa de trabajo de campo para la obtención de datos. Las mujeres más jóvenes expresaron con mayor apertura sus respuestas con respecto al ejercicio de su sexualidad, mientras que las mujeres adultas tienen relatos menos explícitos.

Por otra parte, la complejidad cultural sobre la sexualidad como espacio íntimo fue una dificultad para el acceso de información con los hombres, por lo que se asumió el riesgo de que la información obtenida con los varones entrevistados pudiera tener sesgos al no ser otro varón quien realizara la entrevista para hablar con mayor apertura de sus trayectorias sexuales, escauceos amorosos, entre otros. Con estos nuevos datos se incluyeron entre los conceptos base “las experiencias” de quienes se entrevistaban, sus procesos y su entorno, y su empaque con la representación social sobre el cáncer cervicouterino en la colonia.

La información obtenida, por tanto, es variada en su origen y profundidad, puesto que la aproximación a la problemática de investigación incluyó la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. Esto se debió también a que la categorización de los datos y su relación con ciertos conceptos se fueron dando de acuerdo al desarrollo de la investigación en su contexto específico. Castro recuerda que una de las características distintivas del análisis de información cualitativa es “que la recolección de la información no constituye una etapa diferente del proceso de análisis” (1996:69), esto es, que la aplicación de entrevistas, encuestas y otros instrumentos se da simultáneamente a la interpretación de los datos, dando como resultado un “muestro teórico, un proceso en el que la recolección de la información depende de la teoría que vaya surgiendo” (Castro,1996:69), así conceptos y variables a investigar van siendo reelaboradas por el investigador al ir enfrentando la realidad.

Se obtuvieron datos cuantitativos de las estadísticas de las instituciones de salud con la finalidad de elaborar el perfil epidemiológico de la enfermedad en cuatro niveles (nacional, estatal y municipal; además del local, es decir, la colonia elegida). En la Secretaría de Salud del Estado (SS-SLP) se obtuvo información sobre la morbilidad y

mortalidad por esta causa en San Luis Potosí –estatal y municipal–, así como de los Centros de Salud donde más casos se detectaron en el periodo del 2007. Por otra parte, en las entrevistas realizadas se incluyó una sección que recabara datos numéricos sobre factores socioeconómicos personales de las entrevistadas y los entrevistados.

La información cualitativa implicó recorridos por los sectores que integran la colonia, entrevistas abiertas a personas de la comunidad, observación participante en actividades religiosas como la fiesta patronal, entrevistas a profundidad a pacientes derechohabientes del IMSS diagnosticadas con displasia, y las mujeres de la colonia pertenecientes al grupo ANSPAC unidad Las Flores.

En todas las entrevistas se indagó sobre el conocimiento de la enfermedad, con respecto a las medidas preventivas y el examen del Papanicolaou; el reconocimiento de la enfermedad por sus síntomas y el contexto cultural de las relaciones de pareja, prácticas sexuales, creencias religiosas, factores educativos y relaciones doctor/paciente. Cada aspecto puede ser investigado de manera particular y focal, sin embargo el interés estaba en el entretendido de los tres aspectos para acceder a una mejor comprensión de la “Realidad Clínica”, como Arthur Kleinman (1980) propone. Por su parte Menéndez (1997) con respecto a este tema señala que un análisis integral de la formas de atención que operan en un contexto determinado supondrá obtener el perfil epidemiológico de los padecimientos dominantes y sus formas de atención en una comunidad determinada, según son formulados por los diferentes curadores y por los conjuntos sociales.

Para obtener una visión general y organizada de los datos recabados, se elaboraron dos matrices de datos para la captura de la información. Ello permitió evidenciar las variables saturadas y otras que tenían ausencias importantes, y posibilitó la entrada de nuevas variables derivadas de las narraciones de los informantes y las informantes.

Las entrevistas con las mujeres enfermas fueron grabadas, transcritas y vaciadas en otra matriz con el fin de elaborar una secuencia de los procesos experimentados y reflexionados por cada una de ella al conocer el diagnóstico de su enfermedad⁶. La

⁶ Las entrevistas a las mujeres diagnosticadas como enfermas se enfocaban a sus experiencias de vivir con tal enfermedad, pero sin perder de vista el contexto bajo el cual se desarrollaron; a veces hubo presencia del esposo, hijos, nietos u otras personas, que limitaron en ocasiones las respuestas, pero por otro lado permitieron observar las interacciones familiares, el grado de familiaridad y expresión de las temáticas abordadas. Para una adecuada interpretación de los ritmos, acentos y silencios en la grabación, hubo que llevar un diario de campo donde se anotaron las interpretaciones de la investigadora sobre las expresiones de los entrevistados.

visualización de los procesos individuales abrió el campo de búsqueda, análisis e interpretación de los elementos culturales comunes en los casos. Con este procedimiento se obtuvo “un esquema individual colectivizado”, que fue el eje de articulación e interpretación de los datos de campo y la base para la redacción de los resultados.

Hallazgos, análisis e interpretación de la investigación

La población de mujeres con quienes se trabajó presentaron las características descritas en la tabla 1. En la construcción del concepto de cáncer cervicouterino localizamos los conceptos inherentes al modo en que se viven las relaciones entre parejas, a los conocimientos que subyacen a las prácticas cotidianas tanto de tipo sexual y de prevención como a las de atención de la enfermedad (Ver tabla 2). Ejemplo de esto es el testimonio de Sonia, una mujer de 29 años con 9 años de casada, sus papás y suegros residen también en la colonia. Al preguntarle si se ha realizado la prueba del Papanicolaou su respuesta fue negativa “no, nunca me lo he hecho, me da miedo que me vayan a encontrar algo malo, si sé que es por prevenir cáncer y otras enfermedades pero no me lo he hecho”. Narró cómo su mamá se había ido a realizar la prueba del Papanicolaou a la Clínica 7 y que la llamaron porque le encontraron infección por VPH. Su mamá se atendió ahí y este diagnóstico le provocó pleitos con el esposo:

mi mamá hace poco se la hizo, fue positivo y porque mi papá se lo había pegado, ¡y un peleadero! mi papá es bien tremendo, él tiene 50 años y mi mamá 48, se casaron bien jóvenes a los 16 ella, pero mi mamá es blanquita y yo estoy prietita y yo le digo que yo quisiera ser así como tú. Mi mamá tenía comezón, infección y yo la mandé a hacerse la prueba del Papanicolaou, ahora yo le digo que se cuida, yo la acompañé a pedir los preservativos a la clínica, le dieron 8, pero yo pedí más.

Tabla 1. Perfil general de la población entrevistada con diagnóstico positivo.

Diagnóstico	Edad	I.V.S.A.	No. Parejas	No. Hijos	Edo. Civil	No. Prueba de PAP
Toma inadecuada	24	22	1	2	Casada	1
NIC2 + IVPH	25	18	3	1	Soltera	1
NIC1 + IVPH	38	17	1	3	Casada	Continuas
NIC1 + IVPH + BAC	38	17	1	3	Casada	Continuas
CACU	42	19	1	4	Casada	2
NIC2	49	18	1	3	Casada	Continuas
NIC1	58	25	1	3	Casada	3

Tabla 2. Elementos de género entre la población de estudio.

Dimensiones	Mujeres	Varones
Identidades de Género	Definidas en relación con las actividades que realiza: la responsabilidad se centra en la educación de los hijos. “la mujer lleva gran parte del cuidado de los hijos, de gasto, del aseo de la casa”.	Responsabilidad, trabajo y el cuidado de la familia.
Estereotipos	“ Debe ser ”: responsable, decente, que vista bien como debe ser, cumplir con la obligación de mujer de hogar y con los hijos. Deben actuar dando respeto en su forma de hablar y comportarse. Asimismo, se asume una posición de mayor dificultad y encargadas de mantener un “bonito ambiente familiar”.	“ Debe ser ”: no mujeriego, tenerle lo suficiente a los hijos y no fallar a la mujer en su gasto. Es un honor ser el varón de la casa.
Posicionamiento en el Hogar	De subordinación y de complementación	De Poder: El jefe, la cabeza de familia.
a. Educación de los hijos	“entre los dos”	
b. Distribución del gasto	Las mujeres se encargan del gasto del mandado diario: “él me da el chivo y yo decido”.	Predominan dos respuestas: “yo nomás doy y no digo” y “entre los dos”.
c. En qué se gasta el dinero extra	“él decide, en lo que se necesita”.	Decisión individual.
d. Acudir a la iglesia, participación actividades religiosas	Predominan las respuestas encaminadas a que son las mujeres que deciden o acuden solas a estas actividades.	Cada uno, a veces los dos.
e. Visitar amigos y familiares	Decisión individual	Ella en su familia o cada uno.
f. Platicar con los hijos sobre Salud Reproductiva /Salud Sexual	Es poco lo que se habla de eso. Se descarga la responsabilidad en la pareja cuando se trata de hijos varones.	“Yo con mis hijos, ella con la niña” o los varones no hablan sobre el tema.
Posicionamiento Laboral	De subordinación y de complementación con las actividades de venta informal.	De poder cuando son empleados independientes / de subordinación como empleados dependientes.
a. Actividades laborales	Las mujeres que se desempeñaban laboralmente fuera del hogar dejaron el trabajo al casarse. Sólo las profesionistas ejercieron o ingresaron al ámbito laboral. Los motivos para “dejar” el trabajo son por embarazo o negativa de la pareja “ya no trabajé, ya no me dejaron”.	Todos los varones entrevistados afirmaron ya estar trabajando cuando se unieron en matrimonio: “si no trabajo me corren de la casa”.
Relación con lo Social	La responsabilidad asumida marca un comportamiento dirigido hacia los demás. No se reconoce la posibilidad de ejercicio de un “ tiempo libre”. Dependencia económica (impide el rompimiento del vínculo conyugal).	Comportamiento individual: uso del tiempo libre, uso de la mayor parte de sus ingresos, aparente “dejo” hacer en la familia, pero es el que da la última palabra.
Unión y conyugalidad	Resaltan tres motivos principales para el matrimonio: el componente emocional “estar enamorada”; por disgusto con su vida como hijas “fue para salirme de la casa”; por considerarla la única opción válida para su vida como mujeres: “yo creo que no más por decir que yo también, pues así era, ¿qué más se hacía?”.	Como respuesta a los imperativos culturales: porque ya necesitaba un compromiso / por querer tener una familia.
Cambios en el estilo de vida al unirse en pareja	No se explicitan de manera clara si obtienen beneficios, además que aumenta la dependencia económica. Manifestación de descontento en el	Beneficios obtenidos: no estar solo, “se retira uno más de los vicios”.

	enfrentamiento de la vida cotidiana con las expectativas del matrimonio: “por tonta me casé”, “mi esposo me sacó de montepío a montepior;” “él tomaba mucho, me decía qué hacer”.	
	Aumento en el nivel de responsabilidades laborales (hogar) y cuidado de los otros (hijos, suegros, padres).	Aumento en el nivel de responsabilidades económicas.
Valoración / acceso al sistema atención/salud/enfermedad	Valoración negativa al “ser mujer”, otorgada por hombres y mujeres. Se reconoce el nivel de compromisos y responsabilidades que posee la mujer en la familia, pero se acota que “una mujer tiene los mismos derechos” (que el hombre) pero “hay que consultarlo con el viejo”. Se da una valoración superior al varón “ser mujer es pues hasta cierto punto, ser más valiente, más decidida” cuando se explicitan experiencias de padecimientos, dolor y enfermedad.	
a. Acudir al doctor / Comprar medicinas	Las mujeres madres son las que valoran los síntomas de la enfermedad en los hijos, da remedios paliativos que se tengan en casa o deciden acudir al médico.	“ella se encarga, yo casi no voy con ella”. En parejas más jóvenes la decisión es de ambos.
b. Planificación familiar, uso de anticonceptivos	Pocos son los casos en que la mujer responde ser la encargada de tomar las decisiones sobre el método utilizado: “tengo operada 20 años, yo lo decidí”. La respuesta común se centra en una decisión de pareja.	“ya pasamos eso” respuesta común en parejas de 45 años o más, para quienes la mujer ha entrado en la menopausia o han suspendido las relaciones sexuales en el matrimonio.

Sonia tiene una historia de violencia con su pareja y desde su seno familiar. Ha tenido dos abortos, a los 5 meses de gestación, le han diagnosticado “matriz frágil”. Su esposo ha tenido otras parejas sexuales y ella al saberlo le exige el uso del condón “aunque no siempre, a veces se acaban”. Sonia llegó a pensar que por haber tenido relaciones con él durante los embarazos no se habían logrado. La información que posee sobre prevención y PAP es la siguiente:

es para prevenir el cáncer y otras enfermedades y del Papiloma, pues es una enfermedad, el hombre la trasmite o la mujer al hombre y el hombre a una y puede ser causa de cáncer. La primera visita que hice al ginecólogo fue hasta el primer embarazo, al seguro, a consulta, también voy a pedir ahí los preservativos, ahí dan la información. Pero llevo toda mi vida sin hacerme un Papanicolaou. Luego digo, ahora sí, pero me da miedo, pero si sale esto, y no me lo he hecho. Mi mamá y mi hermana, y mi cuñada me han contado, si se lo ha hecho, me dicen que se siente un pequeño piquetito, que te sacan algo y es todo, que no duele, que en el seguro al mes te hablan si saliste mal, sino, no te hablan. Lo que me da miedo es el resultado, no el procedimiento, que me vaya a salir cáncer o algo. También me da miedo tocarme los pechos para revisarme, prefiero ir con el doctor, a mí me da miedo. Pero una vez le dije a él que el doctor me revisó los pechos y se enojó, que cómo me andaba dejando tocar⁷.

⁷ Este es el único caso donde explícitamente se hace mención a que la pareja signifique una barrera para el acceso a la revisión médica ginecológica.

En el caso de Sonia, priva más el miedo a la imagen del cáncer que la acción de acceder a la detección oportuna a pesar de ser ella promotora activa de la salud sexual y reproductiva de su madre. Interesa resaltar que de acuerdo a lo que ellas manifestaron no basta la existencia de una atención biomédica a su alcance porque su problemática transita mucho más allá de la pobreza para la atención del cáncer cervicouterino. Cuando una mujer recibe un ‘diagnóstico positivo’ posterior a una prueba de Papanicolaou parece como si al expresarlo presentara un “drama”:

[E: ¿qué sentimientos tuvo cuando supo que estaba enferma?]

ay, tú no tienes idea... porque piensas lo peor (sic), porque... yo te voy a decir una cosa, mientras no le toque a uno, uno piensa en eso, pero ya el momento cuando te llega a ti, no tienes idea, no sabes cómo reaccionar, como defenderte, como enfrentarte a la realidad de esa enfermedad (Graciela, 58 años, NIC1).

Es un momento extraordinario que culmina un período de “sentirse mal” e inicia otro, de asimilarse como “enferma”. En la ruta de atención establecida por la institución, el punto que separa ambos momentos es cuando la paciente es informada de su diagnóstico. El drama que ocurre posterior al momento de “saberse enfermas” nos otorga un pasaje de vuelta a la memoria de la experiencia corporal para reconocer “cómo fue este empezar a enfermarse”. Entre las expresiones –lo dicho por ellas, las mujeres– que experimentaron al escuchar su diagnóstico se encuentran: el asombro, el llanto, el pensar que es malo, ubicarlo como cáncer en la matriz, un decaimiento emocional, sanación atribuida a dios, actitud pasiva, miedo, susto, preocupación, negación, atribución de responsabilidad personal, (causas de) enfermedad por la edad, se debe uno cuidar para no andarle dando sustos a la familia, aceptación por hecho de ser mujer, dolor por la infidelidad evidenciada en la enfermedad.

Me hablaron por teléfono, la muchacha de aquí de Las Flores, ay como se llama, no me acuerdo como se llama, me hablaron que fuera a verla pero no fui, y me dijeron que fuera a sacar una cita aquí a Zapata, fui y la aparté y todo pero ya no fui porque entré a este trabajo y he querido ir a hacer otra cita pero no sé a dónde acudir si irme otra vez a hacerme el Papanicolaou o ir allá no sé (Ma. De Jesús, 36 años, NIC 1).

No pues nada más me dijo que me presentará inmediatamente aquí en la clínica 7 con una persona creo que se llama Lidia con ella luego luego y a las dos horas ya estaba yo ahí y me transfieran (al Hospital General de Zona, HGZ) se lo dije a mi hijo y él me dijo que me fuera inmediatamente [¿se preocupó?] Si... ahorita no tengo ninguna

molestia... sí me preocupa pero es algo con lo que he vivido, más que nada me preocupa qué me van a hacer, cómo voy a salir de ahí... si voy a tener alguna molestia. Pero pues aunque tengo miedo de todos modos acudo, o sea digo, no puedo dejarlo y eso es lo que hago, ese día que ella me dijo luego luego me pase a la clínica 1, directo no dejé que ni pasara (Ma. Cristina, 38 años, NIC 1).

Me vinieron a avisar, creo que me estaban llamando por teléfono pero yo lo tenía cortado, entonces vinieron, le avisaron a mi mamá y ya me presenté yo. Me dijeron que no, que no era nada malo, que tenía displasia moderada. [¿Que te imaginaste?] que era cáncer y me hizo sentir pos mal, anduve varios días decaída, ya después cuando fui al HGZ, me dijeron que no que no me asustara porque no era nada malo, porque era moderado que al escuchar eso muchas se imaginan lo peor, no tu tranquila, cuando fui con el patólogo me dijo no esto no es cáncer, dice, si lo dejas pasar si se hace cáncer, pero como estás muy a tiempo lo podemos quitar lo arrancamos y hasta ahí, pero no es malo⁸ (Andrea, 25 años, NIC 2).

“El doctor me espantó, me dijo que tenía cáncer en la matriz”, acudió a otro ginecólogo y fue a que le realizaran una colposcopia, ahí le dijeron que había

una infección muy pequeña, que no era invasivo en la matriz. Cuando el primer doctor me dijo el resultado, me espanté, yo dije, no puede ser que tenga cáncer. El doctor en México me explicó que me había infectado de alguien, en mi adolescencia, que era una ETS y que era por no usar preservativo (Valentina, 26 años, NIC2).

Para Valentina, escuchar ese diagnóstico fue angustiante:

híjole, fue casi como... no puede ser posible, me está diciendo que yo tengo cáncer, yo soy una mujer sana, me imaginaba toda podrida. Primero le dije solo a mi hermana, por no preocupar a mi mamá, necesito asimilarlo yo primero para poder decirles después: tengo cáncer.

Los siguientes extractos presentan esta mezcla de molestias corporales e interpretaciones de ellas, así como la mezcla de lenguaje biomédico con el coloquial:

⁸ Tres meses después Andrea es informada de los resultados.

Se me inflama el estómago cada mes... me arde el estómago [señala al vientre] esto de aquí es lo que me inflama mucho, me duele hasta para agacharme y no, y el flujo que no me deja a veces, huele feo. [Ha tenido sangrado fuera de la menstruación], me dura mucho pero yo creo que es por la inyección que me la cambiaron, ahorita me está durando casi ocho días, me duraba tres días [y usted piensa que esto es por la inyección anticonceptiva] yo pienso que es por la inyección porque me dijeron que iba a tener un cambio en eso. Cuando tenemos relaciones me duele mucho... me duele todo esto... y no siento nada [de placer]. Tenía flujo, ardor y comezón, fui con el encargado de la farmacia y luego pasó como un año desde los primeros síntomas hasta ir con el doctor porque ya tenía también ardor y dolor de estómago, flujo que huele feo; sí, todo eso. Olfía mal el flujo, y la comezón y el ardor... entonces compraba unos óvulos, en la farmacia de genéricos; nomás los compré, le dije que me vendiera algo para infección vaginal, pero sigo igual (María de Jesús, 36 años, NIC 1).

Bueno, fueron meses, como dos meses, algo así, pero de eso pensaba yo, como que es muy fuerte el orín y yo decía ¿pero por qué?, pero no sé y entonces [sic] más bien es como de acá [señala con su índice hacia abajo, a sus genitales] (Graciela, 58 años, NIC 1).

No me recetaron nada [en el IMSS]; donde me han recetado fue acá con mi doctora [particular] porque cuando yo fui traía un flujo y ella me recetó unos óvulos y se me quitó (Ma. Cristina, 38 años, NIC 1).

Si traía flujo, muy amarillo y de un olor muy fuerte, entonces yo fui a que me hicieran el Papanicolaou (Margarita, 50 años, NIC 2).

Yo pensaba que el flujo era un tipo de hongo, porque cuando estaba embarazada tuve flujo y me recetaban Canesten. Entonces yo decía, ha de ser por lo mismo. [¿Antes de ir con el doctor llegaste a comprar nuevamente la pomada sin receta?] No, yo agarraba la miconazol del seguro que le daban a mi mamá (Andrea, 25 años, NIC 2).

Las experiencias en sí mismas tienen un profundo código de palabras de nuestra propia cultura, es muy flexible y puede referirse a lo ordinario y a lo extraordinario; mucho de la vida está ahí, envuelto en un círculo de significado y expresiones que usamos de manera coloquial y sirven como una guía de comportamiento cultural y socialmente aprehendido. Como unidad de análisis, la experiencia posee un tiempo específico temporal y en proceso. Incluye pensamientos, deseos, sentimientos, disposiciones. La experiencia se vive, se narra, se comparte, se reflexiona. Bruner (1986) plantea el análisis de la etnografía como narrativa, desde este ángulo, la

Antropología de la Experiencia se enfoca en las narrativas como construcciones sociales, las cuales organizan y dan significado a la experiencia. Estas estructuras narrativas sirven como guías de interpretación, ellas nos dicen cómo se construye el dato, se definen tópicos de estudios y se construye el lugar de la situación que se trasforma de lo ajeno a lo familiar. Una condensación de esta propuesta es colocar al ‘Drama Social’ como una unidad de análisis.

Las experiencias, vividas si bien de forma individual, permiten observar al grupo, puesto que expresan significados socialmente construidos y su expresión cotidiana manifiesta un drama social en proceso, y al permitir tratar con procesos, obliga a observar el dinamismo cultural.

La feminización de esta enfermedad se produce al ser convertido su alojo en cuerpos femeninos, en una pertenencia biológica adherida a la definición de género y un rasgo social más de lo que involucra ser mujer. Esto quiere decir que el cáncer es de “ellas”, a pesar de que su presencia en el cuerpo femenino requiera de la transmisión del virus del papiloma humano (VPH) durante el contacto sexual y que, por lo tanto, podrían ser involucrados en su atención ambos sexos. La feminización de la enfermedad lleva consigo formas tácitas de otro tipo de valoraciones que configuran la experiencia y expresan la ubicación social de los actores vinculados (ver tabla 3), experiencias y ubicación de género en el reconocimiento de la enfermedad y el padecimiento que implica (las mujeres enfermas); experiencias y ubicación de género en la atención otorgada por quienes se encargan de ellas desde el campo institucional (como lo es el

Tabla 3. Enfermedades que las mujeres entrevistadas consideran como “femeninas”.

a) Se relacionan con la biología femenina y sus procesos: la regla, menopausia, infecciones vaginales (sic) y mama; osteoporosis (sic), dolores de cólicos quistes en ovarios, el papiloma, no más en la mujer se desarrolla. Se sienten en los ovarios, en la matriz, en el útero, en donde uno está en donde quiera. Cuando sale flujo.
b) Se relacionan con los procesos reproductivos: emorragias (sic) y aborto; los partos
c) Se relacionan con enfermedades de transmisión sexual: enfermedades venéreas (sic), gonorrea
d) Están relacionadas con el sistema nervioso y el estado emocional: precion (sic), gastritis, colitis, alteraciones nerviosas, depresion (sic), alta presión, diabetes, migraña.
e) Están relacionadas con cáncer cervicouterino, de matriz, uterino, cáncer de seno (o de mamá) y cáncer sin especificar ubicación. El Papanicolaou es mencionado con frecuencia como una enfermedad de la mujer.
f) Se relacionan con el ejercicio de la sexualidad: infecciones sexuales, que también se reconocen en los varones.
g) Se elabora una diferencia de las enfermedades masculinas de las femeninas, algunas con base a lo que los hombres desconocen (y no por la diferencia genital ni de aparato reproductivo), sino a las experiencias de los eventos (consecuencia de estas diferencias genitales): los partos tampoco los hombres los conocen.

personal médico); experiencias y ubicación de género en la atención y el tratamiento que reciben por el tejido social (la familia, la pareja, los vecinos), ya que en todas ellas se actúa en consecuencia a las creencias culturales del contexto.⁹

La base sobre la cual se elabora el argumento central de esta investigación es que las relaciones de género como sistema de prestigio (planteado por Ortner y Whitehead, 2003) son una respuesta cultural específica de los grupos sociales, donde lo femenino y lo masculino es ponderado de manera diferente en las culturas. Al respecto, los datos obtenidos señalan cuatro elementos principales a través de los cuales es posible identificar y evidenciar las manifestaciones genéricas en la Colonia Las Flores:

- a) *En el ámbito de la división sexual del trabajo:* más allá de en qué trabaja cada sexo, es quién hace qué en el ámbito doméstico, los varones son exigidos en el cumplimiento de sus roles como proveedores y responsables en la mayor parte del mantenimiento del hogar.
- b) *En el uso de los recursos económicos:* ya que persiste la insatisfacción femenina en este rubro y los conflictos entre géneros por el incumplimiento en los roles de ellos como proveedores materiales y de ellas como proveedoras de cuidados maternos, domésticos y sexuales bajo el amparo de la institución del matrimonio y/o la unión conyugal.
- c) *Las prácticas sexuales:* mostrando un uso/abuso de la sexualidad masculina sobre la femenina carente de relaciones satisfactorias, el asunto de la fidelidad y la protección contra infecciones de transmisión sexual, embarazos y la violencia intradoméstica
- d) *La conjugación de estos elementos reflejados en el cuidado de la salud.*

Estos datos son observables tanto en la población general como en las mujeres con diagnóstico positivo a lesiones cervicouterinas. El grupo que posee mayor conocimiento a posteriori es el de mujeres con displasias cervicouterinas, dicho conocimiento es expresado a través del lenguaje biomédico, ya que a partir del Drama de enfrentar la enfermedad existe un reacomodo de significados en un esfuerzo suyo

⁹ Se elabora una diferencia de las enfermedades masculinas de las femeninas, algunas con base a lo que los hombres desconocen (y no por la diferencia genital ni de aparato reproductivo), sino a las experiencias de los eventos (consecuencia de estas diferencias genitales): los partos tampoco los hombres los conocen.

de interpretar esta enfermedad poco comprendida. En consecuencia, los testimonios muestran cómo se presentan dos formas de interpretar el Drama:

- a) Una elaboración de la enfermedad vinculada con el ejercicio de la sexualidad y la pareja como posible vector de transmisión, desmitificando que la enfermedad sea sólo femenina. Al respecto, una de las entrevistadas dijo “del VPH nada más me dijeron que es cuando andan con muchas mujeres y que el hombre, él ni en cuenta [no tiene molestias y por lo tanto se siente sano], pero que sí lo transmite”.

En la mayoría de los casos el conocimiento del virus no es del todo claro, pero sí asociado a metáforas estigmatizantes:

A ciencia cierta no [lo sé], yo lo entiendo como un virus... como sucio, como que... es algo hasta de pena; no sé por qué como que hay gente a la que uno le comenta: ¡fíjate que el virus! y lo asocia con promiscuidad, no directamente pero sí hacen algunos comentarios (Ma. Cristina, 38 años, NIC 1).

Para Valentina, el proceso de diagnóstico, atención y curación, le generó un Drama, pero la información recibida y asimilada por ella le permite replantear los patrones de género estereotipados: “sentía que se me estaba pudriendo la matriz, y para saber quién fue, pues es muy difícil... [Por eso] si voy a conocer a alguien y voy a estar con otra gente pues mejor me cuido, lo malo es que como es silencioso, no se siente nada”. La informante tiene como norma “el uso del preservativo y conocer a la persona y ubicarla bien, si se les ve bien, si son gente muy alegre”. Con respecto al preservativo dice:

yo antes decía: “él tiene la obligación, él es el hombre”; ahora ya no, ya sé que yo soy responsable de mi cuerpo. Ahora sé que lo mejor es que traigas el preservativo, y ahora sí uno que yo compre por supuesto, yo sé que a Martín [su actual novio] le hacen cada 6 meses exámenes antidoping y de VIH, sí digo que él es responsable... pero yo también, muchas muchachas no tienen conciencia de esto (Valentina, 26 años, NIC2).

Su pareja actual era agente federal y acepta el uso de preservativo cuando tienen relaciones sexuales

al principio me daba pena comprar los condones. Una vez fuimos juntos a la farmacia y él me dijo: pídelos chiquita; y yo fui y se los pedí a la señorita; le pedí unos *trojan* y cuando vi el precio noté que estaban de oferta, entonces, le dije, “entonces deme

dos”; y como lo dije fuerte, la gente volteó a verme, me dio pena [porque] les vi su expresión, pero ahora ya no [me da pena].

- b) Una resignación donde el sistema biomédico le quita nuevamente la carga de transmisión al varón, minimiza el papel de la pareja devolviendo a la mujer al mismo sistema cultural tradicional de género que presenta a la enfermedad como femenina y aumenta la vulnerabilidad en el proceso de atención de la salud de las mujeres.

Andrea, cuando acudió a la clínica de displasias, preguntó al patólogo por qué se había enfermado:

No sé... pregunté, pero me dijeron “es que nosotros no te podemos decir, porque eso se puede dar por muchas cosas, porque queda jabón en la ropa, porque usas métodos anticonceptivos o porque también –como me dijeron– usas óvulos sin que te los receten”, así me dijeron (Andrea, 25 años, NIC 1).

En otro caso, la explicación recibida gira en otro sentido:

Eso nos pasa a las mujeres porque no nos cuidamos. Nos sentamos donde quiera, el [patólogo] dice que hasta porque me siente en lo caliente también se infecta, (...) debes de fijarte en donde te sientas, en los baños, etcétera, porque a lo mejor uno no tiene nada, llega otro que está bien malo y quien lo trae [la infección] (...) Me explicó que él lo que quiere saber es exactamente qué es lo que tengo porque para él no es nada, es una simple infección que todas las mujeres tenemos porque no nos cuidamos, por lo que sea, verdad; porque esa infección, él me dijo “no te asustes, eso puede ser porque no te lavas bien, porque no sé, dónde se sientan, hasta de lo mismo que sudan”, así me dijo (Graciela, 58 años, NIC1).

Los elementos culturales que resaltan son, el tipo de información que reciben o no sobre el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (PDOCACU) y el tipo de atención médica institucional donde la paciente es valorada negativamente: “no saben, se quedan como que no entienden” (Testimonio de enfermera encargada de notificar a las pacientes, Diario de campo, Junio 2008).

El asunto de la infidelidad¹⁰ –o múltiples parejas sexuales– masculina dificultan un acercamiento más certero a la enfermedad que permita disminuir la exposición al

¹⁰Léase “promiscuidad” desde el enfoque de factores de riesgo biomédico.

riesgo en la salud de las mujeres, ya que se presenta de una forma incoherente cuando se señala como factor de riesgo: la presencia de infección en la pareja de la mujer es subestimada, no se reconoce de manera abierta la coparticipación del varón en este tipo de enfermedad. Luego entonces, decimos que es “infiel” pero su infidelidad no está asociada a la atención, detección y tratamiento contra VPH en los varones.

El siguiente caso es un ejemplo de que tras el diagnóstico, se asocia la displasia a las verrugas genitales que sus parejas tuvieron tiempo atrás y a la emigración masculina a EU.

Le salió [hace tiempo] unos granitos blancos en la cabeza del pene, y por lo que a mí me ha comentado mi doctora, platicando entre nosotros le digo a él que eso fue (...) A raíz de que me dieron este diagnóstico yo lo relaciono con esos los que le salieron a él, porque dicen que son como las coliflores. (...) Yo tenía muy poquito de que había dado a luz a mi último hijo, pienso que eso favoreció a todo eso. [Seguimos teniendo relaciones sexuales sin preservativo] porque nunca pensé que fuera eso. (...) Se le fue haciendo una lesión que ya le molestaba mucho, fuimos los dos, pero la doctora no lo relacionó tampoco con una enfermedad de transmisión sexual. Le dio una pomada muy común, que a mí se me hace muy común, no me dijo no tengan relaciones. (...) [Posterior al diagnóstico hecho después de varios años de ausencia del esposo, por trabajo en los EU, comentó con su doctora particular y el ginecólogo de la institución la historia de los granos] Ella me dijo que cuando él viniera, yo le hablara a ella para que me contactara con un buen médico para que lo atendiera; y el ginecólogo de aquí de la clínica me dijo que cuando él viniera tenía que ir con un dermatólogo para que le hiciera un estudio y dijera si es portador del virus (Ma. Cristina, NIC 1).

Adriana expresa saber que es probable que su esposo tenga VPH:

sí, sí sé. Pero él no se quiere tratar. Es que él se siente muy mal, muy culpable porque me enfermó. Cuando supo lo que yo tenía él me confesó que me había engañado, dos veces. Primero con una prostituta y luego con un homosexual. Y a mí me dolió mucho, porque cuando él me engañó, yo encargué a la niña chiquita, y ella también se pudo haber enfermado. Él se siente muy mal y dice que ya rompió lo que teníamos, porque yo ya no estoy igual con él. Yo ya no dormía con él, las niñas me preguntaba por qué no me quedaba con él en la cama y yo les decía que porque me operaron y no me sentía todavía bien. Pero tampoco quiero que ellas se den cuenta de cómo estamos, entonces ya me regresé a la misma cama, pero no tenemos relaciones. Él pago parte del tratamiento, me dijo que él iba a ver cómo salíamos de ese gasto, que era por su culpa que yo estuviera mal, pero que lo perdonara (Adriana, 34 años, NIC 2).

Por otra parte, respecto a la población femenina, la elaboración del estudio citológico continuo no “exenta” el desarrollo de displasias cervicouterinas ni de cáncer, por el contrario, hace más difícil enfrentar la enfermedad por la aparición de un diagnóstico positivo a una mujer que tiene por práctica continua la elaboración del Papanicolaou.

Adriana demuestra enojo e impotencia puesto que ella había buscado atención médica antes y no había sido diagnosticada de manera adecuada “¿por qué si yo tenía tanto tiempo con esa infección no me detectaban nada? ¿Por qué salían negativos los resultados?”

Cuando a María Cristina le informaron que tenía una lesión leve en el cuello del útero con presencia de una infección por el VPH y por bacterias, su expresión ante el caso fue:

la verdad yo no lo entiendo... porque yo no tengo... solamente he tenido relaciones con una sola persona, y ahorita tengo 7 años que no las tengo porque mi esposo está en los Estados Unidos. Es que es lo que yo no entiendo, es lo que yo... o sea, yo digo, bueno me detectaron eso pero supuestamente me lo curé, me traté y todo. ¿Por qué ahora que me hice el Papanicolaou en el Seguro sale que tengo la imagen otra vez? O sea, yo sé que ese virus ya no se quita, que lo tiene ahí uno latente... pero lo que yo no entiendo es ¿por qué si yo no tengo relaciones con nadie, por qué sigue? Eso es lo que yo quisiera que me explicaran.

Otra barrera cultural son los parámetros aprendidos en la juventud y adolescencia de las mujeres sobre los eventos de pubertad, menarca y relaciones sexuales, están impregnados por valoraciones y experiencias negativas ante su propio cuerpo y sus procesos biológicos, ellas mismas consideran no haber tenido la información apropiada. La visión social inadecuada que se establece sobre el Papanicolaou y el Cáncer cervicouterino es consecuencia de este aprendizaje temprano rodeado de información incompleta o velada.

Un hallazgo importante ha sido constatar que respecto al VPH, las personas cuya respuesta fue positiva al reconocimiento de este virus, establecieron una asociación directa de virus como infección de transmisión sexual, más no con el cáncer cervicouterino. Sin embargo, se desconocen sus síntomas y manifestaciones físicas tanto en hombres como en mujeres. Sólo en un caso una mujer recordó haber visto verrugas genitales en su pareja, cuya forma refiere la presencia de infección por VPH. Su pareja no fue tratada médicamente y este reconocimiento de presencia de

infección de transmisión sexual no viene ligado al uso de preservativos entre las parejas, situación que nos lleva a reconocer el nivel de la problemática.

¿Cuáles son entonces las opciones médicas culturales que tienen estas mujeres en el proceso salud/enfermedad/atención? En lo que respecta al sistema de cuidado de la salud, éste no es consciente en la vida cotidiana, las mujeres no se dedican el tiempo suficiente para ello. Los “otros” tienen prioridad, si bien acuden a sus citas con el médico familiar para controlar enfermedades como diabetes, migrañas o gastritis, los asuntos de salud sexual, sobre todo en aquellas mujeres quienes han cerrado su ciclo reproductivo, no son prioridad, resultan incluso incómodos y vergonzosos.

Dado que dentro del sistema de salud se establecen como causalidades de enfermedad aquellos eventos directamente anteriores a los síntomas, la necesidad de iniciar una búsqueda de atención por parte de las mujeres está sujeta a la dinámica acción–reacción: si se tienen relaciones sexuales (inicio o re inicio) y luego se presentan molestias, entonces se vincula el contagio de infecciones a dicha actividad sexual y a la pareja; pero si por el contrario, “nosotros de eso ya no” (entrevista a R.S, mujer 65 años, noviembre 2007) es decir, la actividad sexual de la pareja ha cesado, entonces no hay una necesidad imperante de atenderse puesto que no se vincula con el ejercicio de la sexualidad. De esta forma, la visión social del cáncer cervicouterino encuadra con las explicaciones sobre las causas de las enfermedades femeninas, esto es: desconocimiento, ligado a la higiene, a factores externos, a la falta de auto cuidado en el propio cuerpo, a la alimentación, ligada a la pareja, por el estilo de vida y/o descuido de las normas culturales. Desencadenando todas en la normalización de ellas. No se da una relación directa entre el conocimiento que sobre las enfermedades elaboran y acciones destinadas a la transformación de dichas circunstancias (ver tabla 4).

Tabla 4. Sobre el conocimiento de la enfermedad del cáncer cervicouterino. La distribución de las respuestas se ubica en cuatro rubros para las mujeres.

Aquellas que sitúan la ubicación de la enfermedad: “sí, en el cuello de la matriz”; “sí, que da cáncer en el cuello de la matriz”; “el cáncer del útero, de la matriz”; “todo eso de la matriz, acá, sí pues cáncer <i>ahí</i> ”.
Aquellas que asocian directamente el cuidado preventivo pero asumida la toma del PAP como una enfermedad <i>de moda</i> : “debe estar uno al pendiente cuando escucha, debe estarse uno revisando...sí, el de la matriz, es una enfermedad que está de moda, ¿no?”
Aquellas que reportan desconocimiento sobre la enfermedad: “solo oímos decir, pero en realidad uno no sabe qué es”. Las mujeres con diagnóstico positivo a displasias cervicales fueron las que tenían mayor desconocimiento de la enfermedad.
Aquellas que reportan un conocimiento nulo, sobre el PAP y sobre el CaCu: “no, realmente no lo sé”.

Siendo así, los hallazgos que se consideran fundamentales en esta investigación provienen del Drama narrado por las mujeres al enfrentamiento con la enfermedad. Es a través de estas experiencias que se puede conocer el reacomodo de los significados que se hacen del lenguaje biomédico sobre la enfermedad en sí, contrastándolos con su experiencia de vida, de tal forma que llegan a hacer “familiar” una enfermedad muy escuchada, pero poco comprendida, como lo es el avance evolutivo del cáncer cervicouterino. Las más afortunadas obtienen explicaciones biomédicas acertadas respecto a la etiológica de la enfermedad, a ellas les es posible replantearse el ejercicio de su sexualidad y su papel como protagonistas en el cuidado de su cuerpo y su salud. Pasar de una imagen de su útero “de podrido, todo negro” a “limpio y depurado”. Para el resto, la resignificación de la enfermedad queda bajo los parámetros tradicionales genéricos y conservadores desde donde se le hace “responsable y negligente” sobre su situación de enfermedad, a la vez que se les niegan la opciones de ser sujeto activo y no pasivo, en un sistema de feminización de la enfermedad, narrando incluso en tercera persona cuando hablan de su útero: “me dijo el doctor que estaba así, como con bolitas, con grúmulos (sic)” (entrevista a G.D, septiembre 2007).

Como aportaciones de este estudio se puede mencionar que la alta incidencia del cáncer cervicouterino está relacionada directamente con los elementos culturales de género inmersos en el proceso salud/enfermedad/atención, bajo el cobijo de un sistema de prestigio que menosprecia la salud de las mujeres. Se configura entonces como un riesgo mayor el hecho de que el sistema médico de la población establece que los síntomas y/o padecimientos que ocasionan incapacidad, después de “mucho” aguante, sean considerados como enfermedad si y sólo si éstos afectan la vida cotidiana. Este esquema de pensamiento deja fuera la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Todas las entrevistadas reportan malestares vaginales que son naturalizados y por ende no atendidos. Sin embargo, el factor de riesgo más alto se encuentra en la nula, escasa o confusa información que se tiene sobre la prueba del Papanicolaou y el desarrollo de la enfermedad. Lo apropiado entonces es reubicar tanto la transmisión de VPH como las displasias y cáncer cervicouterino como un elemento de la salud sexual, no solo reproductiva, incluyendo ambos sexos en el proceso salud/enfermedad/atención, ya que debe ser abordada como una enfermedad colectiva y no individual.

Reflexiones finales

En el contexto de la ciudad de San Luis Potosí, de acuerdo a los hallazgos de campo, la feminización de las enfermedades tiene dos rasgos contradictorios. Puede estar vinculada a caracteres y/o prácticas socialmente aceptadas y santificadas o a caracteres y/o prácticas sancionadas y prohibidas. Por ejemplo, el cáncer cervicouterino es una enfermedad de las mujeres, como lo es el cáncer de mama. Sin embargo, culturalmente los atributos de cada uno reflejan la cultura patriarcal sobre la visión de la dualidad social de la mujer: madre (su órgano referencial son las mamas cuya función es nutrir, cuidar a los inocentes y asexuados recién nacidos) o “puta” (cuyo órgano referencial es la vagina y el útero, asociados al placer gozado en lo oculto). A ello debe agregarse el discurso de la biomedicina durante los eventos relacionados con el cáncer cervicouterino y la clara estigmatización del mismo y en consecuencia a su ocultamiento (del cáncer y la mujer enferma del mismo) cuando se ha presentado, llegando incluso a la negación de cualquier vínculo con él. Ahora bien, aunque se trate de un grupo cultural con el que se comparte una visión del mundo y códigos de comportamiento y comunicación, las mujeres con cáncer cervicouterino pueden haber interiorizado o rechazado tal visión dual de las mujeres.

La enfermedad del cáncer cervicouterino tiene implícitos elementos de valoración desde el momento mismo en que éste es ubicado social e individualmente como una enfermedad femenina así como durante todo el proceso de atención que significa para las mujeres enfrentar el drama de padecer esta enfermedad. El enfoque de género como estructura de prestigio nos permite reconocer las valoraciones positivas o negativas establecidas en el ambiente doméstico y público sobre la percepción y manifestación del proceso s/e/a. Así las mujeres no son “menos valoradas” en sus grupos culturales, las mujeres “se” valoran a sí mismas de forma diferente frente a la salud y enfermedad de sus hijas, hijos y cónyuges o parejas. En este sentido, no son sujetos “pasivos” puesto que ellas mismas asumen esta valoración negativa sobre su cuerpo “las mujeres somos bonitas, pero cochinas” expresaba doña Eva (Diario de campo, octubre 2007). Ahora bien, es fundamental reconocer que esto sucede así porque las mujeres que no han contado con elementos para valorarse de otra manera, repiten y asumen el discurso patriarcal respecto a su valoración dentro de un sistema médico institucional que las maltrata y una sociedad para la que la sexualidad de las mujeres y su cuerpo en sí son un peligro latente.

En el caso de los varones, que si bien son mejor valorados en la organización social, hemos olvidado analizar las desventajas de dicha valoración positiva. No son

incluidos como actores relevantes en los aspectos de salud sexual y reproductiva, donde las mujeres sí son sobrecargadas con la responsabilidad de regular su fecundidad. Son excluidos también, como ya se mencionó, en la atención médica de la enfermedad del VPH, pero sí son “encubiertos” por el personal médico frente a sus parejas enfermas, cuando les dicen a éstas “nosotros no te podemos decir por qué te contagiaste” (diario de campo, testimonio 3, junio 2008). El único momento en el que se valora menos a los varones es cuando éstos enfrentan procesos de enfermedad donde se explicita que “las mujeres aguantan más”. Es una frase común con la cual se desestiman los padecimientos masculinos, pero se exaltan las cualidades femeninas de aguante y de seguir trabajando a pesar de sus dolencias, sus tristezas, sus malestares, configurándose así la abnegación femenina que le viene bien al sistema de reproducción de la vida cotidiana.

Las mujeres reconocen que se enferman más que los varones debido a que los eventos de la salud reproductiva, como menstruación, embarazos, partos, menopausia, y los eventos relacionados con los roles socioculturales, bajo los cuales se vive como son el cuidado de los hijos, la carga de doble jornada, el cuidado de ancianos y enfermos, son elementos de mayor desgaste. Lo anterior nos lleva a considerar, por un lado, que las mujeres ven cada uno de los procesos de su ciclo vital como un problema y, por el otro, que estas mujeres ni siquiera consideran la posibilidad de compartir las responsabilidades que los roles hegemónicos de género han cargado sobre sus espaldas, esto es, el cuidado de los “otros”. Esto, en conjunto, trae como consecuencia la feminización de las enfermedades, imbricándose en ello elementos particulares de la fisiología de las mujeres y componentes de la distribución desigual de responsabilidades entre varones y mujeres y al interior de las familias; en ello ayuda la visión obtusa de las instituciones que recrean estas asimetrías al responsabilizar a las mujeres de la salud de su entorno y de su propio cuerpo.

Consideramos que los elementos culturales son los ejes de la vulnerabilidad para enfermar a la población femenina, ya que tener una enfermedad siempre involucra un proceso social. Proceso que lleva consigo una multiplicidad de variables, que en el caso del cáncer cervicouterino se perfilan como elementos culturales de riesgo. Desde esta investigación quedan líneas abiertas a futuro, como una discusión más profunda entre el uso de los conceptos de salud sexual y salud reproductiva, y el manejo de la concepción de cuerpo en estos ámbitos de salud. Si entendiéramos –como mujeres, como varones, como sociedad– la dimensión de la enfermedad, ¿el comportamiento en el sistema médico y la búsqueda de atención sería distinto?

Una aportación –y sugerencia– específica hacia el sistema biomédico, desde donde es proyectado el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (PDOCACU), es que se debe incluir en la información sobre la prevención, como factor de riesgo, la presencia de flujos vaginales anormales especificando cambios en el olor, color, sensaciones como escozor y temporalidad de los mismos, ya que si bien etimológicamente estos no son síntomas de la enfermedad en sí misma, sí son reconocidos dentro del sistema médico de la población femenina como aquellas molestias o padecimientos previos a obtener su diagnóstico positivo a lesiones cervicales y como un mensaje del cuerpo femenino de que algo no está bien.

Bibliografía

- Aguirre Crespo, Alejandra (2007) Departamento de Equidad de género y salud reproductiva. http://www.saludqr.gob.mx/sesa/Detalle_Articulo.php?num=8 [2007-02-7]
- Bruner E. M. (1986) “Ethnography as Narrative”: en Turner W. V y Bruner E. M *The anthropology of experience*. USA, By the Board of Trustees of the University of Illinois, 139 – 158.
- Castro, Roberto (1996) “En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo” en Szasz y Lerner *Para comprender la subjetividad, investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México, COLMEX, pp. 57-85.
- Hellman, Cecil G. (1990) *Culture, Health and illness: an introduction for health professionals*. Butterworth Co. Publishers Ltd. 2nd.
- Kleinman, Arthur (1980) *Patients and Healers in the context of culture. Explorations of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. USA, University of California Press.
- Luna Blanco, Mónica (2009) Tesis “Cáncer Cervicouterino: ¿Enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? Opciones médicas culturales frente al Drama social de Enfermar en la Colonia Las Flores, S.L.P”. San Luis Potosí, México, Maestría en Antropología Social, El Colegio de San Luis, A. C.
- Menéndez, Eduardo (2003) “Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en *Ciencia y Saude Colectiva*. Vol. 8 (1):185-207. Fundación Osvaldo Cruz.
- (1997) *Antropología médica: espacios propios, campos de nadie*. Nueva Antropología 51: 83-103, México.
- (1990) *Antropología médica, Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, Cuaderno de la Casa Chata, No. 76.
- (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. México, Cuadernos de la Casa Chata no. 86 CIESAS, 2^a ed.
- Ortner Sherry y Whitehead Harriet (2003) “Indagaciones acerca de los significados sexuales” en Lamas M. (Comp.) *El Género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG, UNAM, 3^a. Reimpresión, pp.127-179
- Salas Valenzuela, Monserrat y Mora Torre Medina (2006) *El concepto de género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México*. Salud colectiva, enero- abril año / volumen 2, numero 001, pp. 35-45. Universidad Nacional de Lanus. Buenos Aires, Argentina.

Género y desarrollo. Problemas de la población I.

Turner W., Victor (1986) "Dewey, Dilthey and drama: an essay in the anthropology of experience" en Turner W. V. y Bruner E. M. *The anthropology of experience*. By the Board of Trustees of the University of Illinois. USA, 33 – 44.

Capítulo 5

Maternidades transnacionales de migrantes guatemaltecas en la cafeticultura chiapaneca

*Naima Cárcamo Toalá, Rosario Ayala Carrillo,
Austreberta Nazar Beutelspacher, Emma Zapata
Martelo y Blanca Suárez San Román*

Introducción

La frontera sur de México, específicamente la de Chiapas con Guatemala, experimenta continuos flujos de movilidad de migrantes centroamericanos conformados por hombres y mujeres de diversas nacionalidades (hondureña, salvadoreña y guatemalteca), quienes hacen de México un país de tránsito, en mayor proporción van a Estados Unidos con la finalidad de obtener nuevas y mejores oportunidades de vida y de trabajo.

Los procesos migratorios de Guatemala con dirección a México tienen características especiales porque son parte de la historia de sus poblaciones. Desde inicios del siglo pasado hasta la actualidad hay diversas formas de migración guatemalteca, la que tiene como destino Estados Unidos, la de trabajadores agrícolas fronterizos, las intensas migraciones internas hacia áreas urbanas y otras formas intrarurales (Ugalde y Caballero, 2010).

En México, las mujeres y los hombres provenientes de Guatemala se han empleado tradicionalmente en labores del sector agrícola, sectores de construcción y servicios. Dentro del agrícola, en los cultivos de plátano, cacao, caña, actividad pecuaria y café, que es un cultivo de gran importancia económica en la región del Soconusco.

Este contexto migratorio implica un reacomodamiento de las relaciones de género dentro del grupo doméstico e influye en las modalidades de reagrupaciones familiares y en las experiencias de los hijos e hijas tanto en los lugares de origen como en los de destino. Recientemente, estos flujos migratorios han tenido un proceso de aceleración y feminización, que se ve reflejado en las relaciones familiares.

El sostenido proceso de feminización de la migración guatemalteca se ve reflejado en la salida de mujeres de cantones y aldeas de su país, en distintos meses del año, para trasladarse a las fincas cafetaleras y emplearse, en su mayoría, como jornaleras agrícolas o empleadas domésticas.

Los flujos migratorios de las guatemaltecas a México no son unidireccionales, debido a que el asentamiento de familias en el país de destino no es permanente, es decir, ellas viajan al Soconusco por una temporada de trabajo y después regresan a su lugar de origen. Como tradicionalmente la tarea de las mujeres es el cuidado de los miembros del grupo doméstico, en el presente artículo se muestran algunas de las características de la vida de las mujeres guatemaltecas que migran al Soconusco para emplearse como jornaleras en el cultivo del café, tomando como referencia la perspectiva de la migración transnacional.

Migraciones transnacionales

El transnacionalismo es heredero directo de la globalización, donde las migraciones y las relaciones humanas adquieren una dimensión más allá de la frontera nacional. El estudio de las migraciones transnacionales cobran importancia, debido a su inmenso potencial teórico y heurístico para conocer y entender los vínculos sociales y las prácticas económicas, sociales, culturales y políticas que establecen muchos inmigrantes con sus contrapartes en las sociedades de origen (Nyberg, 2008; Parella y Cavalcanti, 2010).

El término transnacional hace referencia a las relaciones que existen, las conexiones y flujos establecidos a través y a pesar de las fronteras (Martínez, Moreno y Musitu, 2010). El estudio de las migraciones transnacionales abarca la dimensión social, económica, política y cultural, aunque la mayoría de las veces se centra en la identidad y vida comunitaria, destaca el desarrollo de las prácticas sociales, el cambio social, el cuestionamiento de las instituciones y sus normas (Moctezuma, 2011) con base en prácticas, actividades, e intercambios que traspasan continuamente las fronteras políticas, geográficas y culturales que enmarcan las comunidades de origen y de destino (Martínez, 2010).

Las comunidades transnacionales, trascienden las fronteras políticas y constituyen un grupo que, como señala Portes (1996:3) “no está ni aquí ni allí, sino en ambos lugares a la vez”. Estas personas realizan acciones, toman decisiones y desarrollan identidades enmarcadas en un sistema de redes sociales que los mantienen conectados con dos o más sociedades simultáneamente, de modo que el país de origen y el de

destino se funden (Martínez, Moreno y Musitu, 2010). Aunque se debe considerar que en una comunidad transnacional, no todos los miembros son migrantes, pero la migración es una práctica social que está presente en la vida de ellos y ellas (Martínez, 2010), debido a las relaciones que se establecen con los familiares que migran.

Desde esta perspectiva, se cuestiona hasta qué punto, las normas de género, autoridad y moralidad son reescritas a través del espacio donde se desarrollan (Levitt, 2010), puesto que los miembros de las familias se reorganizan y estructuran sus actividades y roles de acuerdo con el lugar donde se ubican (Nyberg, 2008).

Moctezuma (2011) señala que el estudio de las migraciones transnacionales se ha enfocado en los diferentes aspectos como la familia, el propio individuo, el hogar, la comunidad, las organizaciones, entre otras. Señala que la transnacionalidad del individuo se refiere a las actividades individuales que los migrantes realizan permanentemente a través del desplazamiento continuo entre las fronteras de los países. Cuando se trabaja sobre los hogares transnacionales es necesario identificar cómo a través de la distancia se mantienen y reafirman los lazos afectivos y, por tanto, se reproduce la unidad del núcleo familiar. Además, la influencia de los procesos migratorios en las tipologías familiares se refleja en la existencia de divergencias entre la estructura de los hogares (Martínez, Moreno y Musitu, 2010).

Familias transnacionales

Aproximarse a la familia transnacional, implica tener en cuenta las desiguales relaciones de poder que se establecen al interior de ésta, así como la asignación diferenciada de roles en cuanto a la construcción de las identidades y las condiciones de reproducción del bienestar de las personas (Parella y Cavalcanti, 2010).

Bryceson y Vuorela (en Parella y Cavalcanti, 2010) consideran que una familia transnacional es aquella cuyos miembros viven una parte o la mayor parte del tiempo separados, siendo capaces de crear vínculos (emocionales y económicos) que permiten que sus miembros se sientan parte de una unidad y perciban su bienestar desde una dimensión colectiva, a pesar de la distancia física. Las familias se conciben a partir de sus dinámicas de negociación y reconfiguración constante, a través de su capacidad de adaptación en el tiempo y el espacio.

La migración transnacional es una experiencia familiar colectiva que atañe tanto a quienes se quedan en el país de origen como a aquéllos que se van. Todos juntos conforman un sistema interconectado, que conforma una familia “a distancia”. De esta manera, se generan puentes humanos y simbólicos, a través de la continua formación

de redes transnacionales. Se establecen vínculos mediante el envío y recepción de remesas y productos. Se produce un continuo intercambio de ideas, visiones, tradiciones y valores sociales y culturales que pueden influir en la construcción social de las identidades personales y culturales (Martínez, Moreno y Musitu, 2010). En estas familias se mantienen algunas funciones originales y se modifican otras, mediante decisiones que muchas veces son tomadas desde la distancia y que pueden estar sujetas a gran movilidad, cambio o inestabilidad (Sorensen y Guarnizo, 2007; Parella, 2007; Rosado, 2008).

En el reacomodo de las familias transnacionales es necesario realizar una serie de arreglos en su entorno más inmediato que cubrirán los roles de reproducción social durante la migración. Estas negociaciones, muchas veces, han supuesto una sobrecarga de tareas y responsabilidades para las abuelas o los hijos e hijas mayores que se convierten en jefes y jefas de hogar en plena etapa de la adolescencia (Pedone, 2006c). Además del costo económico, deben asumirse los costos afectivos, como la separación de los cónyuges, el impacto emocional de los hijos e hijas que permanecen en el lugar de origen o de los padres o madres que viven la etapa de la vejez sin la presencia de sus descendientes (Acosta, López y Villamar, 2004).

Los arreglos transnacionales en la familia dependen de la interacción de múltiples factores que tienen que ver con las relaciones de género, la clase social, la edad, el contexto social, político y económico. Son las condiciones contextuales en las que se encuentran enraizados los migrantes y el resto de los miembros, las que pueden situar a las familias y a sus integrantes en distintos grados de vulnerabilidad a la hora de definir la acción transnacional, los ajustes a su alcance y sus consecuencias (Parella y Cavalcanti, 2010).

En síntesis, las familias transnacionales sufren transformaciones tanto en sus dinámicas como en sus interacciones. Los vínculos afectivos y de cuidado de carácter transnacional se tornan estrategia colectiva para hacer frente a las necesidades de supervivencia (Parella, 2007). De este modo, la familia persiste como institución, se adapta a su nueva realidad y establece formas de mantener y fortalecer los vínculos familiares tanto económicos como afectivos y de gestión del cuidado en una nueva estructura transnacional (Martínez, Moreno y Musitu, 2010). Entender las familias transnacionales exige comprender que las relaciones entre las personas que radican en ambos lados de la frontera, están inmersas en un vínculo que trasciende la mono-ubicuidad y obliga a considerar espacios dobles y expandidos dado que son geográficamente diferentes en cuanto a cultura, sociedad, economía y política (Bryceson y Vuroela, 2002; Martínez, 2010).

Maternidades Transnacionales

Hombres y mujeres forman parte de la comunidad y participan de diversas maneras de acuerdo con las categorías de género de sus grupos de pertenencia, es decir, según las concepciones, representaciones y prácticas que su cultura considera adecuadas para cada sexo (Oehmichen, 2000). La experiencia migratoria de las mujeres resulta una práctica que cambia en función de la etapa del ciclo vital y de circunstancias particulares como: el estado civil, la edad de los hijos e hijas que permanecen en el país de origen, la decisión de regresar o permanecer de forma definitiva en la sociedad receptora, o reagrupar a su familia más adelante, entre otras. La migración femenina supone una transformación del significado de la maternidad y una disrupción de la relación materno-infantil, que debe adaptarse a una separación espacio-temporal (Hondagneu-Sotelo y Ávila, 1997; Parella y Cavalcanti, 2010).

Algunos estudios muestran que las migraciones que emprenden las mujeres se encuentran más condicionadas que las de los varones por la etapa en su trayectoria de vida, su posición en la familia, su estado civil, la presencia de hijos e hijas, y de la pareja, y por la estructura del hogar. El papel asignado a las mujeres en la reproducción hace que el contexto familiar sea más importante en las migraciones femeninas que en las masculinas. Aunque las nuevas responsabilidades y tareas asumidas por las mujeres no les proporcionan, por sí mismas, un nuevo estatus, ni tiendan a fortalecer su poder de decisión en el ámbito familiar y/o comunitario (Oehmichen, 2000).

La maternidad no está predeterminada de una única manera, sino que es una construcción histórica, social y cultural (Pedone, 2006c). El proceso de convertirse en madre adquiere particularidades cuando son las mujeres inmigrantes quienes la protagonizan. En el proceso entran en juego no sólo aspectos de corte económico, sino también aspectos de corte sociocultural (etnicidad, identidad, tipo de relaciones intrafamiliar, religión, etcétera) (Rodríguez y Jareño, 2009). Las maternidades transnacionales desafían el peso del mito de la maternidad intensiva como el modelo más adecuado de ser socialmente madre. El peso de las representaciones sociales de la maternidad tan fuertemente arraigadas suscita en ellas una amplia variedad de sentimientos: culpa, inseguridad, confusión, tristeza, nostalgia y temor, entre otros (Medina, 2011).

En la experiencia de las madres transnacionales, el ejercicio de la función materna en la distancia supone nuevas y variadas formas de organización de la relación materno-filial, además de las múltiples ambivalencias y contradicciones (Medina, 2011). El significado de ser una buena madre en el país de origen es redefinido en respuesta a las exigencias de la vida en el país de destino (Levitt, 2010).

Las mujeres que dejan a sus hijos e hijas tienen que reconstruir la maternidad sobre la base de la organización de los hogares transnacionales, esta situación es difícil en el marco de las ideologías tradicionales de la vida familiar (Oso, 2008). Las principales estrategias que se ponen en marcha para hacer frente a la maternidad transnacional son delegar cuidados en otros familiares, por lo general suelen ser otras mujeres las principales responsables, desde las abuelas, pasando por otros miembros femeninos de la parentela, hasta las hijas (Oso, 2008). Mucho depende, por eso, de la edad, de las circunstancias en las que se quedan los hijos e hijas, de las personas a cargo, del grado de comunicación, la frecuencia de remesas, la red social y las perspectivas de reunificación (Carrillo 2005, citado en Wagner, 2008).

Dentro de la maternidad transnacional existe la debatible tendencia de culpar a las madres migrantes por los impactos que la migración tiene sobre los hijos e hijas y sobre el grupo doméstico en general. Esta estigmatización está atravesada por ideologías de género que asignan a las madres la responsabilidad fundamental del cuidado de sus hijos e hijas (Wagner, 2008). En general, la maternidad transnacional es cuestionada tanto en el lugar de destino como en los países de origen, debido al impacto que tiene la emigración de las madres sobre las relaciones familiares. En el caso de la emigración de mujeres Filipinas, Salazar Parreñas (2002) creó el concepto de “crisis de cuidados” cuando la provisión de cuidado transnacional implica sufrimiento para los hijos e hijas, y dificultades para las mujeres que asumen el papel de segunda madre en el país de origen (Schmalzbauer, 2004).

De esta forma, la concepción de la maternidad transnacional contradice tanto los modelos de maternidad de clase media, de los países centrales, y más aún las nociones ideológicas de la maternidad en América Latina (Hondagneu-Sotelo y Ávila, 1997). En este contexto, a inicios del siglo XXI, las madres transnacionales latinoamericanas y sus familias están construyendo nuevos espacios, expandiendo límites nacionales e improvisando estrategias de maternidad y nuevas pautas de crianza, hecho que se presenta como una verdadera odisea con altos costos económicos, sociales y emocionales (Pedone, 2004, 2005, 2006a, 2006b).

Maternidades transnacionales en la migración femenina de guatemaltecas al Soconusco, Chiapas

El concepto de maternidad transnacional se ha aplicado generalmente para las mujeres que migran a los Estados Unidos donde permanecen varios años sin regresar con sus grupos domésticos. Aunque la realidad de la zona cafetalera de Chiapas, México, es

diferente, intentamos utilizar la noción para analizar realidades de mujeres que viven entre fronteras. Van y vienen de su lugar de residencia al lugar donde trabajan. Algunos hijos viajan con ellas, otros permanecen en el lugar de origen. Si bien es cierto que no se quedan largos periodos, sí tienen que dejar a los hijos a cargo de parientes. Dejan casa y pertenencias, y algunas veces a sus familiares adultos en situaciones vulnerables.

Esta realidad la exploramos a través del estudio “Diagnóstico de la situación de los(as) niños(as) jornaleros migrantes en Chiapas”, donde se analizan las estrategias que practican las madres guatemaltecas cuando se emplean como jornaleras en el cultivo de café. El estudio, examina algunas de las consecuencias de la transnacionalización en la vida social de las mujeres migrantes y las repercusiones para sus grupos domésticos, es decir, los efectos que tiene para las madres guatemaltecas empleadas en la cafecultura de la región Soconusco, Chiapas, la separación geográfica de sus lugares de origen, donde dejan hijos e hijas al cuidado de familiares, o cuando se trasladan con sus pequeños niños y niñas, quienes permanecen en las galleras¹ o algunas veces atendidos por las hermanas mayores porque no pueden acompañarlas a los pantes² de café.

El estudio de donde tomamos estos datos se realizó, en 2010 y 2011, en 13 fincas cafetaleras ubicadas en el municipio de Tapachula, Chiapas. La información se obtuvo por medio de entrevistas estructuradas con mujeres y hombres migrantes con hijas e hijos que se encontraban laborando en las fincas del Soconusco en el momento del levantamiento de la información.

La aplicación de la encuesta se realizó en dos períodos del ciclo productivo del café, a) post cosecha que comprendió los meses de febrero y marzo de 2010; y b) durante el período de cosecha en los meses de octubre y noviembre de 2011. La encuesta fue aplicada a aquellas personas que aceptaron de forma voluntaria proporcionar la información. En total se levantaron 452 cuestionarios, la información fue capturada y analizada en SPSS v.15.

¹ Las galleras son lugares insalubres instalados en el casco de las fincas cafetaleras, algunas veces construidas al lado de aguas negras. Son cuartos generales que comparten familias completas y jornaleros –hombres y mujeres solteros–, donde viven sin privacidad, en total hacinamiento, duermen sobre tablas o en el suelo, carentes de ventilación. Así también se le denomina a la sección de cuartos de 3 por 3 metros donde viven las familias jornaleras, normalmente es un cuarto por familia nuclear y/o extensa.

² Un “pante” es una proporción de la superficie total sembrada de café, la cual no tiene una medida estándar (hectáreas o solares), es utilizado como una forma de organización para facilitar el manejo y administración de las labores culturales que se realizan en el proceso productivo de café.

La migración femenina en la frontera sur

En la frontera sur de México, la migración femenina ha existido desde la consolidación del café como producto principal de la zona. Sin embargo, muchas mujeres, niñas y niños que participan en las labores del café quedan invisibilizados porque sólo se les registra como acompañantes, eufemismo que oculta su presencia en las labores y el trabajo que aportan. Por ejemplo, desde la época colonial han sido requeridos los servicios de las mujeres en las casas patronales de haciendas y fincas en la zona del Soconusco, donde también han participado como jornaleras en todas las labores de la cafecultura.

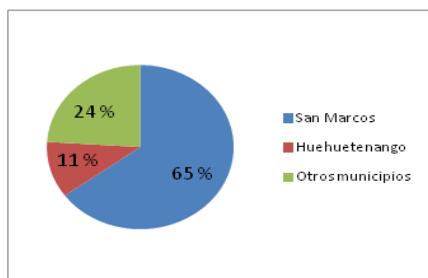
La incorporación masiva de la mano de obra de las mujeres guatemaltecas en el mercado de trabajo en la frontera sur de México está generando nuevas formas para expresar la maternidad. Las mujeres no viajan sólo como acompañantes, ahora encabezan proyectos migratorios propios para insertarse en trabajos generadores de ingresos (Gioconda, Carrillo y Torres, 2005). En América Latina se encuentra también la experiencia de la migración intrarregional, generalmente fronteriza (Pellegrino, 2004). Para nuestro estudio nos referimos a mujeres guatemaltecas, jefas³ de hogar o esposas, que migran a México para insertarse en el trabajo agrícola de las fincas cafetaleras del Soconusco en Chiapas.

De la muestra total, se entrevistaron a 65 jefas de familia y 373 jefes de familia. Los grupos domésticos, encabezados por mujeres u hombres, provienen de comunidades de Guatemala con alto grado de pobreza, principalmente de los departamentos de San Marcos y Huehuetenango, con alto grado de marginación y extrema pobreza (ENCOVI, 2011). En la Figura 1 aparecen los lugares de origen de jefas y jefes encontrados en el Soconusco. Esta condición de pertenecer a un país con menor desarrollo económico y que no brinda oportunidades de desarrollo hace que busquen empleo en territorio mexicano, ya que aun cuando en su país existen fincas cafetaleras, éstas se encuentran retiradas de sus comunidades, el pago es menor, no les permiten pernoctar y no les proporcionan alimentos. En las fincas del Soconusco viven en galleras, en pésimas condiciones, les brindan dos tiempos de comida: desayuno y almuerzo aunque de inadecuada calidad.

La edad de las madres se presenta en el cuadro 1. Como puede verse, las madres solas que se emplean como jornaleras tienen mayor edad respecto a las mujeres jornaleras que tienen pareja ($p=0.000$). Así, 37.2% de las madres con pareja son

³ Lázaro, Zapata y Martínez (2007) definen a las jefas de hogar por maternidad, viudez, abandono o divorcio.

Figura 1. Departamentos de origen de las mujeres jefas y no jefas guatemaltecas empleadas en la cafeticultura en Chiapas, México.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta DSNJAM-CHIS 2011.

menores de 30 años, mientras que la proporción de madres solas en este grupo de edad es de 13.8%. Una posible explicación a ello es que las mujeres jefas de hogar se incorporan al trabajo agrícola en las fincas cafetaleras una vez que han sido abandonadas o el esposo migró o falleció.

El tiempo que las mujeres han trabajado como jornaleras evidencia una mayor duración en esta actividad entre las madres solas (Media=3.13 años; rango: 1-4 años); respecto a las madres con pareja (Media=2.91; rango: 0-4 años).

El origen de este flujo migratorio se ubica en los años 1950 cuando se combina la mano de obra chiapaneca con la guatemalteca en el cultivo de café principalmente

Cuadro 1. Distribución de las madres por grupos de edad, según condición de pareja de la madre.

Edad de las madres	Madres con pareja (n=373)	Madres solas (n=65)
14-19	7.2	0.0
20-29	30.0	13.8
30-39	29.0	36.9
40-49	19.3	23.1
50 y más	14.5	26.2
Total	100.0	100.0
$\chi^2_{MV}=20.448, 4 \text{ gl}, p=0.000$		

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta DSNJAM-CHIS 2011.

(Palma, 2001; Montoya, Hernández y García, 2010). A lo largo de estos años las mujeres se han visto en la necesidad de restablecer sus relaciones al interior de sus grupos como consecuencia de la dinámica migratoria que viven y la necesidad de contribuir al ingreso familiar.

La fragmentación de las familias y el costo familiar de la migración laboral de las mujeres puede verse en el cuadro 2. Si bien en ambos grupos de madres (solas y con pareja) una importante proporción deja a los hijos e hijas en sus lugares de origen, en general, un mayor porcentaje de madres solas los dejan en Guatemala. La excepción la constituyen los hijos e hijas menores de 1 año, que en su totalidad acompañan a la madre en el proceso migratorio laboral⁴. A partir de 1 año de edad, y hasta los 14 años, los dejan en buena medida en sus lugares de origen si se les compara con las madres que tienen pareja; esto se observa en los grupos de edad de 1 a 4, de 5 a 9 y de 10 a 14 años.

Las madres que tienen pareja dejan en sus lugares de origen en mayor proporción respecto a las madres solas, a los hijos e hijas de 15 a 17 años, quienes ya pueden valerse por sí mismos (cuadro 2). Es aquí donde en los lugares de origen las redes

Cuadro 2. Porcentaje de hijos e hijas que se quedan en los lugares de origen mientras la madre migra para ocuparse en las fincas cafetaleras mexicanas, según grupos de edad de los menores y condición de pareja de la madre.

Edad de los hijos e hijas	Madres con pareja				Madres solas			
	n	Acompañaron a la madre	Se quedaron en Guatemala	Nacieron en México	n	Acompañaron a la madre	Se quedaron en Guatemala	Nacieron en México
Menores de 1 año	40	82.5	0.0	17.5	3	100.0	0.0	0.0
1 a 4 años	237	70.5	20.7	8.9	23	47.8	30.4	21.7
5 a 9 años	300	54.0	33.7	12.3	37	43.2	45.9	10.8
10 a 14 años	322	59.9	30.1	9.9	57	50.9	43.9	5.3
15 a 17 años	164	54.9	40.2	4.9	26	61.5	30.8	7.7
Total	1063	60.7	29.4	9.9	146	51.4	39.0	9.6

$\chi^2_{uv} = 13.945, 2 \text{ gl}, p = 0.001$

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta DSNJAM-CHIS 2011.

⁴ Debe notarse que el acompañamiento de los menores de 1 año de edad a las madres jornaleras ocurre también entre las que dijeron tener pareja. Sin embargo, en el cuadro 2 se presenta un 17.5% de hijos e hijas de ese grupo de edad, como nacidos en México.

establecidas por las mujeres juegan un papel preponderante en los ciclos migratorios, ya que normalmente son otras mujeres las que hacen el papel de madres con hijos e hijas que permanecen. Las madres migrantes realizan arreglos en su entorno familiar más inmediato que les permite cubrir su rol de reproducción social durante el período de migración. Este papel lo realizan generalmente las abuelas, y hermanas, aunque en algunos casos, este rol se traslada a las hijas e hijos mayores que se convierten en jefas o jefes de hogar, algunos de ellos y ellas, de acuerdo con la población estudiada, son adolescentes. “[Tú eres mamá y a tu hijito o hijita ¿dónde la dejas, lo traes aquí contigo?] Se lo dejo a mi mamá... allá en Guatemala...” (Jefa de hogar, jornalera, finca Irlanda).

Solé y Parella (2005) señalan que es necesario considerar los proyectos migratorios que encabezan las jefas de familia, puesto que es imprescindible tomar en cuenta que aquí se ubican los procesos específicos de expulsión y de demanda, que influyen en la selección de la migración por género, como es el caso de la población estudiada donde se emplean en determinados períodos de año para tareas específicas. Es probable que los hijos e hijas de madres solas de 15 a 17 años sean claves para incrementar los ingresos familiares de los hogares encabezados por mujeres en las fincas cafetaleras.

La presencia de los hijos o hijas en las fincas cafetaleras está determinada por su contribución en el corte y cultivo del café, así como en el caso de los hijos mayores (aun cuando son pequeños) por su apoyo a las madres cuidando a hermanos o hermanas menores o contribuyendo al trabajo doméstico. El hecho de que las madres solas dejen en mayor proporción a sus hijos e hijas de 1 a 14 años de edad respecto a las madres que tienen pareja, podría ser explicado por el costo del traslado de un país a otro, ya que éste es elevado y un número mayor de los y las menores incrementa los gastos, reduciendo las ventajas percibidas de migrar y ocuparse en las fincas cafetaleras. Además, llevarlos a las fincas, significa que la madre tiene que compartir con ellos y ellas la ración⁵ de comida que la finca le proporciona como trabajadora.

Debe señalarse, que no fueron registradas diferencias en los niveles de escolaridad alcanzados por los hijos e hijas de madres solas o madres con pareja, lo que indica que probablemente el hecho de que las madres solas dejen en Guatemala a sus hijos e hijas menores de 14 años podría deberse a que no desean interrumpirles la asistencia

⁵ Porción de alimentos en el desayuno y el almuerzo, normalmente frijoles, tortillas y café en el primero y frijoles, tortillas, café y/o pasta, arroz, huevo, pollo (una vez a la semana) en el segundo.

a la escuela. No obstante, debe señalarse que los periodos en que los menores acompañan a las madres en las fincas cafetaleras suelen corresponder a los de vacaciones escolares, lo que no implica que con frecuencia permanezcan más tiempo a expensas del periodo escolar (cuadro 3).

Cuadro 3. Escolaridad alcanzada por hijos e hijas de madres jornaleras agrícolas según condición de unión de la madre.

Escolaridad de hijos e hijas	Hijos e hijas de madres con pareja (n=820)	Hijos e hijas de madres solas (n=131)
Sin escolaridad	15.2	15.3
Primaria incompleta	66.0	73.3
Primaria completa	14.9	7.6
Secundaria y más	3.9	3.8
Total	100.0	100.0
$X^2_{mv}=5.863$, 3 gl, $p=0.118$		

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta DSNJAM-CHIS 2011.

Las experiencias de las madres transnacionales cambian en función de la etapa de su ciclo de vida y sus circunstancias en las que juegan un papel preponderante el estado civil, la edad de los hijos e hijas que permanecen en el país de origen y en este caso de acompañantes, ya que no es lo mismo que viajen con ellos o ellas en edades donde son más independientes –10 años en adelante– y que pueden contribuir al trabajo, a llevar consigo bebés o de la primera etapa de la infancia.

Las jefas de hogar no solamente se encuentran en desventaja económica, sino que aproximadamente una de cada siete (13.2%) lleva hijos e hijas menores de un año a las fincas cafetaleras, lo que probablemente complica la posibilidad de tener un mejor desempeño laboral, ya que deben estar atentas al cuidado y atención de los hijos e hijas o depositar tal actividad en otra persona.

A continuación se muestra el relato de la maestra de una de las fincas, quien señala las dificultades por las que cursan para el cuidado de hijos e hijas:

[En época de cosecha tú me decías que de cuatro años en adelante ya les dan canastitos a los niños. Con los bebés, los más chiquitos, ¿qué hacen con ellos?] Los cargan en sus espaldas las señoras que vienen del otro lado, mantienen todo el día cargando a sus bebés, ya los que se sientan los sientan en el suelo ahí junto a una matita o que el más grande los cuide... (Maestra de una finca, 2011).

Los hogares encabezados por mujeres son un grupo particularmente vulnerable de familias migrantes, tanto en el lugar de trabajo como en el lugar de origen. Los hogares de origen de las madres que tienen pareja, tienen en promedio 6.18 integrantes de la familia que comparten la vivienda (rango: 1-16), mientras que las familias de origen de las madres solas tienen en promedio 5.37 integrantes (rango: 2-11); las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.171$), aunque son menos los hijos de las jefas de familia, se debe considerar que ellas solas se hacen cargo de ellos(as) en comparación con las madres que tienen pareja.

Uno de los elementos asociados a la maternidad transnacional son las remesas y su frecuencia, así como las condiciones de los hogares donde se quedan los hijos e hijas (Carrillo 2005 citado en Wagner, 2008). La preocupación de las madres solas jornaleras agrícolas por los y las menores que se quedan en Guatemala se puede observar mediante el envío de remesas para su manutención. El envío de remesas a

Cuadro 4. Características de los hogares de origen y de las remesas según condición de unión de la madre.

Condiciones de los hogares de origen y remesas	Madres con pareja (n=373)	Madres solas (n=65)
Promedio y rango de habitantes por vivienda	6.18 (1-16)	5.37 (2-11)
Número de personas que contribuyen al ingreso familiar		
Solo una persona	34.3	53.1
Dos a tres personas	33.6	31.3
Cuatro y más personas	32.1	15.6
Total	100.0	100.0
Promedio y rango	2.80 (1-10)	1.87 (1-5)
Tiene familiares que no puedan valerse por sí mismos (sí/no)	14.4	25.0
Tiene familiares que padezcan enfermedades crónico-degenerativas (sí/no)	8.1	12.5
Envía remesas	16.2	18.8
Monto de las remesas		
120 a 800 pesos	42.2	50.0
1,000 a 1,500 pesos	37.8	50.0
2,000 a 4,000 pesos	20.0	0.0
Mencionaron como destino específico de las remesas la educación de hijos e hijas	1.3	1.5

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta DSNJAM-CHIS 2011.

los familiares de madres con pareja fue 16.2%, mientras que por parte de las madres solas fue de 18.8%, sin diferencias estadísticas entre ellas. Pese a que las madres solas ganan menos por su trabajo en las fincas cafetaleras, tampoco se registraron diferencias en cuanto al monto de las remesas entre ambos tipos de madres ($p=0.285$).

Los hogares de donde provienen las madres solas enfrentan condiciones que incrementan su vulnerabilidad como el hecho de que en mayor proporción son las únicas proveedoras de ingresos para la manutención de sus integrantes (53.1%) y registran en más elevada proporción enfermos crónicos o personas que no pueden valerse por sí mismas. Aunque sólo un porcentaje muy pequeño de las madres señaló específicamente que el destino de las remesas era la educación de los hijos e hijas, proporción que fue mayor en las madres solas (cuadro 4).

Conclusiones

Las madres guatemaltecas que migran, toman la difícil decisión de dejar a sus hijos o hijas debido a que priorizan la manutención de los miembros del grupo. Ante esta situación, son las redes de estas mujeres, las que posibilitan que la madre emigre, porque las abuelas, hermanas y tías son quienes suplen el papel de las madres para la atención y cuidado de los hijos e hijas.

Aun cuando las madres transnacionales no tienen el cuidado de los hijos de forma presencial, buscan alternativas que les permitan, en la distancia, procurar la manutención, educación y bienestar físico de sus hijos e hijas, mediante mecanismos e instrumentos que las habilitan para mantener, en alguna medida, los vínculos con los integrantes del grupo que permanecen en el lugar de origen, así como una comunicación fluida. Las remesas son uno de estos vínculos, lo mismo que las visitas y llamadas telefónicas.

Las madres migrantes reconstruyen constantemente los significados y estrategias de la maternidad. Estas madres asumen diversas formas de vivir la maternidad, ya que algunas lo hacen con la presencia física, o bien la viven a la distancia porque los hijos e hijas se quedaron en la aldea o cantón de origen en Guatemala. Es decir, la maternidad aquí no es de “tiempo completo”.

Las madres solas sacrifican más su cercanía con hijos e hijas, tanto durante su estancia en las fincas como en sus lugares de origen; sin embargo, asumen, realizando un esfuerzo extraordinario, su papel de procuradoras de bienestar y de proveedoras económicas de hogares extremadamente vulnerables y con dependientes enfermos o discapacitados, logrando que sus descendientes alcancen niveles que aunque bajos

son semejantes a los de hogares en mejores condiciones. Las madres transnacionales viven entre dos fronteras, lo que implica desprendimientos afectivos aunque también satisfacción porque pueden aportar al mantenimiento de sus grupos domésticos.

Bibliografía

- Acosta, Alberto, Susana López Olivares y David Villamar (2004) “Ecuador: oportunidades y amenazas económicas de la emigración”, Transmigrared, Working Paper núm. 1. Disponible en www.transmigrared.net.
- Bryceson, Deborah Fahy y Ulla Vuorela (eds.) (2002) *The Transnational Family*. New European Frontiers and Global Networks, Oxford, Berg.
- Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) (2011) Guatemala; ver www.ine.gob.gt
- Gioconda Herrera, María Cristina Carrillo y Alicia Torres (eds) (2005) “La migración ecuatoriana: transnacionalismo, redes e identidades” en: *Plan Migración, Comunicación y Desarrollo*. Quito, Ecuador, FLACSO, sede Ecuador.
- Hondagneu-Sotelo y Ávila Ernestine (1997) “I’m Here, but I’m There, The Meanings of Latina Transnational Motherhood”, *Gender and Society*, vol. 1, núm. 5, pp. 548 – 571.
- Lázaro Castellanos, Rosa; Emma Zapata Martelo; Beatriz Martínez Corona (2007) Jefas de hogar: cambios en el trabajo y en las relaciones de poder. *Política y Cultura*. UAMX, No. 28, pp. 201-224.
- Levitt, Peggy (2010) “Los desafíos de la vida familiar transnacional”, en Grupo Interdisciplinario de Investigador@s Migrantes (coords.). *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes: rompiendo estereotipos*. Madrid, IEPALA-Caja Madrid Obra Social Casa Encendida.
- Martínez Ruíz, Diana Tamara (2010) “Trazando puentes. Dinámicas matrimoniales y familiares entre migrantes y los que se quedan, pertenecientes a localidades michoacanas en contexto transnacional”, en Aresti de la Torre, Lore (coord.). *Mujer y Migración. Los costos emocionales*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. pp. 145-162.
- Martínez, Belén; David Moreno y Gonzalo Musitu (2010) “Formas familiares y procesos migratorios actuales: nuevas familias en la sociedad de la globalización”. II *Conversaciones Pedagógicas. Familia y Diversidad: Intervención socioeducativa*. Sevilla. <http://www.uv.es/lisis/belen/formas.pdf>
- Medina Villegas, María Claudia (2011) *Los ausentes están siempre presentes: una aproximación interpretativa de la experiencia materno-filial transnacional entre España y Colombia*. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Madrid.
- Moctezuma L., Miguel (2011) *La transnacionalidad de los sujetos. Dimensiones, métodos y prácticas convergentes de los migrantes mexicanos en Estados Unidos*. Zacatecas, Universidad Autónoma de Zacatecas, Porrúa.
- Montoya Gómez, Guillermo, José Francisco Hernández Ruiz, y García Cruz, Juan Uriel (2010) “Estructura económica del modelo productivo de la perla del Soconusco” en *Revista Universidad Autónoma de Chiapas*, edición especial sobre el Soconusco, pp. 71-88.
- Nyberg Sørensen, Ninna (2008) “La familia transnacional de latinoamericanos/as en Europa” en Gioconda Herrera y Jacques Ramírez (eds.). *América Latina migrante: Estado, familias, identidades*. Ecuador, FLACSO Ecuador y Ministerio de Cultura del Ecuador.

- Oehmichen Bazán, Cristina (2000) “Las mujeres indígenas migrantes en la comunidad extraterritorial” en Barrera Bassols, Dalia y Oehmichen Bazán, Cristina (Edits.). *Migración y relaciones de género en México*. México, GIMTRAP, UNAM/IIA. México. Pp. 321-348.
- Oso Casas, Laura (2008) “Migración, género y hogares transnacionales” en Joaquín García Roca, Joan Lacomba (coord.) *La inmigración en la sociedad española: una radiografía multidisciplinar*. España. pp. 561-586.
- Palma C., Silvia Irene (2001) *Caracterización de los Movimientos de la población en la frontera Guatemala-México*. Guatemala, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-Sede Guatemala, Programa de Migración.
- Parella Rubio, Sònia (2007) Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales. Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones Internacionales*, Vol. 4, Nº. 2, 2007, pp. 151-188.
- Parella Sònia y Leonardo Cavalcanti (2010) “Dinámicas familiares transnacionales y migración femenina: una exploración del contexto migratorio boliviano en España” en Grupo Interdisciplinario de Investigador@s Migrantes (coord.) *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos*. IEPALA EDITORIAL Madrid, IEPALA-Caja Madrid Obra Social Casa Encendida.
- Pedone, Claudia (2004) *Tú siempre jalas a los tuyos. Cadenas y redes migratorias de las familias ecuatorianas hacia España*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, tesis doctoral.
- (2005) “Relazioni di genere e catene familiari in un contesto migratorio internazionale” in Ambrosini, M.; Queirolo Palmas, L. (eds) *Il Latinos alla scoperta dell'Europa*. Nuove migrazioni e spazi della cittadinanza. Milan, Editorial Fratelli,
- (2006a) *De l'Equador a Catalunya: El paper de la familia i les xarxes migratòries*. Barcelona, Editorial Mediterrània.
- (2006b) Estrategias migratorias y poder. ‘Tú siempre jalas a los tuyos’. Quito, Abya Yala; PMCD.
- (2006c) La maternidad transnacional: nuevas estrategias familiares frente a la feminización de las migraciones latinoamericanas, ponencia presentada en el I Fórum Internacional sobre Infancia y Familia: De filias y fobias, 29 y 30 de septiembre y 2 y 3 de octubre de 2006, Barcelona, Consorcio e Instituto de Infancia y Mundo Urbano (CIIMU).
- Pellegrino, Adela (2004) “Migration from Latin America to Europe: trends and policy challenges” in *Migration Research series*, Nº 16, Ginebra.
- Portes, Alejandro (1996) “Globalization from below” in Roberto Patricio Korzeniewicz and William C. Smith, *Latin America in the World Economy*, Westport, CN: Greenwood Press. pp. 151-168.
- Rodríguez Jaume, María José y Diana Jareño (2009) *Maternidades transnacionales: el caso de las argentinas en España*. VI Congreso sobre las Migraciones en España. La Coruña, 17-19 de septiembre de 2009. Universidad de Alicante (España).
- Rosado Zuñiga, Andrés (2008) “La familia transnacional. Importancia de conocer los fenómenos de familias no tradicionales y la conformación de un nuevo tipo de familia y su manera de interactuar” en *PSIMONART*, núm. 1, vol. 2, pp. 69 – 75.
- Salazar Perreñas, Phacel (2002) *Servants of globalization. Women, Migration and Domestic Work*, Stanford, Stanford University Press, 309 pp.
- Schmalzbauer, Leah (2004) “Searching for Wages and Mothering from Afar: The Case of Honduran Transnational Families.” *Journal of Marriage and Family*, 66: 1317-1331.
- Sole, Carlota y Sònia Parella (2005) “Discursos sobre la maternidad transnacional de las mujeres de origen latinoamericano residentes en Barcelona” en *Mobilités au féminin* Tanager. Centro de

- Estudios sobre Inmigración y Minorías Étnicas. Depto. Sociología- Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sorensen, N. y Guarnizo, L. (2007) “La vida de la familia transnacional a través del Atlántico: la experiencia de la población colombiana y dominicana migrante en Europa” en Puntos de Vista. Cuadernos del observatorio de las migraciones y la convivencia en la ciudad de Madrid, Madrid, España, núm. 9, pp. 7-30.
- Ugalde, Miguel Ángel y Álvaro Caballero (2010) Contexto migratorio de Guatemala y Centroamérica, en Lo formal y lo real de las migraciones, revista *Análisis político*, año 4, no. 1, septiembre – diciembre 2010, Guatemala, Centroamérica.
- Wagner, Heike (2008) “Maternidad transnacional: discursos, estereotipos, prácticas” en Gioconda Herrera y Jacques Ramírez (edits.). América Latina migrante: Estado, familias, identidades. Ecuador, FLACSO Ecuador y Ministerio de Cultura del Ecuador.

Capítulo 6

Entornos laborales agresivos y redes sociales. Un estudio con académicas de Universidades Estatales Mexicanas

*María Zúñiga Coronado
Elisa Cerros Rodríguez*

Introducción

En México las instituciones educativas no ofrecen escenarios ideales de la igualdad de género. En el ámbito económico persiste la diferencia salarial entre los científicos masculinos y femeninos. En el nivel político-administrativo, las mujeres científicas son ampliamente excluidas de la toma de decisiones. En el ámbito simbólico, las mujeres de ciencia tienen menor prestigio que sus colegas masculinos, dado el desprecio y la falta de respeto recibidas de los administradores de las universidades, de los estudiantes y de los colegas. Estas circunstancias contribuyen al mantenimiento de un ambiente de trabajo agresivo. A pesar de que se trata de un entorno laboral considerablemente agresivo a diferentes grupos laborales, muchas investigadoras de alto nivel han logrado consolidar su carrera científica. Ello se debe en buena parte a su capacidad de construir redes sociales. La red social o red de apoyo se refiere a las fuentes actuales o potenciales de apoyo y a las relaciones que los individuos establecen con personas o grupos significantes de su entorno (Streeter y Franklin, 1992; Vaux, 1985; Requena, 1989).

En el contexto de las organizaciones, una red implica una serie de interacciones formales e informales con compañeros de trabajo y directivos a través de las cuales se realiza una serie de intercambios (Linehan y Scullion, 2008; Wang, 2009). Bartol y Zhang (2007) señalan que las redes en las organizaciones desempeñan importantes funciones, ya que permiten el cumplimiento de tareas, facilitan la promoción y el desarrollo personal y profesional.

Existe una gama de tipologías de redes sociales, generalmente clasificadas por la mayoría de los autores en formales e informales (Chadi, 2000); sin embargo, en el marco de las organizaciones, algunos autores como Ibarra (1995) las han catalogado en: redes de trabajo, redes para hacer carrera y redes de amistad o de apoyo social. Las redes de tareas facilitan el intercambio de recursos como información, conocimientos, materiales y acceso político para la realización de las actividades en el entorno laboral. Las redes para hacer carrera hacen referencia a las relaciones que se tienen con actores que ayudan a lograr el progreso y el éxito profesional, brindando una serie de apoyos mediante consejos, información, tutoría, patrocinio, asistencia y gestiones para la promoción. Las redes de amistad o de apoyo social son relaciones que se basan más en la cercanía y en la confianza que en las necesidades relacionadas con la tarea.

Las relaciones o conexiones que una persona tiene con una red tienen una serie de características entre las que destacan la centralidad, la cercanía y el estatus (Bartol y Zhang, 2007; Velázquez y Aguilar, 2005). La centralidad se refiere al grado en que un actor tiene una posición estratégica que le permite relacionarse con otros y hacer que otras personas se relacionen; los estudios han mostrado una relación positiva con el poder y la promoción. Las relaciones cercanas entre una persona y los miembros de la red facilitan el acceso a la información, el establecimiento de la confianza mutua y la independencia. De esta manera, la cercanía permite la transferencia de conocimientos entre los miembros de la red. El estatus o jerarquía de los miembros de la red juega un importante papel en el acceso a la información y en el avance profesional. Así, establecer contacto con personas de alto nivel facilita no sólo un mayor acceso a la información, sino el ascenso en la carrera en términos de salario y promoción.

Las redes son una fuente donde fluyen diferentes recursos o apoyos. Nelson (1995) y Barrera (1986) definen el apoyo como el conjunto de acciones o comportamientos específicos de los miembros de la red, dirigidos a proporcionar ayuda o asistencia a una persona. El apoyo puede ser de dos tipos: 1) intangible o emocional, el cual puede tomar la forma de orientación, información, aprobación o retroalimentación y 2) material o tangible como la ayuda económica, la asistencia física, entre otras.

Entre los primeros trabajos a nivel internacional que reconocen la importancia de las redes sociales entre los científicos se encuentran los de Price (1963), Crane (1972) y Mullins (1968). Estos autores pusieron en evidencia la importancia de las relaciones interpersonales, pues facilitan diversas formas de comunicación y colaboración entre grupos de científicos, haciendo posible el desarrollo de la investigación

en sus campos de especialización. Todos ellos resaltaron, entre otros datos, que los investigadores a menudo se comunican de manera informal no sólo con científicos de su campo, sino de otras áreas, lo que les permite el intercambio de recursos como información, conocimientos, etcétera. Estudios nacionales e internacionales recientes han centrado su atención en las estrategias que utilizan las mujeres científicas para hacer carrera en la ciencia (Rosser, 2004; Corley, 2005). Sondergaard (2005), en una investigación con científicos y científicas daneses muestra cómo de manera diferenciada utilizan recursos académicos y socioculturales para avanzar en la academia.

Respecto a las estrategias utilizados para afrontar las dificultades en el entorno laboral, las investigaciones en México muestran que las psicológicas y de apoyo social inciden en el progreso de las mujeres en la academia y en la ciencia. García (2004), al trabajar con ejecutivas del área de administración de una universidad estatal, encuentra que las redes que construyeron estas mujeres con altos funcionarios de gobierno y con los de la institución donde laboraban fueron algunos de los principales mecanismos utilizados para lograr el ascenso profesional. Por su parte, Del Ángel y otros (2010) encontraron que los docentes (hombres y mujeres) de una institución de educación superior disponían de altas redes de apoyo familiar y laboral, de ellos los que contaban con estudios de posgrado recibieron mayor apoyo, en comparación con los que sólo tenían estudios de pregrado. Asimismo, observaron, que el apoyo familiar favoreció el rendimiento en el trabajo. Aranda y Pando (2006) señalan la importancia del apoyo social como factor protector ante el acoso psicológico que experimentan los profesores de universidades públicas. Morales (2007), al trabajar con investigadores del Colegio de la Frontera Sur, encontró que uno de los recursos utilizados por las investigadoras para enfrentar las dificultades laborales fue establecer lazos de colaboración con las compañeras de la misma organización. Al trabajar con profesoras pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de dos universidades mexicanas estatales, Cerros (2011) pone de manifiesto la importancia del apoyo de la pareja y de otros miembros de la familia para conciliar las responsabilidades laborales y domésticas, logrando con ello avanzar en la ciencia.

A pesar de que existe un número importante de estudios sobre los obstáculos materiales que enfrentan las investigadoras (miembros del SNI) para el desempeño de su trabajo, así como sobre la importancia de las redes sociales y del apoyo brindado por éstas para afrontarlos, pocos se han interesado en indagar sobre las dificultades que experimentan en el ámbito informal y sobre los factores asociados a éstas. Asimismo se ha otorgado poca atención a las variables que influyen en el apoyo que reciben ante

los problemas experimentados en los ámbitos formales e informales de parte de los directivos y compañeros de trabajo.

En este contexto, el presente trabajo explora, en primer lugar, las dificultades, en los ámbitos formal e informal, que enfrentan en el centro de trabajo un número de investigadoras mexicanas, miembros del Sistema Nacional de Investigadores, de diversas disciplinas particularmente con los superiores y los compañeros. En segundo lugar, se describe la principal estrategia utilizada para afrontar los problemas laborales, es decir, el apoyo proporcionado por las redes sociales. El trabajo se basa en los resultados de un estudio de corte cuantitativo y cualitativo. Las principales interrogantes que guiaron el estudio son: 1) ¿Los problemas laborales que enfrentan las investigadoras varían de acuerdo a la disciplina? 2) ¿Cuál es el papel que tienen las redes sociales en los conflictos afrontados con directivos y compañeros? 3) Cuáles son las variables que están asociadas a las dificultades enfrentadas con los directivos y colegas. Y 4) ¿Qué factores influyen en la percepción del apoyo proporcionado por superiores y colegas?

Se analizan los datos de 296 cuestionarios y de 10 entrevistas a profundidad con profesoras investigadoras que laboran en diversas universidades estatales del país. Las informantes son reconocidas como integrantes del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), se desempeñan en las disciplinas de ciencias sociales y humanidades y de ciencias naturales y exactas. Su edad promedio es de 48 años, siendo la edad mínima de 30 años y la máxima de 76 años. El 62.8% son casadas o viven en pareja; 18.9% son solteras, 16.6% divorciadas/separadas y el 1.7% no respondió la pregunta. En promedio tienen 2.7 hijos, el rango oscila de 1 a 6 hijos. La edad promedio de los hijos es de 20 años, la edad mínima registrada es de menos de un año y la máxima es de 44 años.

Los datos cuantitativos fueron procesados y analizados con la ayuda del paquete estadístico SPSS. Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: t student para comparar las medias de los dos grupos de científicas que participaron en el estudio (según la disciplina a la que pertenecen: ciencias naturales y ciencias sociales); la Chi cuadrada para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos; y la correlación de Pearson: Las pruebas se calcularon con un nivel de confianza del 95%.

Situación laboral

Para efectos de este trabajo, se encuestó a investigadoras reconocidas como integrantes del SNI cuya actividad laboral académica se halla en diversas universidades estatales mexicanas. El 54% se ubica en las áreas de ciencias sociales y humanidades y el 46%

en las ciencias naturales y exactas. Respecto al tipo de trabajo, 85% cuenta con la definitividad, en tanto que 14% tiene un contrato que es renovado anual o semestralmente; el 1% no proporcionó información al respecto. En promedio, las académicas han permanecido en el trabajo 16.5 años, la antigüedad mínima registrada es de 1 año y la máxima de 50 años. Al observar de manera específica la distribución de permanencia en el trabajo se observa que 35.1% tienen hasta 10 años de laborar en la institución, 28% entre 11 y 20 años, 27% entre 21 y 30 años y 9.1% entre 31 y 50 años, 2 académicas no proporcionaron datos. La categoría laboral del 13% es de Asociado “A”, “B”, “C” o “D”, mientras que el 62% tiene la Titularidad “A”, “B”, “C” o “D” (29% es titular “C” y 2.5% titular “D”). Como investigadoras está el 17%, 4% tiene otro tipo de categoría y 4% no proporcionó datos al respecto.

Los ingresos de las investigadoras provienen de diversas fuentes: del salario, del programa de estímulos al desempeño académico y del Sistema Nacional de Investigadores. De acuerdo al área donde se desempeñan existe una diferencia estadística significativa entre las medias de los grupos ($p = .006$); las investigadoras sociales ($M = 22,489.62$) perciben mayor salario en comparación con las del área de ciencias naturales ($M = 19,822.43$). El monto recibido por parte del programa de estímulos no presenta diferencias significativas en los grupos, de tal manera que ambos reciben, en promedio, cantidades similares ($Mcs = 11,810.53$; $Mcn = 11,618.49$). Respecto a los ingresos que obtienen por ser miembros del SNI, no disponemos de los montos en este estudio, sólo se conoce el nivel en el que están ubicadas: el 77% de las científicas sociales se encuentra en el nivel 1; el 17% en el nivel 2 y el 2% en el nivel 3; 4% no dio datos. Para el caso de las científicas naturales, el 80% se sitúan en el nivel 1, 9% en el nivel 2; 5% en el nivel 3 y como investigadoras eméritas 1%; 5% no proporcionó datos.

Hostilidades del entorno laboral

Del total de participantes en el estudio, 65% ($n = 194$) (33% del área de sociales y 32% de ciencias naturales y exactas) reconoció haber experimentado de manera muy intensa algún conflicto en el trabajo. Los principales actores con quienes las científicas de ambas áreas tuvieron problemas fueron los superiores (40%), los colegas (27%), los estudiantes (5%) y con otras personas del entorno laboral 2%, 14% no especificó el actor con quien se suscitó el conflicto (ver tabla 1). En un lugar privado, en presencia de terceros, por correspondencia o a través de rumores o chismes fueron las principales formas mencionadas en las que se desarrollaron los conflictos. Del conjunto de

científicas, el 65% reconoció haber enfrentado alguna situación conflictiva, 21% señaló que el problema se suscitó en privado, esto es, cara a cara con el actor involucrado; 19% expresó que se había realizado en presencia de otras personas; a través de medios impresos el 11% y por medio de chismes el 9%. Se observan diferencias de acuerdo a los grupos, ya que para la mayoría de las encuestadas del área de ciencias sociales los problemas se suscitaron en público, en tanto que para las de área de ciencias naturales éstos se llevaron a cabo en privado ($\chi^2=12.505$; $p=.006$) (tabla 1).

Tabla 1. Actores y lugar donde se suscitó el conflicto.

	Ambos grupos de investigadoras %
Actores	
Superiores	40
Colegas	27
Estudiantes	5
Otras personas	2
No especificó actor	14
Lugar en donde se suscitó el conflicto	
Público	19
Privado	21
Correspondencia	11
Chismes/rumores	09
No contestó	05

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

Conflictos con superiores

Dificultades en el ámbito formal

Las dificultades experimentadas con los jefes se relacionan con varios aspectos laborales formales e informales. Respecto a las condiciones materiales, la carga académica es una de las áreas donde los conflictos se han generado ya sea porque siempre o a menudo no se les asignan cursos teóricos (22%) o asesoría de tesis (17%), o porque se les sobrecarga académicamente (5%). La primera situación descrita tiene repercusiones importantes en el acceso a recursos económicos extras en virtud de ser indicadores considerados en la evaluación realizada por los organismos que otorgan dichos recursos (SEP a través del Programa de Estímulos al Desempeño Académico

y el Sistema Nacional de Investigadores). El hecho de dedicar muchas horas a la docencia les impide avanzar en el desarrollo de investigaciones y en la redacción y divulgación de los resultados, lo que se convierte en un impedimento para acceder a las compensaciones extra salariales. Otra situación la enfrenta el 14% de las académicas quienes se han visto obstaculizadas por sus superiores para poder avanzar en el escalafón salarial; sólo el 2.5% ha logrado la categoría más alta en el escalafón, o sea, la titularidad “D”. Además, 4% señala haber quedado excluido del programa de estímulos o de otro tipo de compensaciones a la cual tenía derecho. Otros aspectos que han sido fuente de desacuerdos con los jefes son: el hecho que no se les proporciona el material de oficina o laboratorio (tóner, hojas de máquina, reactivos) (11%); el equipo necesario para realizar el trabajo como computadoras, impresoras, equipo especializado, etcétera (12%); o no poseen la infraestructura necesaria para realizar los proyectos de investigación (15%). En este último rubro, la comparación de medias muestra que las encuestadas de ciencias naturales presentan mayores carencias de infraestructura que las de las ciencias sociales (Mcs = 2.7; Mcn= 3.3; p = .000). Además de las situaciones señaladas, 15% refiere que han sido excluidas de los comités de posgrado, por lo que no participan en la toma de decisiones sobre los procesos académicos y administrativos de su centro de trabajo (tabla 2).

Tabla 2. Situaciones en el ámbito formal que generen conflictos entre las investigadoras y los superiores.

	Siempre/ a menudo %	A veces/Pocas veces %	Nunca %	No contestó %
Carga académica				
No asignación de cursos	22	37	39	2
No asesoría de tesis	17	20	57	6
Sobrecarga académica	5	15	77	3
Salario				
Bloqueo avance escalafón	14	18	55	3
Exclusión programa estímulos	4	12	82	2
Equipo y materiales				
No proporciona material oficina	11	19	66	4
No equipo de cómputo	12	32	53	3
No infraestructura para investigación	15	45	37	3
Exclusión comités posgrado	15	36	46	3

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

Dificultades en el ámbito informal

Otros eventos problemáticos en el campo subjetivo vividos por las académicas con los jefes se refieren al trato, la retroalimentación y comunicación. En lo referente al trato, 40% expresó haber sido tratadas de forma grosera, al 29% le habían hablado a gritos, 17% habían sido amenazadas, 27% fueron reprimidas frente a otros y 24% avergonzadas ante los compañeros de trabajo. La frecuencia con la que se experimentaron estas situaciones va desde siempre hasta algunas veces. En cuanto a la comunicación, 26% expresa que siempre o algunas veces sus jefes no les dirigen la palabra. Además, 40% de las profesoras reconocen que sus jefes difunden discursos negativos con el fin de desacreditarlas como personas y profesionistas. Generalmente estos discursos toman la forma de chismes y rumores que hacen circular informalmente entre compañeros y estudiantes. El no reconocimiento de los avances académicos de parte de los superiores fue motivo de recelo o conflicto para el 25% de las encuestadas (ver tabla 3).

Tabla 3. Situaciones en el ámbito informal que generen conflictos entre las investigadoras y los superiores.

No reconocimiento logros académicos	6	19	72	3
Trato				
Grosero	6	34	57	3
Gritos	4	25	70	1
Amenazas	3	14	82	1
Represión frente a otros	8	19	71	2
Avergonzado frente otros	5	19	73	3
Comunicación				
No le hablan	7	19	72	2
Circulación/ divulgación de discursos negativos	12	28	53	7

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

Al comparar los resultados sobre los problemas, se comprueba que un mayor porcentaje de investigadoras reconocen tener más problemas en el ámbito informal que en el formal. Con ello se constata lo señalado por Honneth (2007) acerca de que las personas, grupos éticos, etcétera, actualmente luchan no sólo por el reconocimiento instrumental, sino también por el reconocimiento subjetivo o simbólico.

Al abordar el tema de la calidad de las relaciones con los superiores, 25% señaló que éstas eran poco, algo o nada buenas; 25% las calificó como medianamente buenas,

49% como muy buenas y 1% no opinó al respecto. De acuerdo a la disciplina (ciencias sociales y humanidades y ciencias naturales y exactas) no se registra diferencia significativa entre las medias respecto a la calidad de las interacciones.

A partir de las 16 variables sobre conflictos, en los ámbitos formal e informal, con superiores se creó un índice de conflictos a fin de estimar la *t* de Student para comparar las medias de los dos grupos de investigadoras (ciencias sociales y ciencias naturales); sin embargo, el cálculo muestra que no existe una diferencia estadística significativa entre ellas ($M_{cs}= 30.5$; $M_{cn}= 31.2$). Al constatar que las investigadoras de ambas disciplinas presentan problemas similares, se da respuesta a la primera pregunta acerca de si los problemas laborales que enfrentan las investigadoras varían de acuerdo a la disciplina.

Al analizar algunas variables demográficas (edad, estado civil) y laborales (antigüedad, salario, monto por concepto de estímulos al desempeño académico, tipo de trabajo, definitivo o contrato, nivel en el SNI) se observa una diferencia estadística significativa entre la edad, la antigüedad y el monto del ingreso recibido por concepto de estímulos a la productividad. De esta manera, el cálculo de correlación de Pearson indica que las científicas con menos años de edad ($r = -12$; $p= .03$), así como las que tienen menos años de permanencia en la institución ($r = -12$; $p= .04$), registran mayores conflictos con los superiores. La misma situación se presenta con las científicas que reciben menos ingresos compensatorios al salario ($r = -15$; $p= .02$). La variable que más fuertemente se asocia con los conflictos es la calidad de las relaciones ($r = -49$; $p= .00$). Entre más cordiales sean las relaciones/interacciones con los directivos, menos son los problemas que enfrentan las investigadoras en el plano formal y en el plano informal. De esta manera se responde a la pregunta sobre las variables que más influencia tienen en la presencia de conflictos con los jefes. En este aspecto, nuestros resultados coinciden con lo señalado por otros estudios, como el de Szulanski (1996), quien encontró que una de las barreras más importantes en las organizaciones es la existencia de relaciones difíciles, lo que influye en las condiciones en que se da el intercambio de recursos. Otros investigadores (Van Maanen y Kunda, 1989) han demostrado que cuando las relaciones tienen una fuerte dosis de confianza, las interacciones son cooperativas y existe mayor disposición para el intercambio o flujo de recursos. Finalmente, concordamos con lo señalado por Bartol y Zhang (2007) y Velázquez y Aguilar (2005) acerca de la importancia de la relación positiva con quien tiene el poder.

Conflictos con colegas

Entre las situaciones que originaron los conflictos con los compañeros de trabajo está la circulación que los colegas hacen de discursos que tienen como fin dañar la imagen personal y profesional ante los estudiantes, directivos y demás colegas; la apropiación de ideas, trabajos o patentes; y la indiferencia ante sus avances en los campos de la investigación y divulgación del conocimiento. Este último aspecto resulta ser el más significativo en virtud de que 35% reconoce que siempre o a menudo enfrenta esta situación y 47% a veces o en ocasiones (ver tabla 4). Muchas veces la falta de reconocimiento simbólico viene del mismo género, así lo expresaron tres investigadoras.

Tabla 4. Aspectos que generan dificultades entre las encuestadas y colegas.

	Siempre/ a menudo %	A veces/Pocas veces %	Nunca %	No contestó %
Ignoran logros académicos	35	47	17	1
Minimizan logros académicos	6	19	72	3
Circulación discursos negativos	9	29	60	2

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

sí, desprestigian mucho tu trabajo, el mismo género, minimizando. No es tan bueno, no es... dan preferencia a otras áreas del conocimiento. También me siento discriminada por lo que estudio, a lo mejor más por lo que yo soy como mujer ahorita por lo que estudio. Una discriminación de las propias mujeres... (Ciencias sociales, 35 años de servicio en la universidad).

Cuando ingresé al SNI no recibí reconocimiento alguno ni de mi jefa ni de mis colegas de mi misma profesión. Ni siquiera hubo una mención o felicitación al respecto a pesar de ser la primera de la disciplina que había alcanzado dicho reconocimiento... (Ciencias sociales, 21 años de antigüedad).

(Entrevistadora: Cuando entraste a la Academia Mexicana de Ciencias, ¿cómo reaccionaron tus colegas?) no, muy pocos se acercaron a mí y me dijeron felicidades. Los miembros de mi departamento, sí claro me felicitaron, pero de la dirección o coordinación, rectoría, no, no... (Ciencias naturales, 15 años de permanencia en la institución).

En el plano de la relaciones con sus pares –colegas–, éstas son percibidas como buenas por el 51% de las encuestadas; sin embargo, para la proporción restante las interacciones no siempre son cordiales, 29% las califica como medianamente buenas, 19% como algo buenas y 1% malas, dos personas no proporcionaron información.

A fin de saber si los conflictos variaban entre el grupo de las académicas sociales y el de las académicas naturales se construyó un índice con las variables mostradas en la tabla 2. La t de Student fue utilizada para comprobar si existía diferencia entre las medias. Los datos muestran que no existen diferencias significativas entre las medias de los grupos (Mcs= 7.7 Mcn= 7.9). En este sentido, la percepción que tienen las encuestadas sobre los problemas que enfrentan con sus colegas –hombres y mujeres– es similar en ambas áreas. Al estimar por separado cada variable tomada en cuenta para la construcción del índice de conflictos, se observa una diferencia importante, aunque no significativa, en las medias de los grupos con respecto a ignorar los logros académicos, siendo en su mayoría las científicas naturales quienes cursan por esta situación (Mcs= 2.8, Mcn= 3.1) (ver tabla 5).

Tabla 5. Comparación de medias obtenidas sobre los conflictos entre las investigadoras y colegas.

	Ciencias sociales y humanidades	Ciencias naturales y exactas
Ignoran logros académicos	2.8	3.1
Minimizan avances académicos	1.5	1.4
Circulación discursos negativos	1.8	1.7
No le hablan	1.5	1.6
Apropiación de ideas, trabajos	1.6	1.7

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

De las variables demográficas y laborales, solo la antigüedad muestra una relación negativa significativa débil con los conflictos, siendo las que tienen menos tiempo de permanencia en la institución de educación superior quienes presentan más problemas con las colegas ($r = -15$; $p = 01$). La variable que resulta tener mayor impacto es la calidad de las relaciones, entre más cordiales son las relaciones con los superiores ($r = -49$; $p = 00$) sin diferenciación según sexo ($r = -42$; $p = 00$), menores son las dificultades vividas. Estos resultados confirman que las científicas de ambas disciplinas presentan el mismo tipo de dificultades y que la calidad de las relaciones es el factor que más influye en la presencia o ausencia de los problemas.

Redes sociales como estrategia de afrontamiento ante conflictos

De acuerdo con Lazarus (2006 y 2001), Kappas (2001) y Harré (1986) la forma de responder de las personas ante una situación que genera tensión es diferente y depende de la valoración que éstas hagan de las consecuencias que el evento puede tener en su vida. Según el autor, otros factores intervienen a la hora de evaluar la situación como las metas y objetivos perseguidos, las expectativas, los principios éticos y morales y la autoestima. La forma de responder depende de los recursos con los que cuentan las personas para afrontar la situación. Los recursos hacen alusión tanto a los de orden personal (como los conocimientos, habilidades, otro) como a los sociales (redes de amigos, familias, compañeros de trabajo, etcétera). Los recursos sociales se construyen y reconstruyen en la vida cotidiana, por lo que requieren de un constante fomento para su mantenimiento (Lazarus, 2001; Pitrou, 1994).

Redes informales de tarea y sociales

Una de las formas en las que las científicas de nuestro estudio afrontaron las situaciones adversas en el entorno laboral fue la construcción de redes de tarea al interior de los centros de trabajo y de redes informales extra-laborales a través de las cuales obtuvieron diversos tipos de apoyo. En función del área de la que provienen, las académicas han respondido de manera distinta. En el caso de las científicas naturales, trabajar de manera colegiada con científicos y científicas de la misma disciplina o de otra del mismo centro donde laboran, así como de otras dependencias, les permitió contar con apoyo material y emocional en los momentos más críticos. Tal es el caso de dos entrevistadas que narran lo siguiente:

encontré tanto hombres como mujeres que me apoyaran. Me apoyaran en el sentido de que pudimos realizar trabajos en conjunto, multidisciplinarios, que sola yo no hubiese podido sacarlos adelante... el encontrar el apoyo en los colegas que me han conocido desde mis épocas de estudiante... (investigadora del área ciencias naturales, 28 años de experiencia docente).

en situaciones de tensión se los platico aquí a mis compañeros de trabajo, me refiero aquí a los del laboratorio, sí, más que nada, percibo solidaridad de parte de ellos... (científica natural, 15 años de trabajo en la universidad).

En el caso de las científicas sociales la situación es algo distinto dado que las investigaciones se desarrollan en mayor grado de forma individualizada, situación que

apenas empieza a cambiar gracias al impulso de formar cuerpos académicos. Para estas mujeres, los actores extra-laborales, como las amigas, los amigos y la familia, cobran mayor importancia. Son ellos quienes les brindan apoyo emocional, las escuchan y consuelan, les aconsejan y las motivan a seguir adelante. Los siguientes extractos de entrevista avalan lo señalado:

Cada semana voy a comer con unas amigas. Sin ellas, no sé que habría sido de mí. Con ellas descargo todo, todo el coraje que me da cuando me andan fregando. Es muy redentor para mí sentir su enojo o sus comentarios... (Científica social, 18 años de experiencia).

también he tenido bastante apoyo por parte de él (se refiere a la pareja). Bastante apoyo. ¿En qué sentido? pues en el sentido, por ejemplo... como que darme consejos de inteligencia social o también de apoyo, de aliento: “hazle así”, como que ve el otro lado, me incentiva a no dejar la toalla. De que digo: es decepcionante, y me da ánimos, sí me motiva. Y sobre todo de que pues, llevamos –a ver– casi 9 años juntos... (Ciencias sociales, 10 años de experiencia).

pues, bueno, sí a mi marido le platico, de hecho sí, platico con mi hija la mayor, el menor no sabe ni qué, sí, sí recibo apoyo... (Científica social, 16 años de experiencia).

A pesar de que el apoyo informal es importante para las investigadoras de ambas disciplinas para afrontar los problemas en el centro de trabajo, los actores del entorno laboral (los compañeros) resultan ser los principales dispensadores del apoyo de las del área de ciencias naturales, en tanto que para las de las ciencias sociales, los actores externos (familia y amigos) son los más importantes.

Redes formales externas y el reconocimiento simbólico

Organismos evaluadores

Los vínculos establecidos con organismos evaluadores, federales y estatales, externos a las universidades o institutos como el Sistema Nacional de Investigadores, la Secretaría de Educación Pública y el CONACYT permitieron a las investigadoras establecer vínculos con funcionarios de alta jerarquía, enriqueciendo con ello su capital social y político, lo que les permitió no sólo ocupar posiciones privilegiadas sino también obtener el reconocimiento negado al interior de las universidades y/o dependencias donde laboran.

De acuerdo a los datos obtenidos, 63% de las científicas sociales y 76% de las científicas naturales participaban como evaluadoras en programas de CONACYT; en proyectos de la Secretaría de Educación Pública el 22% y 23% respectivamente, y en otros organismos nacionales casi una quinta parte de ambos grupos. Asimismo, un porcentaje nada despreciable de científicas de ambos grupos (17% de las ciencias sociales y 23% de las ciencias naturales) lograron tejer lazos con distintos organismos internacionales lo que les permitió participar en comités de evaluación de diversos programas y/o proyectos (ver tabla 6).

Tabla 6. Participación de las investigadoras en gremios evaluadores.

Tipo de organismo	Ciencias sociales n=161 %	Ciencias naturales n=126 %
CONACYT	63	76
SEP	22	23
Otros organismos mexicanos externos	19	18
Organismos internacionales	17	23

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados

Redes académicas y asociaciones científicas

Otra forma en la que las científicas lograron incrementar su capital social fue a través de la participación en redes académicas nacionales e internacionales y en asociaciones científicas. Es interesante resaltar que la pertenencia a redes ha sido la estrategia más utilizada por las científicas sociales que por las científicas naturales. En efecto, se observa que casi la mitad de las académicas sociales son miembros de alguna red a nivel nacional o internacional en comparación con un tercio del segundo grupo (ver tabla 6). Por el contrario, la adherencia a asociaciones científicas del país resulta ser una estrategia más utilizada por las científicas naturales (48%), aunque la participación de las científicas sociales no es nada despreciable (43%); 21% de las científicas naturales y 9% de las científicas sociales son miembros de la Asociación Mexicana de Ciencias (ver tabla 7).

El reconocimiento y prestigio otorgado por las redes académicas y las asociaciones científicas, compensó la falta de reconocimiento simbólico de parte de los administrativos y colegas, así como las carencias vividas en el plano material.

Tabla 7. Adhesión de las investigadoras a redes académicas y asociaciones científicas.

	Ciencias sociales n=161 %	Ciencias naturales n=126 %
Integrante de redes académicas mismo centro de trabajo	40	24
Integrante de redes académicas internacionales	45	29
Pertenencia a otras redes académicas nacionales	51	28
Miembro de asociaciones científicas nacionales	43	48

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados

Las redes formales y el apoyo financiero

Para superar los obstáculos en el centro de trabajo referentes al desarrollo de la investigación como la falta de equipo, infraestructura y materiales de oficina y/o laboratorio, las científicas de ambos grupos crearon vínculos con organizaciones públicas y privadas dentro y fuera del país, lo que les permitió no solamente acceder a los recursos económicos para superar esos obstáculos, sino también a información pertinente para la toma de decisiones y al reconocimiento simbólico.

Al interior del país, el apoyo proveniente de organismos públicos de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) representa el pilar principal para el desarrollo de la investigación y la divulgación del conocimiento. Sin embargo, los recursos provenientes de organismos federales son los más significativos, particularmente los otorgados por la Secretaría de Educación Pública. 49% de las científicas sociales y 35% de las científicas naturales fueron apoyadas a través del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), así como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), organismo que benefició al 50% de las científicas sociales y al 72% de las científicas naturales a través de los fondos de apoyo a la ciencia básica, fondos a la investigación aplicada y fondos mixtos. Aunque en una proporción menor (4% de ciencias sociales y 3% de ciencias naturales), los contactos establecidos con empresas privadas fue otra fuente de recursos para ambos grupos de investigadoras (ver tabla 8).

Los datos cualitativos también muestran cómo los recursos otorgados por los organismos federales representaron una estrategia importante para afrontar las carencias de infraestructura, equipo, mobiliario o insumos para desempeñar las actividades científicas. Así lo indicaron:

primeramente tuve el apoyo de CONACYT, un apoyo para los que terminamos y queremos empezar a trabajar, no lo recuerdo, es similar a la repatriación, con un proyecto que se metió con eso me dieron cierta cantidad para empezar a conseguir cosas, porque cuando llegué a la institución estaba en una sala prestada, con una máquina vieja prestada, y me dijeron: “bueno ya te asignaremos un área”, y cosas así. Pero no tenía un área que fuera para mí, se consiguió la beca, que es muy útil porque sirve para el laboratorio y es personal, después de ese proyecto me incorporé al

Tabla 8. Organismos que otorgaron apoyo financiero a las investigadoras.

	Ciencias sociales y humanidades n=161	Ciencias naturales y exactas n=126
Empresa privada	6	4
Gobierno estatal	13	19
Gobierno federal		
• SEP		
- PROMEP	49%	35%
- PIFI	2.5	
-CONALITEG	.6%	
• CONABIO	-	.8
• SEDESOL	1.2	
• SCJN	.6%	1.6
• SEMARNAP/CONANP	-	
• CONACYT		
- Investigación aplicada	5%	10%
- Ciencia básica	25%	36%
- Fondos Mixtos	20%	25%
Fondos municipales	4	-
Organizaciones extranjeras		
• NSF (National Science Foundation)	42%	51%
• Otras:	5%	
- Unión Europea/ Instituto Nacional de Ecología (INECOL)		
- Francia (Université du Littoral Côte d'Ópale)		
- Quebec (Grupo de Trabajo con México)		
- España (Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno Español y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo/AECID)		
- CEALCI (Centro de estudios para América Latina y la Cooperación Internacional, Fundación Carolina)		
- Fundación FORD		

Fuente: elaboración propia con base a los datos recopilados.

sistema de PROMEP como profesor de tiempo completo, ahí con este apoyo me dieron apoyo para proyecto y para mí, también ayudó para que aquí se equipara. Con la primer parte se compró que las mesas y todo eso, y con la otra parte pues el resto del equipo. Estas divisiones no estaban, después la institución me asignó un área, me dejaron acomodarla, entonces diseñé cómo quería mi espacio y ellos me pusieron las divisiones y todo lo demás que hay se consiguió con proyectos... pero llegar y ni siquiera ver un lugar asignado, fue como que un poco difícil. Pasó como un año para que a mí me dijeran tal lugar y pasó tiempo para que me dijeran: “bueno te vamos a poner esto, diseña el lugar y te ponemos las divisiones”. Sí fue un poco de tiempo en el que yo estuve en una mesa, ya después con el proyecto, con el primero fue cuando pude comprar estos muebles que están aquí en la oficina, fue lo primero que compré, pues no tenía ni donde sentarme... (Científica natural, 10 años antigüedad).

Al reincorporarme a la institución después de haber terminado el doctorado en el extranjero no me asignaron un espacio para trabajar, me colocaron en la sala de cómputo de los estudiantes de posgrado donde no tenía espacio para poner los libros, menos para mis cosas personales. Tampoco contaba con material de oficina ni recursos para realizar investigación por lo que con recursos propios empecé un estudio cuantitativo. Después de un año me asignaron un cubículo con un equipo de cómputo que aparte de obsoleto no incluía impresora, fue hasta que participé en la convocatoria como ex becario PROMEP que obtuve recursos para la compra de equipo y para financiar un proyecto de investigación (Científica social, 25 años de antigüedad).

no, no, a mí me encantaría que nuestra rectora como mujer, con equidad de género viera las condiciones de trabajo en las que estamos las investigadoras SNI y lo que nos falta. No tenemos biblioteca, por ejemplo, está en un cuartito, no tenemos muchos equipos y somos “SNI II”... (encuestada del área de ciencias naturales, 15 años de experiencia).

Otro mecanismo utilizado por el 47% de las académicas sociales y por el 51% de las académicas naturales para afrontar las carencias materiales para el desarrollo de la investigación, así como la falta de reconocimiento interno de los logros obtenidos fue crear lazos con organismos extranjeros. Los organismos de Estados Unidos aparecen como la principal fuente de recursos materiales externos para todas las científicas, 42% de las investigadoras sociales y 52 % de las del área de naturales establecieron vínculos con la National Science Foundation. Además, un 5% de las científicas sociales tejió redes con instituciones u organismos de Canadá, España y

Francia (ver tabla 8). A través de estos lazos accedieron a financiamientos para la investigación y la publicación, además de participar en comités de tesis y en la impartición de cursos teóricos.

De esta manera, los vínculos establecidos con organismos nacionales y extranjeros, así como la adhesión a redes académicas y asociaciones científicas permitieron a las académicas superar obstáculos vividos en la institución de adscripción en los ámbitos económico, académico y político. El acceso a recursos otorgados a las redes académicas por organismos externos generó cierta independencia económica al contar con financiamiento para realizar investigación, comprar equipo y materiales, publicar resultados y asistir a congresos.

Lo anterior a su vez ha tenido por consecuencia, por un lado, la limitación del control político de las profesoras que pertenecen a la red por parte de la administración, en virtud de que la relación clientelar entre administración y profesoras se ve trastocada, y por el otro lado, el debilitamiento del poder de la administración política. En el plano académico, se accede al reconocimiento de organismos nacionales e internacionales, superando con ello, en parte, la falta de reconocimiento interno de los logros. Otra ventaja obtenida es el acceso a la capacitación constante, así como a ser evaluadas por organismos externos que tienden a ser más objetivos en la asignación de los recursos. Así, se contesta la pregunta sobre el papel que tiene el apoyo proporcionado por las redes para superar las barreras que impone el entorno laboral, en el plano formal e informal, a las investigadoras para su desarrollo profesional y el de la ciencia.

Reflexiones finales

Durante el desarrollo de este trabajo se pudo observar la importancia de las redes sociales a las que recurren las mujeres científicas, quienes en algún momento de su desarrollo profesional cursan o han cursado por dificultades en diversas áreas en sus centros de trabajo que van desde el plano material hasta el subjetivo. El trato grosero, amenazante o desafiante que reciben de los jefes, la divulgación de discursos que dañan su imagen, así como la falta de infraestructura, equipo y materiales son las dificultades más importantes que han experimentado. Además han sido marginadas de la docencia, de la asesoría de tesis y de los cuerpos colegiados. Los obstáculos para avanzar en el escalafón salarial y para acceder a los complementos salariales son otras de las situaciones enfrentadas; un porcentaje importante de académicas no accede a los escalafones más altos a pesar de contar con el perfil demandado. Muy al contrario, sus logros y avances en la ciencia y en la docencia son ignorados o

minimizados tanto por jefes como por compañeros. Sin embargo, a pesar de los obstáculos experimentados en el desempeño de su trabajo, las científicas han logrado reconocimientos externos importantes por su dedicación a la investigación y a la divulgación del conocimiento.

El importante capital cultural con el que cuentan las mujeres científicas, además de la implementación de otras estrategias como la construcción de capital social, les permitió afrontar las dificultades vividas cotidianamente en el desempeño de sus actividades profesionales. Entre dichas estrategias destaca la construcción de redes de trabajo y redes sociales. La creación de lazos con organismos nacionales e internacionales como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Secretaría de Educación Pública, la National Science Foundation, entre otras, así como la adherencia a redes académicas y asociaciones científicas del país y del extranjero, les permitieron el acceso a una serie de apoyos entre los que destacan el acceso a la información y a los recursos económicos, mismos que facilitaron el desarrollo de la investigación, la publicación de resultados, el equipamiento de centros de trabajo o laboratorios y el acceso a insumos. Además de las repercusiones en el ámbito material que tuvo el apoyo brindando por las redes, otro aspecto que fortalecieron a las académicas es el capital político o simbólico, ya que la pertenencia a estos organismos las posicionó en lugares privilegiados.

De esta forma, las científicas han podido afrontar una serie de obstáculos establecidos al interior de las instituciones donde se desempeñan, abriéndose así camino en la ciencia. Por otra parte, las alianzas internas son otra estrategia utilizada por las científicas. El trabajo colegiado, de manera informal o a través de la conformación de cuerpos académicos, con compañeros de distintas áreas o de la misma, ha facilitado el acceso a apoyos de índole material y emocional. Finalmente, la red de amigos y la red familiar son estrategias que han permitido a las investigadoras afrontar los obstáculos. La escucha, la retroalimentación positiva, los consejos, las palabras de aliento y motivación son las formas en que han sido sostenidas por este tipo de redes.

La importancia que se observa en este trabajo de las redes sociales para afrontar las situaciones laborales conflictivas y para el avance profesional es congruente con lo planteado por García (2004) y Morales (2007). Ambos autores resaltan la importancia de la construcción de vínculos con funcionarios de alto nivel de instituciones internas y externas, así como con compañeros de trabajo para el éxito profesional de las académicas. El lugar central que ocupan las relaciones positivas y de confianza para el intercambio de recursos en nuestro estudio confirman lo planteado por otros

investigadores (Bartol y Zhang, 2007 y Velázquez y Aguilar, 2005) sobre la influencia de este tipo de variables estructurales. Finalmente, la preocupación de las investigadoras por la falta de reconocimiento material y simbólico corrobora lo señalado por Honneth (2007) sobre la lucha que se tiene no sólo por la distribución, sino también por el reconocimiento moral.

Las redes sociales son, sin duda, un mecanismo que ha permitido a las científicas superar ciertos obstáculos impuestos internamente, así como obtener logros importantes. No obstante, aún persisten en las instituciones conflictos entre administradores y docentes, entre docentes y entre géneros, lo que frena el avance no sólo de las universidades, sino de los grupos de investigación y de la ciencia. Por ello, es necesario que las instituciones de educación superior implementen una serie de cambios en las políticas y prácticas que obstaculizan la carrera de las mujeres en la ciencia, tales como: flexibilización de la estructura político-administrativa, la cual se caracteriza por su autoritarismo; mayor transparencia de los procesos académicos y del uso de los recursos económicos; abolición de prácticas clientelares entre administrativos y profesores, entre otros.

Bibliografía

- Aranda, Carolina y Pando, Manuel (2006) "Redes sociales de apoyo" en Factores psicosociales y salud mental en el trabajo, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 180-205.
- Barrera, Manuel. Jr. (1986) "Distinctions between social support concepts, measures, and models". American Journal of Community Psychology, 14, 4: 413-446.
- Bartol, K. M. y Zhang, X. (2007) "Networks and Leadership Development: Building Linkages for Capacity Acquisition and Capital Accrual". Human Resource Management Review, 17: 388-401.
- Cerros, Elisa (2011) Imaginarios de feminidad y maternidad y su vinculación con las emociones que experimentan las académicas de alto rendimiento de universidades públicas estatales. Tesis para optar por el título de Doctora en filosofía con orientación en trabajo social y políticas comparadas de bienestar social. México, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Chadi, Mónica (2000) Redes sociales en el Trabajo Social. Espacio, Buenos Aires.
- Corley, Elizabeth A. (2005) "¿How do career strategies, gender, and work environment affect faculty productivity levels in university-based science centers?" Review of Policy Research, 22, 5:637-651.
- Del Ángel-Salazar, Erika M. (2010) Redes de apoyo social y autoestima en académicos. 3er Foro de las Américas en investigaciones sobre factores psicosociales, México. <http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo/trabajos/documentos/TL01.1.pdf> (12 abril 2011).
- García, Patricia (2004) Mujeres Académicas, el caso de una universidad estatal. México, Plaza y Valdés.
- Harré, Rom (1986) The social construction of emotions. Blachwell, Inglaterra.
- Honneth, Axel (2007) Reificación. Buenos Aires, Katz Editores.

- Ibarra, H. Race (1995) "Opportunity, and Diversity of Social Circles in Managerial Networks". *Academy of Management Journal*, 38: 673-703.
- Kappas, Arvid (2001) "A metaphor is a metaphor. Exorcising the homunculus from appraisal theory" en *Appraisal Processes in Emotion. Theory, methods, research*, Oxford University Press, New York, (157-172).
- Lazarus, Richard (2001) "Relational Meaning and Discrete Emotions" en *Appraisal processes in emotion. Theory, methods, research*, Oxford University Press, New York, (37-67).
- (2006) "Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping". *Journal of Personality*, 74, 1: 9-46.
- Linehan, M. y Scullion, H. (2008) "The Development of Female Global Managers: The role of Mentoring and Networking". *Journal of Business Ethics*, 83: 29-40.
- Morales, Elda (2007) "Entre la vida académica y la vida familiar: retos y estrategias de investigadores del sur de México". *Interciencia*, 32, 11: 786-790.
- Nelson, G. (1995) "Women's social networks and social support following marital separation: a controlled prospective study". *Journal of Divorce and Remarriage*, 23, 1/2: 149-169.
- Pitrou, A. (1994) "L'appel aux solidarités familiales", en *Les politiques familiales approches sociologiques*. Paris, Syros, 203-286.
- Requena-Santos, Félix (1989) "El concepto de red social". *Revista española de investigaciones sociológicas*, 48: 137-152.
- Rosser, S. (2004) *The science glass ceiling: academia women scientists and the struggle to succeed*. Nueva Cork, EEUU, Routledge.
- Sondergaard, D. M. (2005) "Making sense of gender, age, power and disciplinary Position: Intersecting discourses in the academy Feminism and psychology". 15, 2:191-210.
- Streeter, C. L. y Franklin, C. (1992) "Defining and measuring social support: guidelines for social work practitioners". *Research on Social Work Practice*, 2, 1: 81-98.
- Szulanski, G. (1996) Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Munagement Journal*. 17 (S2): 27-44.
- Van Maanen, J., y Kunda, G. (1989) *Real feelings: Emotional expression and organizational culture*. *Research in organizational behavior*, 11: 43-103. Greenwich, CT JAI Press.
- Vaux, A. (1985) "Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age". *Journal of Social Issues*, 41, 1: 89-110.
- Velázquez, A. y Aguilar, N. (2005) *Manual introductorio al análisis de redes sociales*. México, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma de Chapingo.
- Wang, W. (2009) Measuring the social network capital in the Chinese socio-cultural context. *Society*, 29 (3), 146-158.

Coordinadoras y autoras de la edición

Aurelia Flores Hernández

Doctora en Antropología por la Universidad Laval en Quebec, Canadá. Autora del libro *A las mujeres por la “ley” no nos tocan tierras. Género, tierra, trabajo y migración en Tlaxcala* (2010), coautora de los libros “*Nadie se muere por parir*”. *Muerte Materna en Guerrero. Un programa en Perspectiva* (2011), *Se van muchos y regresan pocos. Economía Política Feminista, acercamiento a la migración* (2011 y 2010) y *Caminar por los tepetates, género y tierra en Tlaxcala, México* (2006). Profesora-investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigadores (C-SNI, 2011-2013) y Perfil Deseable del PROMEP/SEP (2010-2013). Email: aure7011@hotmail.com.

Adelina Espejel Rodríguez

Doctora en Ciencias Económicas en la especialidad de Desarrollo Regional de la Universidad de Camagüey, Cuba. Autora de los libros *Ecología por competencias, hacia una educación ambiental* (2011), *Problemática ambiental, Cuenca del Río Zahuapan estado de Tlaxcala* (2010), *El observatorio social, económico y ambiental, una institución para el control estratégico de la gestión del desarrollo desde la endogeneidad* (2009) y *Educación ambiental, sustentabilidad y percepción. Un debate latente* (2008). Profesora-investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-I) y Perfil Deseable del PROMEP/SEP. Email: adelinaer@hotmail.com.

Colaboraciones de:

Magdalena Sam Bautista

Candidata a Doctora en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana. Profesora- Investigadora de tiempo completo del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Integrante del Cuerpo Académico Análisis Regional Sociopolítico en la línea de investigación “Multiculturalismo, conflicto social y autonomía”. Autora del libro *Factores que ayudan o dificultan la participación femenina en cargos de elección popular en los ayuntamientos de Tlaxcala* (2002) y compiladora del libro *Autonomía, violencia y actores sociales en Tlaxcala, Puebla e Hidalgo* (2009). Actualmente tiene a su cargo el proyecto de investigación “Entre el derecho nacional y el local: una etnografía del derecho consuetudinario post indígena en Tlaxcala”. Fundadora e integrante del “Programa Universitario para la Autorrealización y la Igualdad de Género”. Perfil Deseable del PROMEP/SEP. Email: mmsamb@hotmail.com.

Genoveva Cruz Martínez

Licenciada en Sociología y Maestra en Análisis Regional por la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Se ha especializado en el tema de las masculinidades en México. Investigadora independiente. Email: genoher10@hotmail.com.

Luz María Martell Ruíz

Maestra en Análisis Regional por el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER). Psicoterapeuta por el Colegio Humanista de México. Docente de la licenciatura en Psicología de la UATx. Colaboradora en la publicación “*Nadie se muere por parir*”. *Muerte Materna en Guerrero. Un programa en Perspectiva* (2011). Facilitadora en seminarios, cursos y talleres relacionados con las temáticas de su competencia. Ha colaborado en proyectos de investigación aplicada sobre género, educación y violencia de género contra las mujeres, y en capacitación

sobre temáticas relacionadas con la habilitación de herramientas para favorecer la incorporación de la perspectiva de género en la administración pública municipal. Email: lm79mr@hotmail.com.

María Isabel Castillo Ramos

Doctora en Ciencias Económicas, Especialidad en Desarrollo Regional por la Universidad de Camagüey, Cuba, con el apoyo del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP). Coordinadora de los libros *El observatorio social, económico y ambiental. Una institución para el control estratégico de la gestión del desarrollo desde la endogeneidad* (2009) y *La zona metropolitana Puebla-Tlaxcala. Situación actual y posibilidades de desarrollo* (2010). También es autora y ha participado en artículos y proyectos de investigación relacionados con género, desarrollo, ambiente y políticas públicas. Profesora-investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Reconocida por el Sistema Nacional de Investigadores (C-SNI). Es integrante del Cuerpo Académico Análisis Regional y Estudios Metropolitanos (CAAREM). Línea de Investigación: Políticas Públicas para el desarrollo. Responsable del proyecto “Políticas públicas para el desarrollo desde un enfoque de género en las Zonas Metropolitanas de Tlaxcala”. Email: icastillor@hotmail.com.

Libia Juárez Ortega

Maestra en Análisis Regional por el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx), desarrolló el trabajo titulado “La preeclampsia a través de parámetros clínicos y de laboratorio: estudios de caso”. Es química fármaco-bióloga, egresada de la Universidad Autónoma de Puebla. Ha participado en diplomados relacionados con la Investigación en Salud, Garantía de Calidad. Salud de Tlaxcala (2011 y 2012), Inmunología avanzada en el Colegio de Químicos en Tlaxcala (2012). Actualmente está adscrita al Hospital de la Mujer de San Matías Tepetomatitlán del Municipio de Apetatitlán de Antonio Carbajal, Tlaxcala. Email: ortegalibia@hotmail.com.

Mónica Luna Blanco

Antropóloga. Doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable por el Colegio de la Frontera Sur. Líneas de interés antropología médica, género, salud sexual y reproductiva. Email: mluna@ecosur.mx.

Horacia Fajardo Santana

Doctora en antropología por la Universidad de Wageningen, Holanda. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Línea de investigación: antropología médica (Cuerpo, Interculturalidad, Interfases en la Atención a la Salud y Enfermedad). Responsable del proyecto “Interacciones en la atención a la salud en un contexto intercultural”. Autora del libro *Comer y dar de comer a los dioses. Terapéuticas en encuentro: conocimiento, proyectos y nutrición en la Sierra Huichola*, U de G; El Colegio de San Luis, A.C. 2006. Profesora-investigadora de El Colegio de San Luis A.C. Email: hfajado@colsan.edu.mx.

Georgina Sánchez Ramírez

Doctora en Sexualidad y Relaciones Interpersonales por la Universidad de Salamanca, España. Profesora-Investigadora del Colegio de la Frontera Sur. Sus líneas de interés son género y sexualidad, indicadores socio-demográficos de género y su impacto en las políticas públicas y género, y autonomía en mujeres en edades pos-reproductivas. Email: gsanchez@ecosur.mx.

Emma Zapata Martelo

Doctora en Sociología, Universidad de Texas en Austin. Fundadora del Programa de Investigación, Género y Mujer Rural en el Colegio de Posgraduados. Ha recibido en varios años el premio a investigadoras distinguidas del Colegio de Postgraduados, el último fue en el año 2011. Participó en el proceso de actualización del Programa Estratégico Forestal para México, 2005, CONAFOR, 2011. En el 2010 recibe el Premio Estatal de Ciencia y Tecnología (COMECYT). Ha sido autora de numerosos libros y artículos, entre sus últimas publicaciones están los libros *Se van muchos... regresan pocos: economía política feminista, acercamiento a la migración*, Colegio de Postgraduados, 2011. En 2012, publicó el libro *Contribución invisible: trabajo infantil*

y adolescente en los cafetales del Soconusco, México, resultado de un proyecto financiado por CONACYT y SEDESOL. Email: emmazm2000@gmail.com.

Naima Jazíbi Cárcamo Toalá

Consultora Nacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO – México). Actualmente participa como colaboradora en un proyecto internacional sobre salud reproductiva en el estado de Chiapas - Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Maestra en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados. Temas de interés género, migración, familia, salud reproductiva, niñez. Email: carcamo12@gmail.com y carcamo12@yahoo.com.mx.

María del Rosario Ayala Carrillo

Maestra en Ciencias en Estudios del Desarrollo Rural, Área de género: Mujer rural. Graduada con mención honorífica en 2008. Investigadora Asociada en el Colegio de Postgraduados. Entre las publicaciones en que ha participado están *Los niños y niñas guatemaltecas migrantes en la frontera sur de México: ¿acompañantes o trabajadores?* Ra Ximhai, Universidad Autónoma Indígena de México; *Violencia estructural: migrantes guatemaltecos en las fincas cafetaleras del Soconusco, Chiapas* en Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por los Derechos (2012), *Contribución invisible: trabajo infantil y adolescente en los cafetales del Soconusco, México*. Colegio de Postgraduados, CONACYT, GIMTRAP, SEDESOL (2012). Temas de interés: género, migración, niñez, educación, violencia, mujeres rurales. E-mail: madel@colpos.mx.

Austreberta Nazar Beutelspacher

Investigadora Titular C, pertenece al Grupo Académico de Salud, en el Área Sociedad, Cultura y Salud. Unidad San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Doctora en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados. Temas de interés salud, género, migración, salud reproductiva. Email: anazar@ecosur.mx.

Blanca Suárez San Román

Socióloga y especialista en desarrollo rural. Investigadora del Centro de Ecodesarrollo del Instituto Latinoamericano de Estudios Transnacionales, consultora en el Sistema Económico Latinoamericano (SELA), diversos cargos en la administración pública del Gobierno del Distrito Federal. Actualmente es coordinadora y representante legal de GIMTRAP, A. C. Ha dirigido y coordinado proyectos de investigación en los últimos diez años junto con la Dra. Emma Zapata Martelo. Email: suarezblanca@yahoo.com.mx.

María Zúñiga Coronado

Doctora en Trabajo Social por la Universidad Laval, Quebec, Canadá. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Integrante del Cuerpo Académico Consolidado “Cultura, identidades y género”. Líneas de investigación: Redes sociales, apoyo organizacional, salud mental, movilidad académica internacional. Reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-I). Email: maryzuco@yahoo.com.

Elisa Cerros Rodríguez

Doctora en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Guadalajara. Integrante del Cuerpo Académico “Docencia y Extensión en el campo del Trabajo Social” de la Universidad de Guadalajara. Líneas de investigación: familia, salud mental y trabajo social. Email: elisacerros@yahoo.com.mx.

Cuidado de la edición:
Socorro Carmen Romero Patiño
Aurelia Flores Hernández

La presente edición se terminó de imprimir el 12 de febrero de 2013 en los talleres de Conciencia Gráfica, S.A. de C.V. con domicilio en Fracc. Cabañas Valsequillo Lt. 2 Oasis, Valsequillo, Puebla, C.P. 72400 y con número de teléfono y fax 01 222 281 70 84.

El tiraje consta de 1000 ejemplares