



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS**

**EL EMBARAZO EN MÉXICO. UNA REVISIÓN DE DISTINTOS
CAMPOS DEL CONOCIMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ELEONORA LÓPEZ CONTRERAS



ASESORA:

DRA. MARTA MIER Y TERÁN Y ROCHA

MÉXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

A Carlos López Rostro, Patricia Contreras Castro, Tomás Greene Pinochet: por ser las
luces de mi existencia. Esta tesis es por y para ustedes.

A Kevin López Contreras y Carlos López Contreras, mis hermanos y amigos de siempre.

Agradecimientos:

Quisiera agradecer y expresar mi total gratitud a mi asesora, Doctora Marta Mier y Terán y Rocha, por creer en mí, a pesar de la distancia, y apoyarme en todo momento en el desarrollo de la presente tesis adelante.

Asimismo agradezco a mis sinodales: el Doctor Alejandro Méndez Rodríguez, la Doctora Alethia Fernández de la Reguera, la Doctora Margara Millán y la Doctora Dolores Muñozcano por su disposición excepcional en la revisión de la presente tesis.

Finalmente quisiera agradecer a la Doctora Olivia Gómez Hernández y al Doctor Alfonso Viveros por sus apoyos incondicionales durante todo el proceso de titulación.

**EL EMBARAZO EN MÉXICO. UNA REVISIÓN DE DISTINTOS CAMPOS DEL
CONOCIMIENTO**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. Planteamiento del problema.....	8
2. Justificación.....	9
3. Objetivos de la investigación.....	10
4. Preguntas de investigación.....	13
5. Premisas (hipótesis).....	13
CAPÍTULO I.- EL EMBARAZO EN MÉXICO	15
1.1 Socio-demografía del embarazo en México.....	15
a. Fecundidad.....	15
b. Natalidad.....	16
c. Mortalidad materna.....	17
d. Marginación socioeconómica como influyente en el proceso de embarazo.....	18
Conclusiones.....	22
1.2 Embarazo en la adolescencia.....	23
1.2.1 La madre adolescente desde su contexto social.....	23
a. La adolescencia y el embarazo.....	23
b. El embarazo adolescente como problema social.....	25
Conclusiones.....	29
1.2.2 Perspectiva socio-demográfica del embarazo adolescente en México....	30
a. Madres adolescentes en México.....	31
b. Lugar de residencia, rural y urbana	32
c. Mortalidad materna en adolescentes.....	33
d. Escolaridad.....	34
e. Ámbito laboral.....	34

f. Estado conyugal.....	35
Conclusiones.....	36
1.3 Maternidad tardía.....	37
1.3.1 Circunstancias sociales que influyen en la postergación del embarazo.....	39
Conclusiones.....	39
1.3.3 Situación socio-demográfica del embarazo en edades tardías.....	41
a. Incidencia de embarazo a partir de los 35 años en México.....	42
b. Mortalidad materna en el embarazo tardío.....	44
Conclusiones.....	44
CAPÍTULO II. EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD COMO DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO.....	45
2.1 El embarazo y la maternidad como derecho reproductivo en México.....	45
2.2 Marco legal mexicano enfocado a proteger el embarazo y la mujer embarazada.....	51
2.2.1 Marco legal federal enfocado a proteger al embarazo y la maternidad-paternidad.....	52
2.2.2 Leyes estatales dirigidas a la protección del embarazo y la maternidad....	61
2.2.3 Ley de protección a la mujer embarazada en los estados de Baja California, Coahuila y Durango.....	65
2.3 Tratados Internacionales enfocados al embarazo y la maternidad.....	69
2.3.1 Tratados y declaraciones internacionales firmados y ratificados por México con referencia al embarazo y la maternidad.....	69
Conclusiones.....	71
CAPÍTULO III. VISIÓN DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD DESDE LOS PRINCIPALES ORGANISMOS INTERNACIONALES.....	73
3.1 Acciones de los organismos internacionales enfocadas en mejorar las circunstancias de la mujer embarazada	73
a. Organización de la Naciones Unidas.....	73
b. Organización Mundial de la Salud.....	75
c. Organización Internacional del Trabajo (OIT).....	77

d. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.....	79
e. Banco Mundial.....	80
f. Banco Interamericano de Desarrollo.....	81
g. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).....	83
Conclusiones.....	83
CAPÍTULO IV. FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO.....	86
4.1 Vínculo madre-hijo y padre-madre-hijo.....	86
4.1.1 El vínculo neurobiológico en la relación madre-hijo y padre-madre-hijo....	87
4.1.2 Vínculo conductual de la madre y padre hacia el hijo.....	93
4.2 Relaciones sociales durante el embarazo.....	97
4.2.1 Interacción social en torno a la mujer embarazada.....	97
4.2.2 Redes sociales vinculadas al embarazo.....	100
Conclusiones.....	105
Esquema 1.....	106
CAPÍTULO V. EL HOMBRE FRENTE AL EMBARAZO.....	107
5.1 La paternidad como hecho sociológico	107
5.1.1 Paternidad consanguínea y paternidad socioafectiva.....	107
5.1.2 La paternidad dentro del contexto social.....	108
Conclusiones.....	110
5.2 La presencia del padre durante el embarazo.....	110
5.2.1 Influencia psicológica y social del. rol paternal en el hombre.....	111
5.2.2 Influencia emocional de la presencia del padre en el hijo durante la primera infancia.....	115
Conclusiones.....	116
CAPÍTULO VI. DISCRIMINACIÓN LABORAL Y VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO.....	118
6.1 Entorno laboral de la mujer embarazada.....	118
6.1.2 Situación laboral de la mujer embarazada en México.....	119
6.1.2 Desempleo y despido por embarazo: certificado de ingravidez.....	120

6.1.3 Sectores de mujeres con mayor probabilidad de discriminación laboral por embarazo.....	122
Conclusiones.....	123
6.2 Los tipos de violencia y sus repercusiones en la mujer embarazada.....	123
6.2.1 Tipos de violencia infringida hacia la mujer embarazada.....	123
6.2.2 Repercusiones de la violencia en el embarazo	125
6.2.3 Circunstancias que generan mayor vulnerabilidad ante la violencia en el embarazo.....	126
Conclusiones.....	128
CONCLUSIONES FINALES.....	130
BIBLIOGRAFÍA.....	136
ANEXO.....	161

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, México ha experimentado cambios sociales como resultado de dinámicas socioculturales, que se reflejan en la creciente incorporación de la mujer en la vida laboral, el aumento en los años de su escolaridad, el reconocimiento de derechos reproductivos y sexuales en la población, la tendencia a postergar la maternidad, entre otros factores. Ante los cambios sociales antes mencionados, el perfil de las mujeres que actualmente son madres es distinto al perteneciente a las generaciones de la primera mitad del siglo XX. Aspecto que conlleva nuevos retos para la familia, la sociedad y el Estado.

Aunado a los cambios antes mencionados, considerando la heterogeneidad social en México de acuerdo a sus características económicas, educativas y culturales, es necesario reflexionar sobre el cumplimiento de los derechos reproductivos de los individuos. Mismos que se concretan en la posibilidad de elegir libremente el número de hijos que desean engendrar, el espaciamiento de dichos nacimientos, y disponer de la información y de los medios para lograrlo, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, inherente a los derechos humanos (ONU, 1994). Ante dicha enunciación, se presume que hombres y mujeres deben gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal empatadas con el desarrollo de su vida reproductiva. Por ende, los procesos biológicos inherentes a los individuos, específicamente el embarazo, la maternidad y paternidad, no deberían representar en la praxis cotidiana una limitación en el desarrollo social, familiar, laboral y educativo de los individuos, en especial de las mujeres.

De esta forma, las acciones provenientes de las instituciones sociales (Estado, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, familia, etc. (Smith, 1962)) que pretendan disminuir la brecha entre el establecimiento legal de los derechos reproductivos y el desarrollo pleno de los mismos en la vida diaria, sólo lo podrán llevar a cabo a través del involucramiento, la responsabilidad y el esfuerzo compartido de mujeres, hombres, familias, organismos privados y el Estado. Estos actores determinan la legitimidad y la aplicación de tales derechos.

En lo concerniente al Estado, es necesario que se profundice en la construcción de políticas públicas y leyes o reformas de las mismas, que pongan énfasis en la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, es fundamental que el Estado sea garante de que toda mujer embarazada sea protegida, supervisada, y apoyada por los organismos estatales.

Inherente al rol estatal, es fundamental conocer y analizar el derecho internacional público, mismo que al considerar a la mujer gestante como un sujeto de derechos, posee un corpus legislativo frente al cual el Estado mexicano asume una postura que no necesariamente atiende de manera íntegra las necesidades de la población en edad reproductiva.

Es importante que se conciba el embarazo como un hecho bio-psico-social y, por ende, su cuidado integral dentro del núcleo familiar contribuya a la distribución equitativa de derechos y obligaciones entre madres y padres dentro el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, dentro de la familia es fundamental concebir la consolidación de redes sociales teniendo como nodo estratégico de interacción a la mujer embarazada.

De igual manera, resulta imperante que los centros de trabajo asimilen al embarazo como un derecho reproductivo de madres y padres. Hecho mediante el cual las prestaciones, ayudas y cuidados que se brinden en este tenor tendrán como derivación una sociedad más equitativa, en la que sea posible conciliar la vida laboral y familiar de sus trabajadores.

1. Planteamiento del problema

Se ha planteado que el Estado mexicano ha claudicado en el cumplimiento de los derechos reproductivos y sexuales (GIRE, 2013), lo que ha conllevado a que el embarazo de miles de mujeres mexicanas haya significado una dificultad laboral (Frías, 2011) y familiar (Billings y Del Pilar, 2007).

La falta del cumplimiento de los derechos reproductivos y sexuales se traduce en que el embarazo, desde el campo familiar, se perciba como una distribución inequitativa de obligaciones entre hombres y mujeres, asumiendo la paternidad un rol que se concibe,

frecuentemente, como secundario y segregado ante el protagonismo de la maternidad en el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, desde el ámbito cultural, social y laboral, el embarazo comúnmente deviene en un desfase entre la vida laboral de las mujeres y su etapa reproductiva. Desfase que puede materializarse en problemáticas sociales y laborales para los actores que lo afrontan, ya sean las propias madres, padres, familias, empleadores, etc. (Astelarra, 2005; González de la Rocha, 2005).

De esta forma, resulta esencial examinar la materia legislativa desarrollada tanto nacional como internacionalmente para conocer la visión de dichas instancias legales en cuanto a la mujer gestante (como sujeto de derechos antes el embarazo) así como la postura que mantiene el Estado mexicano ante dichos decretos/leyes internacionales. Dichos elementos se traducen en la procuración o denegación de tales derechos a la población.

Con el propósito de identificar las diversas realidades, propias de las condiciones sociales, culturales y económicas, que se materializan en la incidencia de la maternidad en edades tempranas o tardías, es importante analizar los diversos contextos sociales en los que ocurre el embarazo adolescente y la maternidad tardía.

Resulta entonces imperioso redimensionar el embarazo desde todas sus facetas, mismas que permiten analizar y recomendar medidas a actores del Estado y la sociedad civil ante las necesidades biológicas y las propiamente sociales de las mujeres embarazadas. Estas medidas posibilitan, una vez asumida la libre decisión de la mujer a ser madre, el desarrollo saludable del embarazo y, de forma conjunta, la vida laboral y social de la mujer. Todos estos fines coinciden con las aspiraciones propias de los ciudadanos en materia de los derechos reproductivos (ONU, 1994). En consecuencia, el cumplimiento de los derechos reproductivos en México debe ser llevado a la práctica buscando proporcionar una respuesta óptima a las necesidades bio-psico-sociales de mujeres y hombres en el embarazo.

2. Justificación

Resulta esencial en el análisis del embarazo en México conocer sus características socio-demográficas en las edades reproductivas dentro de los contextos sociales en los que se desarrolla, con la finalidad de tener un panorama general de su incidencia y características comunes. Asimismo es de imperioso conocer las características particulares en los diferentes grupos etarios en los que se presenta mayormente el embarazo en México. De esta forma, en relación al embarazo adolescente y tardío, es vital contemplarlos como fenómenos sociales que responden a diversas características económicas y culturales, con la finalidad de comprenderlos dentro de sus complejidades específicas.

De gran importancia es identificar las circunstancias que enfrenta la mujer embarazada durante la gestación, el alumbramiento y el puerperio, vistos como un elemento esencial de análisis para identificar el cumplimiento de los derechos reproductivos en la sociedad mexicana. De esta forma, la revisión y análisis del marco jurídico mexicano y el internacional relacionados con la mujer gestante posibilitan comprender el rol que el Estado asume o claudica en la praxis ante dichos estatutos.

Las visiones de los organismos internacionales referentes a la mujer embarazada permiten conocer los estatus brindados al embarazo en dichas instancias y, por consiguiente, revisar cómo los acuerdos y/o recomendaciones de estos organismos son asumidos o considerados por el Estado mexicano.

Con el objetivo de generar una mirada holística hacia el embarazo, es esencial analizar el rol de la maternidad y paternidad visto como procesos bio-psico-sociales que configuran a las familias y contribuyen a consolidar redes sociales. Por consiguiente, es fundamental conocer también el rol del padre en el embarazo para comprender su relevancia dentro de este proceso y asimilar la importancia de los hombres como sujetos de derechos reproductivos.

Analizar la relación entre la sociedad y la maternidad es una acción que evidencia problemáticas sociales tales como la discriminación laboral y la violencia durante el embarazo. Realidades que requieren estudio y análisis para conocer los medios y medidas legislativas, sociales y culturales para lograr influir en la disminución de las mismas.

La presente tesis, es una revisión desde distintos campos del conocimiento referentes al embarazo en México, y se espera contribuir con sus resultados a la configuración de líneas de investigación y trabajo que posibiliten establecer las bases para generar políticas y programas sociales encaminados a la búsqueda del cumplimiento de los derechos reproductivos en el embarazo para mujeres y hombres desde una perspectiva integral.

3. Objetivos de investigación

Objetivo General

Mediante la investigación documental e integración de distintos campos del conocimiento referentes al embarazo, se busca identificar el campo legislativo, familiar, social, cultural y laboral en el que vive la mujer embarazada en México, y por ende, contribuir en la identificación de las principales problemáticas y retos que el Estado y la sociedad civil deben enfrentar y resolver, teniendo como objetivo lograr el pleno ejercicio de los derechos reproductivos en la población mexicana.

Objetivos particulares:

- Entender cuál es la situación demográfica de México en los temas que están relacionados con la mujer embarazada. Se analizan la natalidad, la fecundidad y la mortalidad, entre otros.
- Analizar los contextos socioeconómicos y culturales en que se presenta el embarazo adolescente y la maternidad tardía.
- Conocer el contexto de los derechos reproductivos en México relacionados con el embarazo, así como identificar el marco legal, tanto mexicano como internacional, relacionado con la mujer embarazada.
- Estudiar la visión que tienen los diversos organismos internacionales sobre el papel que debe tener el Estado y la sociedad civil frente al embarazo.

- Configurar el embarazo como un proceso bio-psico-social en el cual no solo se encuentran involucrados los padres y la familia, sino también la sociedad en su conjunto.
- Comprender los distintos roles sociales que juega el padre en el ciclo del embarazo y su repercusión en el mismo.
- Identificar los tipos de problemáticas sociales, vinculados a la discriminación laboral y la violencia física y psicológica en el embarazo.

Es así como en el presente trabajo se aborda la situación y problemática integral del embarazo en México. De esta manera en el Capítulo I primeramente se analizan las principales características socio-demográficas vinculadas con el embarazo en México. Posteriormente se investiga el embarazo en la adolescencia desde los diversos contextos sociales donde se presenta y las características generales de las adolescentes embarazadas en el ámbito escolar, conyugal y laboral. En el último apartado del capítulo 1, se discurre sobre las circunstancias generales de la maternidad tardía en México, haciendo referencia a las situaciones sociales que la alientan. Conforme al Capítulo II se realiza una revisión sobre el cumplimiento de los derechos reproductivos en la población mexicana, específicamente en el embarazo. Igualmente, se analiza el marco legal mexicano, a nivel federal y estatal, que protege a la mujer gestante, así como también las leyes de protección a la maternidad propias de la legislación mexicana. A su vez, se realiza una revisión del derecho internacional público en materia concerniente al embarazo y la maternidad. El Capítulo III retoma la perspectiva de los organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud ante el embarazo y la mujer embarazada. Referente al Capítulo IV, se estudian las características inherentes al embarazo a partir de los vínculos madre-hijo y padre-madre-hijo desde una perspectiva neurobiológica y conductual. Así como también las relaciones interpersonales que caracterizan la conformación de redes sociales donde la mujer durante el embarazo se puede considerar como un nodo preferencial de interacción. Dentro del

Capítulo V se contempla el rol del hombre ante el embarazo, connotando los tipos de paternidad y la influencia de su ausencia/presencia en el hijo, la relación conyugal y la familia. Y finalmente, respecto al Capítulo VI, se investiga sobre los problemas sociales de violencia y discriminación laboral en el embarazo.

El análisis de los tópicos anteriores tiene como objetivo principal conocer los diversos campos sociales en que se desarrolla el embarazo en México.

4. Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el contexto demográfico propio del embarazo en México?
2. ¿En qué contextos socioeconómicos y culturales ocurre en mayor medida el embarazo adolescente?
3. ¿Qué variables sociales influyen en la postergación del embarazo?
4. ¿En México se garantiza, respeta y protege el embarazo y la maternidad como un derecho reproductivo de la población? ¿Cuál es el marco jurídico mexicano e internacional con respecto a la mujer embarazada?
5. ¿Cuál es la postura de los diferentes organismos internacionales referente a la mujer embarazada?
6. ¿Cuáles son los elementos que configuran al embarazo como un proceso bio-psico-social? ¿Cuál es el rol que asume la mujer embarazada en el contexto familiar y social?
7. ¿Qué papel juega el hombre, como padre y pareja, durante el embarazo?
8. ¿Cuáles son las principales problemáticas en que se encuentra inmersa la mujer embarazada dentro del ámbito laboral? ¿En qué circunstancias y que consecuencias conlleva la violencia en el embarazo?

5. Premisa (hipótesis)

En México no existe el pleno cumplimiento de los derechos reproductivos necesarios para que la generalidad de mujeres y hombres posean la capacidad para desenvolverse

óptimamente en el ámbito económico, laboral, familiar, educativo y de salud durante el embarazo.

CAPÍTULO I. EL EMBARAZO EN MÉXICO

En el presente capítulo se analizará el embarazo en México de acuerdo a sus características socio-demográficas generales y particulares dentro de los grupos de edad en los que se presenta. De esta forma, primeramente analizaremos el embarazo en México en todas las edades reproductivas, para posteriormente realizar una revisión sobre el embarazo en la adolescencia y, finalmente, concluiremos con un análisis sobre la maternidad tardía.

En cada uno de los grupos etarios donde se presenta el embarazo en México y sus características socio-demográficas, se busca realizar una vinculación con su contexto cultural y socioeconómico. En México, atingente a cuestiones culturales y sociales, así como por el tipo de anticonceptivos a los que la población ha tenido acceso¹, la fecundidad, ha alcanzado un nivel relativamente reducido y se concentra principalmente en las edades jóvenes, antes de los 35 años de edad. En este sentido dentro del presente capítulo se analiza la fecundidad adolescente porque, en comparación con la de los otros grupos etarios, se ha reducido en menor proporción y permanece relativamente elevada (Mier y Terán, 2007).

Con relación a la maternidad tardía, un porcentaje muy reducido de mujeres permanecen sin hijos hasta los 35 años. Asimismo es importante considerar que en México, así como en otros países de América Latina, el permanecer sin hijos es una situación poco

¹ Se ha presentado un importante avance en la cobertura de uso de métodos anticonceptivos en México, mismo que puede identificarse en que dicha cobertura fue de 30.2 % para el año 1976 y de 72.5% para el año 2009 en mujeres unidas en edad fértil (CONAPO, 2013)

frecuente pero cada vez más común, en especial en mujeres con mayores niveles educativos. (Mier y Terán, 2014; Álvarez, 2013, p. 350; Calderas y Vaca 2010, p. 11).

1.1 Socio-demografía del embarazo en México

El presente apartado tiene como objetivo conocer las características sociodemográficas del embarazo en México, haciendo una revisión de la fecundidad, la natalidad, la mortalidad materna y la marginación socioeconómica..

a. Fecundidad

En México la evolución de la dinámica demográfica se encuentra en relación directa con las Leyes Generales de Población aplicadas en el país. Estas leyes se ubican específicamente en los años 1936, 1947 y 1974 (García, 2014); la Ley General de Población de 1974 se encuentra vigente en la actualidad. Específicamente las leyes de 1936 y 1947 tenían un enfoque que favorecía el incremento de la población. Con un cambio en esta postura, en la ley del año 1974 está presente el reconocimiento de la necesidad de regular y estabilizar el crecimiento de la población mediante la creación de programas de planificación familiar a través de los sectores de salud y educativo (Villagómez, 2009, p.11).

En este sentido, el número de hijos que las mujeres tienen a lo largo de su vida reproductiva se ha reducido de manera importante a partir de 1974. La Tasa Global de Fecundidad era de más de seis hijos por mujer en este año y en 2014 fue de 2.21 hijos por mujer (CONAPO, 2015; Romo y Sánchez, 2009, pp. 24-25).

En cuanto a la localidad rural o urbana donde residen las mujeres, de manera recurrente, el patrón de fecundidad en el ámbito rural ha tendido a ser más temprano y con un nivel más elevado que el observado en el medio urbano. Estas diferencias se deben en gran parte a la menor escolaridad y la mayor marginación en las zonas rurales que en las urbanas. (CONAPO, 2013).

b. Natalidad

La tasa bruta de natalidad para el 2013, registró un valor de 18.9 por cada mil habitantes, lo que contribuyó a que la población llegara a 112.3 millones de habitantes . Esta cifra implicó que los resultados esperados según las proyecciones del CONAPO, los cuales apuntaban a 108.4 millones de habitantes se vieran superadas. Este aumento no esperado en la magnitud de la población se explica en parte por una tasa de natalidad mayor a la tasa anticipada de 16.8 nacidos vivos por cada 1000 habitantes (INEGI, 2011).

Entre otros factores asociados a los patrones reproductivos, la educación es un elemento relevante, pues las diferencias de la fecundidad según el nivel educativo de la mujer son claras e importantes para su análisis. (Arriagada, 2004; Mier y Terán, 2014)

En 1990, las mujeres con educación secundaria y primaria conforman el grupo de mujeres más numeroso y de madres con mayor proporción de nacimientos (72.3%); los nacimientos de madres con educación media y profesionistas, representan solo el 12.9% del total de los nacimientos en 1990.

Podemos afirmar que el menor número de hijos por mujer se ha dado en el grupo de mujeres que poseía los niveles más altos de escolaridad, es decir, las mujeres con estudios universitarios (Mier y Terán, 2014).

Para el año 2009, el promedio de años de asistencia escolar en las madres mexicanas era de 7.3. Lo que significa que, en promedio, tienen la educación secundaria inconclusa. Esta cifra contrasta con la de estados como Chiapas y Oaxaca, donde en promedio las madres no tienen ni siquiera la educación primaria terminada. En el extremo contrario se encuentra el Distrito Federal y Baja California Sur, donde en promedio tienen la secundaria terminada (CONAPO, 2009).

c. Mortalidad materna

La mortalidad materna se refiere a aquellas muertes de las mujeres ocurridas durante el embarazo y hasta los primeros 42 días después parto, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, o por el manejo, pero no por causas diferentes al embarazo

(OPS, 1995, p. 1169). En México, durante el 2010 se produjeron 1,078 defunciones relacionadas con la mortalidad materna (INEGI, 2012); más del 40% (43.9 por ciento) de éstas se deben a dos grupos de causas específicas: hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (21.5%) y preeclampsia-eclampsia (22.4%). Alrededor de la mitad de las defunciones ocurrieron antes de los 30 años de edad (SSA, 2012).

En México la Razón de Mortalidad Materna ha disminuido de manera considerable, tómesese en cuenta que para el año 1990 este indicador fue de 88.7 muertes maternas por 100 mil nacimientos llegando en el año 2013 a 38.2 muertes materna por 100 mil nacimientos (Secretaría de Salud, 2015). Sin embargo esta disminución no alcanzó a cubrir el Objetivo 5 de *los Objetivos del Milenio para el año 2015* pactado con la Organización de la Naciones Unidas, que planteaba una reducción a 22.2 muertes por cada 100 mil nacimientos. El Objetivo 5 suponía una reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna en México entre 1990 y 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015).

Por otro lado, es importante reflexionar que la mortalidad materna es 2.06 veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas (SSA, 2010). Se considera que hasta un 20% de las mujeres embarazadas presenta emergencias obstétricas que requieren, además de intervenciones hospitalarias, terapia intensiva de emergencia (Urquiza, Tejada 2010), por lo que la facilidad de acceso a la atención y a los servicios de salud, presente o no en la localidad de residencia de la embarazada, resulta esencial.

El acceso a servicios de salud, pero sobre todo la calidad de los mismos es un elemento determinante en la mortalidad materna. Los establecimientos de la Secretaría de Salud, que atienden a la población no asegurada con servicio de salud, concentran las más altas tasas de mortalidad en este rubro. Realidad que se refleja en los egresos hospitalarios maternos² y en las ineficiencias en atención materna otorgada por los hospitales de dicha Secretaría (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2009). Se tiene registro que la mayoría de las muertes maternas en México se presenta en los establecimientos de salud pública pertenecientes a la Secretaría de Salud (PNUD, 2010). En este sentido es

² Los egresos hospitalarios se definen como el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo o por defunción (Indicadores propuestos para seguimiento del Ramo 33, 2009).

importante mencionar que un 33.1% de defunciones se dieron en mujeres embarazadas que contaban con Seguro Popular. (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2009).

d. Marginación socioeconómica como influyente en el proceso de embarazo

El nivel de marginación es un indicador que muestra una condición referente a las carencias materiales y humanas, reflejo de la condición de desarrollo nacional en relación a su población. Como medida-resumen, índice de marginación toma como referentes principales: el acceso a la educación, la percepción monetaria, las condiciones de vivienda y la distribución de la población³ (CONAPO, 2005). Estos referentes establecen el grado de marginación que tienen las entidades federativas en nuestro país.

Las circunstancias socioeconómicas locales que se reflejan en el índice de marginalidad determinan las limitaciones que merman el desarrollo de los embarazos. De esta forma, se establecen características socio-espaciales inherentes a las localidades de residencia de las mujeres embarazadas, de manera que el desarrollo del embarazo no sólo depende de las condiciones individuales de las mujeres, sino también de circunstancias sociales propias de las localidades donde radican.

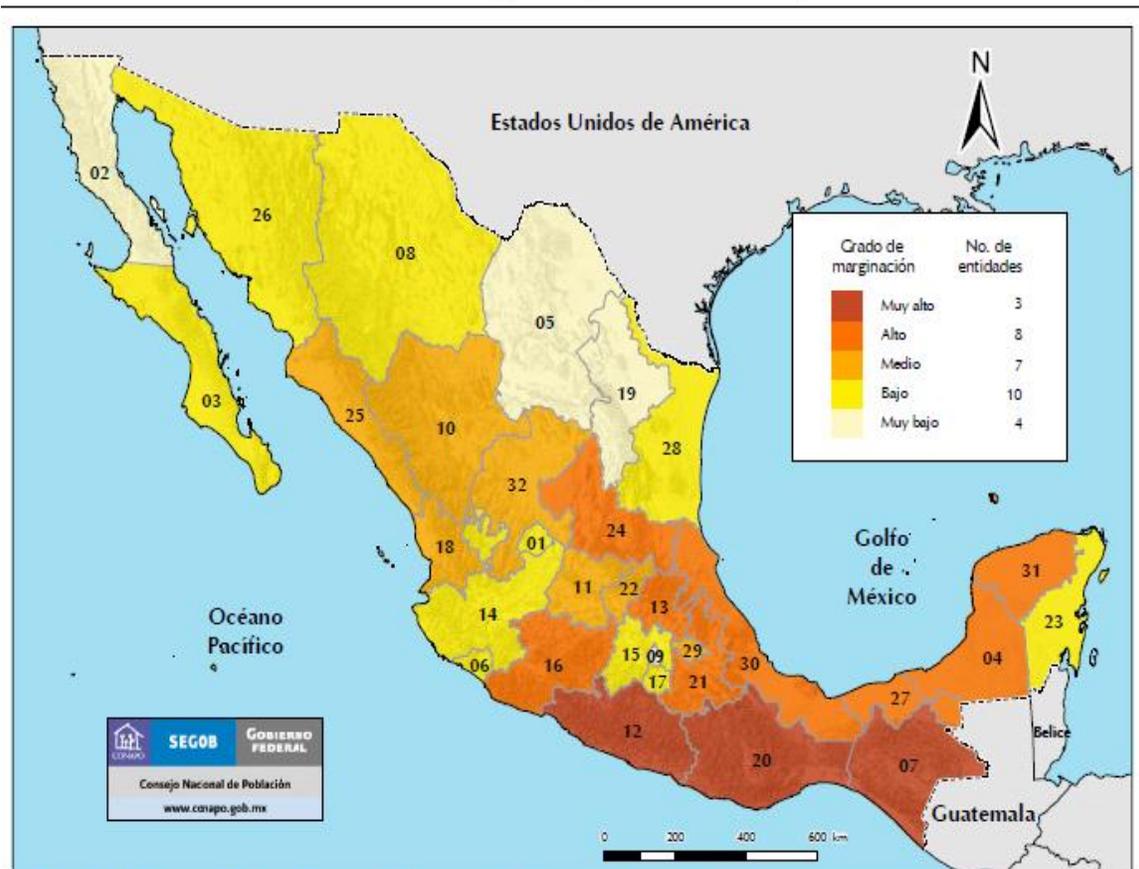
Por lo tanto, el análisis de la marginación en las entidades federativas ayuda a identificar condiciones específicas del embarazo en México. La población de mujeres embarazadas en circunstancias de marginación socioeconómica son más vulnerables por carecer en mayor medida de acceso a servicios de seguridad social y oportunidades de desarrollo (CONAPO, 2005).

En esta misma tónica, la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (2008) afirma que la razón de mortalidad materna es más alta en las zonas indígenas del país, mismas que se encuentran casi en su totalidad en entidades con altos índices de marginación y con los altos índices de desnutrición propios de la población indígena.

³ En la distribución de la población se determina si la localidad es urbana o rural de acuerdo a su densidad demográfica (CONAPO, 2005)

Conocer el grado de marginación por entidades federativas (véase Mapa 1), ayuda a comprender las circunstancias generales de las mujeres embarazadas.

Mapa 1
México: Grado de Marginación por Entidad Federativa, 2005



Fuente: Índices de marginación 2005, (2005) en http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/anexoA/mapas/a_1.pdf

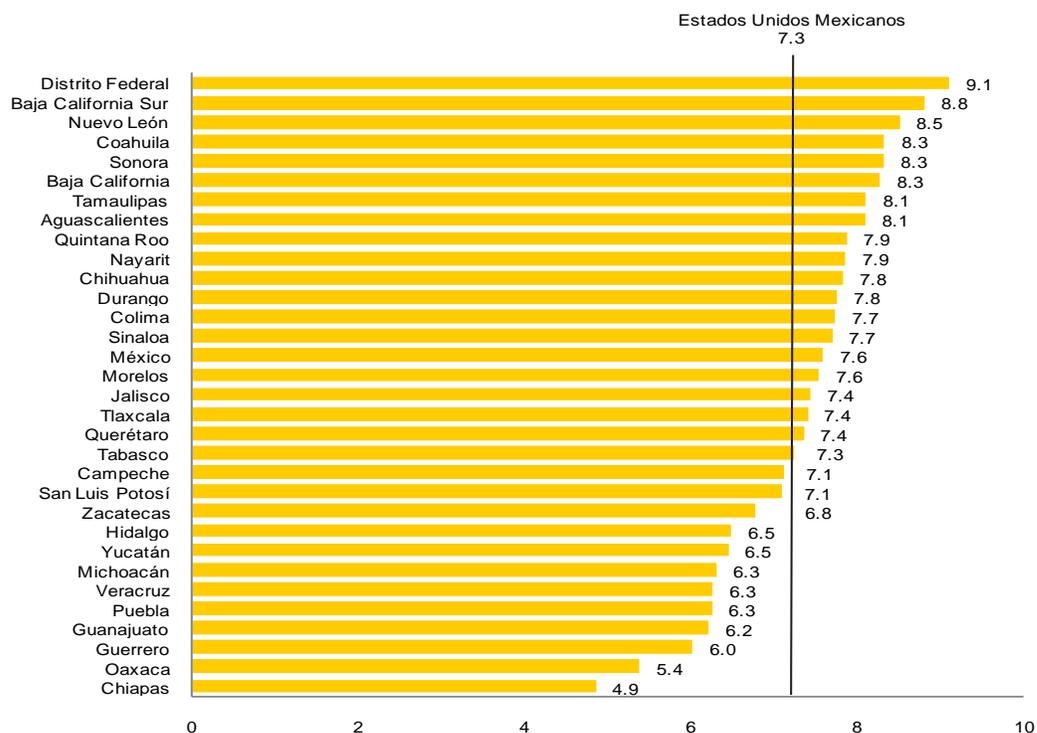
Haciendo una interrelación entre las variables que connotan a la marginación y los factores que influyen en el proceso de desarrollo del embarazo (específicamente el acceso a atención médica), podemos comprender la influencia que tienen ambos aspectos en la mujer embarazada mexicana. Al ser Chiapas, Oaxaca y Guerrero los estados con más altos grados de marginación, esta situación repercute directamente en las mujeres embarazadas de dichas entidades. Esta situación puede observarse en que dichos estados poseen una alta razón de mortalidad materna: Chiapas con 54.8, Guerrero con 59.4 y Oaxaca con 50.4, siendo que el promedio nacional es de 30.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2013 (Secretaría de Salud, 2015). Representando también los estados con mayores índices de muertes maternas en mujeres hablantes de una lengua indígena, siendo de 55.9% para Oaxaca, 47.2% para Guerrero y 24.6% para Chiapas (GIRE, 2013).

Sin embargo, en el caso chiapaneco se ha logrado un importante avance en la disminución de la mortalidad materna. En este sentido, la razón de mortalidad materna en este estado ha pasado de 73.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos en el 2010 a 54.8 en el año 2013. (Secretaría de Salud, 2015)

Esta notoria disminución de la mortalidad materna en Chiapas se ha logrado mediante estrategias por parte del Estado para mejorar las condiciones del embarazo en torno al acceso a salud, priorizado la atención en municipios con mayor marginación. Asimismo se han impartido cursos al personal médico en emergencias obstétricas (enfermeras, parteras, médicos) y se ha incrementado el mobiliario médico y el reforzamiento de la terapia intensiva (Chiapas, por una mejor Salud Materna, SSA 2011).

Por otro lado, la menor escolaridad de las madres en los tres estados más marginados en comparación con el promedio nacional (véase Tabla 1) se relaciona directamente con las menores oportunidades de encontrar trabajos mejor remunerados y con prestaciones, lo que merma la calidad de vida de los individuos en dicho estado y el acceso a servicios médicos durante el embarazo.

Promedio de escolaridad de las mujeres de 12 años y más con al menos un hijo nacido vivo por entidad federativa, 2009



Fuente: Estadísticas a propósito del día de la madre (2010) en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/madre09.asp?s=inegi&c=2691&ep=13>

En Oaxaca para el año 2009, cerca del 50% de las mujeres que han tenido hijos no contaban con ningún tipo de educación o no terminó la primaria (INEGI, 2010). La menor educación limita la posibilidad de que las madres puedan conseguir algún tipo de trabajo remunerado, circunstancia que pauperiza su condición de vida en términos materiales. Las madres con mayores niveles educativos, entre educación media superior y superior, cuentan con mayores oportunidades de empleo. (INEGI, 2010).

Conclusiones

La dinámica demográfica en México se encuentra en estrecha relación con las Leyes Generales de Población. De esta forma la ley actualmente vigente, emitida en 1974, ha

facilitado la disminución del número de hijos por mujer mediante los programas de planificación familiar.

Por otro lado, los indicadores relacionados con mortalidad materna ayudan a describir los niveles de desarrollo que posee una entidad federativa en ámbitos de seguridad social, específicamente en acceso a servicios de salud.

Los servicios de la Secretaría de Salud así como el Seguro Popular conjuntan un importante porcentaje de muertes maternas. Asimismo, estos mismos servicios de salud son a los que la población de mujeres embarazadas con mayores índices de vulnerabilidad tiene acceso.

Por consiguiente, la marginación influye en la calidad de vida de la mujer embarazada, siendo una alta marginación un potencial reductor del bienestar de la mujer gestante y su hijo.

La mortalidad materna en México se vincula con la pobreza, la marginación social y la carencia de los servicios de médicos de calidad. De esta forma la población más vulnerable se focaliza en las mujeres en circunstancia de pobreza y marginación, afectando mayormente a las mujeres indígenas. En este sentido, el nivel de marginación suele estar vinculado con la mortalidad materna: entre mayor marginación se presenta una mayor tasa de mortalidad materna, como es el caso de estados como Oaxaca y Guerrero, a menos que el Estado intervenga de manera decisiva y puedan lograrse reducciones significativas de la mortalidad materna, como ha ocurrido en Chiapas.

1.2 Embarazo en la adolescencia

1.2.1 La madre adolescente desde su contexto social

Se pretende en el presente apartado identificar y conocer a los diferentes contextos sociales en los que ocurre el embarazo adolescente. Asimismo, analizaremos las repercusiones que tienen dichos contextos sociales en el desarrollo del embarazo adolescente, así como las circunstancias sociales, económicas, culturales y políticas en las que el embarazo adolescente se concibe como un problema social.

a. La adolescencia y el embarazo

El embarazo adolescente representa un fenómeno social que tiene múltiples facetas para su análisis que dependen del contexto social. Sin embargo se necesitan establecer parámetros específicos en la definición de adolescencia, para poder determinar la periodicidad en que acontece el embarazo y las características físicas y psicológicas propias de esta etapa de la vida. De esta forma la OMS (2011) define la adolescencia como:

La etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Se tienen las siguientes alteraciones: desarrollo físico, que implica desarrollo sexual y desarrollo cerebral; desarrollo psicológico: cambios en la manera de pensar y sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas, constituyendo la base de la salud mental y desarrollo social: relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

Sin embargo, al ser un fenómeno biológico que se configura de factores concretos, pero también de una madurez emocional que implica la especificidad de quien la vive y la sociedad que la legitima; la adolescencia y los acontecimientos que en ella suceden se caracterizan también por el contexto social en el que se desarrolla (Nava, C, 2009). A pesar de la existencia de parámetros establecidos acerca del inicio de la adolescencia y el perfil de los cambios que representa, esta etapa de desarrollo depende fundamentalmente de la forma particular de cómo la perciben las adolescentes de acuerdo al contexto determinado donde interactúen mayoritariamente: “Se refiere a la adolescencia en términos culturales y sociales, como el periodo de transición entre la niñez y la adultez, el cual puede o no existir y cuyo significado y extensión son muy variables en sus diversos contextos socioculturales” (Stern, 2009, p. 88).

La conceptualización específica del “embarazo adolescente” se designa en un contexto social específico dentro del cual las mujeres tienden a iniciar su vida reproductiva después de su primera década de vida: “El término “embarazo adolescente” se acuñó en Estados Unidos, país donde las mujeres no se casan antes de los 20 años. En México, alrededor de 40 por ciento de las mujeres se unen maritalmente antes de esa edad.” (Szasz, 2009).

Las circunstancias en las cuales se desarrolla el embarazo adolescente pueden ser una caracterización sociocultural del contexto en el cual la adolescente interactúa: desde ser una decisión personal de reproducción de las adolescentes hasta constituirse en un problema social que afecta a específicos sectores poblacionales (Stern, 2010). Es

importante tomar en cuenta que el embarazo adolescente se connota fundamentalmente por ser un embarazo que se presenta prematuramente, sin embargo, esta conceptualización de prematuridad la determina y es relativa al contexto sociocultural. En este sentido el embarazo adolescente deviene en un fenómeno social que debe comprenderse de acuerdo a su contexto histórico, social y económico.

a. Contextos sociales donde se presenta el embarazo adolescente

La perspectiva desde la cual se analiza el embarazo adolescente dependerá de circunstancias particulares en que se presenta. Los sectores socioeconómicos en los que ocurre y la magnitud de la incidencia del embarazo adolescente dentro de los mismos, determinarán el desarrollo y la manifestación de sus problemáticas sociales.

De esta manera, al estudiar el embarazo adolescente en la sociedad mexicana, Claudio Stern establece cuatro escenarios que presentan diferentes contextos sociales que implican repercusiones específicas y, por lo tanto, proporcionan diferentes significados (Stern, 2007):

En el sector *rural tradicional*, el embarazo en la adolescencia es un acontecimiento relativamente común (véase Gráfico 3), donde la desnutrición y la dificultad en el acceso a la salud incrementa los índices de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Es importante considerar en estos casos los estados de Oaxaca y Guerrero, con un alto porcentaje de población indígena, y que tienen una alta tasa de mortalidad materna en las adolescentes (CONAPO, 2015b).

En este mismo sector, el bajo nivel educativo al que acceden las mujeres, relacionado con las imperantes normas tradicionales vinculadas al rol femenino enfocado en ser madre y esposa (Stern, 2007), conlleva a que la maternidad adolescente sea una constante para las jóvenes y no sea visto como un problema social dentro de las demarcaciones propias de dicho sector.

El sector *urbano marginal* se localiza frecuentemente en las grandes ciudades, en las que importantes segmentos poblacionales viven en situación de vulnerabilidad social⁴. La vulnerabilidad, considera Stern, propicia en este sector poblacional el embarazo adolescente.

En este contexto social el embarazo adolescente es regularmente común y significa un problema social. El embarazo adolescente dentro de este contexto urbano marginal está caracterizado por violencia familiar, inestabilidad económica, alta deserción escolar temprana y falta de oportunidades de desarrollo de una vida profesional y/o laboral (Lewis, 1994). Por consecuencia, en este contexto social la búsqueda de un compañero y la salida de la casa perteneciente a su familiar de origen constituyen una de las pocas alternativas a los problemas familiares de las jóvenes (Stern, 2007, p. 11). De esta forma el embarazo para el sector urbano marginal puede llegar a significar una solución a los problemas familiares y sociales de la falta de oportunidades académicas y laborales (Menkes y Suárez, 2003). En este sentido, Szasz (2009, p. 210) afirma que el embarazo y la fecundidad adolescente en México, mayormente presentes en los estratos socioeconómicos más bajos y con menor asistencia escolar, comúnmente resultan en uniones conyugales tempranas.

Caterine Menkes y Leticia Suárez en la investigación *El embarazo adolescente en México: ¿es deseado?* (2003), analizaron las características de las mujeres que se embarazan en la adolescencia según estrato socioeconómico. En esta investigación se muestra que el 40.6% de los embarazos de mujeres entre 15 y 24 años corresponde a un estrato socioeconómico muy bajo, en comparación con un 2% de un estrato alto. Del total de los embarazos en edades jóvenes solo cerca de la mitad fueron deseados (Menkes y Suárez, 2003).

Por consiguiente, en los sectores sociales con menores oportunidades de desarrollo académico y laboral a futuro para las mujeres, ellas optan por el embarazo adolescente como una forma de desarrollo personal y autonomía respecto a su familia de origen (Pantelides, 2005). A este respecto, es importante considerar que 80% de los casos de

⁴ Entendida como: “la susceptibilidad socialmente determinada de sufrir riesgos de largas consecuencias en la vida, física o moralmente” (Stern, 2003, p. 739)

embarazo adolescente en México, se presenta en mujeres que tienen pocos meses de haberse unido conyugalmente, o que a pocos meses después del embarazo se unen conyugalmente (Stern y Menkes 2008).

En los sectores sociales anteriormente analizados, es importante considerar que en un alto porcentaje las mujeres adolescentes se embarazan deseando conscientemente hacerlo (Stern, 2007). Se tiene la evidencia de que las mujeres que no esperan embarazarse en la adolescencia son aquellas que se encuentran estudiando o aquellas que viven con sus padres en contextos sin violencia familiar (Menkes y Suarez, 2003). De esta forma, la educación y el respaldo familiar constituyen un motivo para posponer el embarazo en edad temprana.

De acuerdo con el último censo realizado en México (2010) del total de 18.8 millones de adolescentes entre los 12 y los 19 años, 2.5 millones no estudiaban ni trabajaban. De estos adolescentes que no estudiaban y no tenían inserción laboral, casi el 75% estaba conformado por mujeres adolescentes (INEGI, 2010). Este indicador se relaciona directamente con el inicio de la maternidad y la formación de vida conyugal que se encuentra caracterizados por la falta de acceso a la educación e independencia económica (Szasz, 2009). La condición de vulnerabilidad socioeconómica en el grupo de madres adolescentes es común.

El contexto de los sectores sociales al que las adolescentes pertenecen, influye en los patrones de conducta sexual. Entre las jóvenes que residen en zonas urbanas y acceden a una escolaridad media superior o superior, más del 40% aplazan la iniciación de su vida sexual (según reflejan las encuestas) hasta después de los 19 años y una quinta parte hasta después de los 24 años (Szasz y Solís, 2008).

De esta forma, las adolescentes pertenecientes al sector *urbano popular* han asimilado aspiraciones educativas y laborales más altas, mismas que influyen en el retraso del embarazo y la unión conyugal más allá de los 20 años. Por consiguiente, el embarazo adolescente en este sector social conlleva, en algunos casos, un hecho que se contrapone con las apetencias de ascenso social y oportunidades de desarrollo educativo o laboral (Stern, 2007). Las implicaciones del embarazo adolescente en este sector social

generalmente no tendrían importantes repercusiones en problemas de salud porque es poco común: solo 8% del total de embarazos adolescentes ocurren en jóvenes de este sector social (Menkes y Suárez, 2003).

El estrato socioeconómico y la escolaridad no sólo son indicadores materiales para la existencia del embarazo adolescente, sino también se vinculan con las expectativas de vida relacionadas al estado conyugal y la maternidad-paternidad. Dichas expectativas se basan en que mayores oportunidades educativas y de inserción laboral favorable influyen en una vida sexual activa desligada de la reproducción de los roles “madre-esposa, padre-esposo”.

Las diferencias por estratos socioeconómicos sugieren que la mayor permanencia escolar no solamente permite a los y las jóvenes de los estratos económicos altos continuar su educación después de los 20 años y tener inserciones laborales ventajosas, sino que también les facilita mantener relaciones sexuales en vínculos afectivos desligados de la procreación y del matrimonio (Olavarría 2007, p. 35).

El sector de las clases *media-media* y *media-alta*, constituye una minoría poblacional con mayor acceso a la educación de nivel superior y posgrado, lo que fortalece la dependencia de los y las adolescentes al entorno familiar, y origina la postergación del embarazo y las uniones conyugales. A su vez, las circunstancias de desarrollo integral de la mujer, en un entorno más ligado a la secularización de la sexualidad femenina también propician un poder de negociación más abierto en torno a la reproducción (Stern, 2007). Este panorama favorece que la tasa de embarazo adolescente para el año 2002 en este estrato socioeconómico sea de 0.6 por cada mil mujeres, en comparación con un valor de la tasa de 158 por cada mil mujeres propia de un estrato socioeconómico muy bajo (Menkes y Suárez, 2003).

De esta manera, los y las adolescentes generalmente mantienen una percepción del emparejamiento y de las relaciones sexuales que se encuentran matizados por las propias características del estrato social al que pertenecen, teniendo como resultado la incidencia del embarazo y de la conformación de relaciones conyugales de manera diferenciada en relación al estrato social al que pertenecen. Szasz (2009: 215), menciona al respecto:

En México coexisten las normas del parentesco propias de las sociedades agrarias en los estratos socioeconómicos muy bajos con los ideales modernos del amor romántico y la familia nuclear que se asocian al trabajo asalariado urbano en los estratos medios, además del surgimiento de visiones de

la sexualidad que la vinculan en ambos sexos con las relaciones afectivas, el deseo y el consentimiento mutuo, sobre todo en los sectores de altos ingresos.

Se han expuesto características generales de los contextos en los que se presenta el embarazo adolescente en los distintos sectores socioeconómicos. Asimismo, es importante considerar que existen excepciones que pueden presentarse en dichos contextos y en el desarrollo propio del embarazo.

Son distintos los servicios y la información que requieren los y las jóvenes que tienen prácticas sexuales mientras están estudiando y son solteros, respecto de las que necesitan las jóvenes que viven en contextos donde el inicio de su vida sexual coincide con su unión conyugal temprana y con la inserción laboral de sus parejas masculinas. En situaciones sociales diferenciadas las prácticas sexuales adquieren significados diferentes y sus consecuencias sociales y de salud son distintas, aunque se trate de jóvenes de edades semejantes (Szasz 2009, p. 215).

b. El embarazo adolescente como problema social

Como se ha expuesto anteriormente, el embarazo adolescente tiene su connotación específica de acuerdo a las circunstancias particulares en las que se presente. Sin embargo, comúnmente se relaciona con la problemática social que implica:

a) Su supuesto incremento, b) su contribución al crecimiento acelerado de la población c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el hijo y d) su supuesta contribución al incremento de la pobreza (Stern, 1997, 84).

Los factores expuestos anteriormente no pueden ser generalizables a todos los embarazos adolescentes. Como hemos analizado anteriormente, la problemática se encuentra mayormente focalizada en grupos etarios específicos, generalmente ubicados en la adolescencia temprana (10 a 14 años), y en sectores sociales pertenecientes a clases sociales bajas. En ambas circunstancias, el embarazo adolescente acentúa la vulnerabilidad fisiológica y social, repercutiendo principalmente en la madre y el hijo (Pantelides, 2005). De esta forma, los dilemas sociales vinculados al embarazo adolescente se centran principalmente en el problema de salud pública en relación a la alta mortalidad y morbilidad materna/infantil⁵ (CONAPO, 2005b) y en las desventajas relacionadas a la

⁵Se ha connotado el embarazo adolescente como un problema de salud pública debido a la importante tasa de mortalidad que mantiene este grupo de edad, especialmente entre los 10 a los 14 años. Sin embargo, se ha podido conocer que los problemas de salud en la madre adolescente y el hijo correspondían en gran número de casos a la carencia de cuidados médicos y a los importantes niveles de desnutrición vinculados con las clases sociales más bajas (Hollingsworth, Kotchen y Felice, 1982; McAnarney, 1978).

condición de vulnerabilidad socioeconómica de las madres adolescentes y las repercusiones futuras para sus hijos (Singh y Wulf, 1990; Añaños, 1993). Las repercusiones directas del embarazo adolescente se centran en que ser madre a temprana edad implica, generalmente, un bajo nivel escolar por no poder acceder fácilmente a la educación en comparación con las adolescentes no madres (CONAPO, 2015b):

En general, las mujeres de 15 años y más con hijos nacidos vivos tienen un promedio de escolaridad de 7.7 años, lo que equivale casi el segundo grado de secundaria, este valor se encuentra casi tres años (2.7) por debajo del promedio observado entre las mujeres que nunca han tenido hijos (Estadísticas a propósito del día de la madre, INEGI, 2011, p. 6).

Se estipula que la maternidad adolescente, genera un círculo vicioso de transmisión de pobreza trasgeneracional (Buvinic, 1992). De esta misma forma, como ya se ha mencionado anteriormente, se puede considerar que los contextos socioeconómicos relacionados con la vulnerabilidad y la pobreza económica son los generadores de las circunstancias socioculturales que fomentan el embarazo temprano (Geronimus y Korenman, 1992; Stern, 2007).

En sectores sociales donde la mujer embarazada mantiene una situación de vulnerabilidad ligada a contextos rurales así como adscripción étnica, como en el caso expuesto más arriba del escenario *rural tradicional*, el embarazo a temprana edad representa una alternativa de vida realizable y cercana a su realidad socioeconómica, ligada a la reproducción social de roles conyugales ligados a la maternidad “ser madre y esposa”, más allá de ser un problema personal y social.

Por consiguiente, es vital proporcionar mayores oportunidades de desarrollo educativo y personal en estos sectores poblacionales con mayores índices de pobreza, marginación y vulnerabilidad. En la mayoría de las madres adolescentes pertenecientes a clases sociales más bajas o de contextos rurales, en donde se ubica el problema social del embarazo adolescente, el embarazo adolescente está antecedido generalmente, por la falta de oportunidades y contextos que permitan su inserción escolar y laboral.

Rara vez es reconocido que las mujeres pobres no tienen otra opción que convertirse en madres al principio de su vida, tanto para adquirir el respeto y la condición social y con el fin de asegurar su sustento para el futuro, unen su vida con la de un hombre. Información sobre aspectos reproductivos

y el acceso a anticonceptivos tendrá poco significado para estas mujeres a menos que se presente la oportunidad para que prevean un futuro diferente. Sólo entonces será significativo para ellas posponer el embarazo y el parto (Stern, 2002).

Conclusiones

El embarazo adolescente, al tener connotaciones específicas de acuerdo al contexto según la clase social en la cual se presente, debe ser concebido y tratado mediante un análisis que tome en cuenta dichas características, siendo inviable la generalización del “embarazo adolescente” en un análisis sociológico atinente a dicho fenómeno social.

En el contexto rural tradicional, el embarazo adolescente es un hecho frecuente en zonas rurales y en población con adscripción étnica. Asimismo podemos identificar dicha recurrencia con las tradiciones y las formas de vida vinculadas a los roles de la mujer. La maternidad adolescente en las zonas rurales es así la síntesis de la interacción entre una situación socioeconómica desventajosa, la tradición de enlaces conyugales tempranos y un bajo nivel de estudios.

A su vez, el embarazo adolescente en un contexto urbano marginal, connotado por clase socioeconómica baja y niveles bajos de educación, reproduce en dicho embarazo las características educativas y socioeconómicas antes mencionadas. Por consiguiente, el embarazo en el contexto urbano marginal se tiende a asociar con transmisión intergeneracional de la pobreza, así como con la falta de oportunidades escolares y laborales ventajosas para las mujeres adolescentes. En este sentido, dentro del contexto urbano de las clases bajas, el embarazo adolescente se torna un problema social donde la mujer es potencialmente vulnerable al carecer de bienes y servicios indispensables para el buen desarrollo de su embarazo.

Finalmente consideramos que para los diferentes contextos sociales donde se presenta el embarazo adolescente, se deben establecer diferentes aproximaciones a este hecho social, encaminados a la generación de políticas públicas que puedan satisfacer las necesidades de las adolescentes embarazadas, de acuerdo a su contexto socioeconómico.

1.2.2 Perspectiva socio-demográfica del embarazo adolescente en México

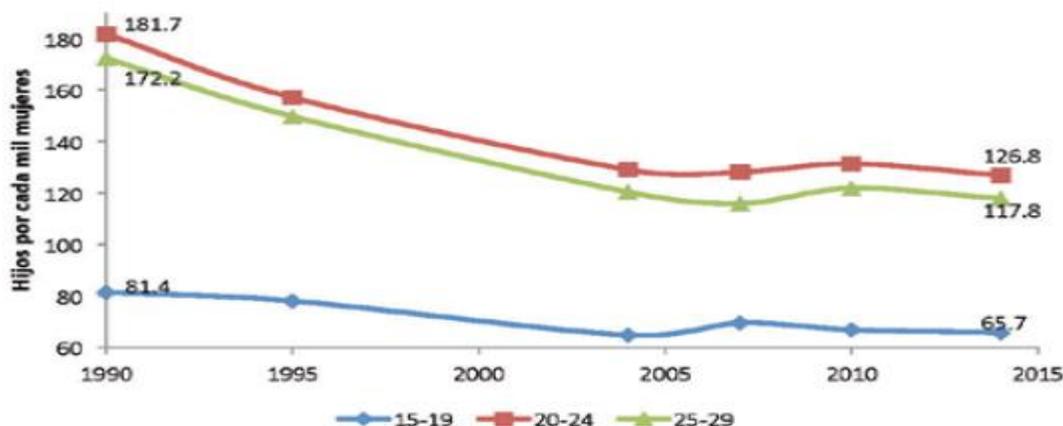
Dentro del presente apartado se realizará una revisión en torno a los aspectos sociodemográficos que muestran la incidencia del embarazo adolescente en México, con la finalidad de generar un perfil de las circunstancias y características que connotan al embarazo en la adolescencia. En este sentido, establecemos los vínculos con el embarazo adolescente de las variables atinentes al nivel educativo, estado conyugal, lugar de residencia e inserción laboral, con el objeto de identificar los diferentes contextos en los cuales se desarrollan dichos embarazos.

a. Madres adolescentes en México

Se estima que actualmente (2015) la población adolescente en México es de 22.4 millones de hombres y mujeres de 10 a 19 años de edad; de ellos, 11.1 millones tienen de 15 a 19 años, y 11.3 millones de 10 a 14 años (CONAPO, 2015). La población adolescente del país se ha duplicado de 1970 a la fecha (CONAPO, 2015).

En 1974, de cada mil mujeres adolescentes, 130 se tenían un hijo en el año; para 1980 esta cifra era de 120, representando un descenso del 8%. Durante la década de los años ochenta, la tasa de fecundidad adolescente descendió 25%, y de 1990 a 2014 descendió otro 15.9% más (véase Gráfico 1).

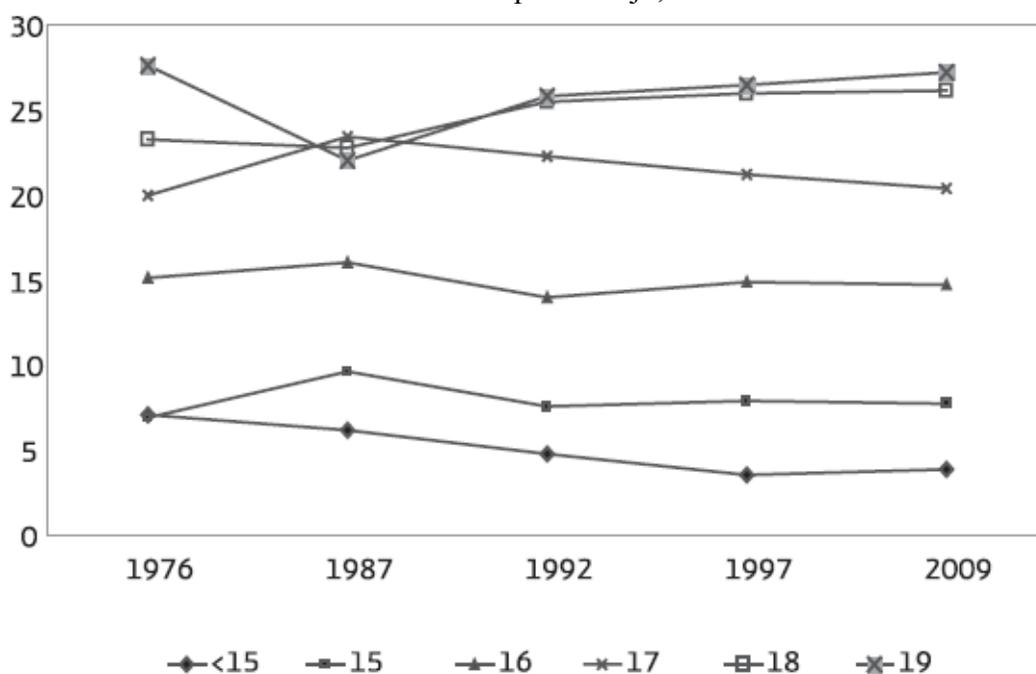
Gráfico 1. Evolución de las tasas de fecundidad por grupo de edad. México 1990-2014



Fuente: Consejo Nacional de Población (2014) http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Las variaciones en la edad a la que las mujeres adolescentes tienen su primer hijo, son modestas cuantitativamente hablando. A lo largo de los últimos treinta años, la proporción de mujeres que tienen a su primer hijo antes de los 18 años, consideradas tradicionalmente como las más vulnerables, muestra una leve tendencia a la disminución. Las madres adolescentes de 18 y 19 años siguen concentrando alrededor de la mitad de los nacimientos ocurridos durante la adolescencia (véase Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de mujeres por edad al nacimiento del primer hijo, 1976-2009



Fuente: Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009 (2014) en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2014/03.pdf>

b. Lugar de residencia, rural y urbana

En cuanto al lugar de residencia, la maternidad en la adolescencia es un fenómeno relativamente común: en 2009 cerca del 74% de las mujeres entre 20 y 24 años en

localidades rurales había tenido al menos un hijo en la adolescencia (CONAPO, 2010). En las adolescentes urbanas, la maternidad adolescente es menos común y se ha reducido en alrededor de 50% entre 1976 y 2009 (CONAPO, 2010).

En 2009, los municipios con grados de marginación muy alto y alto, concentran el 21.36% y el 19.47%, respectivamente, del total de embarazos adolescentes en México. Asimismo, existe mayor recurrencia de nacimientos en adolescentes menores de 15 años en comparación con los nacimientos de ocurridos en adolescentes entre 15 y 19 años en los municipios con grados más altos de marginación (CONAPO, 2015). De esta manera, la maternidad adolescente es más común en la población que habla lengua indígena en comparación de la que no habla lengua indígena.

c. Mortalidad materna en adolescentes

La maternidad en la adolescencia puede llegar a representar un riesgo en la salud tanto en la madre como en su hijo, sobre todo, en aquellos embarazos que ocurren en la adolescencia temprana (de 10 a 14 años), y de los cuales no se tiene información precisa de la causa de la muerte materna debido a su variabilidad anual (CONAPO, 2015b).

Resulta interesante constatar que los estados con mayor mortalidad de madres adolescentes son Guerrero y Oaxaca, entidades connotadas por poseer los índices más altos de marginalidad nacional (CONAPO 2011 y 2015b).

d. Escolaridad

La edad al nacimiento del primer hijo se encuentra estrechamente asociada con el nivel de escolaridad de las mujeres. En este sentido, se ha identificado que 17.7% de las adolescentes menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, interrumpieron sus estudios después del nacimiento de su hijo (CONAPO, 2015b). Además, el abandonar los estudios incrementa la posibilidad de concebir un embarazo en la adolescencia (Stern, 2012), aunque no es un factor determinante ya que existe un importante número de adolescentes que no asisten a la escuela y no se han embarazado. En este sentido, más del 90% de aquellas adolescentes que han sido madres no asisten a la escuela en contraste con el 24% de las adolescentes que no han sido madres (INEGI, 2010b). Se ha identificado que de las mujeres que nacieron entre 1964 y 1984 y tienen

como escolaridad primaria inconclusa, 57% fueron madres en la adolescencia, en contraste con solo 12% entre las que tienen como escolaridad mínima el bachillerato (CONAPO, 2015b). Identificando de esta manera un claro patrón de mayor recurrencia de embarazo adolescente en aquellas mujeres con menor escolaridad (CONAPO, 2009).

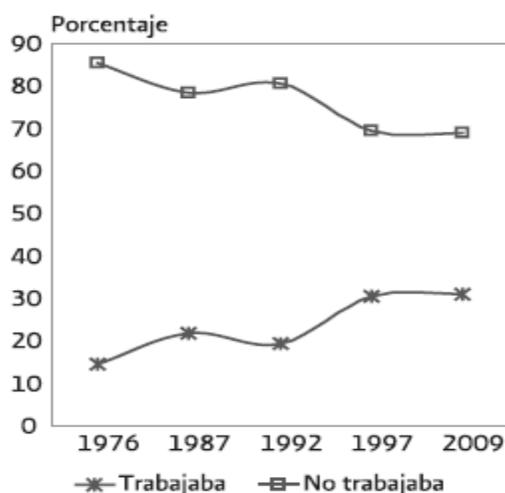
e. Ámbito laboral

Al igual que la escolaridad, el ámbito laboral de las adolescentes está relacionado con el embarazo. Generalmente, por la edad en la que se desarrolla el embarazo adolescente, las madres en la adolescencia no participan en la actividad económica: de acuerdo con el último Censo de población y vivienda (INEGI, 2010), en 2010, solo 8.3% de las adolescentes entre 15 y 19 años con hijos nacidos vivos tenían un trabajo remunerado (INEGI, 2010). Asimismo, se identificó casi 90% de las madres entre 15 y 19 años realiza exclusivamente actividades domésticas no remuneradas en su hogar, lo que sugiere una condición de vulnerabilidad socioeconómica (CONAPO, 2015b).

Sin embargo entre los años 1997 y 2009, las mujeres de 20 a 24 años que fueron madres en la adolescencia tienden a tener una creciente participación laboral (véase Gráfico 3). Estos datos muestran una coincidencia con la tendencia al incremento de las mujeres que encabezan los hogares (INEGI 2011). Para el año 2000 los hogares con jefatura materna representaban el 20.6%, ascendiendo para el 2005 a 23% y para el 2010 este porcentaje fue de 24.6% (CONAPO, 2010).

Gráfico 3. Mujeres de 20 a 24 años que fueron madres durante la adolescencia, según actividad laboral actual⁶, 1976-2009

⁶ Se desconoce si trabajaban cuando eran más jóvenes y tenían de 15 a 19 años de edad.



Fuente: Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009 (2009) en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/03.pdf>

Una importante proporción de mujeres adolescentes se emplea en actividades relacionadas con el sector terciario, vinculado principalmente con la prestación de servicios y el comercio (CONAPO, 2010). Es necesario considerar las condiciones de trabajo en dichos sectores ocupacionales, ya que con frecuencia las inserciones laborales en los servicios y el comercio se encuentran dentro de la informalidad (CONAPO, 2010; OCDE, 2011), y sin prestaciones en detrimento de la calidad de vida, en especial de las madres adolescentes y sus hijos. Asimismo, se ha identificado que el sector terciario tiene las siguientes desventajas: la inestabilidad de la percepción de recursos económicos (repercutiendo en la generación de una importante inseguridad económica), falta de seguridad laboral y la inexistencia de prestaciones que configuran la seguridad social, principalmente (González, 2006).

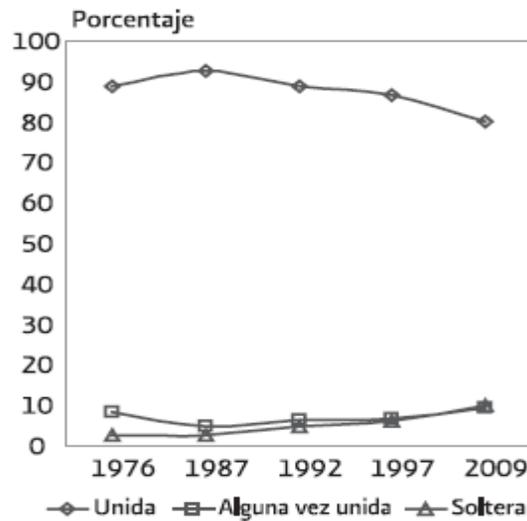
El sector secundario, conformado por la industria de la transformación es el segundo sector con mayor presencia de mujeres adolescentes, seguido por el sector agropecuario. En el sector secundario resalta la presencia de la industria de la maquila en la que se ocupan las mujeres adolescentes, específicamente las madres (tema que abordaremos en el Capítulo 6). Las condiciones en este sector son también precarias porque “el trabajo en las maquiladoras se encuentra frecuentemente asociado con las formas de subcontratación que

vulneran los derechos laborales de los trabajadores, como el derecho a un contrato formal y el acceso a sistemas de seguridad social, entre otras prestaciones” (Colín y Villagómez, 2009, p. 40).

f. Estado conyugal

Las mujeres adolescentes sexualmente activas no unidas en una relación conyugal representaban, para el 2009, el 29% de las jóvenes de 15 a 19 años de edad (CONAPO, 2010). En el país, la proporción de adolescentes unidas (ya sea que estén casadas o en una unión consensual) descendió de manera considerable, pasando de una de cada cinco adolescentes en 1987 a poco más de una por cada siete en 2009 (CONAPO, 2010). Sin embargo, muchas jóvenes que al momento del nacimiento de su primer hijo no estaban unidas, concretan una unión en los años siguientes. La condición de soltería entre las madres adolescentes es un fenómeno que en 2009 se presentaba en una de cada diez madres adolescentes. Este fenómeno, sin embargo, no indica que las adolescentes se embaracen en un marco de unión; ésta puede ocurrir en un intervalo relativamente reducido, posterior al embarazo o nacimiento de su primer hijo. Atingente al panorama anteriormente descrito de acuerdo al estado civil y el embarazo adolescente, se ha confirmado que los embarazos a edades tempranas presentan mayores posibilidades de desencadenar uniones o matrimonios prematuros (CONAPO, 2015b)

Gráfico 4. Mujeres de 20 a 24 años que fueron madres durante la adolescencia, según estado conyugal actual, 1976-2009



Fuente: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) 1976, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) 1987 en <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid2009/Index.html>

Conclusiones

La incidencia del embarazo adolescente ha tenido una importante transformación en los últimos 30 años. Esta transformación se basa en el decremento del número de hijos, el mayor acceso a niveles superiores de educación y la creciente inserción al mercado laboral (Colin, 2009; CONAPO, 2015b, INEGI 2010). Dentro de este panorama nacional se observa una polarización en la recurrencia del embarazo adolescente y mortalidad materna de este grupo etario enfatizando su incremento en las poblaciones con mayor vulnerabilidad social: mujeres indígenas dentro de contextos rurales de alta marginación.

Asimismo, el embarazo adolescente es un factor que incrementa las probabilidades de reproducción intergeneracional de la pobreza y la vulnerabilidad social. Esta situación puede comprenderse debido a que el embarazo adolescente influye en el abandono de los estudios y, por ende, en el tipo de inserción laboral, así como en la remuneración económica que logran obtener. Se ha identificado que las madres adolescentes se dedican en su gran mayoría al trabajo domestico no remunerado. En este sentido, los sectores económicos en los que una importante proporción de madres adolescentes trabajadoras se encuentra inserta, es el sector terciario y el secundario. De esta forma, el tipo de trabajos en estos dos sectores a los que las jóvenes con poca escolaridad tienen acceso se caracterizan

por inseguridad económica debido a las bajas remuneraciones y falta de seguridad social para las madres adolescentes.

Si bien hemos enfatizado que el embarazo adolescente origina el abandono de estudios, es importante resaltar que el abandono de estudios también propicia el de embarazo adolescente. En este sentido el problema social inherente a la vulnerabilidad socioeconómica de las madres adolescentes debe visualizarse desde las condiciones integrales que constituyen la vida de las adolescentes desde sus contextos culturales, sociales y económicos. Mismos contextos proporcionan elementos para comprender primeramente por qué las adolescentes abandonan los estudios y posteriormente se embarazan.

El hecho que el abandono de estudios sea, en algunos casos, una circunstancia previa y relacionada con un posterior embarazo, configura el desarrollo de un rol social mayormente cercano a la reproducción familiar comúnmente relacionado con la figura de “madre y esposa” (Stern, 2007). En este sentido, dentro de los contextos antes mencionados el rol social de “madre y esposa” se encuentra en tensión ante los roles de “estudiante y trabajadora”. Circunstancia que pudiese ayudar a la explicar del porque el abandono de estudios conlleva, en un importante número de adolescentes, al desarrollo de un embarazo y viceversa (Stern, 2007).

1.3 Maternidad tardía⁷

1.3.1 Circunstancias sociales que influyen en la postergación del embarazo

Dentro del presente apartado analizaremos las posibles causas sociales que intervienen en que la mujer postergue la edad del primer embarazo. En este sentido, al considerar que la maternidad no es solo un hecho fisiológico ni un acontecimiento que solo impacta la vida de las mujeres, decidir el momento indicado para gestar la vida del primer

⁷ La maternidad tardía es una construcción estadística de acuerdo al promedio de años en que las mujeres gestan a su primer hijo. En este sentido, se ha definido desde la perspectiva médica un límite indicativo de la connotación tardía de la gestación del embarazo en términos biológicos, considerando que las madres con embarazos tardíos son aquellas que conciben su primer embarazo con 35 o más años. Esta edad está determinada debido a que el embarazo a partir de esta edad se va convirtiendo en un embarazo con mayor posibilidad de padecer complicaciones obstétricas y fetales (Chamy, Cardemil, Betancour et. al., 2009).

hijo depende de múltiples variables relacionadas con la perspectiva que la propia mujer asuma en el devenir de su vida y su medio social.

De esta forma, es importante conocer las circunstancias sociales que han influido en el hecho de postergar el embarazo y que dicha decisión se haya convertido en una tendencia en asenso, en particular en los países desarrollados, en respuesta a los cambios del propio medio social (Roussel, 1992):

Tener hijos tarde es el resultado lógico de unas trayectorias vitales que se estructuran de una forma muy definida: finalización de los estudios, logro de una situación laboral estable y de un cierto capital de experiencia profesional, disfrute de un tiempo de consumo y realización personal, consolidación de una situación económica que permita hacer frente a inversiones importantes como la compra de una vivienda, y, por fin, formación de una familia, con la llegada de los hijos (Sampedro, R., Gómez, V. y Montero, M., 2002, p. 31).

La postergación del inicio de la maternidad responde a modelos diferentes con basamentos históricos, cultura y orden social, sin ser resultado de causas evolucionistas y globales simples (Reher, 1996). La tendencia contemporánea de desarrollo económico y social establece mayores posibilidades funcionales en los roles femeninos, y genera un modelo de relaciones personales que responde a necesidades sociales caracterizadas por el individualismo y la búsqueda de la realización personal que generan mayor maleabilidad en las relaciones familiares y de pareja (Beck y Beck-Gersheim, 2001).

Dichas formas de interacción permean el actuar de los individuos, e impulsan a mujeres y hombres a buscar, en su vida más prolongada, que genera la noción de tener una existencia más larga y con mayores oportunidades de desarrollo, la culminación de sus estudios, la formación de patrimonios propios y el logro de estabilidad en el área laboral. Estas metas tienen como repercusión directa el aplazamiento de la edad en que se presenta el primer embarazo (Bosveld y Kuijsten, 1995).

En México el nivel de escolaridad influye de manera importante en los patrones reproductivos de la mujer. Las mujeres con mayor escolaridad tienden a posponer su primer embarazo (INEGI, 2010). Las madres que tuvieron su primer hijo a edades más tardías tienen mayores posibilidades de tener empleos mejor remunerados y con seguridad social.

La escolaridad en la población mexicana se ha incrementado notablemente, particularmente en el caso de las mujeres. El número promedio de años de escolaridad ha aumentado a más del doble entre 1970 y el año 2000: de 3.4 a 7.6 años (INEGI, 2010). En los últimos cuarenta años, la población femenina en la educación superior, se ha incrementado en más del 300%, y en 2005 constituyen más de la mitad (51.5%) del total de los egresados de la educación superior (ANUIES, 2006).

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, la postergación de la maternidad no solo responde a los patrones de desarrollo educativo que amplían los roles sociales femeninos, sino también de las oportunidades y colaboraciones sociales propias del lugar donde se desarrollan dichos embarazos (Roussel, et. al, 1992), así como al desarrollo de políticas públicas en materia de desarrollo familiar (OCDE, 2011).

Para ilustrar la afirmación anterior, es posible mencionar que Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca mostraron en las décadas de los ochenta y noventa que los niveles de participación activa de la mujer en el área escolar y laboral no son necesariamente motivos para la postergación del embarazo. Demostrando que en las sociedades que brindan mayor apoyo a la mujer, no se tiende a postergar el embarazo (Sampedro, R., Gómez, V. y Montero, M., 2002, p. 20).

Asimismo resulta vital subrayar la importancia de las políticas públicas aplicadas en Finlandia y Suecia, ya que ambos países dentro de Unión Europea son los que poseen una cantidad más elevada de programas sociales enfocados a proporcionar mayor flexibilidad laboral (EUROSTAT, 2012). Dichas políticas públicas se caracterizan por favorecer horarios de trabajo fijos con cierta flexibilidad en el día (EUROSTAT, 2012). En contraste España al ser uno de los países con menor flexibilidad laboral (EUROSTAT, 2012), a su vez posee la mayor edad media de maternidad más alta de Europa con 31.6 años (OCDE, 2012).

De acuerdo a lo anterior, es importante considerar que la maternidad, paralelamente a otras actividades de la mujer en el campo laboral y escolar, puede o no tornarse una limitante en los espacios de interacción y en las oportunidades de desarrollo de las mujeres.

Además de las variables económicas y educativas, la maternidad depende de si ésta es vista como un proceso social compartido, donde intervenga la sociedad civil y el Estado para aportar acciones específicas que ayuden a mejorar las condiciones y a satisfacer las necesidades de la mujer gestante y la madre.

Conclusiones

Se identifica constantemente una relación directa entre las sociedades con transiciones demográficas tempranas y el aplazamiento en las edades en que las mujeres conciben a su primer hijo, la mayor esperanza de vida y el mayor acceso y la mejor calidad de los métodos anticonceptivos y la reducción de las tasas de fecundidad. Estos mismos factores influyen en concordancia con el aumento en la calidad de vida de las poblaciones así como en la mayor escolaridad y el retraso del matrimonio. Sin embargo, a pesar que el inicio de la maternidad en países como Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca es mucho más tardío que en la población mexicana; la experiencia de dichos países anteriormente mencionada, muestra la compatibilidad sincronizada de la inserción de las mujeres en el área laboral y familiar, sin necesidad de postergar la maternidad gracias a las políticas públicas en apoyo a la maternidad y la familia.

Es importante enfatizar que en México existe poca investigación en torno a la maternidad tardía en comparación con la maternidad en otros grupos de edad. Sin embargo es posible su incremento, dados los aumentos en la esperanza de vida y el retraso del matrimonio (Quilodrán y Puga, 2011, p. 65). Resulta entonces necesario investigar más detalladamente su potencial incidencia así como sus probables repercusiones demográficas, sociales y culturales.

1.3.3 Situación socio-demográfica del embarazo en edades tardías.

Ante la falta de estudios referentes a la maternidad tardía en México, el presente apartado tiene como objetivo principal conocer el perfil socio-demográfico de las mujeres gestantes mayores de 35 años. Asimismo, se pretende identificar la evolución de las tendencias del embarazo tardío en la sociedad mexicana.

a. Incidencia de embarazo a partir de los 35 años en México

En México, la fecundidad por grupos de edad nos muestra que de 1976 a 2010 el grupo de edad al que corresponde el valor máximo de la tasa de fecundidad es el de las mujeres de 20 a 24 años (véase Gráfico 7). La mayor reducción de la fecundidad en estos años ha ocurrido a partir de los 35 años de edad; en 2008, las mujeres mayores de 35 años solo aportan el 2.1% de los nacimientos registrados (INEGI, 2011). La cifra antes mencionada es muy baja en comparación con países como Chile y Uruguay en donde para el año 2005, el grupo de madres mayores de 35 años fue de 14.4% y 13.6%, respectivamente (Ramírez, Nazer, Cifuentes, et. al. 2012).

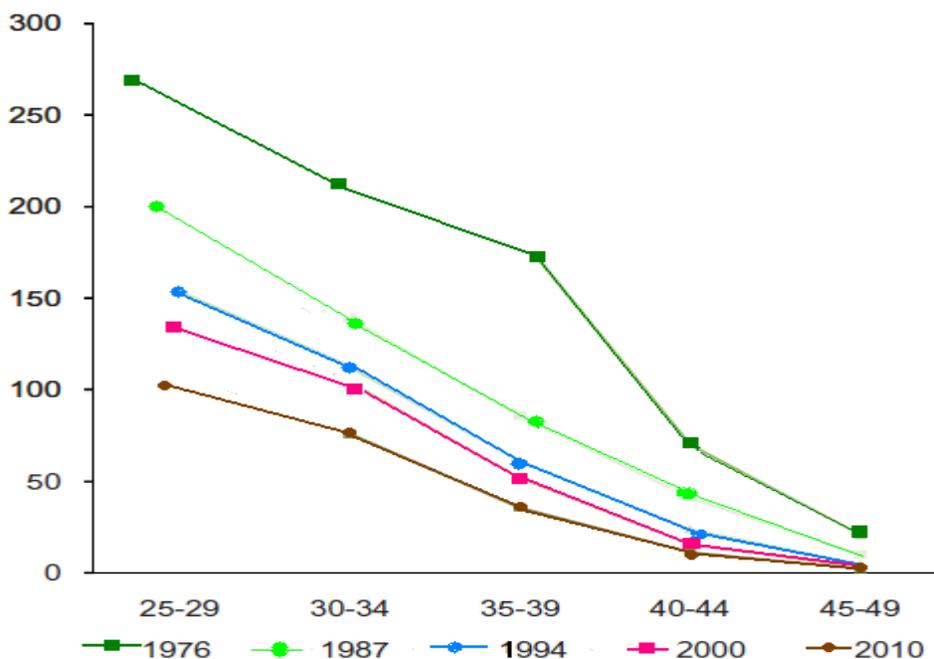
A pesar de la disminución constante de la tasa de fecundidad desde la década de los años 60' en México, con descensos aún mayores dentro de las últimas dos década (Mier y Terán, 2011), en los grupos de edad mayores a los 35 años, a partir de 1994, muestran descensos menos drásticos en comparación con las tasas de fecundidad correspondientes a los grupos más jóvenes (véase Gráfico 5). Sin embargo en términos relativos se puede observar que las tasas de fecundidad en edades más jóvenes parecen descender más porque son mucho más elevadas que las tasas de fecundidad en edades mayores (Mier y Terán, 2014)

Sin embargo, en el largo plazo se proyecta la posibilidad que el embarazo a posterior a los 35 años en México sea una tendencia que paulatinamente se vaya estabilizando sin mostrar drásticos decrementos en comparación con las tasas de fecundidad propias de los embarazos gestados a edades tempranas. (Villagómez, Mendoza y Valencia, 2011, p. 24)

Gráfico 5. Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad en México.

1976-2010

Nacimientos anuales por cada mil mujeres



Fuente: INEGI, (2010), *Mujeres y hombres en México*. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/20b.pdf>

En México, a partir de los 35 años, las tasas de fecundidad tienen disminuciones moderadas en comparación con otros grupos de edad. A partir de los 40 años, las tasas de fecundidad son muy bajas, y casi nulas a partir de los 45 años (INEGI, 2010).

Los países europeos, caracterizados por un calendario de fecundidad muy tardío, poseen las mayores tasas de fecundidad a más edades avanzadas en contraste con cualquier otro continente, los grupos de edad que mayor tasa de fecundidad poseen van de los 25 a los 29 años (Malačič, 2008, Sobotka, 2007).

b. Mortalidad materna en el embarazo tardío

La mortalidad materna en México no solo está matizada por las condiciones socioeconómicas de los grupos que la padecen, sino también por la edad en la cual incide. Es decir, las tasas de mortalidad materna son más altas a partir de los 30 años, pero sobre todo a partir de los 35 años (INEGI, 2010). A partir de esta edad, son relativamente pocas

los embarazos pero las probabilidades de tener complicaciones médicas son mucho mayores.

Conclusiones

Los embarazos a partir de los 35 años en México son relativamente pocos en comparación con los embarazos gestados en edades tempranas, ya que el grupo de edad con mayor tasa de fecundidad se encuentra entre los 20 y 24 años (CONAPO, 2010). A pesar de ser una tendencia creciente la postergación de la maternidad en el mundo, los grupos con mayores tasas de fecundidad siguen estando dentro de los 20 y 29 años.

CAPÍTULO II. EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD COMO DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

El tratamiento establecido por el ordenamiento jurídico en relación al embarazo y la maternidad configuran pautas de acción para el Estado y la sociedad civil en cuanto a la visión que se tiene de estos hechos, a los derechos y obligaciones que derivan de ellos, y a su afectación en cuanto derechos. Por este motivo, es vital hacer una revisión de la

legislación nacional mexicana y de las normas de derecho internacional para conocer el tratamiento jurídico dado al embarazo y la maternidad en tanto derechos aplicables a la ciudadanía.

En el presente capítulo abordaremos, dentro del primer apartado, los fundamentos jurídicos y sociales que configuran al embarazo y la maternidad como derechos reproductivos en México. Posteriormente, con la finalidad de aportar un panorama centrado en la realidad jurídica mexicana, se analizará el marco legal federal enfocado a proteger al embarazo y la maternidad-paternidad, así como las leyes estatales dirigidas a la defensa de los mismos. En el apartado siguiente se realizará la revisión y el análisis de las únicas dos leyes específicas sobre maternidad en México: las leyes de protección a la mujer embarazada en los estados de Coahuila y Durango. Finalmente, se hará una revisión de los tratados internacionales relacionados con el embarazo y la maternidad, con la finalidad de brindar un contexto más amplio sobre el tratamiento que reciben y dar cuenta de la posición del Estado mexicano frente a los mismos.

2.1 El embarazo y la maternidad como derecho reproductivo en México

Dentro del análisis sobre los derechos reproductivos en México, y a modo de preámbulo, se pretende analizar la evolución y el modo en que se ejercen dichos derechos en este país, revisando su influencia respecto del embarazo y del desarrollo de la maternidad.

En la última década del siglo XX, los derechos reproductivos y sexuales, mismos que toman su base de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)⁸, constituyeron un tópico cardinal en la agenda de las Naciones Unidas, en las conferencias realizadas en El Cairo 1994 y Beijing 1995. Los derechos reproductivos son entendidos como:

⁸ La Declaración Universal de los Derechos Humanos encuentra su nacimiento en la coyuntura que configura la Segunda Guerra Mundial, con motivo de evitar el remedo de las condiciones que padeció la humanidad a causa del nazismo y el fascismo (Rubio, 1998). Con posterioridad a su creación, dicha Declaración fue el incentivo para diversos movimientos sociales y políticos que visualizaban a sectores excluidos y marginados de la población (niños, mujeres, ancianos, indígenas, enfermos mentales, etc.). Por consiguiente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos se ha ampliado de acuerdo a demandas diversas y particulares de la población mundial, entre las cuales se vislumbra el derecho de la capacidad reproductiva y ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres (Perea, Ganado y Dussel, 1994).

el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994).

Dichas conferencias fueron resultado de movimientos sociales relacionados con los derechos humanos, connotados por movimientos feministas y la búsqueda de la salud de las mujeres, que se encumbraron durante todo el siglo XX (Perea, Ganado y Dussel, 1994; De Barbieri, 2000, p. 46).

Sin embargo, ya desde la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Teherán en 1968, se reconoció como un derecho humano básico el que las personas decidan el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre ellos. Este mismo derecho fue retomado en la Primera Conferencia Internacional de la Mujer realizada en México (1975) (Szasz, 2004, p. 486).

En México, las políticas de población vinculadas a dichos movimientos internacionales tuvieron como finalidad reducir el crecimiento de la población mediante la limitación de los nacimientos. Los programas de planificación familiar fueron implementados principalmente por los servicios de salud públicos y propiciaron una reiteración de las desigualdades de género a través de la desvalorización de las mujeres como autónomas en las decisiones sobre sus cuerpos (Lerner y Szasz, 2001).

La década de los años 90 del siglo XX fue el escenario en el que se cuestionó “el bienestar general” de las políticas de población, enfatizando la importancia de las necesidades personales y de los derechos individuales, lo que originó que la investigación demográfica enfocara su interés en las relaciones de género y los derechos humanos. (Szasz, 2004; Perea, Ganado y Dussel, 1994). Asimismo, se desarrollaron vínculos entre la elaboración de políticas de población y los procesos de construcción de la ciudadanía, incluyendo como parte de la salud reproductiva el derecho a poseer una vida sexual satisfactoria y segura, así como a decidir sobre reproducirse o no. También se reconoció que las prácticas de salud sexual posibilitaban la mejora de la vida y las relaciones personales (Szasz, 2004, 2008b).

De esta forma, los derechos reproductivos y sexuales en México se han materializado en la ejecución de diversas acciones, tales como la despenalización del aborto durante las primeras doce semanas de gestación en el Distrito Federal en 2007, para lo cual la Asamblea Legislativa aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal en este ámbito (Díaz, Cravioto, Villalobos, Deeb y García, 2012). Desde la fecha de aprobación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en 2007 a enero del 2015 se han realizado en el Distrito Federal 135,460 procedimientos (GIRE, 2015).

Por ende, tanto la maternidad como la Interrupción Legal del Embarazo son dos derechos reproductivos y sexuales que se concretizan en mujeres y hombres en la libertad de decidir sobre el tener o no hijos, sobre su espaciamiento y en la posesión de todos los medios y la información necesaria para cumplir dichos objetivos. Estos dos derechos son connotados como derechos humanos fundamentales.

Reconociendo a la ILE como parte vital de la realización de los derechos reproductivos y sexuales, a continuación se analizará particularmente a la maternidad como derecho reproductivo en México. Se entenderá de antemano que ambos derechos, tanto la maternidad como la ILE, configuran no sólo partes antitéticas de los derechos reproductivos y sexuales, sino elementos complementarios dentro de los derechos humanos de los ciudadanos (Lamas, 2014). Sin embargo, el ejercicio de estos derechos (*de facto*) se encuentra en un desfase con los pronunciamientos jurídicos relativos a ellos (*de jure*) (GIRE, 2013).

México, como un Estado democrático, tiene la responsabilidad de brindar salud reproductiva en cuanto derecho humano inalienable e imprescriptible de mujeres y hombres durante toda su vida (De Barbieri, 2000, p. 46). Asimismo, el ejercicio de los derechos reproductivos considera:

La libertad de decisión de reproducirse o no, el número y el momento y asumir la responsabilidad que tal decisión supone. Su ejercicio incluye: acceso a la educación, la información y los servicios de anticoncepción; la maternidad segura, es decir, atención de calidad durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia, atención a la salud del recién nacido y durante la niñez; tratamiento de la infertilidad, prevención del aborto y tratamiento del aborto incompleto; tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo antes, durante y después de la etapa reproductiva. Los sujetos de estos derechos son principalmente las mujeres, y se incluye también a los varones en todas las fases de la vida. (De Barbieri, 2000, p. 54).

De esta forma, el artículo 4º de la Constitución establece la protección a la maternidad libre y voluntaria al proteger el derecho a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. De acuerdo con lo expresado más arriba:

el deber del Estado de establecer las condiciones y adoptar las medidas necesarias para que las mujeres desarrollen sus embarazos adecuadamente y puedan ejercer su maternidad en situación de igualdad, libres de discriminación y con pleno respeto a sus derechos humanos (GIRE, 2013, p. 149).

A su vez, más allá de los ordenamientos mexicanos que definen la maternidad como un derecho sexual y reproductivo, el derecho internacional contempla diversos tratados y convenios internacionales referentes a la maternidad como un derecho inalienable, los cuales han sido suscritos por México. Ejemplos de estos tratados y convenios son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). México está obligado a cumplir y/o a seguir las recomendaciones que se desprenden de ellos.⁹

En este mismo sentido se establece, dentro de las propias normas nacionales, así como en convenios y tratados internacionales, que el cuidado, protección y educación de los menores configuran una responsabilidad conjunta de la sociedad y del Estado; por consiguiente, este último es el responsable de establecer y proporcionar las condiciones para el pleno desarrollo de la maternidad como un derecho humano en el que se consideran también los padres:

El fin último de esta protección deberá garantizar la posibilidad de que hombres y mujeres puedan conciliar su vida familiar y laboral en igualdad de circunstancias. Por lo tanto, el Estado mexicano tiene la obligación de establecer leyes y políticas respetuosas de los derechos humanos que protejan la maternidad de las mujeres y garantizar el involucramiento de los hombres en la crianza y cuidado de los hijos(as). (GIRE, 2013, p. 150).

Sin embargo, la maternidad-paternidad, comprendidas como derecho reproductivo, contrastan con su vivencia real para una parte importante de los mexicanos. Para conocer la relación entre los derechos reproductivos y las condiciones de desarrollo de la maternidad-

⁹ El presente tema, relacionado con los tratados internacionales, será abordado con mayor detenimiento en el Capítulo III: Visión de la mujer embarazada desde los principales organismos internacionales.

paternidad en México, nos basaremos en el análisis que se centra en la praxis de los derechos reproductivos de la población mexicana.

De esta forma, se devela que derechos reproductivos como la anticoncepción y la salud materna no logran representar en la práctica la plena satisfacción de necesidades que pretenden cubrir en la totalidad de mexicanos. En el caso de la anticoncepción se tiene registro que para el año 2009, de los 12.1 millones de mujeres que usaban anticonceptivos, revelando una cobertura del 72.5% entre todas las mujeres unidas; esta cifra sólo representaba el 58.3% entre mujeres indígenas, el 63.7% en mujeres de zonas rurales y 60.5% entre mujeres sin escolaridad (INEGI, 2010b). En este sentido, las estadísticas referentes a la demanda insatisfecha de anticoncepción (así como su información y calidad) evidencian desigualdades presentes en el acceso a anticonceptivos, específicamente en mujeres con bajos niveles educativos, así como aquellas que viven en zonas rurales y son adolescentes (CONAPO, 2009; GIRE, 2013).

Por otro lado, la mortalidad materna¹⁰ revela que la obligación del Estado de asegurar la salud materna como un derecho reproductivo para determinados sectores de la sociedad mexicana tampoco se encuentra satisfecha. Se ha observado que la Razón de Mortalidad Materna (número de mujeres que fallece durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos) ha mostrado un decremento muy moderado, llegando a estancarse en los últimos 10 años (GIRE, 2013, p. 99). Asimismo, se conoce que si bien en 2013 ocurrieron 1,013 muertes maternas en total, 60 muertes maternas menos que en 2012 (OMM, 2015), estas muertes se concentran específicamente en los estados de Oaxaca y Guerrero y en mujeres con baja escolaridad, hablantes de lengua indígena y no afiliadas a ninguna institución de seguridad social (GIRE, 2013).

Específicamente el análisis del desarrollo del embarazo y la maternidad como derecho reproductivo deja ver que del total de mujeres trabajadoras en México durante el 2011, el 45.7% no tuvo acceso a incapacidad o licencia médica después del parto. Para este mismo año se registró que 845,308 mujeres las despidieron, no les renovaron el contrato o

¹⁰ Entiéndase como mortalidad materna “la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales” (OPS, 1995 en GIRE, 2013, p.98).

les bajaron el salario por motivos de embarazo (ENDIREH, 2011). Asimismo el 67.1% de las mujeres con complicaciones en el embarazo o aborto no contaron con incapacidad o licencia médica (INEGI, 2011).

En cuanto al ejercicio del derecho a la maternidad, se logra identificar una falta de conciliación entre la vida laboral y la vida familiar. Este reflejo de las condiciones laborales que permean la realidad de una parte importante de las madres y los padres mexicanos se manifiesta, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH), en que el 90% de los incidentes de violencia laboral en el trabajo se encuentran vinculados con la solicitud de una prueba de embarazo a la mujer (INEGI, 2011).

Es importante considerar que en el ordenamiento jurídico mexicano, y específicamente dentro del seguro social básico (que se analizará en el apartado siguiente), la maternidad es connotada como una incapacidad laboral temporal. Esta circunstancia impide la distribución equitativa entre madres y padres de obligaciones hacia los menores, provocando a su vez la desvinculación laboral de las madres y acentuando la discriminación laboral hacia las mujeres en edad reproductiva y/o hacia las madres. Asimismo, se refuerza el rol secundario del padre ante el embarazo y la maternidad, lo que establece una *base regulatoria que no permite lograr una redistribución social de las cargas familiares* (Mendizábal, 2007, p.117).

En México, a pesar de la creciente inserción laboral de las mujeres, son insuficientes los servicios, las leyes y las políticas públicas otorgadas por el Estado para lograr la conciliación de la vida laboral y reproductiva entre los padres. De esta forma las repercusiones de la falta de apoyo por parte de Estado para la satisfacción de los derechos reproductivos de los mexicanos tienen como resultado la afectación de un importante segmento de mujeres y hombres. Se plantea que “la falta de conciliación entre la vida laboral y la familiar afecta de manera grave a aproximadamente la mitad de las mujeres que trabajan” (GIRE, 2013, p. 5).

Frente a este análisis, es importante considerar que el desarrollo pleno del embarazo y de la maternidad-paternidad, son derechos humanos de los ciudadanos que deben ser contemplados dentro de los derechos reproductivos y sexuales. La manifestación de los

derechos reproductivos y sexuales en los individuos es una evidencia del desarrollo democrático de los países en que se ejercen. De esta forma, los derechos reproductivos y sexuales connotan, a través de los derechos humanos fundamentales, el otorgamiento de un estatus de ciudadanía a la población de los Estados.

Como hemos mencionado anteriormente, existe evidencia de un importante porcentaje de mujeres que no tiene acceso a licencias de maternidad, y asimismo, se presenta un alarmante número de despidos relacionados con el embarazo en México. El Estado mexicano, a través de su legislación, homologa de *facto* la maternidad a una incapacidad laboral temporal, circunstancia que incentiva la discriminación laboral de las mujeres en edad reproductiva y de las madres. Asimismo, se fomenta entre mujeres y hombres una desigual redistribución social de cargas familiares en torno a la maternidad.

2.2 Marco legal mexicano enfocado a proteger el embarazo y la mujer embarazada

En los siguientes apartados se analizará, primeramente, el marco legal federal poniendo el foco en temas específicos que contemplan el embarazo y la maternidad. Posteriormente se retomarán las leyes estatales referidas al tema que ocupa la presente tesis. También se estudiarán de forma detallada las leyes de protección a la mujer embarazada en los estados de Coahuila y Durango, como las únicas dos leyes estatales desarrolladas para satisfacer los derechos de la mujer en estado de gestación y los de su hijo.

2.2.1 Marco legal federal¹¹ enfocado a proteger al embarazo y la maternidad-paternidad

¹¹ Dentro del marco legal federal se contemplan todas aquellas leyes emitidas por el Congreso de la Unión, las que son luego aplicadas por el Poder Judicial de la Federación para la resolución de posibles controversias relacionadas con las mismas. Estas leyes se encuentran vigentes en todos los estados de la República mexicana y por ende tienen validez en todo el territorio nacional y son aplicadas por autoridades federales. Generalmente las leyes federales derivan de algún artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Dentro del marco legal federal mexicano referente al embarazo y la maternidad se han identificado los temas referentes a: a) la igualdad de oportunidades, b) la asistencia social, c) la atención médica materno-infantil, d) temas concernientes a la actividad laboral de mujeres gestantes y madres y e) temas inherentes a determinados actos jurídicos relacionados con el derecho de familia (sucesiones, divorcio y legitimación de menores).

a) Concerniente a la igualdad de condiciones y oportunidades en el embarazo, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo 45 define como correspondiente a la Secretaría de Educación Pública la labor de generar programas educativos referentes a la percepción y al entendimiento del ejercicio del derecho a la maternidad libre como función social. La Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad establece en su artículo 4° que las mujeres gestantes gozarán de todos los derechos que establece el orden jurídico mexicano sin ningún tipo de distinción, evitando dar a la mujer gestante un trato menos favorable en relación con otra mujer no embarazada. En esta tónica, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación señala en su artículo 4° que la discriminación se entiende como toda exclusión, restricción o distinción basada en el embarazo que evita el reconocimiento o ejecución de los derechos e igualdad de oportunidades.

Resulta esencial enunciar que el artículo 45 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia pretende generar un cambio en la percepción sociocultural de la maternidad, enfatizando su función social desde las instituciones escolares, con la finalidad de minimizar las contingentes situaciones sociales violentas que tomen como incentivo el embarazo y el desarrollo de la maternidad en la vida de las mujeres. Por otro lado la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad, al incluir a la mujer gestante como aquella sobre quien recae el derecho, permite una suerte de equiparación entre el embarazo y alguna condición de discapacidad. Enfatizando de esta manera, la discriminación hacia la mujer embarazada.

b) En relación a los programas sociales que el Estado desarrolla para atender las necesidades de la población vulnerable, la Ley de Asistencia Social considera a la mujer embarazada como sujeto de dicha asistencia.

De esta manera, en su artículo 4° se considera a la mujer embarazada, lactante o madre adolescente como sujeto de asistencia social por requerir servicios especializados para protegerla e integrarla al bienestar social. En consecuencia, el artículo 12 especifica como servicios de asistencia social el apoyo a mujeres durante el embarazo y lactancia, poniendo especial énfasis a las adolescentes en situación vulnerable.

Dentro de este tenor, el artículo 28 considera que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) brindará servicios de representación, asistencia y orientación jurídica a las madres adolescentes y solteras.

Esta Ley de Asistencia Social contempla a las madres en condiciones de mayor vulnerabilidad y, por ende, la población de madres adolescentes y solteras comprendidas como sujetos de asistencia social.

c) Como siguiente tema cardinal dentro del marco legal mexicano a nivel federal analizaremos el derecho a la atención médica materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio. El derecho al acceso a la atención médica en el embarazo y puerperio es un tema expuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley para la Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Específicamente en el artículo 123 de la Constitución, se detalla que la mujer embarazada debe de contar con asistencia médica y obstétrica, servicio de guardería y medicinas proporcionadas por el empleador al que se encuentre vinculada como trabajadora, o como hija, esposa o concubina del trabajador.

En la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el artículo 27 plantea que dicha entidad establecerá un seguro de salud para la atención médica en la maternidad. El artículo 39 hace alusión a la mujer trabajadora, a la pensionada, la cónyuge o concubina del trabajador o del pensionado y a la hija de uno u

otro, soltera y menor de dieciocho años, que dependa económicamente de éstos, en relación con sus derechos a la asistencia médica obstétrica y a la colaboración para la lactancia. El ejercicio de estos derechos se deberá prolongar por los seis meses posteriores al parto. El Seguro de salud también deberá otorgar una canastilla de maternidad después del parto, cuyo valor será determinado por el Instituto. En el artículo 40 se especifica que para que las mujeres antes mencionadas tengan derecho a las prestaciones en salud que el Instituto proporciona, es necesario haber mantenido vigentes los derechos del trabajador. En el caso de que no se cumpla con este requisito, la dependencia o entidad de su adscripción deberá pagar el costo del servicio.

A su vez, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 132 establece las obligaciones de los patrones de brindar la protección que establezcan las normas antes mencionadas a la mujer gestante.

En lo referente a la salud en el embarazo, parto y puerperio, el artículo 61 de la Ley General de Salud especifica que la atención materno-infantil posee un carácter primordial, comprendiendo atención médica a la mujer gestante durante el embarazo, parto y puerperio, atención del menor incentivando la promoción a la vacunación con fines preventivos y salud visual, fomento de la integración y del bienestar familiar, diagnóstico de la sordera temprana y tratamiento de la misma desde el nacimiento. El artículo 62 de la misma ley determina que en los servicios de salud se promocionará la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil con fines de diagnóstico de dicho problema para generar estrategias para atenderlo. En el artículo 64 se estipula que los servicios de salud enfocados a la atención materno-infantil comprenderán medios que posibiliten la participación activa de la familia para la prevención y atención de los malestares físicos, promoción de la lactancia materna, mejoramiento del estado alimenticio de la población materno-infantil y capacitación técnica de parteras tradicionales. Asimismo, con relación a los ámbitos de competencia de las autoridades sanitarias, educativas y laborales en la atención materno-infantil, el artículo 65 establece que se apoyarán e incentivarán programas destinados a fomentar la atención materno-infantil por parte de los padres y monitorear las actividades ocupacionales que sean un riesgo para la salud física y psicológica de las mujeres embarazadas.

Con relación a la atención médica, la Ley del Seguro Social en su artículo 11 especifica que el régimen obligatorio del Seguro Social comprende el seguro de maternidad. Dentro del artículo 85 se menciona que las prestaciones de maternidad iniciarán desde que el Instituto certifique el estado de gravidez. Dicha certificación, que establecerá la fecha posible del parto, también será la base para el conteo de los cuarenta y dos días anteriores al mismo y posteriores a él. En cuanto a la maternidad, el artículo 94 establece que el Instituto otorgará a la asegurada, en el período del embarazo, el alumbramiento y el puerperio, asistencia obstétrica, ayuda en especie por seis meses para lactancia y una canastilla de maternidad después del parto. El artículo 101 determina que la mujer gestante asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a una prestación monetaria por el total del último salario diario, la cual se le proporcionará durante los cuarenta y dos días anteriores y los cuarenta y dos días posteriores al parto. Aun en el caso de que la fecha programada del parto se postergue, se realizará el cómputo de los cuarenta y dos días posteriores a la fecha real del parto. En el artículo 237 se plantea que cuando el Instituto no cuente con instalaciones para brindar los servicios de salud y guardería, dicha entidad podrá celebrar convenios con los patrones del campo referentes al Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Ramo de Guarderías. Dentro del artículo 240 se hace mención del derecho de todas las familias mexicanas a contar con un seguro de salud para sus miembros celebrando con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para obtener prestaciones en especie del seguro de maternidad. En esta misma tónica, el artículo 251 establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social posee las facultades de administrar este seguro de maternidad.

En la Ley para la Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, el artículo 20 determina el derecho de las madres a recibir atención médica y nutricional durante su embarazo y lactancia. El artículo 28 de la misma ley establece que las autoridades federales, estatales y municipales generarán acciones conjuntas con la finalidad de reducir la mortalidad infantil, fomentar la lactancia materna y brindar atención médica pre y post natal a la mujer gestante.

Entre las leyes antes expuestas referentes a la atención médica, se reconocen como puntos en común el acceso a la salud durante el embarazo y puerperio como un derecho

inalienable. Así lo determina en efecto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123 y Ley Federal del Trabajo en su artículo 132. Sin embargo, ambas enfatizan el estatus de trabajador del sujeto, ya sea la madre o el padre, para acceder a la atención médica y prestaciones referidas en el embarazo.

Entendiendo la naturaleza de los Institutos creados para brindar atención a los ciudadanos en calidad exclusiva de trabajadores, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley del Seguro Social aseguran los derechos referentes a la atención médica en el embarazo sólo en la medida que exista una relación laboral que afilie a la mujer embarazada y su hijo al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por este motivo, al terminar la relación laboral, la mujer embarazada de forma inmediata dejará de recibir esta atención médica y prestaciones en el embarazo proporcionadas por dichas instituciones de forma gratuita.

Por otra parte, si bien las dos leyes mencionadas establecen el derecho a contar con servicios de guardería de las madres trabajadoras, este derecho no se ve materializado a causa de las condiciones de muchos de los lugares de trabajo que impiden, en muchos casos por falta de espacio, recursos, etc., el establecimiento de las mismas. A su vez, el derecho a guardería sólo existe respecto de la madre trabajadora, pero no respecto de la pareja -esposa o concubina- del trabajador.

A diferencia de las leyes antes mencionadas, la Ley General de Salud y la Ley para la Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes enuncian de forma más amplia el derecho de la población en general, sin necesidad de poseer una relación laboral, para acceder a la atención médica en el embarazo y el puerperio por parte de la madre y su hijo. Sin embargo, en ambas leyes se hace alusión sólo de forma general a las acciones concretas a desarrollar por parte de las autoridades estatales para proporcionar atención médica materno-infantil en el embarazo, parto y puerperio.

d) En cuanto a la situación laboral durante el desarrollo del embarazo y puerperio, se ha identificado este tema en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley Federal del Trabajo.

Dentro del artículo 123 de la Constitución Política Federal se especifica la obligación del patrón de hacer cumplir los cánones legales referentes a las condiciones de seguridad e higiene del lugar de trabajo en que se encuentre laborando la mujer embarazada, y de proporcionar seguridad en los establecimientos de trabajo y la prevención de accidentes. Asimismo, se detalla que la mujer durante el embarazo no llevará a cabo trabajos físicos que se traduzcan en peligros para su salud.

En la Ley Federal del Trabajo, el artículo 127 hace mención al derecho de las madres trabajadoras a participar en el reparto de utilidades considerando los períodos pre y posnatales como trabajadoras en servicio activo. En su artículo 166, la presente ley especifica que no podrá utilizarse el trabajo de la mujer en labores insalubres o peligrosas, trabajo nocturno industrial, en horario nocturno y en horas extraordinarias cuando, durante los períodos de embarazo o lactancia, se ponga en peligro la salud de la mujer o la de su hijo, sin perjuicio de sus prestaciones, derechos y salario. El artículo 167 establece como labores peligrosas o insalubres las que expongan la salud física y mental de la mujer gestante en virtud de las condiciones químicas, físicas y biológicas del medio en que se presten, o por la composición de las materias primas que se utilicen. Asimismo, en el artículo 170 se enumera, entre los derechos de las madres trabajadoras, la exención de realizar esfuerzos físicos que signifiquen un peligro contra su salud o alteren su estado nervioso y psicológico, durante el período de gestación.

También la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo hacen referencia a los períodos de descanso antes y después del parto. Dentro del artículo 123 de la Constitución se determina un período de descanso de seis semanas antes del parto y otro de seis semanas después del parto con goce de sueldo y sin peligro de perder el trabajo. Asimismo, en el período de lactancia se deberán proporcionar dos descansos de media hora por día laboral para alimentar al menor. En el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo se especifican los siguientes derechos que poseen las madres trabajadoras: contar con un descanso de seis semanas anteriores y seis semanas posteriores al parto, período que se prolongará por el tiempo que se requiera para que la mujer se encuentre posibilitada para regresar al trabajo después del parto. En relación con la lactancia, se brindarán dos descansos por día laboral de media hora cada uno para alimentar

a su hijo en un espacio adecuado que brinde la empresa para tales propósitos. Estos períodos de descanso irán acompañados del salario íntegro de la trabajadora. También ésta tendrá derecho de regresar a laborar en su puesto de trabajo mientras no haya pasado un período de tiempo mayor a un año después de la fecha del parto. De esta misma manera, se deberán considerar en su antigüedad los períodos de descanso anteriores y posteriores al parto.

Es importante mencionar que en el año 2012 se llevaron a cabo reformas a la Ley Federal del Trabajo realizadas por parte del Ejecutivo Federal y aprobadas por el Senado y la Cámara de Diputados, con relación a la protección de la maternidad desde un ámbito laboral y de seguridad social¹² en las siguientes materias:

1.- Igualdad y prohibición de discriminación (artículos 2º, 56 y 133 I). Se establece igualdad sustantiva mediante la eliminación de la discriminación contra las mujeres en el ámbito laboral. A su vez, se prohíbe negarse a aceptar trabajadores por razones de género, estado civil o cualquier otra situación que dé cabida a un acto de discriminación.

2.- Certificados de no embarazo (artículo 133 XIV). La solicitud de certificados médicos de no embarazo está prohibida para ingresar, permanecer o ascender en algún trabajo.

3.- Despido (artículo 133 XV). Está prohibido despedir a una trabajadora o coaccionarla para que renuncie por estar embarazada, por ser cuidadora de hijos menores o por el cambio de su estado civil.

4.- Licencia de maternidad (artículo 170 II y II bis). Se establece un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. Del descanso previo al parto pueden transferirse hasta cuatro de las seis semanas para después del parto. En caso de adopción se proporcionan seis semanas de licencia, y en caso de discapacidad del hijo o por necesidad de atención médica hospitalaria, la licencia se puede expandir hasta ocho semanas después del parto.

¹²Información obtenida de: Grupo de Información en Reproducción Asistida (GIRE) (2013). Vida laboral y reproductiva. En *Omisión e Indiferencia. Derechos productivos en México*.

5.- Licencia de paternidad (artículo 132 XXVII bis). Se proporcionan cinco días laborales con goce de sueldo a trabajadores hombres por el nacimiento de sus hijos o por adopción.

6.- Condiciones laborales (artículo 168). Las embarazadas no podrán trabajar en caso de declaratoria de contingencia sanitaria, y no sufrirán detrimento alguno en su salario, prestaciones y derechos.

7.- Lactancia (artículo 170 IV). Se establecen dos descansos de media hora al día por un período de seis meses, teniendo la posibilidad de cambiar ambos descansos por la disminución de una hora en la jornada laboral diaria.

8.- Estancias infantiles (artículo 283 XIII). Se brindaran guarderías a los hijos de los trabajadores.

Es esencial observar que dentro de las reformas hechas a la presente Ley se destacan como aspectos innovadores en la legislación mexicana la licencia de maternidad en casos de adopción, la posibilidad de extender las licencias de maternidad en caso de que el hijo o hija recién nacido(a) tenga alguna discapacidad, y la instauración de la licencia de paternidad por cinco días. En materia de discriminación de las mujeres por embarazo se señala expresamente la prohibición de negar la contratación, la permanencia o el ascenso a causa del estado de gravidez, así como de despedir a alguna mujer por este hecho. Por otra parte, a pesar de que la figura de los permisos de paternidad no estaba regulada en la legislación mexicana, en los últimos años algunas instituciones públicas como el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y el Instituto Nacional de las Mujeres otorgan al menos un período de diez días hábiles, el doble de los que establece la Ley Federal del Trabajo.

e) Finalmente, los temas de sucesiones, divorcio y legitimación en el embarazo y maternidad, mismos que están relacionados con uniones y separaciones civiles (matrimonios y divorcios), se encuentran expuestos en el Código Civil Federal.

El artículo 236 del Código Civil trata lo relativo a las sucesiones cuando se presenta la nulidad del matrimonio durante el embarazo de la mujer. Se precisa el deber de la futura

madre de dar a conocer el hecho del embarazo al juez en un período de cuarenta días, con la finalidad de que el reparto de la herencia se realice considerando al miembro próximo a nacer.

En los artículos 1639 y 1640 se plantea el derecho de los interesados sobre la herencia de cerciorarse de la veracidad del parto futuro, tarea encomendada a un médico o a una partera. A su vez, se establece el deber del juez de proteger las libertades de la mujer embarazada. En el artículo 1643 se trata sobre la alimentación de la viuda embarazada solventada por la masa hereditaria, aún cuando la mujer tenga medios de sustento. Dentro del artículo 1644 se determina que en el caso de que la mujer no haga anuncio de su embarazo se le negarán los alimentos en caso de que ella pueda solventarlos; sin embargo, si se certifica posteriormente la preñez se pagarán los alimentos que no fueron solventados por la masa hereditaria.

En caso de aborto o cuando no se lleve a término el embarazo, el artículo 1645 estipula que la viuda no devolverá los alimentos percibidos. Asimismo, el artículo 1646 considera que el juez será el encargado de resolver los asuntos relacionados con los alimentos, por lo que en caso de presentarse una situación dudosa, el juez resolverá a favor de la viuda en cuestión. El artículo 1648 establece que la división de la herencia se llevará a cabo hasta que se certifique el parto o la conclusión del embarazo.

Con relación al divorcio, el artículo 282 del Código Civil Federal determina que durante el juicio de divorcio, para la mujer que quede embarazada se deberán tomar medidas precautorias, siempre favoreciendo a la mujer en estado gestante.

En cuanto a la legitimación, dentro de los artículos 357 y 358 se considera que los derechos de los hijos se adquieren desde el momento en que sus padres celebren el matrimonio, a pesar de que el reconocimiento de los hijos se realice posteriormente. Estos derechos se aplican a los hijos no nacidos cuando el padre al casarse reconozca al hijo de la mujer embarazada.

Es importante enfatizar que en relación con los matrimonios y divorcios vinculados con el embarazo y la maternidad, el Código Civil Federal considera los derechos de los hijos no nacidos, proporcionándoles de esta forma un estatus de sujetos de derecho. A su

vez, se considera de manera especial a la mujer en estado de gestación, dándole prioridad frente a otros sujetos involucrados en los procesos mencionados.

2.2.2 Leyes estatales¹³ dirigidas a la protección del embarazo y la maternidad

En cuanto a la protección de la mujer embarazada, las legislaciones estatales tocan los siguientes temas: a) Asistencia social, b) Servicios de atención médica materno-infantil, c) Asuntos laborales, d) Divorcios y sucesiones y e) Sanciones carcelarias.

a) Las Leyes de Asistencia Social estatales especifican la preferencia que deben tener las mujeres y adolescentes en estado de gestación o lactancia de bajos recursos económicos en la recepción de los servicios de asistencia social que el estado proporciona. En el artículo 8° de la Ley de Asistencia Social de Coahuila, se establecen como servicios básicos de asistencia social el fomento a las acciones de maternidad con creación de la Red de Apoyo a las Mujeres Embarazadas. Se considera además como población preferencial a las mujeres gestantes en condiciones de vulnerabilidad, ya se trate de adolescentes o de mujeres de bajos recursos económicos, para la recepción de asistencia social.

Sin embargo en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Zacatecas, no se cuenta con artículos que especifiquen la preferencia antes mencionada.

b) Con relación a los servicios de atención médica materno-infantil, las Leyes de Salud estatales consideran el carácter prioritario de dicha atención en todas entidades correspondientes durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los estados de Coahuila, el Distrito Federal y Durango se distinguen por tener legislaciones más avanzadas. En el estado de Coahuila, por ejemplo, la atención materno-infantil se prolonga hasta la primera infancia del hijo. Asimismo, dicho estado concibe la atención materno-infantil como un

¹³ A diferencia de las leyes federales, las leyes estatales son aprobadas por los congresos locales del estado al que pertenezcan, por lo que su cumplimiento sólo es obligatorio dentro de la entidad federativa correspondiente. Dichas leyes están basadas en la constitución política local, la que a su vez se sustenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

impulso al desarrollo de la familia y la comunidad. En el Distrito Federal, la Ley de Salud plantea que el gobierno tiene atribuciones para la atención médica materno-infantil, promocionando la vacunación oportuna del niño y vigilando su crecimiento, desarrollo y salud mental. En el estado de Durango, además de exponer el carácter de la atención materno-infantil, se especifica el trato que debe brindar el personal de salud, enfatizando el deber de evitar la violencia obstétrica hacia la mujer gestante.

En cuanto a la atención obstétrica, la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México señala el deber de proporcionar asistencia médica cuando la mujer trabajadora certifique su estado gestante. El caso específico de que la esposa o concubina sea la destinataria de asistencia médica se encuentra tratado en el artículo 44 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León, en el artículo 60 de la Ley de Seguridad Social de los Servidores Públicos del Gobierno del Estado, Municipios y Organismos Públicos Descentralizados de Quintana Roo, y en el artículo 81 de la Ley del Instituto de Seguridad Social de Tabasco. El servidor, jubilado o pensionado deberá mantener vigentes los derechos de las prestaciones que se deriven del embarazo seis meses antes del parto.

A propósito de las actividades riesgosas para la mujer embarazada, las Leyes de Salud estatales señalan que las autoridades sanitarias propias del ámbito escolar y laboral de los estados deberán proteger a las mujeres embarazadas de actividades que atenten contra su salud física y mental. En Tabasco, Coahuila y Tlaxcala la legislación hace alusión a las jornadas de trabajo que atenten contra el bienestar de la mujer trabajadora en estado gestante.

Es importante enfatizar que por lo general la atención médica materno-infantil se considera como prioritaria durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, hay estados como los de Colima, Hidalgo, Michoacán, Morelos y San Luis Potosí, que no cuentan con normas específicas que así lo consideren. Asimismo, en Colima, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí no se cuenta con artículos que protejan a la mujer embarazada de realizar actividades riesgosas para su salud física y mental dentro del ámbito escolar y laboral. Sólo en Tabasco y Tlaxcala se hace referencia al horario de trabajo que atente contra la salud de la mujer embarazada.

c) Dentro de los asuntos laborales, y específicamente en el tema vinculado con la discriminación laboral, la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el estado de Nayarit, en su artículo 27, hace explícita como práctica discriminatoria la solicitud de certificado de ingravidez a la mujer como requisito para ser contratada. En esta misma línea, la Ley de los Trabajadores del estado de Querétaro, la Ley de los Trabajadores al Servicio del estado de Michoacán de Ocampo y sus Municipios y la Ley de los Trabajadores al Servicio de los Tres Poderes del estado de Durango impiden que las dependencias de gobierno del estado y municipios soliciten certificado de ingravidez a sus empleadas o que este mismo sea un requisito para ingresar al empleo. En Quintana Roo, la Ley para la Igualdad entre Hombres y Mujeres establece la eliminación de la discriminación relacionada con el embarazo considerando que esta situación merma la igualdad real de oportunidades e impide el ejercicio pleno de los derechos.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, es necesario considerar que sólo en Querétaro, Michoacán y Durango se impide la petición de certificado de ingravidez como requisito para la contratación y para preservar el trabajo en organismos pertenecientes al Estado, mientras que en Nayarit y Quintana Roo se considera como práctica discriminante. Con todo, en ningún estado se encuentra la prohibición de solicitar este certificado dentro del sector privado.

En relación con los períodos de descanso antes y después del parto, asunto expuesto en la Ley de los Trabajadores al Servicio de los Poderes, Municipios e Instituciones Descentralizadas, los artículos pertinentes plantean que se brindará un mes de descanso a las mujeres embarazadas antes del parto y otros dos meses después del mismo. En Campeche y Puebla, sin embargo, se brinda sólo un mes y medio de licencia posterior al parto. Por otra parte, se otorgará una hora de descanso por día para realizar la lactancia, derecho que se proporcionará a petición de la empleada. Estos descansos se brindarán independientemente de las vacaciones y descansos que correspondan según la ley.

Sin embargo, cabe resaltar que en Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas no se cuenta con

artículos referentes a los períodos de descanso antes y después del parto que deben ser brindados a la mujer embarazada por parte del Estado.

d) En cuanto a los divorcios acontecidos durante el período en que la mujer que se encuentra embarazada, los Códigos Civiles estatales buscan proteger a la mujer mediante la aplicación de medidas precautorias que determinan que los hijos del matrimonio en proceso de divorcio queden al cuidado de la persona idónea para dicha labor.

Por su parte, cuando la mujer haya enviudado y tenga lugar la apertura de una sucesión durante su embarazo, los Códigos Civiles estatales señalan que la sospecha o confirmación del embarazo debe ser anunciada al juez que lleva a cabo la sucesión, a fin de que el hijo sea tenido en cuenta al momento de repartir la herencia. Por su parte, los interesados en recibir la herencia tendrán derecho a solicitar al juez que una persona encargada, ya sea un médico o una partera, atestigüen de la veracidad de la ocurrencia del parto. En el caso de la pensión alimenticia, aunque la viuda tenga los medios de solventarla, esta pensión deberá cargarse a la masa hereditaria. La repartición de la herencia se realizará en el momento del parto o la conclusión del embarazo.

En la gran mayoría de los estados, excepto Durango, se cuenta con legislación que da derecho a la mujer embarazada para recibir la herencia de su esposo o concubino fallecido, considerando la existencia del hijo aún no nacido.

e) Respecto de aquellas mujeres en estado de gestación que se encuentran cumpliendo una condena judicial bajo prisión, la legislación mexicana estatal en sus Leyes de Ejecución de Sanciones Penales establece el diferimiento del cumplimiento de la pena carcelaria. De esta forma, los artículos atinentes a este tema plantean que al comenzar el cumplimiento de la pena en prisión, el juez competente podrá diferir la ejecución de la misma en caso que ésta represente un peligro para la salud o integralidad física de la sentenciada embarazada o del producto. En el estado de Colima, la suspensión provisional de la pena por estado de gravidez (expuesta en la Ley de Prevención y Readaptación Social) se realiza durante el lapso de duración del embarazo y los 45 días posteriores al parto. Cumplido este plazo, la mujer deberá regresar a cumplir el resto de la sanción. En el estado de Yucatán, la Ley de

Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad en su artículo 205 especifica la necesidad de la existencia de infraestructura penitenciaria adecuada a las necesidades del género femenino. De esta manera, destaca la importancia de la existencia de estancias unitarias específicas para mujeres embarazadas y área médica materno-infantil, así como áreas de convivencia y visitas para sus hijos menores. En los estados de Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas existen artículos que eximen a las mujeres embarazadas reclusas de la obligación de trabajar, durante un lapso de cuarenta y dos días antes y cuarenta días después del parto. En Sinaloa, la Ley de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito señala en su artículo 40 que deberá darse atención médica a la mujer embarazada reclusa en centros asistenciales especializados en esta labor cuando no exista un centro médico capacitado para dar atención materno-infantil en el establecimiento penal. En el Distrito Federal, la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social especifica en su artículo 75 que los alimentos brindados a las reclusas embarazadas deberán de ser de buena calidad, suficientes y balanceados. También menciona la protección sanitaria que deberá darse a la mujer embarazada reclusa durante la gestación, parto y puerperio.

Es importante mencionar que sólo en Aguascalientes, Coahuila y Colima existe legislación ordenada a la suspensión temporal de la pena de las reclusas en estado de gestación durante el embarazo y el puerperio. A su vez, en las demás legislaciones se exime a la mujer embarazada reclusa de trabajos dentro del penal y se hace explícito el deber de brindar atención sanitaria a la mujer embarazada y a su hijo.

2.2.3 Ley de protección a la mujer embarazada en los estados de Baja California, Coahuila y Durango.

En la legislación del Estado mexicano sólo existen tres leyes estatales orientadas totalmente a la protección de la mujer embarazada¹⁴. Estas leyes pertenecen a los estados de Coahuila (publicada en el 2008), Durango (publicada en el 2010) y Baja California (publicada en 2013).

Dichas leyes tienen como principal objetivo el ejercicio y defensa de los derechos de la mujer embarazada, resguardando la salud de la madre y su hijo y prolongando dicha protección a la infancia temprana. En el caso específico de Durango, la ley está principalmente destinada a las mujeres que se encuentren en situación de vulnerabilidad socioeconómica y no cuenten con ningún tipo de seguridad social, especialmente en el caso de la atención médica y la oferta de complejos vitamínicos y, durante el puerperio, la aplicación de esquemas de prevención en la salud del menor.

Por su parte, la Ley del estado de Coahuila considera la maternidad como un derecho y establece que se dedicará a alentar y favorecer las condiciones para el respeto del mismo. La obligación de dar a conocer esta ley será propia de las autoridades de salud que diagnostiquen el embarazo.

Las leyes de maternidad antes referidas establecen la creación de la Red de Apoyo a Mujeres Embarazadas, para el caso de Coahuila y Baja California, y el Sistema de Apoyo a las Mujeres Embarazadas, para el caso de Durango, con el objetivo de incitar la participación de la sociedad política en la protección de la mujer embarazada. Las acciones de la Red y el Sistema pretenden ser un esfuerzo conjunto entre instituciones públicas y privadas, en relación con la sociedad civil, con la finalidad de brindar atención y apoyo a las mujeres gestantes que tengan complicaciones durante su embarazo.

Dentro de la Ley de Protección a la Maternidad se establece la generación del Programa Integral de Apoyo a las Mujeres Embarazadas tanto en Coahuila, Baja California como en Durango. Tal programa plantea el apoyo a la mujer gestante en la identificación de organismos, servicios y programas sociales que le proporcionen ayuda para el desarrollo de su embarazo.

¹⁴ Los estados de Baja California, Coahuila y Durango poseen Leyes exclusivas en la materia, mismas que consideran la protección a la maternidad de acuerdo a los fundamentos de las leyes federales y locales en relación al tema. A su vez, dichas leyes abordan las materias laboral, de salud, de no discriminación y aquellas que se relacionan a la maternidad. (Gamboa y Valdés, 2015)

En Durango, la Ley de Protección a la maternidad delega a la Secretaría de Educación la tarea de concientizar a los jóvenes de la maternidad y paternidad responsables, así como optimizar el rendimiento académico de las estudiantes embarazadas, evitando la deserción e impidiendo la discriminación hacia las mismas. Asimismo, esta ley confiere a la Secretaría del Trabajo la labor de crear normas de capacitación a la mujer embarazada.

También en Durango, la Secretaría de Desarrollo Social, de acuerdo a la Ley de Protección de la Maternidad, tiene el deber de promover el acceso a los servicios de la asistencia social a la mujer embarazada, poniendo especial interés en aquéllas que se encuentren en situación de vulnerabilidad socioeconómica, así como la asesoría para la generación de proyectos productivos por parte de las mujeres gestantes.

De acuerdo a la Ley de Protección a la Maternidad de Durango, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos tiene la principal misión de proteger y promover los derechos humanos y el trato digno de las mujeres embarazadas. Por su parte, corresponde al DIF estatal y a los DIF municipales proporcionar apoyos asistenciales a las mujeres embarazadas y brindar asesoría legal en caso de vejación, vulneración y discriminación de sus derechos.

Los derechos que contemplan tales leyes para la mujer embarazada incluyen el de solicitar ayuda económica en casos que lo ameriten, ayuda psicológica y psiquiátrica para ella y su familia en caso de ser requerida, proporción de incentivos fiscales a los contratantes de mujeres embarazadas, descuentos fiscales, descuentos en el transporte público y asesoría legal cuando sean violados sus derechos.

Estas tres leyes plantean que en caso de que la madre embarazada padezca síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el Estado otorgará atención médica especializada a ella y a su hijo. Las mujeres embarazadas reclusas deberán ser atendidas por los servicios médicos del reclusorio, y en el caso de que se presente un embarazo de riesgo se recurrirá a la atención por parte algún organismo externo. En los casos en que la mujer gestante reclusa cumpla con la valoración necesaria, podrá permanecer en reclusión domiciliaria durante el transcurso de su embarazo.

Estas mismas leyes prohíben a la mujer gestante desarrollar trabajos que atentan contra su salud física.

En relación con los servicios de salud, las mencionadas leyes establecen que la mujer embarazada tiene derecho a estar informada y decidir sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos legales a los que puede ser sometida para el parto. Tiene derecho también a recibir atención médica sensibilizada e informada de su estado de salud y del personal médico que la atiende, así como a decidir sobre la preservación de las células madre sin fines de lucro. Si lo amerita la situación económica de la mujer gestante, tendrá derecho a un parto totalmente gratuito.

En el caso específico de Coahuila se establece el derecho por parte de la mujer embarazada a escoger métodos no medicados para aliviar el dolor, utilizando medicamentos sólo en caso de complicación.

Los gobiernos de los estados de Baja California, Coahuila y Durango proporcionan ayuda económica en caso de partos múltiples o de niños con necesidades especiales; en el caso de Durango esta ayuda puede alcanzar una duración de un año¹⁵. En caso de un nacimiento prematuro o madres infectadas por VIH, el gobierno del estado proporcionará atención médica o quirúrgica.

Con relación a la lactancia, las Leyes de Protección a la Maternidad en Coahuila y Durango, establecen que los empleadores tienen la obligación de contar con espacios físicos aptos para la lactancia. Además, las mujeres deben contar con dos descansos de media hora cada uno para realizar la lactancia dentro del horario de trabajo. La Ley de Protección a la Maternidad en Baja California no hace ninguna mención a derechos con relación a la lactancia.

Es importante mencionar que dichas leyes hacen extensivos los derechos a los padres que cuiden a sus hijos durante la primera infancia sin presencia de la madre. Las madres trabajadoras en organismos del servicio público estatal o municipal contarán hasta con una hora de tolerancia para ingresar a sus trabajos. Las mujeres estudiantes o trabajadoras que sean madres de niños menores de nueve años contarán con días de

¹⁵ En el caso de Coahuila y Baja California no se especifica la temporalidad que tiene la ayuda en partos múltiples.

inasistencia constatados por motivo de cuidados médicos de sus hijos. En caso de que la madre no cuente con los servicios de guardería del sector público, el gobierno del estado podrá ayudarle a pagar los servicios de guardería privada en caso de que su situación socioeconómica lo amerite.

Las presentes leyes ponen especial énfasis en las mujeres gestantes con desventajas socioeconómicas y adolescentes embarazadas. De esta forma, la creación de la Red de Apoyo a Mujeres Embarazadas en Coahuila y Baja California, así como el Sistema de Apoyo a las Mujeres Embarazadas en Durango significan medidas de avance en el ámbito de la protección a la mujer embarazada, por integrar organismos públicos y privados junto con la sociedad civil en beneficio de la protección a la mujer embarazada.

De forma innovadora, la Ley de Protección a la Maternidad de Coahuila favorece el parto humanizado al dar el poder de elección a la mujer de usar métodos alternativos a los medicamentos para el alivio del dolor. Sin embargo, las leyes correspondientes a Coahuila, Baja California y Durango en materia de maternidad, no abordan temas fundamentales como la discriminación a las mujeres embarazadas en el ámbito laboral al solicitarles certificado de ingravidez para ingresar o preservar su puesto de trabajo.

2.3 Tratados Internacionales enfocados al embarazo y la maternidad

El presente apartado tiene como finalidad identificar los tratados y declaraciones internacionales referentes al embarazo y la maternidad refrendados por el Estado Mexicano. Asimismo, se pretende conocer los campos de acción que mantienen los tratados y declaraciones internacionales enfocados a la protección del embarazo y la maternidad. Se sugiere, por este motivo, revisar el documento Anexo I.- *Tratados Internacionales enfocados al embarazo y la maternidad*, donde se puede observar el compendio de Tratados y declaraciones internacionales firmados y ratificados por México con referencia a la presente temática.

2.3.1 Tratados y declaraciones internacionales firmados y ratificados por México con referencia al embarazo y la maternidad

Entre los tratados y declaraciones inherentes a la igualdad de condiciones en el embarazo y la maternidad, la Convención de Belén dó Para de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, considera a la mujer embarazada como en un estado de especial vulnerabilidad ante la violencia. Por consiguiente, estipula que se deben ejecutar medidas especiales de protección hacia las mujeres en estado de gestación. Asimismo, la Convención para la Erradicación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) busca generar igualdad de oportunidades y condiciones entre hombres y mujeres, enfatizando las circunstancias específicas de la mujer en estado gestante en el ámbito laboral, impidiendo el despido por embarazo y la solicitud del certificado de ingravidez, y la ampliación de permisos y licencias por motivo de embarazo. De esta forma la CEDAW insta a los Estados Partes a proporcionar de manera gratuita atención médica integral a la mujer embarazada. Asimismo, busca fomentar la maternidad como un bien social mediante los usos y costumbres pertenecientes a las relaciones consuetudinarias de los miembros de la sociedad. Es importante enfatizar que todo lo estipulado en la Convención de Belén dó Para de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, así como las recomendaciones hechas por la Convención para la Erradicación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) referentes a la prevención de la violencia y la discriminación contra la mujer gestante, encuentra resonancia en la Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad y la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Estado Mexicano mencionadas anteriormente.

A su vez, en lo referente a la atención médica materno infantil, la Convención sobre los Derechos del Niño busca proporcionar atención médica prenatal y posnatal a la mujer gestante e incentivar la práctica de la lactancia materna. En este mismo sentido, la Declaración Universal de Los Derechos Humanos, al igual que la Declaración de los Derechos del Niño y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, dentro de los instrumentos no obligatorios, establece que los Estados deberán proporcionar cuidados y seguridad médica especial a la maternidad y a la infancia. A su vez, la

Declaración y Programa de Acción de Viena en lo referente a los derechos del niño, mediante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, solicita a los Estados que agreguen la Convención sobre los Derechos del Niño a los planes de desarrollo, con la finalidad de que se vislumbren, dentro de la agenda, las vías para reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. Los temas relacionados con la atención médica materno-infantil enunciados en las presentes Convenciones y Declaraciones están establecidas en las siguientes normas mexicanas a nivel federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ley Federal del Trabajo, Ley General de Salud, Ley del Seguro Social y Ley para la Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Por otro lado, en lo referente a los derechos de las trabajadoras embarazadas y madres, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al igual que la CEDAW y la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, postulan la importancia de la seguridad social durante el embarazo, así como la existencia de licencias remuneradas. La Carta Internacional Americana de Garantías Sociales o Declaración de los Derechos Sociales del Trabajador insta a los Estados a proporcionar medios económicos de subsistencia a las mujeres que por razón de embarazo cesen temporalmente su actividad laboral. Asimismo, se estipula que la mujer trabajadora en estado gestante tendrá una licencia remunerada de seis semanas anteriores al embarazo y seis semanas posteriores al mismo, así como servicios de salud y descansos para la lactancia. En este mismo documento se establece la obligación de los empleadores de generar espacios de salas-cuna y guarderías infantiles para la protección de los hijos de los trabajadores que requieran de estos servicios. Los postulados mencionados anteriormente son enunciados en el marco legal mexicano a nivel federal dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo.

En relación a las mujeres gestantes en prisión, dentro de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, se especifica la necesidad de generar instalaciones enfocadas al tratamiento médico de las reclusas en situación gestante, sobre todo para el parto y el puerperio, procurando que el parto se realice en un hospital fuera del reclusorio. Dentro de

la legislación mexicana los presentes preceptos se encuentran establecidos dentro de sus Leyes de Ejecución de Sanciones Penales a nivel estatal.

Conclusiones

Con relación a las mujeres embarazadas que no gozan de un total acceso y satisfacción en servicios de salud relacionados con su estado gestante, así como al número de mujeres que no tienen acceso a licencias de maternidad y al porcentaje de despidos relacionados con embarazo, se puede afirmar que el Estado mexicano no brinda una protección a la maternidad como derecho reproductivo a toda la población, aun cuando este derecho se enuncie en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley Federal del Trabajo, y se reafirme por parte del Estado mediante la suscripción de tratados internacionales que definen el embarazo y la maternidad como un derecho humano. De esta manera, se encuentra un desfase entre el ámbito legislativo y el desarrollo práctico del embarazo y la maternidad como un derecho reproductivo, aspecto que hace incompatible la conciliación entre la maternidad y la vida laboral de las mujeres.

Es importante enfatizar que subsiste, desde el ámbito jurídico mexicano, la visión de las mujeres como principales responsables del cuidado de las y los niños, como queda demostrado con el reducido plazo de la licencia de paternidad de cinco días hábiles estipulado en Ley Federal del Trabajo. Cabe mencionar que algunas instituciones públicas como el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y el Instituto Nacional de las Mujeres otorgan al menos un período de diez días hábiles como licencia de paternidad.

Asimismo, llama la atención que sólo los estados de Coahuila y Durango poseen leyes específicas para la protección de la mujer embarazada. Sin embargo, ninguna de estas leyes toca el tema de la discriminación laboral por la solicitud de certificado de ingravidez para ingresar o preservar su puesto de trabajo, no existiendo sanciones para quienes infrinjan esta norma.

Es de vital importancia tomar en cuenta que la legislación mexicana tiende a homologar de *facto* la maternidad como una incapacidad laboral temporal y como una discapacidad (véase la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad en su artículo 4 enunciado anteriormente), teniendo como resultado un contexto legislativo, social y cultural que promueve la discriminación laboral y social hacia las mujeres en edad reproductiva y hacia las embarazadas y madres.

CAPÍTULO III. VISIÓN DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD DESDE LOS PRINCIPALES ORGANISMOS INTERNACIONALES

Dentro del presente capítulo se presentan las propuestas y acciones de los organismos internacionales en torno a las condiciones integrales del embarazo y la mujer embarazada, así como establecer cuáles son los marcos de acción que utilizan dichos organismos a fin de mejorar estas condiciones.

A continuación analizaremos las acciones y propuestas vinculadas al embarazo y a la mujer gestante de los organismos internacionales. Con relación al trabajo de la mujer: Organización Internacional del Trabajo (ocupada del tema desde su creación en 1919) (OIT, 2014); con relación a la fecundidad y salud reproductiva: Comisión Económica para

América Latina y el Caribe (ocupada del tema desde su creación en 1973) (CEPAL, 2015); con relación a la salud materna y reducción de la mortalidad infantil: Banco Mundial, Organización de la Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud (como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 5 y 4, respectivamente) (ONU, 2014); con relación al cuidado de la primera infancia, salud y desarrollo infantil: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2014).

3.1 Acciones de los organismos internacionales enfocadas en mejorar las circunstancias de la mujer embarazada

a. Organización de las Naciones Unidas (ONU)

La ONU es una organización internacional creada al fin de la Segunda Guerra Mundial, con los objetivos principales de preservar y promover la paz entre las naciones, fomentando una convivencia fraternal en busca del desarrollo social y buscando el incremento del nivel de vida de los individuos (ONU, 2015).

La ONU cuenta con diversas instituciones. Una de ellas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), es una institución que busca incentivar el derecho de toda mujer, hombre y niño de tener una vida integral con igualdad de oportunidades.

El UNFPA opera mediante tres plexos de análisis que competen a su labor: salud reproductiva, igualdad de género y estrategias de población y desarrollo. Tiene como fundamento que la salud reproductiva y el empoderamiento femenino, mediante la igualdad de género, repercuten de manera positiva sobre las tendencias de población.

Específicamente, el UNFPA incentiva el uso de indicadores demográficos por parte de las naciones con el propósito de generar estrategias para que, mediante la erradicación de la pobreza, todo embarazo concebido sea deseado y cada parto se lleve a cabo en condiciones que aseguren físicamente a la madre y al hijo (UNFPA, 2015).

En concreto, sobre apoyo al embarazo y a la maternidad, el UNFPA proporciona a los gobiernos apoyo en salud reproductiva y sexual, específicamente en:

- Atención prenatal, procurando un parto en condiciones de seguridad y atención posnatal;

- Prevención del aborto y atención de sus consecuencias;
- Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor;
- Prevención, cuidado y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH;
- Información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana y salud reproductiva;
- Prevención de la violencia contra la mujer, atención de las sobrevivientes de violencia y acciones de otros tipos para eliminar las prácticas tradicionales nocivas;
- Remisión a establecimientos de salud apropiados para completar los diagnósticos y el tratamiento en los casos precedentemente indicados.

Asimismo, este organismo presta especial atención al cumplimiento del Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con referencia a mejorar la salud materna, meta que fue agregada por la comunidad internacional en el 2005. De esta manera, el UNFPA ha realizado lo que se denomina el “Programa Mundial de Seguridad de los Suministros de Salud Reproductiva” especificado en el Fondo Temático para la Salud Materna. Este programa, a su vez, promueve la existencia de parteras y personal de salud calificado (UNFPA, 2015).

Específicamente en México, el UNFPA desarrolló el “Programa País” (2008-2012), en concordancia con el “Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012”, que incluía un proyecto exclusivo en la Salud Reproductiva y Sexual. Dentro de dicho proyecto se pretendía asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, así como el ejercicio de los derechos reproductivos desde una perspectiva de género. En este sentido, el UNFPA generó el Observatorio Nacional de Mortalidad Materna que contó con la colaboración técnica del Grupo Interagencial de Naciones Unidas, y tuvo como objetivo influir en la mejora de la prestación de servicios a mujeres embarazadas y apoyar a la reducción de la mortalidad materna, en relación con el Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Observatorio Nacional de Mortalidad Materna en México, 2015).

En septiembre de 2015 y con la conclusión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la ONU se ha unido en el establecimiento y la realización de 17 objetivos

mundiales, llamados “Objetivos de Desarrollo Sostenible”, para ser cumplidos en el año 2030. Estos objetivos tienen como meta principal erradicar la pobreza extrema, combatir la desigualdad y la injusticia y solucionar el cambio climático. En particular, el Objetivo 3, “Salud y Bienestar”, está relacionado con la salud materna e infantil, y pretende reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos, y reducir la tasa de mortalidad infantil (recién nacidos y menores de 5 años) a menos de 12 por cada mil nacidos vivos (The Global Goals for Sustainable Development, 2015).

b. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶

La OMS es la organización internacional de autoridad sanitaria perteneciente a las Naciones Unidas. La OMS es el principal organismo encargado de liderar los temas de salud a nivel mundial, así como todo lo concerniente a la investigación en dichos temas, generar reglas, examinar las tendencias sanitarias a nivel mundial e impartir apoyo técnico a los países en lo referente a los asuntos de salud (OMS, 2015).

La OMS se encarga de generar programas y proyectos que se enfocan a la salud de la mujer gestante, teniendo como ejes de acción actividades, informes, noticias, programas, y eventos. Actualmente se encuentran vigentes en México las siguientes acciones:

- “La Alianza para la Salud Materna, Neonatal e Infantil”. Este proyecto es una alianza con más de 680 organizaciones en 75 países, constituida por comunidades y sectores que trabajan por la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Esta Alianza funge como una plataforma que busca alinear objetivos, estrategias y recursos de las organizaciones que la constituyen para, de esta forma, lograr un acuerdo sobre las intervenciones a realizar para mejorar la salud materna, neonatal, infantil y adolescente.

- “Biblioteca de Salud Reproductiva”. Este proyecto consiste en una revista electrónica donde se encuentran revisiones en temas de salud reproductiva y sexual, presentadas como acciones prácticas para médicos y generadores de políticas públicas. Es

¹⁶ Organismo perteneciente a la ONU

publicada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación en la Oficina Central de la OMS en Ginebra, Suiza.

- “Salud de la Madre, el Recién Nacido, del Niño y del Adolescente”. Este programa fue creado con el fin de dirigir las acciones de la OMS, encaminadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. Busca mejorar las condiciones de salud de estos grupos y procurar que los países puedan cumplir con dichos objetivos. El Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente tiene como principales objetivos:

- Generar y sintetizar datos probatorios y definir normas y patrones sobre salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.
- Secundar la adopción de políticas y estrategias científicamente fundamentadas y acordes con las normas internacionales de derechos humanos, entre las cuales figura el acceso universal a la atención sanitaria.
- Desarrollar las capacidades para prestar servicios de salud integrados y de calidad a mujeres embarazadas, recién nacidos, niños y adolescentes.
- Seguir de cerca y cuantificar los progresos en la aplicación de esas estrategias y sus efectos sobre la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de sus beneficiarios (OMS, 2015).

Además de las acciones antes mencionadas con referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cabe mencionar que los Objetivos 4 y 5 no han sido cumplidos a cabalidad, debido a que desde el año 1990 al año 2015 sólo se ha podido reducir a la mitad la mortalidad en la infancia temprana, y en un 45% la mortalidad materna a nivel mundial (ONU, 2015). De esta forma, la OMS asume dentro de su agenda y en concordancia con los Objetivos Globales de Desarrollo Sostenible para el año 2030, el Objetivo 3 referente a la salud y bienestar, específicamente a la reducción de la mortalidad materna e infantil, con la finalidad de dar seguimiento a los objetivos no cumplidos para el año 2015.

c. Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹⁷

La OIT está encargada de generar normas orientadas al ámbito laboral a nivel internacional (Normas Internacionales del Trabajo), que tienen como finalidad generalizar el reconocimiento de los derechos humanos referentes al trabajo como derechos fundamentales, considerando la participación de los gobiernos, empleadores y trabajadores en conjunto (OIT, 2014). Por consiguiente, la OIT juega un papel estratégico en la protección de los derechos laborales de las personas en general y de las mujeres trabajadoras embarazadas y con hijos pequeños en particular.

En este sentido, en la Conferencia General del año 2000, la OIT generó el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, en el que se busca la igualdad de oportunidades para todas las mujeres en el ámbito laboral, tratando de fomentar una mayor protección hacia la maternidad en el ámbito legal y consuetudinario. Es importante considerar que este Convenio es un instrumento que no ha sido ratificado por el Estado Mexicano, a pesar de los importantes derechos que consagra en favor de la mujer gestante.

En dicho Convenio se tratan temas relacionados con la protección de la salud, la licencia de maternidad, la licencia en caso de enfermedad o complicaciones en el embarazo, las prestaciones, la protección del empleo y la no discriminación, así como la realización de exámenes médicos en el periodo de gestación.

En este sentido, en su artículo 3° el Convenio sobre la Protección de la Maternidad determina la adopción de medidas que protejan la salud de la mujer gestante y su hijo, frente a prácticas que vulneren su bienestar físico. En cuanto a la licencia de maternidad, el artículo 4° establece el derecho de, al menos, 14 semanas de licencia por motivo de maternidad. En su artículo 5°, se establece la extensión de una licencia con motivo de complicaciones o enfermedad referentes al embarazo o parto, estableciendo una duración de esta licencia especial en concordancia con la legislación de los Estados en los cuales fuere emitida.

En los artículos 6° y 7°, relacionados con las prestaciones, se plantea que las ayudas brindadas a las mujeres embarazadas no deben ser menores a las dos terceras partes de las

¹⁷ Organismo especializado de la ONU

ganancias recibidas por la mujer antes de quedar embarazada. Asimismo, se establece que las prestaciones proporcionadas a la mujer deberán incluir la asistencia médica antes, durante y después del parto, garantizando la atención de emergencias obstétricas.

En el apartado relativo a la protección al empleo y no discriminación, el artículo 8° del Convenio plantea que no se deberá despedir a la mujer por motivo de embarazo, lactancia o licencia de maternidad. En este mismo artículo se encuentra el impedimento para el empleador de solicitar a la mujer un certificado de ingravidez.

El artículo 10°, correspondiente a las madres lactantes, especifica el derecho que tiene la mujer en el período de lactancia de interrumpir o acortar su jornada laboral para amamantar a su hijo, señalando que el establecimiento de dicha temporalidad estará determinado por el país donde se presente esta circunstancia.

El Estado Mexicano, al no ratificar el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, claudica ante la posibilidad de incrementar las licencias de maternidad a un período de tiempo de 14 semanas, considerando que actualmente esta licencia es de 12 semanas. Asimismo, es importante mencionar que mediante la Reforma a la Ley Federal del Trabajo (2012), fue posible establecer la prohibición de solicitar el certificado de ingravidez, así como el reconocimiento de los derechos sobre la lactancia dentro de la jornada laboral. Sin embargo, es esencial establecer que la prohibición de solicitar el certificado de ingravidez requiere de la generación de mayores regulaciones que garanticen una verdadera erradicación de dicha práctica en el país, ya que la aplicación de esta norma no ha sido cabal en los centros de trabajo, afectando aproximadamente al 50% de las mujeres trabajadoras en México (GIRE, 2013: 5).

d. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)¹⁸

La CEPAL es un organismo internacional enfocado en incentivar el desarrollo económico de América Latina y el Caribe, fortaleciendo el vínculo entre los países de la región y con los demás países del mundo. Asimismo, tiene como objetivo esencial impulsar el desarrollo social de esta región (CEPAL, 2015a).

¹⁸ Comisión regional de la ONU

Enfatizando el desarrollo social en el ámbito relacionado con la mujer gestante, la CEPAL colaboró con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales se encuentra el objetivo 5: reducir la mortalidad materna en un 75% y lograr el acceso universal a salud reproductiva; y el objetivo 4: reducir la mortalidad de niños menores de 5 años en dos de tres partes para el año 2015. A la fecha, estas metas, que se abordarán con mayor profundidad en el apartado sobre la Organización Mundial de la Salud, no se han logrado cumplir.

La CEPAL concibe estos objetivos como un incentivo para el desarrollo económico sostenible y el combate contra la pobreza. Además, denuncia la poca relevancia que se le adjudica al papel del hombre dentro de la conducta reproductiva y la influencia de las disparidades sociales y económicas que caracterizan a la región, mismas que deben ser erradicadas para mejorar la salud reproductiva y alcanzar una cobertura universal (Jiménez, Aliaga y Rodríguez, 2011).

Asimismo, la CEPAL ha creado un Observatorio de Igualdad de Género (<http://www.cepal.org/oig/>), que logra reunir la legislación de los países miembros en que consagra los derechos de las mujeres. Destacan los órganos legislativos que velan por los derechos de las mujeres embarazadas y todos aquellos permisos, servicios y prestaciones que el Estado debe brindar. Además, la CEPAL, al estar atenta a la situación generalizada de la mujer en los ámbitos sociales, presenta denuncias ante las autoridades competentes relativas a estos asuntos en sus países miembros.

Es importante mencionar que en México, desde 1951, se estableció la Sede Subregional de la CEPAL, la que sirve a Costa Rica, Cuba, El Salvador, Haití, Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. De esta forma, la CEPAL funge como un centro de asistencia técnica e investigación dirigida al asesoramiento de los gobiernos de la región (CEPAL, 2015b). Sin embargo se debe enfatizar que la maternidad, el embarazo y la infancia temprana no constituyen parte de la agenda principal de la CEPAL, ya que temas como el cambio climático, el desarrollo agrícola, el desarrollo económico, la energía y recursos renovables, el comercio internacional y el desarrollo social en general constituyen sus principales áreas de preocupación (CEPAL, 2015b).

e. Banco Mundial

El Banco Mundial es una organización que proporciona recursos financieros y técnicos a países en vías de desarrollo, otorgando préstamos y créditos con intereses bajos. Con este objetivo, evalúa también la situación general de la población con indicadores de bienestar económico que reflejan su grado de pobreza (Banco Mundial, 2015). En el Banco Mundial, se realizan investigaciones sobre países específicos, con la finalidad de obtener indicadores y prospectivas que muestren las condiciones en que se desarrolla la vida de las personas.

En el tema de mujer embarazada, el Banco Mundial ha identificado países en los cuales el acceso a servicios de salud de la población de mujeres gestantes es limitado, y la tasa de mortalidad materna es elevada. Esto permite realizar comparaciones entre los indicadores de diversos países y elaborar monografías que sirven al Banco Mundial para proporcionar recursos financieros y generar un desarrollo sostenible (Banco Mundial, 2015). De esta forma, el Banco Mundial vincula la salud materna con el crecimiento económico, connotando a la primera como un elemento importante en la participación económica femenina en el campo laboral (Banco Mundial, 2015).

Entre las políticas del Banco Mundial para favorecer el acceso a salud materna a nivel mundial, y en conjunto con organizaciones internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe un compromiso de realizar acciones coordinadas hasta el año 2015 para contribuir a la mejora de los sistemas de salud, apoyando desde las pequeñas clínicas pertenecientes a las zonas rurales hasta los hospitales urbanos. Por medio de este compromiso se pretende contribuir al logro del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, mediante el “Plan de Acción para la Salud Reproductiva” (2010-2015). Este Plan reportó no haber logrado cumplir su objetivo de reducir el 75% de la mortalidad materna, sino que sólo pudo alcanzar un descenso de 45% (Banco Mundial, 2015).

Específicamente, el Banco Mundial proporcionó, entre el año 2010 y el año 2015, \$4,100 millones de dólares (suma sin precedentes) para lograr disminuir la mortalidad materna e infantil en 58 de sus países miembros con altas tasas en estos rubros. Dentro de los países antes mencionados se encuentra México (Banco Mundial, 2015), en donde las

acciones emprendidas a partir de los recursos antes mencionados fueron específicamente: la entrega de métodos anticonceptivos, visitas prenatales más frecuentes, propagación de conocimientos preventivos y capacitación de nuevos trabajadores de la salud (Banco Mundial, 2015).

Cabe mencionar que, particularmente en México, desde el año 2000, el Banco Mundial no ha realizado ningún proyecto específico en relación a la maternidad, embarazo o primera infancia (Banco Mundial, 2015).

f. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El BID es un organismo que trabaja en conjunto con los países americanos, proporcionando conocimiento generado a través de investigaciones y recursos económicos, con la finalidad de apoyar la realización de objetivos específicos. Las acciones realizadas por el BID están enfocadas en mejorar el desarrollo económico y social, poniendo especial interés en los segmentos poblacionales más vulnerables y pobres (BID, 2015a).

En este sentido, el BID ha patrocinado investigaciones que buscan proporcionar un conocimiento certero de las circunstancias en las cuales se desarrolla la maternidad en América Latina y el Caribe. Los proyectos que el BID ha desarrollado en México relación al bienestar de la mujer embarazada son los siguientes:

- “Proyecto Piloto en Cuidado Materno Infantil” (2002, concluido), en México. Este proyecto constaba de tres componentes: i) diseño e implementación de actividades piloto en desarrollo; ii) entrega de paquetes de salud e implementación y desarrollo de estrategias de comunicación; iii) establecimiento de un sistema de evaluación en servicios de salud y beneficiarios y desarrollo de un sistema de administración de información.
- “Análisis Cualitativo del Embarazo Adolescente y Trayectorias Educativas” (2008, concluido), desarrollado en la Región. Este programa buscó conocer las condiciones y causas de la deserción escolar a nivel regional relacionadas con la maternidad y embarazo adolescente.

- “Creciendo Sanos: Fortaleciendo la Atención a la Salud de la Niñez Mexicana (2012, concluido), en México. El programa se enfocó en los Estados de Guerrero y Oaxaca, teniendo como objetivos la reducción de la mortalidad neonatal y los niños menores de 5 años, mediante el aseguramiento del financiamiento y acceso efectivo a servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud.

Con relación a los proyectos desarrollados en los otros países de la región, específicamente Honduras, Nicaragua y Perú son los países que concentran el mayor número de proyectos. Asimismo cabe mencionar que los temas mayormente trabajados en relación al embarazo son la salud materno-infantil, la reducción de la pobreza, la prevención del embarazo adolescente y desarrollo social.

g. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁹

UNICEF tiene como propósito la supervisión del cumplimiento de los derechos de los niños en todo el mundo. UNICEF tiene como objetivo esencial proteger a la niñez, considerando esta protección como una base esencial para el desarrollo de la humanidad. De esta manera, UNICEF colaboró con la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, vinculándolos con los derechos humanos de niños y adolescentes y de sus madres (UNICEF, 2015).

UNICEF, teniendo como principio fundamental que los niños sanos necesitan madres sanas, dio prioridad al apoyo del Objetivo 4 (vinculado con la mortalidad de niños menores de cinco años) y del Objetivo 5 (relacionado con la mortalidad materna). Así, UNICEF busca garantizar la supervivencia y desarrollo de los niños en la primera infancia, mediante la promoción de los derechos de los menores y alianzas con los países miembros, teniendo como principal objetivo la protección de la infancia y los problemas vinculados con la pobreza durante la misma (UNICEF, 2015). Este organismo vinculó tanto los Objetivos 4 y 5 de desarrollo del Milenio con el Objetivo 6, que busca detener o reducir la propagación del VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

¹⁹ Organización internacional parte del sistema de las Naciones Unidas.

Junto con otros organismos, UNICEF también genera estrategias que proporcionen atención al parto con personal especializado en atención obstétrica de emergencia, mejoren la atención prenatal y eviten el contagio del VIH-SIDA de madre a hijo (UNICEF, 2015).

En México, durante el transcurso del 2015, UNICEF desarrolló una iniciativa para promover la lactancia materna a través de diversos medios de comunicación, con el objetivo de generar conciencia social sobre la importancia de esta práctica. De esta forma, UNICEF ha buscado capacitar a madrinas de lactancia para promover el amamantamiento en zonas rurales, así como incentivar a que un mayor número de mujeres amamanten a sus hijos durante sus primeros seis meses de vida. Esta iniciativa surgió ante las bajas tasas de amamantamiento en México, que se encuentra como el último país en Latinoamérica en este aspecto (UNICEF, 2015).

Conclusiones

Generalmente los organismos internacionales, a excepción de la OIT, retoman como líneas de acción en relación a la maternidad y el cuidado de la primera infancia, acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 y, actualmente, los Objetivos Globales de Desarrollo Sostenible para el año 2030, los que son mayormente enfocados al desarrollo de temas inherentes a la salud.

En este sentido, específicamente la CEPAL concibe el combate de la mortalidad materna y la cobertura universal, congruente con el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, como una estrategia para eliminar la pobreza y desigualdad social. De esta forma, el Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL conjunta la legislación de los países miembros que protegen a la mujer embarazada, para velar por la correcta aplicación de dichos derechos por parte de los Estados. La CEPAL presenta denuncias ante los organismos competentes frente al incumplimiento de la legislación que protege a la mujer embarazada.

Dentro de este mismo contexto, el Banco Mundial, a través de la evaluación de indicadores referentes a la salud materna de los países miembros, proporciona préstamos y donaciones a los mismos para mejorar la salud materna y reproductiva. Estos préstamos y

donaciones están dirigidos a mujeres pobres mediante acciones como atención con parteros capacitados, seguro médico, atención pre y posnatal y atención de emergencias obstétricas. Sin embargo, no se identificó ninguna acción relacionada con la protección de la maternidad e infancia temprana realizada por parte del Banco Mundial directamente en la población mexicana.

Por otra parte, mediante investigaciones, el BID solventa programas de desarrollo en los países de América Latina que, requieren del apoyo. Los programas tienen la finalidad de mejorar las circunstancias de salud materna. Ninguno de los programas financiados por el BID con relación a la protección de la mujer embarazada se lleva a cabo actualmente en México. Dentro de la presente revisión, el BID, en contraste con los organismos antes analizados, mostró generar estrategias mayormente vanguardistas en el apoyo a la maternidad y el cuidado de la infancia temprana. En este sentido se identificó el programa “Crece Conmigo”, desarrollado actualmente en Honduras, el cual, mediante la promoción del hábito de la lectura, busca disminuir la malnutrición materno-infantil.

Asimismo, UNICEF buscó contribuir con los objetivos 4, 5 y 6 de Desarrollo del Milenio, mismos que pretendían disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años, la mortalidad materna y la transmisión del VIH-SIDA de madre a hijo, respectivamente. Cabe mencionar que UNICEF desarrolló durante el 2015 en México un programa a través de medios de comunicación para el fomento y la promoción de la lactancia materna, al ser éste un país donde existen bajos índices de amamantamiento.

Por su parte, la ONU, a través del UNFPA, busca incentivar la salud reproductiva con igualdad de género en los países miembros. El Programa Mundial de Seguridad de los Suministros de Salud Reproductiva, mediante capacitación de personal médico capacitado, busca mejorar la atención a la salud reproductiva como parte del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio. De esta forma, la Organización Mundial de la Salud, mediante el Departamento de Salud de la Madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, La Alianza para la Salud Materna, Neonatal e Infantil y la Biblioteca de Salud Reproductiva, promovió el cumplimiento de los objetivos 4 y 5 de Desarrollo del Milenio, y actualmente promueve el Objetivo 3 de los Objetivos Globales de Desarrollo Sustentable por parte de los países miembros.

Dentro de una perspectiva crítica, de las acciones realizadas por los organismos internacionales hacia la maternidad, el embarazo y la primera infancia, es de suma importancia enfatizar que el Estado Mexicano no ha ratificado el Convenio sobre la Protección de la Maternidad (2000) de la OIT. En dicho Convenio, se extienden los lapsos de licencia de maternidad a 14 semanas y se rechaza rotundamente la solicitud de certificado de ingravidez a la mujer para ser contratada o preservar el puesto de trabajo. Cabe mencionar que estos aspectos, en México la mujer embarazada tiene una protección limitada, ya que el lapso máximo de licencia de maternidad es de 12 semanas, y no existe una legislación que sancione de manera contundente la solicitud de certificado de ingravidez por parte del empleador.

CAPÍTULO IV. FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO

La maternidad al ser un hecho social deviene en una construcción cultural circunscrita dentro de la definición de normas producto de las necesidades sociales e históricas inherentes al grupo social dentro del cual se desarrolle (Palomar, 2005, p. 36). Así, se ha sedimentado un sentido común socialmente compartido producto de discursos y prácticas sociales que sugieren como ineludiblemente intrínseco a la maternidad un supuesto instinto y amor inherente a la condición femenina (Badinter, 1980) sustentado en discursos que

aluden a la biología, justificantes de una “naturaleza femenina” atingente a la maternidad (Palomar, 2005, p. 42).

De esta forma el presente capítulo pretende analizar el vínculo entre los factores biológicos, psicológicos y sociales presentes en el embarazo, teniendo como premisa esencial que el contexto social determina la connotación de la maternidad.

4.1 Vínculo madre-hijo y padre-madre-hijo

El presente apartado tiene como objetivo conocer los tipos de vínculos neurobiológicos²⁰ que tienen lugar entre el hijo, la madre y el padre, como detonadores de cambios fisiológicos que influyen en la praxis conductual y social dentro del embarazo, por parte de ambos padres. Con esto se pretenden identificar, dentro de la relación hijo-madre-padre en torno al embarazo, los eventuales factores de carácter fisiológico, psicológico y social que pueden tener influencia en dicha relación²¹. A su vez, mediante el discurso biológico y psicológico en torno al embarazo, pretendemos mostrar nuestra oposición al reforzamiento del pensamiento social y culturalmente construido que connota a la feminidad exclusivamente dentro de la idea de maternidad, como la han evidenciado Palomar (2005) y Martínez, (2007). Por lo tanto hacemos mención de posibles características y/o cambios biológicos, psicológicos y sociales que podrían estar presentes o no, durante el desarrollo del embarazo y en la maternidad. En este mismo sentido, es necesario considerar que el concepto de maternidad dentro de su desarrollo histórico, se va construyendo dentro de un corpus de creencias y significados en constante cambio, trastocado por elementos culturales y sociales atingentes a las concepciones en torno a la mujer, la procreación y la crianza como elementos históricos (Molina, 2006). Es decir, lo biológico no determina lo social. En el presente apartado, hacemos notar la posible influencia de lo biológico, sin estipular

²⁰Comprendidos como la relación biológica entre individuos en vínculos de dependencia fisiológica, como lo es específicamente la madre y el feto (Giménez, 2009, p. 335)

²¹ El presente capítulo plantea como una probabilidad la presencia, durante el embarazo, de factores biológicos (funciones neuro-químicas cerebrales), psicológicos (conductas y significaciones) y sociales (relaciones interpersonales) que influirían en el vínculo que une a los padres con su hijo, mas no se connotan como una determinación característica dentro esta relación. Por ende, se enfatiza su carácter eventual ante la consideración de la contextualización socio-histórica y cultural propia de la experiencia particular de los individuos frente al embarazo.

que la maternidad es un objetivo imprescindiblemente central en la vida de las mujeres. Planteamos que la maternidad se conforma de la compleja relación entre variables sociales, psicológicas y biológicas, y no solo de un instinto biológico.

4.1.1 El vínculo neurobiológico en la relación madre-hijo y padre-madre-hijo

El diálogo molecular²² que genera la vida humana tiene su inicio desde la relación sexual entre un hombre y una mujer en su posibilidad de ser padres, en la unión de un óvulo y un espermatozoide, donde comienza el vínculo necesario para generar la existencia de un ser humano. En relación con la unión de dos individuos que fusionan su esencia genética para formar un nuevo organismo biológico a través de un vínculo físico, López (2009, p. 14) menciona que:

La unión corporal, específica entre un hombre y una mujer, es un gesto humano de unión que permite el reconocimiento y fecundación de sus propios gametos. Hay esa coincidencia natural, universal de todas las épocas y culturas por ser natural, entre la expresión del amor sexuado y la fecundidad.

Las características propias del embrión, que constituirán las características futuras del feto y del bebé, se empiezan a conformar desde las primeras horas de la concepción, llegando a determinar el desarrollo de la cabeza y los pies desde el momento de la fecundación:

Un óvulo recién fecundado tiene definido el arriba-abajo que marca el eje equivalente en el futuro embrión. Un grupo de investigación incluso afirma que el lugar en el huevo en el que el espermatozoide entra determina la primera división celular que se produce (Pearson, 2002, p. 35).

Este vínculo inicial entre el padre y la madre, en la generación de una vida, se caracteriza por la transmisión de un mensaje genético que codifica la identidad del futuro hijo mediante una base material de cromosomas –el genoma– en que se conjuga la herencia primigenia de los padres (López, 2009).

²² Entendido como la unión entre determinados conjuntos de células de diferentes organismos, en este caso específico entre el hombre y la mujer durante el coito sexual, y posteriormente la madre y el hijo durante el embarazo; que generan respuestas fisiológicas a nivel molecular que tienen influencia en ambos cuerpos de forma simbiótica (López, 2009).

Conviene destacar que el padre constituye una parte vital dentro de la simbiosis madre-hijo, sin él no sería posible la existencia del feto en el cuerpo materno y la nueva vida prácticamente sería irrealizable. El padre no está excluido del diálogo entre los dos, es siempre una parte esencial de la conversación desde que ésta se inicia (Hupperz, 2007).

Tan presente está [el padre] que, a lo largo de ese primer viaje del hijo en la madre, ambos acuerdan la *tolerancia inmunológica*²³ de la madre hacia esa mitad del hijo que no es la suya sino la del padre. Sin ello, la simbiosis vital de la gestación sería imposible (López, 2009, p. 23).

Con la fecundación, se crea una célula excepcional capaz de generar vida –el cigoto–, vista como la única célula totipotencial, que tiene la capacidad de dar origen a otros tipos celulares, como inicio de un organismo completo (López, 2008). El inicio biológico de la vida humana conlleva una necesaria simbiosis entre el hijo y la madre que permite el desarrollo de las posibilidades de su generación; el vínculo madre-hijo se estructura por la profunda relación en que la vida del hijo nace desde el centro del organismo de la madre; este estadio aleja al ser vivo de un peligro de muerte: sin intercambio de materia y energía no hay vida. Durante el desarrollo embrionario, ese medio natural es la madre (López, 2008).

Este vínculo materno filial se origina desde el momento mismo de la concepción, donde el cuerpo de la madre tiene características diferentes a las que poseía en un estado de no concepción. De esta forma, el desarrollo embrionario necesariamente se basa en la interacción de la madre y la nueva célula que, formando parte de ella, potencialmente será una vida independiente de ella en el futuro. En este proceso del organismo materno nace un complejo proceso de comunicación fisiológica llevada a cabo para la elección de las características genéticas, es decir, una vía de señalización caracterizada por un proceso de selección genética de acuerdo a la propia comunicación que la madre transmite hacia el interior del cigoto (Ying, Batlle, Doble, Cohen, 2008).

Las pautas de acción de la madre, desde este momento, tienen una directa influencia sobre su hijo. Esto se debe a la total dependencia del hijo, debido a que vive a través de la

²³ La tolerancia inmunológica en el embarazo se refiere a que el sistema inmunológico de la madre reconoce al hijo como distinto de sí misma pero en una situación de simbiosis, que no representa una señal de peligro para ella. Es decir, el cuerpo de la madre reconoce que el embrión no es ni una parte de su cuerpo ni un cuerpo extraño que la está invadiendo (López, 2008).

forma de realización de la vida de su madre. Por tanto, asuntos como la calidad de la dieta materna influirán directamente en la salud del hijo, y no sólo durante el período de tiempo que dura el embarazo, sino que formando una pauta de desarrollo que acompañará al hijo en su vida futura. Al respecto, Brunton y Russel (2010, p.12) comentan que:

El estado nutricional materno durante el embarazo también tiene un impacto en el desarrollo fetal y la regulación del metabolismo en su vida posterior. La restricción proteica o la obesidad durante el embarazo tienen efectos adversos sobre la salud de los hijos que son similares a los resultados de la exposición que el exceso de glucocorticoides causa en el útero.

El embrión empieza el desarrollo de su sistema nervioso desde el día dieciséis de su gestación, aspecto que puede determinar el diálogo neuronal en el ámbito de la sensibilidad entre el embrión y la madre. El embrión desarrolla todos los retículos para percibir el diálogo propio de esta comunicación materno-filial (López, 2008).

Los embarazos en la madre no son un hecho que produzca efectos sólo en el período acotado de nueve meses que dura la gestación, sino que estos efectos se extienden en el tiempo e incluso influyen en órganos no relacionados directamente con la procreación. La madre posee una memoria fisiológica de cada embarazo contenida en las células madre fetales²⁴. López (2008, p. 38) explica que a esto se le llama microquimerismo maternal:

Los órganos de la madre contienen células procedentes de los fetos que ha gestado. Por ser la gestación una simbiosis de dos vidas, algunas células madres de la sangre del feto y su placenta, que son pluripotenciales, pasan a la circulación materna. Estas células son llamadas *progenitores celulares asociadas con el embarazo (PAPC)*.

Esta huella tan fundamental dejada por el embarazo en el cuerpo de la mujer, reflejada en las células PAPC poseen una gran capacidad de auto-renovación, ayudando a las células madre adultas a lograr la regeneración en el cuerpo de la mujer. Asimismo, estas células también ayudan en la regeneración del corazón de la madre afectado por cardiopatías sufridas con anterioridad (Bayes-Genis, Bellosillo, de La Calle, Salido, Roura, 2005).

²⁴ Las células madre fetales o pluripotentes proceden de las células internas del blastocito (un embrión de 4 a 5 días de edad), aunque los científicos también pueden crear células madre de tejido tomadas de embriones de más edad. En teoría, estas células madre pueden dividirse indefinidamente, siempre y cuando el organismo esté vivo. Cuando una célula madre se divide, crea dos células hijas que pueden convertirse en células madre u otro tipo de célula, como la sangre, la piel o el hígado (Gardner, 2002).

De esta forma, la relación materno-filial, desde la gestación, no sólo representa una simbiosis biológica en la vida de ambos, sino también constituye un vínculo intangible que influye en el desarrollo psicológico y emocional del feto y la madre. El embarazo puede conllevar una relación emocional que genera lazos excepcionales. Desde el momento de la concepción, el cerebro de la madre cambia en torno a su estructura y función ante las señales que percibe del feto. Esta relación se fortalece en los períodos del parto y la lactancia donde se desarrollan circuitos neuronales profundos que permiten la segregación de oxitocina²⁵ y serotonina²⁶, posibilitando la formación del vínculo de apego afectivo y emocional como parte de un proceso biológico-natural (Zeki, 2007).

El cerebro de la madre durante la gestación tiene la posibilidad de cambiar fisiológicamente su cuerpo a causa de la segregación de hormonas específicas para el embarazo. Dichos cambios posibilitan una relación biológica portentosa entre el hijo y la madre en términos fisiológicos, con el fin de generar nuevas funciones necesarias para la subsistencia del hijo. En este sentido, Brunton, P. J. y Russel, J. A. (2010, p.11) apuntan que:

El cerebro maternal es una fuerza importante en el impulso esencial de cambios fisiológicos durante el embarazo. Estos cambios incluyen adaptaciones que amortiguan el impacto que tiene la experiencia de estrés de la madre en el feto durante el embarazo, restablecen el control del metabolismo a favor del flujo de energía para el feto y preparan la energía almacenada como tejido adiposo para la lactancia.

El embarazo, con los cambios hormonales que implica, produce un fuerte cambio neurobiológico que configura el cerebro materno, mostrando la gran plasticidad que tiene este órgano para modificarse de acuerdo a los cambios biológicos de su cuerpo. El cuerpo de la madre es un receptor total de los estímulos auditivos y visuales provenientes del hijo,

²⁵ La oxitocina es una hormona excretada por los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo que se almacena en la pituitaria posterior. La oxitocina se utiliza por vía intravenosa para inducir el parto y estimular las contracciones uterinas una vez que se ha iniciado el parto. La oxitocina intranasal se utiliza para favorecer la excreción inicial de leche una vez finalizado el parto (Gimpl y Fahrenholz, 2001, p. 629).

²⁶ La serotonina es un neurotransmisor central que juega un papel muy importante en el humor, ansiedad, sueño, dolor, conducta alimentaria, sexual y un control hormonal hipotalámico. Ésta además regula las funciones neuroendocrinas y las funciones cognitivas. En el sistema nervioso central, se cree que la serotonina representa un papel importante como neurotransmisor, en la inhibición del enfado, la inhibición de la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad y el apetito. Estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión (George y Siegel, 1999, p. 8).

mostrando la recíproca relación entre la madre y el hijo mediante el vínculo de apego (Brizendine, 2007).

Importante es considerar que los cambios en el cerebro materno a causa de la implantación del cigoto en el útero desde los primeros quince días repercuten en el cerebro y el cuerpo de la madre. Uno de estos cambios, que se presenta entre el segundo y el cuarto mes, es el incremento del 100% de progesterona²⁷ en el cerebro de la mujer. Este incremento posibilita reducir la respuesta al estrés, aspecto que beneficia al desarrollo del feto (López 2008). En efecto, el cortisol –la hormona relacionada con el estrés– puede afectar el desarrollo del feto haciéndolo más susceptible a enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y desórdenes afectivos (Brunton y Russel, 2010). Este aumento en los niveles de progesterona permite también el almacenamiento de importantes niveles de oxitocina, beneficiando la relación materno-filial (Brunton y Russel, 2010).

Desde el quinto mes, la comunicación madre-feto se experimenta a través de los movimientos del feto que la madre ahora puede percibir. Es una relación basada en una comunicación recíproca, donde el feto percibe las sensaciones de la madre y responde hacia ellas de forma proporcional. Así, cuando la madre tiene depresión, angustia o ansiedad, el feto responde acelerando sus signos vitales (López, 2009). Por ende, es de vital importancia analizar el medio interpersonal y social en que las mujeres embarazadas interactúan, teniendo en cuenta que los estímulos a que se encuentran expuestas influyen en la salud física y psicológica tanto de ellas como de sus hijos.

La cercanía física entre el hijo y la madre en el parto es un detonador para liberar la oxitocina contenida en las neuronas de la madre durante el tiempo del embarazo. La liberación de esta hormona, justo en el momento del alumbramiento, refuerza el vínculo de apego de la madre hacia su hijo (López, 2008). También el período de la lactancia es un tiempo crucial para la liberación de oxitocina, en el que se produce el mismo efecto de

²⁷ La progesterona es una hormona producida principalmente en los ovarios. En las mujeres, la progesterona juega un papel vital en el embarazo. Después de que los ovarios liberan un óvulo (ovulación), la progesterona ayuda a preparar el útero para la implantación de dicho óvulo fecundado. Ésta prepara a la matriz (útero) para el embarazo y las mamas para la producción de leche. Los hombres producen alguna cantidad de progesterona, pero probablemente no tiene una función normal, a excepción de ayudar a producir otras hormonas esteroides (Leonetti y Longo, 1999).

reforzamiento del vínculo madre-hijo (López, 2008). Esta circunstancia enfatiza la importancia vital de promover la lactancia materna como un derecho al que las mujeres deben acceder.

El diálogo molecular que mantiene la madre gestante con su hijo se transforma, después del parto, en un diálogo cara a cara donde la interacción madre e hijo se hace en el exterior. En este momento la oxitocina fomenta una conducta de mayor alerta y cuidado por parte de la madre hacia su hijo a través de un complejo proceso que tiene lugar en el cerebro materno, que se caracteriza por la segregación de dicha hormona en cantidades extraordinarias, producto del contacto con su hijo recién nacido (Brunton y Russel, 2010).

Esta respuesta de mayor alerta durante la lactancia impulsa también a la madre a proteger a sus hijos de todos los peligros del medio ambiente. Estas conductas de cuidado pueden generarse desde la química cerebral propia del embarazo, aunque sin subestimar las pautas socio-históricas y culturales que determinan la agencia de los individuos hacia sus hijos.

Junto con el estímulo para una mayor protección de sus hijos, la madre experimenta un incremento en sus niveles de agresividad y una disminución del miedo, conducta que Pedersen (2009, p. 112) ha descrito del siguiente modo:

En la madre, el aumento en la agresividad después del parto y la consiguiente reducción en el miedo son el resultado de los cambios al final del embarazo en los niveles de progesterona y de estrógenos. Estas variaciones hormonales estimulan la aparición de la conducta maternal después del parto. Al igual que con las respuestas de la maternidad, las influencias hormonales son necesarias sólo para los cambios en el comportamiento inicial, mientras que el contacto con el hijo mantiene la disminución de la ansiedad y el aumento de la agresividad en las madres lactantes.

Debido a los importantes cambios neurobiológicos que supone el embarazo en la mujer, se genera la posibilidad de que la culminación del embarazo represente un desequilibrio hormonal importante que afecte la salud emocional de la madre, en relación a lo cual Brunton, P. J. y Russel, J. A. (2010, p. 19) señalan:

El parto supone la liberación de oxitocina almacenada para reforzar el vínculo de apego y el retorno a niveles habituales de la respuesta al estrés. La vuelta a la normalidad neuroendocrina exige una adaptación que conlleva cierto riesgo de fluctuaciones anímicas y que, en los casos más graves, puede llegar a la depresión posparto.

Por lo tanto, es importante poner mayor atención, desde el ámbito de la salud pública, así como dentro de la sociedad, en la condición de la madre después del parto, suponiendo que los cambios hormonales pueden generar importantes trastornos anímicos que afecten la convivencia con su hijo y familia, llegando a repercutir en la totalidad de los ámbitos sociales en donde la mujer se desarrolla.

4.1.2 Vínculo conductual de la madre y el padre hacia el hijo

La interacción social que existe entre la madre y el hijo puede llegar a desencadenar cambios relevantes en el funcionamiento cerebral por parte de la madre. López (2008, p. 74) explica cómo se activan y desactivan áreas cerebrales cuando la madre escucha o visualiza a su hijo. Esta actividad cerebral ha sido analizada mediante técnicas de neuroimagen funcional y se ha denominado *correlato neuronal de la emoción*:

Unas áreas cerebrales se activan y otras se silencian cuando la madre oye o ve a su hijo. Es el *correlato neuronal de la emoción* que el reconocimiento auditivo o visual del hijo, en diversas circunstancias, provoca en la madre. Todas las áreas de la corteza cerebral que se activan corresponden a zonas neuronales que realizan procedimientos cognitivo-emocionales (López, 2008, p. 77).

De acuerdo con la técnica de neuroimagen funcional antes mencionada, se ha llegado a identificar que la relación materno-filial, específicamente cuando la madre ve a su hijo de pocos meses de nacido, puede llegar a generar en el cerebro social²⁸ materno funciones mayormente relacionadas con experiencias positivas. Estas funciones, ubicadas en las áreas cerebrales vinculadas con el sistema cognitivo-afectivo y con las recompensas, minimizan a su vez la actividad cerebral propia de las áreas vinculadas con los juicios negativos (Zeki, 2007).

²⁸ El cerebro social se localiza en las estructuras pertenecientes al cuerpo calloso, mismo que une a los hemisferios cerebrales. Esta unión posibilita la acción cerebral vinculada con los estímulos elementales en las relaciones sociales (Zeki, 2007). La integración de los hemisferios cerebrales conjuntan los requerimientos sociales en la conducta humana necesarios para generar relaciones interpersonales, por lo que el cerebro social pudiese definirse como la interrelación funcional de ambos hemisferios (López, 2008, 79): el hemisferio derecho se especializa más que el izquierdo en procesar las señales de alerta o temor. Como complemento, el izquierdo se implica más en la motivación y en la creación de relaciones de confianza.

La relación entre el hijo y la madre puede llegar a presentar una importante interrelación entre la conducta de ambos, en donde se muestra cómo las reacciones del hijo recién nacido influyen en las emociones de la madre. Este proceso puede ir acompañado de múltiples funciones cerebrales que, unidas, provocan en la madre una actividad cognitivo-emocional específica relacionada con la activación de las áreas cerebrales en tanto funciones vinculadas con el reconocimiento del hijo.

La corteza orbitofrontal (OF), desempeña un papel determinante en la integración neurobiológica de los sistemas de recompensa, ya que conecta con las neuronas que producen dopamina. Esta sustancia es crucial para valorar el carácter de recompensa de los estímulos. Las porciones laterales (OFL) de esta corteza se activan con los estímulos visuales, táctiles y olfativos, que son aspectos de las emociones positivas del vínculo. La región anterior de la corteza cingular (ACC) se activa en la evaluación del modo de comportarse frente a las respuestas afectivas en la relación con los demás. La corteza occipitotemporal y, concretamente, la llamada corteza fusiforme (FU), ayuda a procesar la expresión de las caras, habilidad que facilita comprender al niño. La corteza insular (I), aplicada en el procesamiento de las caricias, es un importante aspecto afectivo en la relación madre-hijo (López 2008, p. 82).

La parte derecha del complejo amigdalino²⁹ en la mujer embarazada –llamada el *centro del miedo*, por procesar las emociones negativas principalmente vinculadas con las interacciones sociales– genera una conexión con el tronco cerebral –área del cerebro que controla los instintos e impulsos vegetativos³⁰– intermediada por una importante segregación de oxitocina. Este cambio en la estructura cerebral de la mujer embarazada influye en que el complejo amigdalino reduzca de forma importante su actuación ante la futura interacción de la madre hacia su hijo recién nacido, disminuyendo la agresividad y los temores (Cahill, 2006).

La vinculación entre las áreas cerebrales que genera la experiencia de la maternidad permite aumentar la atención y la motivación cuando el prosencéfalo basal se enlaza con la corteza orbitofrontal y el complejo amigdalino, región específica donde se localizan las vías de recompensa relacionadas con la dopamina y con receptores de oxitocina. Dentro de esta misma vinculación cerebral se presenta una relación entre el núcleo ventral-posterior con

²⁹ Identificado por sus conexiones anatómicas como uno de los componentes clave en el circuito central de la emoción. Algunos estudios concluyen que también el complejo amigdalino se relaciona con aspectos del comportamiento, memoria y aprendizaje vinculados con la emoción; más específicamente, con el miedo y la agresividad (Ledo, Giménez y Llamas, 2007).

³⁰ Son aquellos impulsos fisiológicos no controlados por la voluntad (Smith-Ágreda, 2003, p. 37).

áreas del sistema límbico, teniendo como efecto la disminución de las sensaciones de dolor físico presentadas en circunstancias de profunda intensidad emocional, principalmente en el nacimiento del hijo (López, 2008).

El probable escenario relacionado con la disminución del estrés durante el embarazo a causa de las relaciones entre áreas cerebrales específicas que se ha mencionado más arriba, no sólo tiene un cambio funcional en el cerebro de la madre embarazada, sino también un cambio estructural localizado en el hipocampo, área cerebral vinculada con los procesos de aprendizaje y memoria. De esta forma, en algunas áreas del hipocampo se observan cambios en la forma de las ramificaciones dendríticas (prolongaciones de las neuronas), alteración que puede llegar a influir en que la madre tenga mayor capacidad de recordar y aprender nuevas habilidades (Pawluski y Galea, 2006; Giménez, 2009).

En este sentido, es de suma importancia considerar que la oxitocina y la vasopresina³¹ tienen la posibilidad de influir profundamente en el vínculo madre-hijo, que en un futuro jugará un papel en todas las relaciones sociales que establezca el hijo conforme crezca. La oxitocina tiene el potencial de promover que la madre sienta una vinculación (*attachment*) hacia el bebé, que puede facilitar en gran medida el cuidarle durante los primeros años de vida (Carter, 2003).

Es relevante considerar también que las áreas cerebrales que se encuentran relacionadas con el vínculo afectivo-emocional, característico de algunos embarazos, también forman parte del desarrollo de procesos cognitivos muy relacionados con la estabilidad emocional de los individuos (López, 2008).

El vínculo entre la madre, el padre y el hijo tiene importantes repercusiones en cómo se vive la paternidad, ya que existen cambios funcionales en el cerebro de quienes viven o han vivido la experiencia de ser padre. En un estudio realizado por E. Seifri para la

³¹ Uno de los elementos más importantes en la regulación del flujo urinario y, por lo tanto, del balance de agua. La vasopresina se forma en los cuerpos celulares de los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo en conjunto con la oxitocina. La vasopresina se une a la neurofisiina y, juntas, son transportadas a lo largo de los axones del eje hipotálamo hipofisario para ser almacenado en gránulos de los terminales nerviosos de la neurohipófisis. La vasopresina se secreta al torrente sanguíneo luego de una activación eléctrica de los cuerpos celulares y del tracto nervioso (Wenzel, Lindner, 2002).

revista *Biological Psychiatry* (2003), al analizar las respuestas cerebrales hacia las vocalizaciones infantiles, se concluyó que quienes ya han sido padres, hombres y mujeres, responden con mayor vigor al llanto que a la risa de los niños, mientras que los individuos que no han sido padres aún responden de manera contraria, reaccionando mayormente a la risa que al llanto. Según Seifri, et. al. (2009, p. 27):

Estas experiencias dependen de los cambios neuroplásticos en el cerebro humano, con independencia de las diferencias entre el sexo masculino y femenino, en las cuales es probable que se observen las necesidades biológicas de la atención de los padres.

Ante las necesidades del hijo, los padres activan mecanismos cerebrales que potencializan la atención focalizada a situaciones de riesgo que atenten contra su hijo. Por eso López (2008, p. 86) argumenta que “la influencia de la paternidad en el cerebro facilita el cuidado al reconocer mejor las necesidades que el niño reclama llorando”.

Pues bien, las anteriores referencias biológicas evidencian el inacabado desarrollo fisiológico en el ser humano al nacer, mismo que se complementa con el cuidado materno y paterno. Este cuidado posibilita el crecimiento integral de los individuos recién nacidos ante su desventaja biológica con respecto a otras especies animales que no necesitan de cuidados adicionales para lograr sobrevivir por sí mismos. Los individuos recién nacidos necesitan años de cuidados por parte de los padres, lo que establece de manera importante la prolongación de la infancia (Cassirer, 1944).

Aún después de nacer, el infante es apenas diferente de lo que era antes del nacimiento; no puede reconocer objetos, no tiene aún conciencia de sí mismo, ni del mundo como algo exterior a él (Fromm, 1996, p. 37).

Además de elementos culturales y socio-históricos, la vulnerabilidad fisiológica de los niños recién nacidos posibilita que se construyan relaciones padres-hijo más largas y profundas. Esto constituye una de las principales ventajas de la sociedad humana porque posibilita mediante la interacción padres-hijo un mayor desarrollo físico y cerebral en los individuos:

La criatura humana nace siempre en un parto prematuro, sin acabar, y necesitada de un *acabado* en la familia. Más aún, la construcción y maduración del cerebro de cada hombre no está cerrada, sino abierta a las relaciones interpersonales y a la propia conducta. Tiene una enorme plasticidad neuronal (López, 2009 p. 37).

El recorrido anterior referente a elementos biológicos influyentes en el desarrollo del embarazo, sin soslayar la vital influencia social y cultural inmersa en la construcción simbólica e institucional del mismo, nos permite entrever que, durante el proceso de gestación la neurobiología de la mujer establece una simbiosis vital entre la nueva vida y su propia fisiología. Esta simbiosis puede beneficiarla en el ámbito fisiológico, mediante las células madre fetales, y en el ámbito psicológico, por la neuroplasticidad cerebral.

De esta misma manera, la relación entre la madre, el padre y el hijo desde los primeros momentos de vida puede llegar a generar en los hijos patrones trascendentales de conducta que influirán en sus relaciones futuras. Por ende, un vínculo más cercano entre la madre, el padre y el hijo, puede influir en la creación de relaciones sociales más estables en beneficio del hijo.

4.2 Relaciones sociales durante el embarazo

A continuación se hará una revisión de la posible influencia del embarazo dentro de la interacción social propia de los individuos vinculados con la mujer gestante. Asimismo, se pretende identificar la construcción de redes sociales que fortalecen los vínculos interpersonales de la mujer embarazada.

4.2.1 Interacción social en torno a la mujer embarazada

La multiplicidad y complejidad de los elementos constitutivos de la interacción social se configuran por caracteres de orden simbólico atinentes a la capacidad del ser humano de brindar significado a su mundo circunstante, interpretándolo y haciendo de éste un producto socialmente elaborado (Blumer, 1982). La interacción social encuentra relación con características individuales pertenecientes a los sujetos que la conforman, es decir, es resultado de elementos que, desembocando en la relación social, encuentran su origen en la interpretación de los estímulos externos por el individuo, que los sintetiza desde su sistema

simbólico³². Dicha síntesis entre el medio externo y la interpretación simbólica constituye la respuesta del individuo a su realidad social mediante su interacción (Cassirer, 1944).

El presente apartado se aboca a comprender, considerando la influencia del sistema simbólico, los posibles elementos constitutivos biológicos y sociales — de la interacción social en torno al embarazo, iniciando esta indagación desde el primigenio vínculo madre e hijo:

Los sistemas cerebrales que motivan a los seres humanos a formar vínculos emocionales con los demás, probablemente evolucionaron por primera vez en la acción materna necesaria para el éxito reproductivo de los mamíferos placentarios (Pedersen, 2009, p. 16).

Para un importante número de sociedades occidentales contemporáneas la interacción madre-hijo es el principio interactivo de todas las demás relaciones sociales, ya que brinda las estructuras necesarias para la vinculación con otros individuos. Por tanto, es de vital importancia conocer el estadio de dicha interacción. En este sentido Pedersen, afirma que:

En los primates humanos y no humanos, décadas de experiencia clínica y la investigación muestran claramente que la calidad de la crianza recibida durante la infancia influye en el desarrollo de las habilidades sociales de los padres, la capacidad de hacer frente al estrés y la vulnerabilidad a las enfermedades mentales como la depresión, que a menudo afectan negativamente el funcionamiento social (2009, p. 118).

Las habilidades sociales necesarias para la interacción y la interacción misma se relacionan directamente, ya que la interacción social determina el nivel de las habilidades sociales, y las habilidades sociales posibilitan una mayor interacción social. Aún más, la interacción de los padres con sus hijos repercute profundamente en el desarrollo de la estructuración neuronal de los menores y, con ello, en las habilidades sociales adoptadas. Así, el desarrollo del cerebro depende de interacciones externas, en particular de las relaciones de afecto con los padres, siendo estos aspectos afectivos los que moldean las redes neuronales del hijo (Moneta, 2007, p. 63).

Por otra parte, en el análisis de estudios prospectivos realizados por Pedersen en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Norte (2009) en relación

³² Se define al sistema simbólico como el “mecanismo intermedio entre los sistemas receptor y efector propuestos por el biólogo Johannes Von Uexküll, mediante los cuales cada organismo vivo –sin importar cuán sencilla o complicada pueda ser su configuración– recibe los estímulos de su ambiente y responde a ellos de manera inmediata” (Pachano, 2005).

con el vínculo madre-hijo desde el nacimiento hasta las relaciones sociales posteriores, se llega a la conclusión de que la cercanía de la madre con su criatura durante los primeros instantes de vida tiene directa repercusión en el grado de seguridad que el hijo mantendrá en sus relaciones sociales en la edad adulta.

A pesar que relación entre la cercanía madre-hijo y la construcción de relaciones sociales es estadísticamente significativa, existen otros múltiples factores socio-ambientales, como la relación con el padre, hermanos, amigos y vecinos, que influirán de manera importante en la construcción de relaciones sociales. Ante ello, Pedersen menciona:

“El entorno social más amplio y la ecología en la que el niño vive, sin duda ejercen una influencia significativa sobre la alimentación social y el desarrollo emocional” (2009, p. 119).

Desde el punto de vista opuesto, también podemos afirmar que, si el contacto primario entre madre e hijo se caracteriza por una falta de estimulación temprana, el buen desarrollo de relaciones emocionales, sociales y cognitivas en el niño se verá afectado. Es así como una convivencia temprana marcada por el abuso y negligencia por parte de los padres ha fomentado un aumento de la conducta impulsiva determinada por la violencia o la falta de habilidades sociales³³ (Pedersen, 2009).

Por otra parte, si bien el impulso violento y la propensión al consumo del alcohol son conductas que poseen una importante etiología genética, ésta puede ser contrarrestada con segregaciones regulares de serotonina, hormona relacionada con el contacto emotivo en la interacción madre e hijo desde el nacimiento. Es por ello que Pedersen (2009) ha establecido que la crianza materna afectiva debilita los neuroquímicos de base genética y vulnerabilidad de comportamiento que representa la agresividad y el alcoholismo.

En consecuencia, los sistemas neuronales de unión maternal, incentivados por la segregación de oxitocina y vasopresina y gracias a una crianza materna de calidad, pueden llegar a generar un tipo de vínculo social más estable en los primeros años de vida del niño, facilitando a futuro la lealtad del hijo ante la pareja y el grupo (Brunton y Russel, 2010). Pero también puede ocurrir que un hijo que interprete como deficiente la interacción con su

³³ Caracterizada por vinculaciones sociales simplistas, inmaduras y torpes a lo largo de sus vidas (Pedersen, C. A, 2009, p. 119).

madre tenga mayores probabilidades de buscar en su vida adulta estimulación en las vías de recompensa cerebrales comúnmente relacionadas con una recompensa inmediata tales como las drogas, la violencia o la intimidación, a lo que Pedersen, C. A. et. al. (2009, p. 121) apunta:

Las necesidades insatisfechas de la vinculación social y la aceptación en los primeros años de vida por parte de la madre hacia el hijo, podría aumentar el atractivo emocional de los grupos (pandillas, sectas), con valores violentos y autoritarios.

Esto sin olvidar, no obstante, el importante número de variables sociales, culturales e históricas que influyen en las relaciones sociales del niño.

4.2.2 Redes sociales vinculadas al embarazo

El nacimiento de un miembro dentro de un grupo social puede llegar a constituir un cambio en la organización de la estructura y funcionalidad de este último, y los individuos del grupo asumen nuevos roles en relación con el nuevo individuo. Es decir, las redes sociales³⁴ que se conforman en torno a la figura de la mujer embarazada retoman un sentido de practicidad diferente en la forma de relacionarse con cada miembro de la propia red social.

La totalidad de la vida social se ha de contemplar como un conjunto de algunos puntos (nodos) que se vinculan por líneas para formar redes totales de relaciones. La esfera de relaciones interpersonales se contempla así como una parte, esto es, como una red parcial dentro de una total (Barnes, 1954, p.43 referenciado en Scott). De esta forma, las estructuras sociales se constituyen como estructuras de roles que cambian con la transformación del rol de la mujer al embarazarse y, aún más, al dar a luz a un nuevo miembro dentro de la estructura social de la cual ambos forman parte: parientes, amigos y vecinos cercanos a la mujer embarazada.

Las redes sociales conllevan una funcionalidad específica entre los miembros que las conforman. Esto significa que las relaciones entre estos miembros se encuentran matizadas por vínculos predeterminados mediante nodos característicos de la red, los que

³⁴ Las redes sociales pueden definirse como un conjunto bien delimitado de actores –individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc. – vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales (Mitchell, 1969, p.2).

mantienen un motivo de relación. En el caso de las redes sociales que se forman en torno a la mujer embarazada, se puede llegar a considerar a esta mujer como un nodo estratégico, en el cual se organiza la estructuración y funcionalidad de la red social y al que se vinculan familiares, vecinos y amigos mediante una red funcional de ayuda simbiótica. Esta red funcional se determina por las características de cercanía propias de sus vínculos sociales. A este respecto Lomnitz (1975, p. 7) menciona que:

Las redes de intercambio recíproco de bienes y servicios dependen de la reciprocidad básica de la cercanía física y la confianza. En este caso, las exigencias externas son menores, pero también dependen más el uno del otro para obtener apoyo, ayuda u otra demanda.

Asimismo, entre las redes sociales que vinculan a una mujer embarazada puede existir una red favorecida de relaciones prácticas dentro de la funcionalidad de los vínculos, que contiene relaciones de parentesco y relaciones prácticas no genealógicas –como vecinos y amigos– que se movilizan para necesidades concretas (Bourdieu, 2007). En estas mismas redes se llega a observar un mayor apoyo por parte de la madre de la mujer embarazada, quien es concebida como un nodo vital de apoyo social (Devito, 2007). Así, la familia puede constituir una base fundamental en las redes sociales vinculadas con la mujer embarazada (Lomnitz, 2003).

En las redes sociales, los lazos relacionales que constituyen el tipo de relación social entre los miembros se refuerza al percibir que mediante el embarazo la propia comunidad se fortalece a sí misma. Esta circunstancia se presenta por la aparición de conductas altruistas que surgen en el grupo social de interacción perteneciente a la mujer gestante (Stern, 1997). Mientras que en las ratas la estimulación hormonal durante el embarazo es fundamental para el inicio rápido del comportamiento materno (Pedersen, 2009), en los seres humanos el factor ambiental y cultural matizado en la convivencia de los individuos pertenecientes al grupo social, más allá de toda experiencia fisiológica, es decisivo para el establecimiento de relaciones que fortalezcan integralmente la condición de la mujer embarazada (Stern, 1997).

Sin dejar de considerar los elementos sociales, culturales y económicos, el embarazo puede llegar a constituir un motivo de cohesión subjetiva en el grupo en cuestión, que

podría tener la función de unir a una mayor cantidad de individuos y de incrementar el tamaño de la propia red social a la que la mujer embarazada pertenece:

La identificación o asociación de los miembros del grupo se establece a partir del sentimiento de que los intereses individuales están ligados a los intereses del grupo. Ello implica la acentuación del sistema normativo. La cohesión se da, ya sea mediante la internalización del sistema normativo, o debido a la presión ejercida por el grupo (Lozares, 1996, p. 119).

De esta manera, el embarazo dentro de una red social puede llegar a establecer un principio de cohesión en donde los nodos (individuos) que la conforman estén vinculados por el tipo de relación que los une, existiendo un fin específico: la conclusión del proceso de gestación de un individuo más dentro del grupo. El embarazo, como motivo que fortalece las relaciones sociales dentro del grupo, puede llegar a configurar la manera en que se desarrollará la socialización dentro de la red social:

Dichas relaciones son además responsables de los procesos de socialización por interacción y por ello de la similitud de creencias y tendencias de comportamiento. La fuerza causal de los comportamientos se basa precisamente en la intensidad de los lazos de comunicación (Lozares, 1996, p. 122)

Por su condición gestante, la mujer embarazada tiene el potencial de ampliar el campo de relaciones sociales ante el parentesco, llegando a generar mayores roles en los grupos sociales próximos, específicamente en la familia. Así, por ejemplo, un hermano del esposo no sólo es cuñado de la madre sino también tío del hijo de ambos. De esta forma, el producto del embarazo fortalece la unión entre dos familias, materna y paterna, mediante los nuevos roles sociales entre los individuos involucrados en torno al embarazo. Todo esto hace que la intensidad de lazos de comunicación en la red social de la mujer embarazada pueda llegar a establecer un *principio de rango*, al que Granovetter (1973, p. 480) describe como:

La suma de las relaciones que posee un actor: más relaciones se poseen, más acceso se tiene a los recursos sociales. Pero se pueden encontrar modelos más sofisticados como los vínculos de puente. Mismos que se caracterizan por conectar diversos actores dentro de una misma red, por ende las relaciones de puente son un importante recurso social. La fuerza causal se encuentra precisamente en esta posibilidad de acceso relacional para evaluar y utilizar recursos.

Este tipo de relaciones sociales que se generan en torno a la mujer embarazada representa una red social donde se encuentra una organización clusterizada³⁵ de sus nodos interaccionales. Esto tiene como consecuencia inmediata que entre el número de miembros de la red exista, en promedio, una corta distancia a través de enlaces (Watts y Strogatz, 1998). Esta situación se puede llegar a establecer debido a la cohesión en las relaciones sociales que se observan en torno a la socialización de la mujer embarazada dentro de redes de familiares, vecinos y amigos, con actitud cercana a la condición gestante.

En tales casos, las redes sociales configuradas en torno a la mujer embarazada modifican su delimitación, haciéndolas más amplias y aumentando su densidad, fortaleciendo también los lazos sociales entre los individuos que se relacionan con la mujer gestante, en términos materiales, conductuales, sociales y afectivos.

Por otra parte, en el embarazo se pueden llegar a evidenciar los problemas en las relaciones conyugales o familiares ya existentes con anterioridad o emergentes. Asimismo, un embarazo no esperado puede llegar a generar dificultades en la misma red social donde se desarrolla. El embarazo en la red familiar generalmente presenta una modificación estructural (por el futuro miembro) y funcional (por los nuevos roles sociales que los individuos pertenecientes a la red tendrán frente al futuro miembro), posibilitando la presencia de una crisis familiar evolutiva:

El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva (OMS, 1978).

Estas crisis dentro la familia se consideran evolutivas por permear el ámbito biológico, psicológico y social de los miembros que modifican sus pautas de interacción dentro de la propia red familiar. Este nuevo cambio en las pautas de interacción se presenta por la necesidad de desempeñar los nuevos roles sociales, mismos que manifiestan una red familiar más compleja (por el incremento de funciones y estructuras) diferente a la anterior (Patterson, 1998).

³⁵ Medida de los grados en que los nodos de una red tienden a juntarse, en que los vínculos tienden a acercarse. Propensión a que dos individuos conectados a través de un tercero se conecten directamente entre sí (Watts, D. y Strogatz, S, 1998).

La red familiar en crisis se caracteriza por la inhabilidad de retornar a la estabilidad y por la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción (Hamilton, Mc-Cubbin y Figley, 1983, p. 10).

La falta de reestructuración y reorganización familiar ante el embarazo puede implicar la presencia de disfunciones en la red familiar³⁶ (Patterson, 1998).

Dentro de la crisis evolutiva familiar por embarazo, las fortalezas de la red familiar (su cohesión, apoyo mutuo, permeabilidad³⁷ y flexibilidad) permitirán la adaptación de la red a las nuevas circunstancias que el embarazo supone. Por ello, un embarazo no esperado no necesariamente tendrá que terminar en una disfunción familiar mayor. En consecuencia, el embarazo no esperado y la crisis evolutiva familiar que se derive, pueden ir aparejadas con una reestructuración familiar que posibilite el desarrollo de la propia familia y un proceso de maduración en los individuos pertenecientes a ella. La disfuncionalidad o la evolución familiar dependerán de las fortalezas de la red familiar (González, 2000).

A manera de resumen, el presente apartado aborda las circunstancias específicas en que la condición gestante estimula conductas sociales en los individuos cercanos a la mujer embarazada, que tienen como repercusión el reforzamiento de la solidaridad del grupo. Cuando se presenta el embarazo en un grupo social, puede llegar a desarrollarse un incremento de roles sociales debido a que surgen mayores relaciones parentales hacia el nuevo miembro que está por nacer. Así, no sólo se fortalecen los vínculos existentes sino que se amplía la red social. Estos nuevos vínculos generados en la red social tienen el potencial de fortalecer las redes sociales de la mujer gestante proporcionando ayuda, apoyo y recursos materiales. En este sentido, la mujer embarazada puede llegar a representar un importante nodo de conectividad dentro de la red social, elemento esencial en la relación entre grupos sociales de parentesco, que fortalece los vínculos entre los individuos

³⁶ En el embarazo, las disfunciones en la red familiar pueden llevar a la desintegración familiar, el abandono por parte del padre, la violencia física y emocional, e incluso culminar en un aborto inducido (Patterson, 1998).

³⁷ Capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas (redes familiares o sociales). Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar (González, 2000, p. 275).

involucrados en el embarazo y, por consiguiente, beneficiando la propia relación de la mujer con la red social a la que pertenece.

Sin embargo, el embarazo, al ser una reestructuración en la función y estructura de la red familiar donde se presenta, puede llegar a desencadenar una crisis evolutiva dentro de la misma familia. Un embarazo no deseado no necesariamente debe representar una disfunción familiar, porque la crisis evolutiva que genera puede ser un proceso vital de desarrollo, evolución y maduración en la red familiar y de los individuos que la conforman. Esta evolución, o bien, la disfunción en la red familiar como consecuencia del embarazo, dependerá principalmente de las fortalezas familiares dentro de la red.

Conclusiones

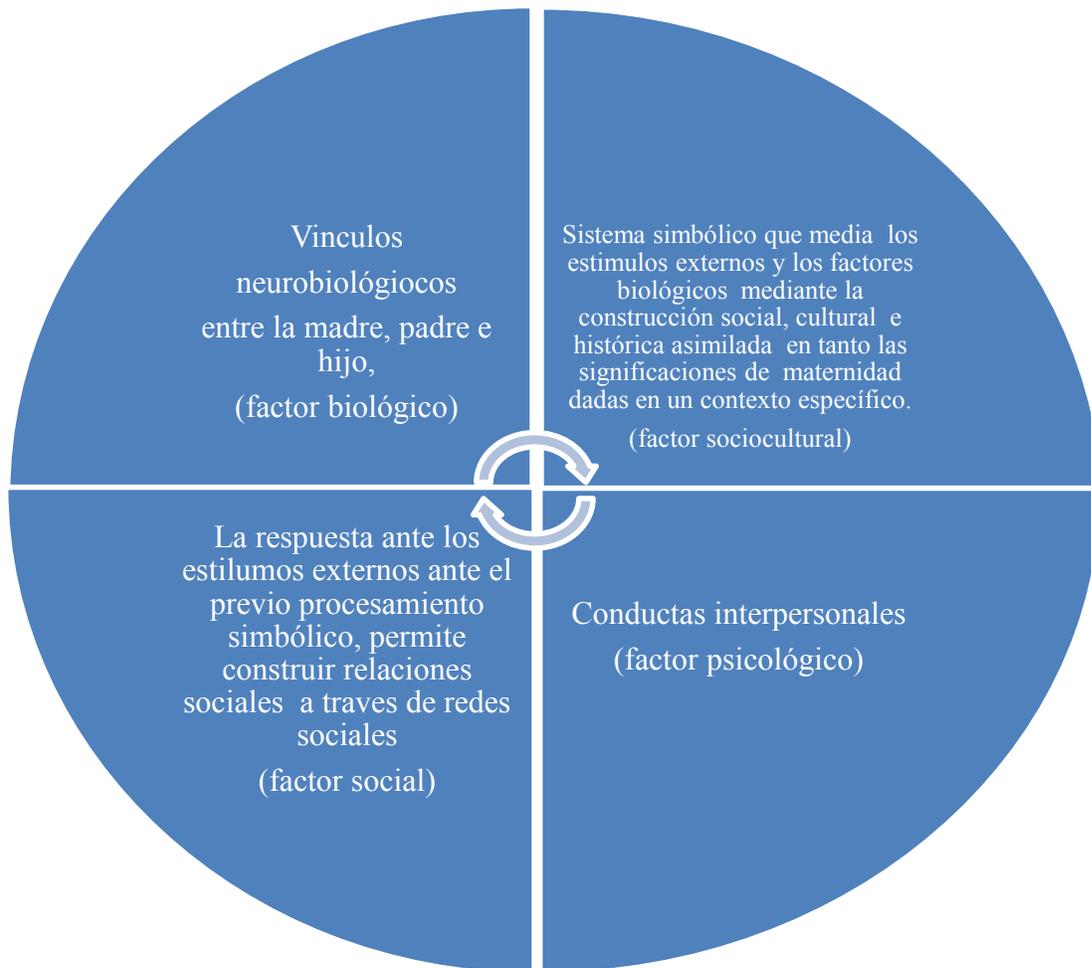
El embarazo, si bien se configura en un primer momento dentro de un ámbito puramente biológico, al ser comprendido holísticamente se contempla también como un fenómeno social multi-causal, en donde influyen factores biológicos, psicológicos y sociales que connotan su desarrollo (Véase Esquema 1. entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el embarazo, p. 108). Entendiendo que las características biológicas del embarazo llegan a configurar discursos atingentes al concepto de maternidad como eje principal de la identidad femenina, se pretende sin embargo dar luces de un proceso biológico que se configura como un hecho social y que llega a intervenir en elementos psicológicos y sociales con influencia más allá del propio proceso de gestación y con repercusiones a lo largo de la vida del hijo y de la madre. Sin embargo, es imprescindible enfatizar la vital influencia del medio cultural y social relacionado con las personas involucradas en el embarazo, que configura el significado y connotaciones comunes que la sociedad y la familia impriman a la maternidad.

Asimismo, es esencial dar cuenta de la influencia del embarazo en las relaciones sociales de los individuos que se involucran con la mujer gestante, y de forma análoga, de la influencia de las relaciones sociales, comenzando por el vínculo madre-padre-hijo, y hasta las relaciones sociales en el desarrollo del embarazo y la maternidad. De esta forma, se pretende aportar, más allá de un análisis biologicista o meramente sociológico, un debido

equilibrio que refleje más fielmente las multi-casualidad del embarazo como un hecho social.

Esquema 1. Relación entre factores biológicos, socioculturales, psicológicos y sociales en el embarazo³⁸.

³⁸ El presente esquema conceptual es una representación de la relación existente entre los factores biológicos, psicológicos y sociales presentes en el embarazo. Es importante considerar que el esquema constituye, a la forma de un *continuum*, una relación multi-causal y holística donde dichos factores influyen de forma no jerarquizada en los demás factores, configurando al embarazo como un fenómeno bio-psico-social.



CAPÍTULO V. EL HOMBRE FRENTE AL EMBARAZO

Un análisis mayormente detallado de la maternidad debe considerar el rol que constituye la figura paterna, haciendo primeramente la diferenciación entre paternidad consanguínea y la

fraternal así como sus específicos contextos sociales y culturales. De esta manera, el siguiente apartado tiene como objetivo diferenciar la paternidad consanguínea y la fraternal, describir el contexto social en México dentro del cual se desarrolla y definir la influencia del actual contexto occidental de su configuración.

5.1 La paternidad como hecho sociológico

5.1.1 Paternidad consanguínea y paternidad socioafectiva

La paternidad es una condición biológico-social que constituye al sexo masculino desde un plexo reproductivo y/o familiar respectivamente (Pedemontes, 1992). Ser padre encuentra su significación, a partir del tipo de relación con el hijo, desde una perspectiva consanguínea hasta una configuración fraternal. Sin embargo, ambos aspectos, lo social y lo biológico, no se determinan mutuamente teniendo la posibilidad de connotar la paternidad en un individuo sin referir a su aspecto reproductivo y/o familiar (Seidler, 1991).

El hecho biológico referente a la paternidad es una condición consanguínea, mientras que la paternidad fraternal es una construcción social dentro de un vínculo familiar, sistema de parentesco, que se encuentra determinada por aspectos culturales, históricos y espaciales (Barros L., 2001). Radcliffe-Brown (1972, p. 39) al discurrir en el tipo de paternidad, considera que:

En sentido propio la consanguinidad se refiera a una relación física, pero en el caso del parentesco tenemos que ocuparnos de una relación social (por ejemplo el genitor y el pater, que diferencian en el mundo romano los dos conceptos, pero que en nuestra palabra “padre” hay gran ambigüedad pues funde los dos conceptos). La paternidad social suele estar determinada por el vínculo matrimonial.

La ambigüedad a la que refiere Radcliffe-Brown sobre el término padre en la sociedad occidental es una conjunción de la paternidad consanguínea y la paternidad fraternal mediante la cual el hombre desempeña roles específicos en la familia de acuerdo a la conjunción biológico-social del concepto padre (Kauffman y Pired, 1991).

Dentro de la paternidad referente al sistema de parentesco existe una importante referencia al ámbito socioafectivo que determina en mayor o menor medida la relación filial. De esta forma, el vínculo familiar en la paternidad se construye desde perspectivas

multivariantes que configuran un fenómeno que impacta en un ámbito integral dentro de la vida de los individuos pertenecientes a la familia en cuestión, Dias (2009, p. 31):

La coincidencia genética ha dejado de ser fundamental. La filiación socioafectiva resulta de la libre voluntad de asumir las funciones parentales. El vínculo de parentesco se identifica a favor de quien el hijo considera ser su padre, aquel que asume las responsabilidades resultantes del poder familiar. La posesión de estado, como realidad sociológica y afectiva, puede mostrarse tanto en situaciones donde está presente la filiación biológica, como en aquellas en que la voluntad y el afecto son los únicos elementos.

Es importante tomar en cuenta que la relación consanguínea entre padre e hijo es un tema muy poco estudiado por las disciplinas médico-biológicas en comparación con la relación materno-filial, por lo que se hace mayor hincapié en la relación socioafectiva por presentarse más evidente a los análisis psicológicos y sociológicos.

5.1.2 La paternidad dentro del contexto social

Vista desde el ámbito familiar dentro de las sociedades occidentales de la actualidad, la paternidad enfatiza las características culturales, haciendo parecer que lo natural y biológico de la paternidad se circunscriben a la cultura específica. Estas situaciones corresponden al espacio de las costumbres y tradiciones que se transmiten mediante la ideología de la estructura social a la que el individuo pertenece (Mejía, 1998). De esta forma, las normas y costumbres se transmiten de generación en generación por lo que se conforma en la sociedad una estructura psíquica donde se reproducen las normas sociales y se hace propia de todos los individuos que conforman dicha sociedad (Durkheim, 1982). En este sentido, la transmisión de normas mediante la socialización logra que se asuman de manera profunda en la psique de los individuos, los cuales consideran dichos estatutos sociales como naturales. El etnocentrismo específico de cada sociedad conlleva a que las pautas de paternidad sociales sean consideradas como actitudes genéticas (Ferro, 1991).

En la sociedad, el lugar que ocupan los individuos dentro de la estructura familiar está constituido por su rol social, en relación con los demás miembros de la sociedad en la cual se desarrolla (Durkheim, 1982). De esta forma, en un primer momento el rol social del padre se encuentra determinado por la relación socioafectiva que este establece con su hijo (Seidler, 1991).

Es decir, la función que el padre desempeña en relación con los demás miembros del sistema de parentesco es a su vez una función configurante de la misma familia. Dicha función constitutiva de la familia establece una proyección de la sociedad a la que pertenece dicho sistema de parentesco (Radcliffe-Brown, 1972).

Como fenómeno socio-histórico, la propia connotación de la paternidad ha cambiado radicalmente, adaptando su rol a los múltiples cambios estructurales que la propia sociedad presenta en relación con sus instituciones. Ante esta condición Gus (1993, p. 47) expone:

Cómo ser padre o cómo ser madre son categorías simbólicas determinadas por un contexto histórico y socioeconómico dado y que sufre cambios permanentes. Es también una construcción subjetiva ya que la cultura ejerce algún tipo de presión para que un sujeto adopte determinados rasgos de personalidad que serían esperables para cumplir con ese rol femenino o masculino.

Ante las formas arquetípicas de paternidad³⁹, existen variaciones de formas para conformar la propia paternidad por ser un proceso de socialización que impide integrar un concepto de masculinidad única (Seidler, 1991). Hay variaciones profundas que dependen del contexto social dentro de una misma sociedad que establece la pauta para construir las características esenciales de las variantes dentro de la paternidad, dichos componentes del contexto social son: la clase social, la religión, la etnia, la nacionalidad, la convivencia urbana o rural, influencias de los miembros de la familia (Coluossi, M, 2002).

Al ser la institución familiar parte constitutiva de la sociedad, los roles que establecen determinadas funciones estructurantes de la sociedad se configuran en relación directa con los cambios socioculturales que en ella devienen. Por consiguiente, la paternidad ha sufrido importantes impactos en su reconfiguración inherentes a procesos sociales que mantienen influencia directa sobre la misma. Dichos cambios se refieren a las tendencias feministas de la segunda mitad del siglo XX, al debilitamiento del sistema patriarcal, la relatividad sexual permisiva de la homosexualidad, y la globalización, teniendo como resultado cambios en la organización familiar, y por consiguiente, en el rol propio de la paternidad (Bourdieu, 1997).

³⁹ Es decir, las imágenes universales de la realidad compartidas interculturalmente (Jung C., 2002)

Los cambios mencionados anteriormente han influido en que el varón modifique su rol de padre. Los movimientos feministas del siglo pasado, construyeron una brecha de acción propia de las mujeres en influencia con su poder de decisión sobre sus posibilidades laborales y reproductivas hasta el estadio de su relación matrimonial, teniendo la posibilidad de diluir el vínculo matrimonial. Dichos cambios influyeron en el desgaste del papel totalitario de autoridad masculina, difícilmente cuestionada en el pasado dentro de la sociedad patriarcal, para dar lugar a una diversidad amplia de roles inherentes a las nuevas estructuras social connotados por los cambios antes mencionados (Nieri, 2012). Ante lo cual, Bourdieu (1997, p. 28) menciona:

Estas consecuencias delimitaron las relaciones sexo/genéricas contemporáneas a nuevas posiciones, opciones, relaciones de fuerza y campos de posibilidades para las mujeres, ha significado al mismo tiempo, un vertiginoso trastocamiento de las relaciones sociales en lo que concierne a la convención imperante sobre el modelo válido de ser varón.

Conclusiones

Dentro de un análisis sociológico de la paternidad, es importante enfatizar que la paternidad consanguínea no determina a la paternidad socio-afectiva, y viceversa. En este sentido, la paternidad dentro del sistema de parentesco está determinada por el ámbito socio-afectivo de la misma.

En las sociedades occidentales de la actualidad, la paternidad cuenta con múltiples manifestaciones en sus roles, mismos que repercuten de manera importante en la construcción familiar y viceversa. El contexto social de la actualidad, influido por el debilitamiento del sistema patriarcal, conlleva la reestructuración del rol paterno amoldándolo a las nuevas necesidades sociales de la familia.

5.2 La presencia del padre durante el embarazo

Dentro del presente apartado nos avocaremos a conocer los posibles efectos psicológicos y sociales que conlleva la presencia del hombre en el embarazo, en él mismo, su familia y su hijo. Asimismo, indagaremos sobre las probables repercusiones psicológicas y sociales, producto de la ausencia del hombre durante el embarazo, en la familia y el hijo.

5.2.1 Influencia psicológica y social del rol paternal en el hombre

El hombre al asumirse como parte de una familia tiende a modificar su propia configuración de masculinidad, desde ámbitos cualitativos y cuantitativos, integrando elementos inherentes a los deberes y derechos en tanto su relación con los demás miembros de la familia (Valdés y Olavarría 1998, p. 37):

La paternidad es parte de la identidad genérica masculina y opera como un elemento estructurante del deber ser en el ciclo vital de los hombres. A nivel de identitario, el varón se enfrenta a desafíos/mandatos entre los que destacan: trabajar, formar una familia y tener hijos. Es uno de los pasos fundamentales del tránsito de la infancia/adolescencia hacia la madurez, uno de los desafíos que debe superar.

Culturalmente en las sociedades occidentales de la actualidad se tiende a asociar al hombre dentro de la familia con el rol de jefe, por lo que el matrimonio o vínculo conyugal representa la posibilidad de ser la cabeza del hogar⁴⁰. Justo en estas circunstancias, el hombre pasa a ser padre y pareja en relación con los miembros existentes en la familia, asumiendo este nuevo rol. De esta forma, la familia vista como sistema de parentesco, encontrará una interdependencia entre cada uno de sus miembros. Los cambios que experimenta el hombre como esposo y padre repercutirán en todos los miembros de su familia (Cowan y Cowan 1992). De esta manera, es también importante analizar que la presencia del hombre como jefe de familia en el embarazo es una condición que cambia de acuerdo a las pautas sociohistóricas, mencionadas anteriormente (apartado *La paternidad como hecho sociológico*), que permiten vivir la paternidad del hombre de formas específicas influidas por el contexto social en el que se desarrolle la propia familia.

Por consiguiente, si anteriormente se concebía que durante el embarazo los individuos esenciales dentro de este proceso era la madre y el hijo, dejando un papel secundario al padre, ahora se logra connotar al padre con un papel primordial durante el embarazo no solo como procreador sino también como formador de vínculos socio-afectivos dentro de la familia. Así también, se ha logrado estimar la presencia del padre en el embarazo por las repercusiones que se han logrado identificar en las familias que carecen de paternidad socio-afectiva (Barros, L. 2001).

⁴⁰ Aunque existen excepciones en estas circunstancias donde la madre asume este rol, en presencia del padre o por ausencia del mismo (Medina, 2004). En el año 2010 en México, el 25% de los hogares estaba encabezado por mujeres (INECI, 2010).

La presencia del hombre en la familia, antes de la llegada de un hijo, puede llegar a fomentar la estabilidad del ambiente familiar y la cimentación de bases que fortalecen la unión en la relación conyugal. Conformando un equilibrio que beneficiará a los miembros de la pareja conyugal sin importar el género de sus integrantes, al crear un sentimiento de responsabilidad mediante la unidad propia del nuevo compromiso dual inherente al hijo que está por nacer, y también al próximo individuo dentro de la relación familiar (Sttefen, 2003).

El hombre que vive su paternidad dentro del vínculo familiar puede llegar a experimentar profundos cambios psicológicos y emocionales, que van desde convertirse en jefe de familia hasta su nueva condición de ser padre. Dichos cambios han sido denominados “*Transición a la paternidad*” (Solís, 2003). Esta condición conlleva gran ajuste en la vida de los individuos que asumen el rol de ser padres transformando su vida desde una perspectiva psicológica, ahora con mayores responsabilidades, hasta la reestructuración de sus relaciones sociales y familiares (Glazer, 1989).

La nueva condición social que asume el hombre dentro del vínculo familiar durante el embarazo, fomenta un nuevo rol en la sociedad, mismo que imprime una cantidad de expectativas específicas por ser la paternidad constitutiva de la propia institución familiar, tanto económicas como éticas, pudiendo llevar al padre a una circunstancia de confusión y estrés ante las expectativas que implícita o explícitamente se cimbran en él (Barclay, L. 1996).

La espera del alumbramiento influye de forma importante en el nuevo padre, debido a que presenta cambios psicológicos importantes relativos a su nueva condición ante la pareja conyugal y su rol futuro de padre. Los padres primerizos de los 4 a los 8 meses de embarazo tienden a presentar mayores índices de estrés y depresión que los padres que ya pasaron por esta experiencia (Ferreitch y Mercer, 1995).

Más allá del contexto social que establece la forma de paternidad que el hombre asume durante el embarazo, la personalidad de cada padre define prioritariamente la relación familiar que se genere. La personalidad del padre es un factor de gran importancia

debido a que ésta genera las condiciones para desarrollar determinadas formas de relación con la madre o con su pareja en función del hijo engendrado/cuidado⁴¹.

De esta forma la condición existencial del hombre se modifica por las nuevas relaciones que ha generado, influyendo en su percepción de la realidad. Dentro de estas transformaciones psicoexistenciales que se presentan en el hombre se ha registrado el síndrome de Couvade manifestado mediante lo que Conner y Denson (1990, p. 17) diagnosticaron como:

Síntomas gastrointestinales, tales como la náusea, vómito, agruras, dolor abdominal o llenarse de aire en el abdomen, dolores de piernas, de espalda, irritación urinaria, dolores dentales, cambios en el apetito, como “antojos”, aumentar de peso, cambios en los hábitos de dormir, ansiedad, inquietud y reducción en la libido.

Un aspecto importante en la situación emocional del padre frente al embarazo determinante para la aparición del síndrome de Couvade es el grado de ansiedad que se genere en la relación familiar. El grado de ansiedad se configura como un factor de pronóstico en la aparición de síntomas psicósomáticos en los varones con parejas embarazadas⁴². Cuando la violencia se manifiesta en la relación familiar durante el embarazo de forma consciente por parte del padre, existen menores posibilidades de aparición del síndrome de Couvade.

El síndrome de Couvade no está aún reconocido por el Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000), aunque la literatura médica que lo ha estudiado discurre que es un trastorno psicósomático que se encuentra mayormente relacionado con aspectos culturales y no únicamente biológicos. Se considera que probablemente algunos hombres presentan alguno de los síntomas que conforman el síndrome, pero en pocos se presenta de manera completa el cuadro total de síntomas (Brennan y Ayers, 2007).

⁴¹ Considerando aquellos hombres que deciden adoptar hijos mediante la conformación de una pareja homosexual.

⁴² Nos referimos con mayor énfasis a las parejas heterosexuales con relación al desarrollo del Síndrome Couvade, debido a que existe mayor documentación de los síntomas que configuran dicho síndrome en parejas heterosexuales, pero no excluimos la posibilidad de la generación de dicho síndrome en parejas homosexuales.

Existen múltiples teorías acerca de las causas de este síndrome referentes a las disciplinas que lo estudian, desde el psicoanálisis que propone que dicho síndrome se presenta por la incapacidad paterna de procrear, hasta estudios de paternidad que consideran que se exterioriza por los vínculos entre la participación del hombre en el embarazo y la preparación de rol paterno identificado con la maternidad (Brennan y Ayers, 2007).

Los posibles cambios psicológicos ocurridos en el padre son resultados multifactoriales producto, principalmente, del tipo de relación que mantiene la pareja. De esta forma, los padres mayormente estresados pueden presentar menor tiempo de desarrollo de su relación conyugal. Asimismo, los padres más estresados presentan menor satisfacción al momento de convivir con su hijo recién nacido (Buist y Cols, 2003). De esta forma, se torna fundamental el estudio del estado emocional de padre dentro del embarazo, visto como elemento vital en el bienestar integral de la familia.

Las circunstancias psicológicas del hombre hacia la transición a la paternidad varían mucho según el contexto cultural, el ámbito socioeconómico y su personalidad. Estas circunstancias determinan la transición del hombre al asumir un nuevo rol con diferentes acontecimientos que ubican al individuo dentro de la estructura familiar con un diferente posicionamiento de roles que no solo determina sus nuevas condiciones psicológicas, sociales y materiales, sino también trastoca a los demás miembros de la familia por las nuevas relaciones funcionales que se configuran por el desarrollo del embarazo. En este sentido, Engle y Leonard (2002, p. 72) mencionan:

El grado y calidad del compromiso de un padre con sus hijas e hijos puede modificarse de acuerdo con algunas variables. Entre ellas, su edad, madurez, empleo y estatus por ingreso, nivel de instrucción y la calidad de su relación con sus propios padres, particularmente con su padre biológico o padre sustituto.

El modo en que el hombre asume su paternidad no sólo representa sus características psicológicas, sino también repercute en la manera en como el hijo desarrollará sus facultades psíquicas futuras, ante lo que Barros (2001, p. 281) indica:

La importancia del proceso socializador paterno traduce la forma en que el padre interactúa con el hijo, tramita un estilo que en los primeros años se plasma en estimular la competencia, el desafío, la iniciativa y la independencia y posteriormente la presencia y apoyo paternal deriva en mejor

desarrollo del área cognitiva. Asimismo, la entrega de valores por el padre es señal de su mayor participación con el medio externo, dado que el padre transmite principalmente las reglas básicas de la sociedad, como el proceso socializador.

5.2.2 Influencia emocional de la presencia del padre durante la primera infancia del hijo ⁴³

Para el hijo, la presencia del padre puede influir en su desarrollo físico, emocional, cognitivo y social. Dicha relación, hijo-padre, conlleva repercusiones que se pueden prolongar a la vida adulta del menor debido a que la identidad masculina se configura generalmente dentro de las sociedades occidentales de la actualidad a través de la relación con otros hombres, específicamente con el padre y la constante interacción entre la relación padre-hijo, ante lo que Varela, (2000, p. 68) apunta:

Los niños con padres altamente comprometidos se caracterizan por una mayor capacidad cognitiva, mayor empatía, creencias sexuales menos estereotipadas y mejor capacidad de autocontrol. Asimismo, el padre juega un rol fundamental en la consolidación del narcisismo del varón, no puede sentir que vale como hombre si no puede reconocer al padre como tal, reconocerse en él y sentirse reconocido por él.

La importancia de la paternidad en la salud del hijo repercute desde los primeros momentos del nacimiento teniendo importantes beneficios. De esta manera se sabe que los padres que visitan a sus hijos prematuros mientras se encuentran en el hospital, ayudan a que ganen peso en el periodo que se encuentra en el hospital (Levy-Shiff, Hoffman, Mogilner y Levinger, 1990). Asimismo, se ha identificado que el desarrollo cognitivo de los niños, manifestado generalmente desde el primer año de edad, se presenta de una mejor manera si los padres participan activamente en los cuidados prenatales, están presentes en el momento del nacimiento y se involucran con regularidad en las actividades de alimentación e higiene del recién nacido (Nugent, 1991). De igual forma, se tiene conocimiento que el contacto padre-hijo, por sobre el contacto madre-hijo, mantiene un efecto directo en relación con el desarrollo cognitivo y lenguaje de niños entre 24 y 36 meses; este estudio que se llevó a cabo mediante un video del contacto de juego por 10 minutos (Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera, y Lamb, 2004).

⁴³ Periodo comprendido en la vida del menor desde la etapa prenatal hasta los ocho años (OMS, 2011).

En las niñas, la influencia de la paternidad afectiva en su crianza durante el periodo correspondiente a los años preescolares, repercute en un inicio de la pubertad de manera apropiada de acuerdo al tiempo y desarrollo corporal inherente a su desarrollo cognitivo-emocional, según muestra un estudio longitudinal (Ellis, McFadyen-Ketchum, Dodge, Pettit, y Bates, 1999).

De esta forma, se ha llegado a identificar que una paternidad responsable fomenta en los hijos una actitud más equitativa y de aceptación a las tareas de varones y mujeres dentro de la familia (Deutsch, Servis, y Payne, 2000). Desde el nacimiento la paternidad responsable y afectiva puede repercutir en el buen desarrollo de la personalidad a futuro dando fortalezas afectivas y evitando la victimización extrema del bullying (acoso y violencia entre compañeros) (Flouri y Buchanan, 2002).

La relación positiva entre padre e hijo desde la primera infancia se vincula a menor probabilidad de conductas de riesgo, esencialmente en varones adolescentes (Bronte-Tinkew, Moore, y Carrano, 2006). Más allá de otros factores socioambientales, se ha identificado que los niños que no viven con su padre, mostraron mayores índices de uso de drogas (Hoffmann, 2002).

Conclusiones:

Es de suma importancia enfatizar el rol que asume el hombre dentro de la paternidad durante el embarazo y primera infancia del menor, sin subestimar la crianza paterna ante el rol materno en este sentido. De esta forma, para ponderar la influencia de la paternidad en el hombre, surge la necesidad de investigar, analizar y divulgar las repercusiones de la paternidad socio-afectiva no solo en el desarrollo integral del menor, sino en el propio hombre que asume este rol. Por consiguiente, el análisis a mayor profundidad de la paternidad en el hombre desde una perspectiva psicológica, como el síndrome Couvade, y social, mediante la transformación de roles, devienen esenciales para revalorar la paternidad en la propia vida de los hombres.

Asimismo, es necesario resaltar la influencia que tiene la relación padre-hijo no solo en el momento de la crianza del menor desde los primeros días de vida, sino también a largo plazo sobre el desarrollo integral de los hijos. Siendo, de esta forma, directamente

proporcional, el compromiso y afectividad de la paternidad con el desarrollo integral del hijo, desde un ámbito psicológico, proporcionando mayor autoestima y seguridad a los menores, hasta social, influyendo en una menor victimización y menores posibilidades de consumo de drogas en la vida futura de sus hijos.

CAPÍTULO VI. DISCRIMINACIÓN LABORAL Y VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

El presente capítulo tiene como objetivo ahondar en dos problemas que aquejan a las mujeres mexicanas en general, y a las mujeres embarazadas en particular: la discriminación laboral y la violencia. Mismos que agudizan sus consecuencias ante el estado gestante en la mujer y evidencian serios problemas sociales que devienen en inconvenientes a largo plazo que no solo aquejaran a la mujer embarazada, sino también a su hijo y familia.

En este sentido el Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación de la Ciudad de México (CONAPRED, 2015) ha dado a conocer que para el año 2013 del total de mujeres despedidas de su trabajo, una tercera parte mencionaron su embarazo como motivo para esta acción por parte de sus empleadores. De forma alarmante, en el año 2014 este porcentaje ascendió a casi la mitad (48.19%). En el caso de la violencia en el embarazo, si bien aún no se tienen cifras exactas de su incidencia debido a las complicaciones de su detección, consideramos que sus efectos trastocan decisivamente el bienestar físico, emocional y psicológico de la mujer embarazada (Castro y Ruiz, 2004; Billings y Del Pilar, 2007; Cuevas, et. al. 2006). Atingente a la discriminación laboral y violencia en el embarazo, a continuación analizaremos las circunstancias socioeconómicas que influyen en la vulnerabilidad de la mujer embarazada ante dichas problemáticas. De esta manera, pretendemos analizar la discriminación laboral y violencia en el embarazo no solo desde el ámbito doméstico sino social y político, con la finalidad de tensionar las categorías de violencia y discriminación de género para lograr hacer de dichos problemas asuntos que trastocan a la sociedad en su conjunto, más allá de la esfera doméstica y familiar. (Gregorio Gil, 2012)

6.1 Entorno laboral de la mujer embarazada

Dentro del presente apartado tenemos como finalidad investigar las condiciones laborales de la mujer embarazada en México, por lo que nos abocaremos a conocer en qué sectores y

circunstancias sociales la mujer embarazada se encuentra en mayor vulnerabilidad en el ámbito laboral. Específicamente analizaremos las repercusiones que conlleva la petición del certificado de ingravidez en el entorno laboral.

6.1.2 Situación laboral de la mujer embarazada en México

La discriminación laboral hacia la mujer embarazada es una forma de violencia lamentablemente generalizada en México (GIRE, 2013). En los años 2005 y 2006, el 11.8% de las mujeres sufrió discriminación por embarazo en México, según revela la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2007). Asimismo, el INEGI reportó que para el año 2011 el 90% de violencia laboral se vinculaba con la solicitud de estado de ingravidez a la mujer (prueba de embarazo), de las cuales el 18% fueron despedidas, no tuvieron renovación del contrato o sufrieron una merma de su sueldo por su estado gestante (GIRE, 2013).

Desde la década de 1970 se ha presentado un incremento constante de la presencia de las mujeres en el campo laboral. Sin embargo, este incremento de mujeres en ámbitos laborales conlleva profundas desventajas ante las condiciones laborales de los hombres. En México, un ejemplo de esta situación podemos observarlo en la brecha salarial entre hombres y mujeres, siendo entre 15 y 20% menor la remuneración recibida por mujeres al realizar el mismo trabajo que los hombres (OIT, 2014). Aún más, se observa un mayor contraste en los puestos de funcionarios públicos, funcionarios privados y supervisores industriales, donde los hombres ganan 45% más en promedio que las mujeres que desempeñan el mismo trabajo en México (Melgar, 2005).

Así, se expresa una forma importante de desigualdad hacia las mujeres en el ámbito laboral, que tiene su origen en una estructura social patriarcal, en donde el sexo femenino se encuentra en mayor desventaja y vulnerabilidad (Frías, 2011).

En México, hombres y mujeres ante la ley poseen igualdad jurídica, como lo expresa el artículo cuarto constitucional, sin embargo, esta igualdad jurídica no percibe una de las principales diferenciaciones biológicas de la mujer: el ser madre. La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003) es la única ley que trata directamente la

discriminación laboral por embarazo. En otras entidades jurídicas se expone el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en torno a la práctica de cualquier profesión pero no se hace ninguna especificación en la prohibición de la discriminación por embarazo durante el proceso de contratación (Kurczyn, 2004).

Al considerar que la Ley Federal del Trabajo sólo atiende la situación laboral de la mujer ya contratada, y no la situación que antecede a su entrada al campo laboral, se tiene como consecuencia que las pruebas de embarazo que piden algunos empleadores antes de contratar a la mujer, escapen del análisis del marco jurídico mexicano (Frías, 2011).

En el Distrito Federal desde 1997 el despido por embarazo y la petición del certificado de ingravidez es ilegal en todas las dependencias públicas, iniciativa que surgió por recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (Del Valle, 2002). Sin embargo, en el caso del certificado de ingravidez pedido anterior a la contratación, la Junta de Conciliación y Arbitraje no tiene medios en el ámbito legal para castigar a los empleadores que exigieron este documento debido a que aún no se ha establecido una relación laboral (Human Rights Watch, 1998).

De esta manera, a nivel internacional se ha incitado al Estado Mexicano a promover la culminación de la discriminación laboral por embarazo, antes y después de la contratación de la mujer gestante. Estas iniciativas internacionales encaminadas al combate de la discriminación laboral por embarazo surgen de la Convención 111 de la OIT, la CEDAW, la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Williams, 2015).

6.1.2 Desempleo y despido por embarazo: certificado de ingravidez

La realización de pruebas de embarazo antes y después de la contratación tiene un principio de productividad. Dicho principio supone que la mujer embarazada no es igualmente productiva a las trabajadoras no embarazadas, se genera mayor ausentismo laboral por atención médica o complicaciones referentes al embarazo, se tienen que proporcionar

permisos que establece la legislación (como la lactancia) y supone gastos referentes a las prestaciones propias de la maternidad (Kurczyn, 2004).

De acuerdo a los gastos que supone la maternidad para los empleadores, estos mismos perciben como una desventaja la disposición de la Ley del Seguro Social que fija como mínimo 30 cotizaciones semanales durante un año antes de recibir el subsidio por maternidad, correspondiente al sueldo, en un periodo de tres meses. Y en caso de que estas cotizaciones no sean proporcionadas a la mujer gestante, el empleador debe hacerse cargo de las mismas (Frías, 2011).

Al no ser el embarazo una enfermedad, el examen de ingravidez no está autorizado en los exámenes previos para obtener un trabajo, los cuales tienen como finalidad conocer alteraciones de la salud o incapacidades del trabajador. Sin embargo, es importante considerar que el embarazo no es un estado que reduzca la aptitud para el trabajo y solo conlleva a posibles limitaciones físicas (Echarri, 2008).

Es importante mencionar que si la trabajadora está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), obligación elemental del empleador en relación con su trabajador, dicho instituto cubre la atención médica y los subsidios pre y postnatales, con un requisito de 30 semanas cotizadas (del Valle, 2002).

La solicitud del examen de ingravidez y el despido por embarazo son determinadas como prácticas discriminatorias. Esta situación se considera discriminante debido a que en comparación con el caso de un trabajador que es o será padre, el empleador no considerará el estado gestante como una circunstancia determinante para contratar o no al trabajador (Hernández y Riva Palacio, 1995).

6.1.3 Sectores de mujeres con mayor probabilidad de discriminación laboral por embarazo

Cuando el empleador le pregunta a la mujer, mediante la solicitud de empleo, sobre si está o no embarazada y si es madre y cuántos hijos tiene, en este acto se lleva a cabo una discriminación doble: discriminación hacia la mujer por tener posibilidades de ser madre y a las mujeres que ya son o serán madres (Cooper, 2001). Ambas circunstancias, que los

empleadores conciben como factores negativos en la productividad de sus labores ubican a la mujer embarazada con una vulnerabilidad doble.

Por tales motivos a la mujer en dichas circunstancias, laboralmente se le considera en riesgo de maternidad, situaciones que abarcan varios años que comprenden el cuidado y la crianza de los hijos que regularmente son responsabilidad de la madre según pautas socioculturales aún vigentes en nuestra sociedad (Pedrero, 2004). De esta forma, la discriminación laboral por embarazo en México la sufren fundamentalmente aquellas madres que están o tienen posibilidades de estar a cargo de los hijos en su crianza y cuidado (Hernández y Riva Palacio, 1995).

Aquellas mujeres que ya son madres y jóvenes con alguna relación conyugal, laboralmente se les consideran como individuos con incapacidad temporal por embarazo o la posibilidad del mismo. Por lo tanto, son mayormente propensas a sufrir discriminación laboral por embarazo que aquellas mujeres solteras, divorciadas o viudas y con mayor edad. Es contrastante analizar que uno de los sectores poblacionales de mujeres que manifiestan haber sido víctimas de discriminación laboral por embarazo son aquellas que hablan una lengua indígena, con hijos y que laboran en zonas urbanas, en comparación con las mujeres que no hablan lengua indígena, no tienen hijos y laboran en zonas rurales quienes no han sido víctimas de la discriminación laboral por embarazo (Frías, 2011). Asimismo, se considera que la discriminación laboral por embarazo disminuye con la antigüedad de la mujer en el trabajo (Frías, 2011).

La discriminación por embarazo es ampliamente practicada hacia las mujeres empleadas o que buscan ser empleadas en maquilas, talleres o fábricas y en empresas transnacionales que solicitan pruebas de embarazo o despiden a las mujeres en estado gestante (Tiano, 2005). Dentro de las maquilas, talleres y fábricas, el 23.75% de mujeres sufren discriminación laboral por embarazo. A este rubro le siguen las oficinas del sector público, donde un 15% de mujeres sufre este tipo de discriminación (Frías, 2011).

En algunas maquilas se pide el certificado de ingravidez para la contratación de las mujeres y en algunas ocasiones se recurre directamente al laboratorio en donde se llevan a cabo las pruebas médicas rutinarias. (Kurczyn, 2004; del Valle, 2002).

La zona geográfica en la que la mujer labora es un elemento importante para poder definir el grado de discriminación laboral por embarazo a la que la mujer este expuesta. La zona noreste y norte de México es donde se presentan porcentajes mayores de discriminación laboral por embarazo: Baja California (23.01%), Chihuahua (20.71%) y Coahuila 18.32%), estados que concentran el mayor número de maquilas en México (Frías. 2011).

La manera en cómo se tiene conocimiento de la incidencia de la discriminación laboral por embarazo es mediante la denuncia de las afectadas. Sin embargo, se considera que no se realizan las denuncias porque es posible que no haya conocimiento de que se están transgrediendo sus derechos (Williams, 2015).

Conclusiones

De la década de 1990 al 2008 se incremento más del 6% el número de madres que trabajaban (CONAPO, 2010), sin embargo, la legislación nacional no ha podido establecer leyes que protejan en su totalidad a la mujer de la discriminación laboral por embarazo. En este sentido, es de vital importancia que se legisle en contra de la discriminación laboral por embarazo antes de la contratación, circunstancia que posibilita que se siga presentando la solicitud de certificado de ingravidez como requisito para poder ingresar al ámbito laboral.

Los medios legales existentes contra la discriminación laboral por embarazo son insuficientes para erradicarla, debido en que algunos casos no se tiene posibilidad de sancionar a los empleadores que realicen esta práctica. Asimismo, el medio para conocer las tasas de discriminación laboral por embarazo es la denuncia directa por parte de las mujeres afectadas. Los datos no expresan plenamente la realidad de la discriminación laboral por embarazo debido a que muchas mujeres no acuden a denunciar estas prácticas por la falta de conocimiento de sus derechos en esta materia.

6.2 Los tipos de violencia y sus repercusiones en la mujer embarazada

En el presente apartado se pretende identificar las manifestaciones de la violencia hacia la mujer embarazada. De esta manera, se espera conocer las repercusiones emocionales, físicas y sociales que tiene este tipo de violencia en la mujer gestante y su hijo.

Finalmente nuestro objetivo es investigar los móviles que llevan a infringir la violencia contra la mujer embarazada.

6.2.1 Tipos de violencia infringida hacia la mujer embarazada

La violencia es una conducta social que se presenta cuando existe una relación de poder desequilibrada, transitoria o permanente, caracterizada por el abuso físico, psicológico, económico, sexual, o abandono, de la parte dominante hacia la más vulnerable. La violencia hacia la mujer, según la Organización Mundial de la Salud (2005, p. 25), es definida como:

Cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar del daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación de la libertad, tanto en la vida pública, como en la privada.

Específicamente la violencia física en la mujer gestante trasciende la esfera social constituyéndose en un problema de salud pública donde la mujer es aún más vulnerable físicamente, llegando a ocasionar: hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del bebé al nacer (Valenzuela, 2004).

En un estudio realizado sobre la violencia hacia las mujeres embarazadas alrededor del mundo, se llegó a la conclusión de que las mujeres gestantes violentadas tienen un riesgo de abortar de 1.59 veces más que las mujeres que no sufrían violencia. En las mujeres de 15-19 años este riesgo se incrementa aún más (Kuning, et. al. 2001).

La vinculación entre el embarazo y la violencia se manifiesta con lesiones físicas y emocionales, privación y restricción de recursos económicos, abuso sexual y el contagio de enfermedades sexuales (Gómez, et. al., 2006). La mujer en esta situación presenta síntomas emocionales vinculados con estrés permanente relacionados con baja autoestima, aislamiento, depresión, angustia, pudiendo llegar al suicidio (Gómez, et. al., 2006).

En México, según una investigación realizada en la Secretaría de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre el 25 y el 33% de mujeres embarazadas sufren violencia, siendo más frecuente el abuso emocional (INEGI, 2005, Castro, et al. 2003). Éstas manifestaron que el maltrato físico y el abuso sexual fueron menos frecuentes durante el embarazo que en los 12 meses anteriores al mismo (Castro, et al. 2003).

De acuerdo a un estudio epidemiológico realizado en la ciudad de México se llegó a la conclusión de que el tipo de violencia más frecuente en el embarazo es la violencia psicológica (19,6%) seguida de la física (9,8%), sexual (7,0%) y económica (5,1%) (Valdez, 2006).

No existe un consenso certero entre los diferentes investigadores que analizan la violencia en el embarazo con relación a su incremento o decremento. Manifiestan que de acuerdo a la metodología utilizada las conclusiones llegan a variar, teniendo como resultado afirmaciones que sugieren que el embarazo funge como un aliciente “protector” de la violencia, en contraste con aseveraciones que connotan al embarazo como estímulo que favorece las conductas violentas (Castro, Ruiz 2004).

6.2.2 Repercusiones de la violencia en el embarazo

La violencia en el embarazo tiene múltiples repercusiones tanto para la madre como para el hijo, por lo que se deberá identificar a este tipo de violencia como un factor de riesgo obstétrico y perinatal (Valenzuela, 2004).

Las repercusiones producto de la violencia en el embarazo se presentan de acuerdo al tipo, magnitud y persistencia de la violencia infringida. Desde consecuencias físicas, como el aumento de la morbilidad materna y perinatal, hasta efectos psicológicos como la depresión (Valenzuela, 2004, Cuevas, et. al. 2006).

Se tienen registros que la mujer víctima de violencia en el embarazo tiene 300% mayor riesgo de tener complicaciones en el parto y postparto inmediato que aquellas mujeres no abusadas y cuatro veces más probabilidad de que el recién nacido tenga bajo peso (Lipsky, 2003). Existe un riesgo mayor de aborto espontáneo en la embarazadas

violentadas y los recién nacidos tienen 40 veces mayor riesgo de fallecer durante su primer año de vida (Parker 1994, Valdez-Santiago 1996). La violencia en el embarazo es un gran factor de riesgo al poder ocasionar la mortalidad materna y/o fetal y ser mucho más frecuente que circunstancias de riesgo como tener la placenta previa o diabetes gestacional (Valenzuela, 2004).

Se ha documentado que en la violencia física durante el embarazo una práctica recurrida por la pareja es dar golpes en el vientre a la embarazada con la firme intención de infringir un daño no sólo en la madre, sino también en el hijo aún no nacido (Barton, 1991). Dar golpes en el vientre a la embarazada genera traumas abdominales que pueden provocar abrupto placentae (desprendimiento prematuro de la placenta, que solo tiene incidencia en 1 de cada 120 embarazos sin presencia de violencia). El abrupto placentae puede originar la muerte del feto, la precipitación del parto, la prematuridad del parto y el bajo peso al nacer (Barton, 1991).

En las mujeres que padecen anemia y/o desnutrición, exceso de trabajo, poco acceso a servicios de salud, situaciones ligadas mayormente a las clases socioeconómicas más vulnerables, la violencia en el embarazo es aún más dañina para la salud de la madre y el hijo, circunstancias que afectan las habilidades psicosociales de la madre frente a su embarazo (Valdez-Santiago 1996).

Es importante connotar la violencia en el embarazo como violencia intrafamiliar, misma que no sólo afecta a la madre y su hijo, sino a todo el núcleo familiar cercano y a la sociedad en donde se vivencia y reproducen este tipo de prácticas. Un individuo que sufre violencia desde su entorno familiar tiene altas probabilidades de llegar a ser un violentador o violentado en su vida adulta (Corsi, 2003).

6.2.3 Circunstancias que generan mayor vulnerabilidad ante la violencia en el embarazo

La violencia en el embarazo generalmente manifiesta una relación con el abuso de la víctima durante la niñez y el haberse vinculado en relaciones emocionales caracterizadas por la violencia. Por consiguiente, los individuos que han sufrido violencia en su niñez o

adolescencia son mayormente vulnerables a ser adultos víctimas de violencia o tener una conducta violenta dentro de su familia. Un hombre violento estuvo probablemente más expuesto a violencia en su infancia en comparación de los hombres no violentos. En los primeros, se asimila la conducta violenta como forma viable de afrontar los conflictos (Castro, et al. 2003).

De esta forma se discurre que las mujeres que sufren violencia física durante la gestación han sido abusadas anteriormente. Estudios afirman que la violencia física anterior al embarazo vaticina la presencia de violencia durante el mismo (Cuevas, et. al. 2006).

En México, el mayor porcentaje de mujeres embarazadas víctimas de violencia mantenían el siguiente perfil: haber sido violentadas en el año previo a la gestación, haber crecido en un hogar donde existía violencia entre los padres, tener bajo nivel escolar y socioeconómico (Castro, et. al. 2003). Las mujeres que presentan las anteriores situaciones durante el embarazo incrementan su riesgo a ser víctimas de violencia en un 61% (Castro, et. al. 2003).

Los factores educativo y socioeconómico pueden llegar a ser factores determinantes en la presencia de la violencia en el embarazo. Esto se debe a que una mujer que estudió solo la educación básica, aumenta su riesgo de padecer violencia en el embarazo seis veces más que las que cursaron nivel medio y/o superior (Castro, et. al. 2003). Asimismo, el varón que sólo cuenta con educación básica tiene siete veces más posibilidades de agredir a su pareja en el embarazo en contraste con hombres que cursaron educación medio y/o superior (Castro, et. al. 2003). En el ámbito económico, las mujeres totalmente dependientes económicamente de su pareja tienen 4.7 veces más probabilidad de ser violentadas físicamente en el embarazo en comparación con mujeres que llevan a cabo actividades remuneradas económicamente (Valdez-Santiago 1996, Valenzuela, 2004).

Un nivel socioeconómico más alto está relacionado con un menor riesgo de sufrir violencia física en el embarazo, conclusión que han arrojado estudios en la materia (Castro, et. al. 2003, Valenzuela, 2004).

Es importante considerar que uno de los problemas que constituyen la violencia hacia la mujer embarazada es su identificación en las mujeres que la padecen, ya que muchas de ellas acuden a pedir ayuda médica disimulando que su estado físico es producto de algún abuso (Valenzuela, et al., 2004).

En muchos casos la mujer gestante víctima de violencia desconoce sus derechos, no sabe identificar la violencia que sufre y tiene miedo por amenazas del agresor. Esta situación impide la generación de una denuncia, misma que posibilitaría conocer certeramente la incidencia y magnitud de la violencia en el embarazo, así como también permitiría atender de manera integral a la mujer gestante que sufre violencia física (Corsi, 2003).

La falta de recursos financieros en el ámbito del sector salud y la inexistencia de protocolos de investigación de las mujeres que ingresan a salas de urgencias, especialmente obstétricas a causa de violencia física, sumada a la sobrecarga de trabajo de los médicos y especialistas, complica brindar mayor atención a circunstancias extraordinarias como la violencia intrafamiliar hacia la mujer gestante. De esta misma forma, tanto las mujeres gestantes que viven violencia física como las autoridades de salud carecen del conocimiento sobre las profundas implicaciones sociales de la violencia que fomentan su perpetuación y aumento (Valenzuela, 2004).

Conclusiones

Aún no hay un consenso sobre la incidencia de la violencia en el embarazo, puesto que algunas investigaciones apuntan a que ésta aumenta por motivo del estado gestante de la mujer, y a su vez, existen investigaciones que sugieren que la gestación es un aliciente para la reducción de la violencia. Cual sea la imagen que exprese más fielmente la realidad en torno a la incidencia de la violencia en el embarazo, lo capitalmente importante es considerar que la violencia física hacia la mujer embarazada incrementa en 1.59 veces el riesgo al aborto, teniendo importantes repercusiones físicas como la prematuridad, las hemorragias, y hasta el suicidio. Por lo tanto es importante referirse a la violencia en el embarazo como un factor de riesgo obstétrico y perinatal. Ante este escenario y su

atingente gravedad tanto física, psicológica y social que conlleva la violencia en el embarazo, resulta necesario mencionar que no existe una estructura médica ni el conocimiento eficiente para identificar los casos de violencia hacia la mujer embarazada, y la mayoría de ellos sólo son atendidos como emergencias médicas obstétricas.

Por ende, es de vital importancia que se establezcan estrategias para prevenir y disminuir la violencia hacia la mujer embarazada, primeramente sabiendo identificarla mediante metodologías específicas para este fin.

Si bien la violencia en el embarazo tiene repercusiones que afectan de igual forma a la mujer y su hijo gestante sin importar su clase socioeconómica y nivel educativo, se ha llegado a identificar un perfil de mujer mayormente propensa a padecer violencia en el embarazo el cual se relaciona con el bajo nivel académico y socioeconómico matizado por la dependencia económica de la mujer embarazada hacia su agresor.

Asimismo se ha logrado observar que la violencia intrafamiliar, específicamente la violencia en el embarazo, es resultado de un círculo vicioso de abuso, en donde desde la niñez se asimilan pautas de conducta correspondiente a ser violentador o violentado. De ahí la premura de saber identificar y tratarla para acabar con un problema que tiene profundas repercusiones sociales que rebasan el momento de la gestación, y llegan a consolidar una conducta de abuso.

CONCLUSIONES FINALES

Las circunstancias que vive la mujer gestante, más allá de las particularidades de cada mujer, resultan ser la concatenación de causas sociales, económicas, políticas y culturales.

De esta forma, es esencial considerar al embarazo en relación a su contexto socio-demográfico. En México, las altas tasas de natalidad y mortalidad materna están fuertemente relacionadas a los bajos niveles de desarrollo de las comunidades en cuanto a la ausencia de seguridad social y los altos grados de marginación. Los segmentos poblacionales de mujeres indígenas y con mayores vulnerabilidades socioeconómicas, que por lo regular radican en comunidades rurales y urbano-marginales, y son atendidas por los servicios médicos de la Secretaría de Salud así como el Seguro Popular, tienen mayores riesgos de mortalidad materna.

Más allá de la cobertura universal de salud que contempla a las mujeres embarazadas y los recién nacidos como población estratégica, es esencial considerar la calidad de los servicios brindados por las autoridades médicas a la mujer gestante. Es así como debe considerarse el trato con respeto y dignidad a la mujer embarazada, evitando las negligencias por parte del personal médico. Asimismo debe brindarse capacitación al personal médico en interculturalidad y derechos humanos (GIRE, 2013). De igual manera, es imprescindible que la mujer gestante conozca sus derechos médicos de los cuales es beneficiaria. Estas estrategias ayudarán de manera esencial en la reducción de la mortalidad materna en el país.

Con relación al embarazo adolescente es necesario considerarlo como un fenómeno social que depende del contexto económico y cultural en el que se presente. Por lo tanto, deben de ser analizados los diferentes contextos socioeconómicos dentro de los cuales viven las adolescentes embarazadas en México.

En este sentido, el embarazo adolescente se connota como problema cuando existe vulnerabilidad fisiológica, social, económica y emocional por parte de la madre y su familia al asumir el embarazo. De esta manera se deben considerar dos elementos esenciales para connotar el embarazo adolescente, los cuales son: la edad en la adolescencia en que se

presente el embarazo y el contexto social en el que se desarrolla. Por ende, el embarazo adolescente debe ser asumido de manera diferente y no dando la misma connotación a un embarazo en la adolescencia temprana (10 a los 14 años) que un embarazo en la adolescencia tardía (15 a los 19 años). Asimismo es necesario tener un plexo de análisis diferente entre un embarazo adolescente dentro del contexto rural tradicional y un contexto urbano marginal, considerando los factores culturales que influyentes.

Es importante considerar que una proporción alta de los grupos mayormente vulnerables socioeconómicamente de mujeres adolescentes conciben al embarazo como una opción asequible en su vida a futuro. Circunstancia que puede comprenderse por la falta de oportunidades escolares y laborales atingentes a estos contextos socioeconómicos. Por lo tanto, en una proporción considerable alta, el embarazo es un evento deseado por la adolescente de dichos contextos socioeconómicos.

El presente panorama nos habla de problemas estructurales en las políticas estatales que tienen una relevante repercusión en detrimento de la calidad de vida de la población y, sobre todo, en uno de los segmentos poblacionales con mayor necesidad de atención médica: las madres adolescentes pertenecientes a contextos con alta vulnerabilidad social. En este sentido se enfatiza la necesidad de generar políticas públicas en atención al embarazo adolescente que considere una perspectiva multicultural que logre atender las circunstancias específicas, tanto culturales, como sociales y económicas en los embarazos pertenecientes a las adolescente en contextos rural tradicionales y en contextos urbano marginales.

Por otro lado, el embarazo posterior a los 35 años en México es tiene una ocurrencia poco frecuente en comparación de los embarazos presentados a edades más tempranas. A partir de los 35 años, los embarazos se connotan como de alto riesgo; sin embargo, el cuidado oportuno y la atención médica necesaria pueden evitar o reducir de manera importante dichos riesgos. En México la mortalidad materna en este grupo poblacional se incrementa en casi 100% en comparación con grupos más jóvenes. Por lo que es de gran importancia que las autoridades de salud proporcionen medios y conocimientos

mayormente focalizados a la atención clínica de los embarazos tardíos en los establecimientos de impartición de servicios médicos. Lo anterior con la finalidad de evitar los riesgos prevenibles en los embarazos tardíos, logrando reducir la razón de mortalidad materna en este grupo poblacional.

La postergación de la maternidad, a pesar de ser una decisión personal, también responde a pautas gubernamentales y culturales referentes al apoyo de la maternidad y la familia que influyen en la toma de esta decisión. De esta forma, se presentan los casos de Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca, países en los que las mujeres participan en la actividad laboral y conciliar su actividad laboral con la maternidad, de manera que no han retrasado mayormente el nacimiento de sus hijos, lo que muestra que las políticas públicas y el apoyo familiar a favor de la maternidad, influyen de manera decisiva en la decisión de postergar o no la edad del primer embarazo en las mujeres.

Una perspectiva mayormente detallada del embarazo adolescente y la maternidad tardía, requiere realizar estudios que logren vincular el curso de vida de las mujeres que atraviesan por esta situación con los contextos sociales, económicos y culturales dentro de los cuales se desarrollan dichos embarazos. El quehacer de dichos estudios podrá generar desde la propia *imaginación sociológica* (Mills, 1961) el análisis y la comprensión del embarazo desde contextos individuales -cursos de vida- hasta sus causas y consecuencias socioculturales e históricas. Estos estudios podrán enriquecer las pautas de acción de las políticas públicas en relación al embarazo adolescente y la maternidad tardía al proporcionar un panorama mayormente específico en relación a dichos fenómenos sociales. La presente tesis pone especial énfasis en la necesidad de desarrollo de futuras investigaciones mayormente cualitativas en este tenor.

Con relación a la maternidad como un derecho reproductivo, es necesario considerar que de acuerdo al número de mujeres que no tiene acceso a licencias de maternidad, así como al porcentaje de despidos relacionados con embarazo; se puede afirmar que el Estado mexicano no brinda una protección a la maternidad como derecho reproductivo en la totalidad de su población. Aspecto que hace incompatible la conciliación entre la maternidad y la vida laboral de las mujeres.

La legislación mexicana tiende a homologar de *facto* la maternidad como una incapacidad laboral temporal. Teniendo como resultado un contexto legislativo, social y cultural que promueve la discriminación laboral de las mujeres en edad reproductiva y las madres. A su vez, se promueve entre mujeres y hombres una desigual redistribución social de cargas familiares en torno a la maternidad. Afectando tanto a mujeres que participan en el mercado de trabajo como aquellas que no realizan ninguna actividad remunerada.

Solo en Coahuila, Baja California y Durango se tiene una ley específica para la protección de la mujer embarazada. Sin embargo, ambas leyes no tocan el tema de la discriminación laboral por la solicitud de certificado de ingravidez para ingresar o preservar su puesto de trabajo.

Existe la necesidad de generar leyes de maternidad concretas que favorezcan temas específicos que al ser enunciados en leyes generales no logran influir en aspectos esenciales que impactan a la mujer embarazada como es el ámbito laboral.

A pesar del avance que representó la reforma a la Ley Federal del Trabajo en el año 2012 atinente a licencia de paternidad por 5 días, es importante enfatizar que subsiste la visión de que son las mujeres las principales responsables del cuidado de las y los niños, como queda demostrado con el plazo tan reducido de dicha licencia.

Por otra parte, a pesar de que la figura de los permisos de paternidad no estaba regulada en la legislación mexicana, en los últimos años algunas instituciones públicas como el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y el Instituto Nacional de las Mujeres otorgan al menos un periodo de diez días hábiles a los padres trabajadores de dichos organismos, el doble de los que establece la Ley Federal del Trabajo.

Con relación a la visión de los organismos internacionales referente al embarazo, es importante considerar que al ser dichos organismos autores de denuncias ante la violación de los derechos de las mujeres gestantes, patrocinadores económicos de préstamos y proyectos para beneficio de las mujeres gestantes.

Particularmente, es importante considerar que México no ha refrendado el Convenio sobre la protección de la maternidad emitido por la Organización Internacional del Trabajo en el año 2000, el cual representa importantes ventajas para la mujer embarazada como la prohibición del certificado de ingravidez desde todas las instancias laborales públicas y privadas. Influir

Con relación a las características bio-psico-sociales del embarazo, es importante asimilar al embarazo y la maternidad como fenómenos fisiológicos, psicológicos y sociales connotados por las características culturales del contexto en que se desarrollan. Por ende, la relación social y los procesos psicológicos en la madre y el padre con relación al embarazo, pueden intervenir en el desarrollo de procesos fisiológicos, como la segregación de hormonas y neurotransmisores, en ellos mismos así como en su hijo. De igual forma, los procesos fisiológicos pueden llegar a influir en los procesos psicológicos y sociales dentro del embarazo y la maternidad.

En este sentido, más allá que un determinismo biológico en el embarazo, se ha llegado a identificar que las variables psicológicas y sociales dentro del desarrollo de la gestación, el parto, el puerperio y la primera infancia, pueden intervenir en el desarrollo integral del menor.

Asimismo, el embarazo y la maternidad influyen, no solo en la mujer gestante y su hijo sino también, en las personas e instituciones (familia, comunidad, etc.) quienes se relacionan con estos fenómenos. De esta manera el embarazo y la maternidad, generalmente, cohesionan la solidaridad del grupo pues fomentan la construcción de redes sociales y familiares. Dentro de las redes sociales conformadas con motivo del embarazo, la mujer gestante deviene en un nodo estratégico de conexión entre las personas que conforman las distintas redes sociales vinculadas con el embarazo.

Con relación a la presencia del padre o la figura paterna en el embarazo, es importante tomar en cuenta que la paternidad socioafectiva o la ausencia de la misma repercute de manera importante en la construcción de la estructura familiar, social y psicológica tanto del padre y la madre, como del hijo. En el menor, la paternidad

socioafectiva potencializa importantes habilidades cognitivas y emocionales que influyen de manera positiva en el desarrollo de su vida a futuro. De igual manera, la ausencia del padre o la figura paterna incrementan en la familia y el menor, la posibilidad de tener mayores vulnerabilidades económicas, sociales, psicológicas y emocionales.

El fomentar el compromiso paterno dentro del embarazo, la crianza de los hijos y la estructuración familiar en situación equitativa con la maternidad, es una acción que debería ser promovida por los organismos gubernamentales basados en el fortalecimiento de la familia como es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Secretaría de Educación Pública. La legislación mexicana referente a este tema menciona la necesidad de emprender acciones de promoción a la equidad de género dentro de la familia. Sin embargo, no se han llevado a cabo programas sociales con tales fines.

Con relación a las dificultades sociales del embarazo, resulta esencial considerar que la violencia en el embarazo es un potencial riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal. Este tipo de violencia es más común en contextos sociales que representan mayor vulnerabilidad para las mujeres, como contar con bajo nivel académico y socioeconómico, matizado por la dependencia económica de la mujer embarazada hacia su agresor.

En México, los medios legales existentes contra la discriminación laboral por embarazo son escasos, debido a que sólo en Querétaro, Michoacán y Durango se sanciona a los empleadores por la solicitud de certificado de ingravidez como requisito para ingresar al puesto de trabajo. Cabe mencionar que las maquilas y las oficinas del sector público son dos de los principales sectores en donde se presenta mayor discriminación laboral por embarazo. Las mujeres jóvenes y las madres, casadas o unidas, son el sector social más vulnerable ante este tipo de discriminación.

El perfil de la mujer embarazada caracterizado por una situación de vulnerabilidad socioeconómica y bajos niveles educativos, características de una gran parte de las mujeres embarazadas mexicanas, generan un círculo vicioso que fomenta mayor posibilidad de sufrir violencia y discriminación laboral, situación que se reproduce intergeneracionalmente. Por tanto es importante implementar políticas públicas, que no sólo atiendan el tema de salud en el embarazo, sino que sean integrales y contemplen asuntos

como asesoría legal e incentivos para continuar los estudios. Dichas acciones podrían contribuir a consolidar una estrategia social estructural que termine con la reproducción de la pobreza, la desigualdad y la violencia intrafamiliar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, E. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect, *Neurotoxicol*, 17, (43) 45-89.
- Alcalá, M.J. (1994) Acción para el siglo XXI. *Salud y derechos reproductivos para todos*. Family Care International. Nueva York. En Evangelista A., Tuñón, E., Rojas, M. & Limón, F. (2001, Apr-Jun) Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas. *Revista Mexicana de Sociología*, 6 (2) 139-165.
- Aldous, J. & Mulligan, G. M. (2002). Fathers' child care and children's behavior problems: A longitudinal study, *Journal of Family Issues*, 23, (5).
- Alvarado, S. (2003). Aspectos de tipo social, psicológico y cultural. *Embarazo en adolescentes*, 25 (2), 36-43.
- Álvarez, C. (2013). Una línea delgada en el parentesco: los padres/abuelos y las madres/abuelas. *Revista de Antropología Social*. (22), 350-354.
- Añaños, M. C. (1993). *Composición social y comportamientos de unión en madres adolescentes, Rosario, 1980-1991*, Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Centro de Estudios de Población (CEDES/CENEP).
- Antúnez, A. (2009). "Globalización, economía y familia". *Humanitas*. 22. Recuperado el 22 de junio de 2011, de <http://humanitas.cl/html/biblioteca/articulos/d0038.html>
- Arcelus, M. (1988) *La adolescente embarazada y su familia*. La psicología en el ámbito perinatal. México: Instituto Nacional de Perinatología.

- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2012), Estadísticas de la Educación superior, revisado el 30 de enero de 2014 de http://www.anuies.mx/servicios/e_educacion/index2.php
- Astelarra, J. (2005). Políticas conciliatorias: conceptualización y tendencias. *Luis Mora, Ma. José Moreno y Tania Rohrer (Coords.) Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público. Una mirada desde el género. Ciudad de México: FPA, GTZ.*
- Badinter, E. (1980) L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel XVIIe-XXe Siècle. *Flammarion, Paris.*
- Banco Interamericano de Desarrollo (2015b) *Países México*. Revisado el 15 de septiembre de 2015 de <http://www.iadb.org/es/paises/mexico/un-vistazo-a-los-proyectos,18446.html>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2015) *Desarrollo Infantil* . Revisado el 15 de septiembre de 2015 de <http://www.iadb.org/es/temas/salud/insignias/desarrollo-infantil-y-el-bid,7678.html>
- Banco Mundial (2009). Embarazadas que reciben atención médica prenatal, México. Revisado el 19 de diciembre de 2013 de: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSPANISH/0,,contentMDK:22242232~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>
- Banco Mundial (2015) *Proyectos y Operaciones*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 de: http://www.bancomundial.org/projects/search?lang=es&countrycode_exact=MX
- Barabasi, L. & Albert, R. (1999). Emergence of scaling in random networks. *Science*, 286 (3), 509-51.
- Barclay L, (1996). American Journal of Advanced Nursing. Men's experiences during their partner's first pregnancy. A grounded theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 13(1), 83-105.
- Barros, L. (2001). *Ciencias de la Educación con Mención en Orientación, Relaciones Humanas y Familia*. Santiago, Chile: Universidad Mayor.
- Barton, S. M. (1991). "Placental Abruption". En H. Frederyckson (comp.) *Ob-gyn secrets*. USA: CBS.
- Bayes-Genis, A., Bellosillo, B., de La Calle, O., Salido, M. & Roura, S. (2005). "Identification of Male Cardiomyocytes of Extracardiac Origin in the Hearts of Woman with Male

Progeny Male Fetal Cell Microchimerism of the Heart. *J Heart Lung Transplant*, 24.
Recuperado el 12 de agosto de 2014
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053249805003785>.

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2001); *El normal caos del amor. Las nuevas formas de relación amorosa*. Barcelona, España: Paidós.

Bermúdez, G. M. (2007). ¿Discrimina la seguridad social a las mujeres?. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (4), 115-136.

Billari, F., Kohler, H.P., Andersson, G. & Lundström, H. (2007). Approaching the Limit: Long American College of Obstetricians and Gynecologists.

Biller, H. (1969). Father absence, maternal encouragement and sex role development in kindergarten age boys. *Child Development*, 40 (2), 539-548.

BillingsII, D. L., & del Pilar Torres-ArreolaI, L. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública*, 41(4), 582-90.

Bloss, P. (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México, México: J. Mortiz.

Blumer, H. (1992). A note on symbolic interactionism. *George Herbert Mead: Critical Assessments*, 2, 67.

Bock, G. (1996). *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar*. Valencia, España: Gráficas Rógar.

Bongaarts, J. (2001). "Fertility and Reproductive Preferences in Post-Transitional Societies", *Population and Development Review*, 27, 262. Recuperado el 2 de septiembre de 2013 de http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf.

Borges, G., Tapia, R., López, M., Medina-Mora M., Pelcastre, B. & Franco, F. (1997). Alcohol consumption and pregnancy in the Mexican national addiction survey. *Cad Saúde Pública*, 13(2), 39-61.

Bosveld, W. & Kuijsten, A. (1995, agosto-septiembre). Delayed childbearing: generational change in life course patterns of fertility, Paper prepared for the Second ESA Conference of Sociology, *European societies: fusion or fission*, Working Group 5.6. «Generational change in postwar Europe», Budapest

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

- Bowlby, J. (1998), *El apego y la pérdida I: El apego*, Barcelona, Paidós.
- Brenes, M., Eisenberg, N. & Helmstadler, G. (1985). Sex role development of preschoolers from two parent and one parent families. *Merrill-Palmer Quarterly*, 31 (2), 33-46.
- Brennan, A. & Ayers, S. (2007) Una revisión crítica del síndrome de Couvade: el hombre embarazado. *Revista de Psicología reproductiva e infantil*, 25 (3), 173-189.
- Briggs, G., Freeman, R. & Yaffe, S. (2002). *A Reference Guide to Fetal and neonatal Risk. Drugs in Pregnancy and Lactation*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Brizandine, L. (2007), *El cerebro femenino*. Madrid, España: RBA Libros.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact familiar. *Journal of Family Issues*, 27(6). 152-79.
- Brown, S. & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Br J Obstet Gynaecol*, 107 (3) 54-92.
- Brunton, P. J. & Russel, J. A. (2010, 31 de marzo) *The expectant brain: adapting for motherhood*. Documento preparado para el Seminario permanente de Bioética de la Universidad de Navarra. Recuperado el 27 de julio de 2014 <http://www.unav.es/adi/servlet/ShowFile?contentid=123960>
- Buist, A, Morse, C.A. & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing (JOGNN)* [versión electrónica]. (32). Recuperado el 27 de junio de 2014 de [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1552-6909](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1552-6909)
- Buitrago, F. & Vergeles, M. (1996). *Hijos de familias monoparentales*, [libro electrónico] recuperado el 14 de julio de 2014 de <http://www.padresehijos.org/>
- Burak, S. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional (EULAC-GTZ).
- Burgos, J. (2004). *Diagnóstico sobre la familia*. Valencia, España: Biblioteca Palabra, Gráficas Rógar, S.A.
- Busto, O. (2005). *Feminización de la matrícula estudiantil y sus posibles incidencias en los ámbitos educativo, económico y social en América Latina y el Caribe*. México: IESAL/UNESCO.

- Cahill, L. (2006), Why sex matters for neuroscience, *Nature Reviews Neuroscience* 7, 477-48. Recuperado el 11 de agosto de 2014. <http://www.nature.com/nrn/journal/v7/n6/abs/nrn1909.html>
- Calderas, L. L. & Vaca, A. L. (2010) Parejas sin hijos: un nuevo estilo de vida en la posmodernidad. Universidad Michoacán de Nicolás de Hidalgo, Morelia.
- Calderón, R. (2006). Influencia de las relaciones familiares en el aborto provocado en adolescentes. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 23(4), 98-115.
- Cámara de diputados (2012). Leyes Federales Vigentes. Recuperado el 11 de enero de 2014 de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>
- Campa, M., Martínez, J., Russell, A. & Acosta, Z., (1995, abril) Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil, en un área de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 11 (2). Recuperado el 29 de agosto de 2014 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251995000200003&lng=en&nrm=iso&ignore=.html.
- Carter, C. (2003). Developmental consequences of oxytocin. *Physiology and Behavior*, 79 (3) 33-61.
- Cassirer, E. (1944). *Antropología filosófica*. México, México: Fondo de Cultura Económica
- Castadot, R. (1986). Pregnancy Termination: Techniques, Risks, and Complications and Their Management. *Fertility and Sterility. Journal of Medicine*, 309(11), 612-624.
- Castillo-Torralba, M. (2007). Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 24 de septiembre de 2004). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Castro, R. & Ruiz, A. (2004). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev. Salud Pública*, 38(1), 219-223.
- Castro, R. (2003). Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health*, 93 (3), 73-92.
- CEDAW, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México, 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 28 a 29 [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Recuperado el 23 de junio de 2014, de <http://bit.ly/PgVxWq>

- Chamy P., Cardemil F., Betancour M., Ríos M., Leighton L., (2009). Riesgo obstétrico y perinatal
- Cifuentes, R. (2005). Obstetricia de Alto Riesgo. *Ginecología y Obstetricia: Distribuna*.
- Civic, D. & Holt, V. (2000) Maternal depressive symptoms and child behavior problems in a nationally representative normal birth weight sample. *Matern Child Health*, 4 (2) 21-61.
- Colín, Y.A. & Villagómez, P. (2010). *Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009 (ENADID) 2009*. México, México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Collado, B., Peña., S. & Villanueva, L. (mayo 2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex.* 75 (5). Recuperado el día 16 de octubre de 2013 de www.revistasmedicas.com.mx.
- Collins, J.A. (1995). Unexplained Infertility. En: Keye W.R., Chang R.J., Rebar, R.W. & Soules, M.R. *Infertility: evaluation and treatment*. Philadelphia: WB Saunders. Verengena
- Colussi, M. (2002). “La paternidad. Hombres por la Igualdad”. Ayuntamiento de Jerez Delegación de Salud y Género Tertulia. Recuperado el 23 de junio de 2014, de <http://www.hombresigualdad.com/la.paternidad.htm>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2004). Panorama Social de América Latina. Recuperado el 16 de agosto de 2014 <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/20386/P20386.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015) *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2015 de <http://www.cepal.org/es/temas/derechos-sexuales-y-reproductivos>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015b) Sede subregional de la CEPAL en México. Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de <http://www.cepal.org/es/sedes-y-oficinas/cepal-mexico>
- Conner GK & Denson V (1990). Expectant fathers’ response to pregnancy: Review of literature and implications for research in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and neonatal Nursing*, 4 (2), 33-42.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). La situación actual de los jóvenes en México. En *La situación demográfica de México 2010*. México, DF.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2013), *Proyecciones de Población 2010-2050, México*. Recuperado el 21 de julio de 2015 de <http://www.conapo.gob.mx>

- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015) *Estimaciones del Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 21 de julio de 2015 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015 b) *Estrategía Nacional para la prevención del embarazo adolescente*. Recuperado el 25 de julio de 2015 de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/3/images/ENAPEA_0215.pdf
- Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación de la Ciudad de México (CONAPRED) (2015) “*Discriminación Laboral hacia la Mujer en la Ciudad de México. Despido por Embarazo*” Recuperado el 12 de agosto de 2015 de <http://copred.df.gob.mx/prensa/boletines/boletines-2015/copred-presenta-el-informe-discriminacion-laboral-hacia-la-mujer-en-la-ciudad-de-mexico-despido-por-embarazo/>
- Cooksey, E. & Fondell, M. (1996). Spending time with his kids: Effects of family structure on fathers’ and children’s lives. *Journal of Marriage and the Family*, 58(3) 23-28.
- Cooper, J. (2001, febrero 16) Coloquio Universitario: “Mujeres en cargos de dirección”. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Correa, S. & Pretchesky, R. (1994) Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective. en Gita Sen, A., Germani, A. & Chen L. C. *Populations Policies Reconsidered, Health, Empowerment, and Rights*. Harvard University Press, Boston, Mass. En Evangelista A., Tuñón, E., Rojas, M. & Limón, F. (2001, Apr-Jun) Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas. *Revista Mexicana de Sociología*, 6 (2) 139-165.
- Cogle, J. (2005). Anxiety Disorders. *Mental disorders*, 19 (2) 38-51.
- Council of Europe (2006) Los recientes acontecimientos demográficos en Europa, Estrasburgo.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York, USA: Basic Books.
- Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O. & Valdez-Santiago, R. (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en Estados de alta marginación en México. *Salud Pública Mexicana*, 48(2), 29-78.

- Das, A. (2009). Sexual harassment at work in the United States. *Archive of sexual Behavior*. 38 (1), 195-207.
- De Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociología*, 63 (1), 45-59.
- De la Chica, RA., Ribas, I., Giraldo J., Egozcue, J. & Fuster, C. (2005). Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mother who smoke. *JAMA*, 293 (2).
- Del Valle, S. (2002). Totalmente prohibida la discriminación laboral contra las mujeres embarazadas. CIMAC Noticias, 28 de enero de 2002.
- Diario Oficial de la Federación, México, DF, a 31 de octubre de 1994; Norma Oficial Mexicana.
- Diario Oficial de la Federación, Reformas publicadas el 30 de noviembre de 2012. Recuperado el 17 de junio de 2013 de <http://bit.ly/Wy7mq2>
- Dias, M. B. (2009). Filiación socioafectiva: nuevo paradigma de los vínculos parentales. *Revista Jurídica* [versión electrónica], 86 (1). Recuperado el 22 de junio de 2014 de http://desarrollo.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/711/1/Filiaci%C3%B3n_socioactiva.pdf
- Díaz, C., Cravioto, V. M., Villalobos, A., Deeb Sossa, N., García, L., & García, S. G. (2012). El programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Pública*, 32(6), 399-404.
- Dillon, M. (2001). *El padre mutante*. Recuperado el 12 de julio de 2014 de LAS12 - mirada de mujer. Recuperado el 22 de junio de 2014 de Página/12. <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/Las12/01-06/01-06-15/NOTA4.HTM>
- Doménech, E. & Díaz-Gómez N.M. (2001). Nutrición del recién nacido a término en su estancia hospitalaria. *Tratado de Nutrición Pediátrica*, 14 (3).
- Donoso, E. (1997). *Control Prenatal*. Recuperado el 29 de agosto de 2013 de Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.htm
- Dubow, E., Huesmann, L. & Eron, L. (1987). Childhood correlations of adult ego. *Child Development*, 58(3), 859-869.

- Duff, L., Camping, D. & Ahmed, L.B. (2001). *Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: Development and validation of a Sylheti questionnaire*. California USA: Quality Health Care.
- Echarri, J. (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, 1, editado por S. Lerner e I. Szasz, 59-113, México: El Colegio de México.
- Ehrenfeld, N. (2009). *Pregnancy in México: adolescence redefining experiences*. Tesis: PHD of the Institute of Education, University of London, England.
- Elliott, S.A., Sanjack, M., Leverton, T.J. (1988). Parent’s groups in pregnancy: a preventive intervention for postnatal depression? Gottlieb B: Marshalling Social Support: Formats, Processes and Effects. London.
- Ellis, B. J., McFadyen-Ketchum, S., Dodge, K., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1999). Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls: A longitudinal test of an evolutionary model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 387-401.
- Espino, M. & Aguilar, R. (2008) Guía de Enuresis Nocturna en Atención Primaria (1ª parte). *Pediatría Integral*, 12(5), 8-501.
- EUROSTAT (2012). *Births and fertility data*. Recuperado el 21 de agosto de 2015 de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/births-fertility-data>
- EUROSTAT (2014). *Mean age of women at childbirth*. Recuperado el 21 de agosto de 2015 de <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00017&language=en>
- Evangelista A., Tuñón, E., Rojas, M. & Limón, F. (2001, Apr-Jun) Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas. *Revista Mexicana de Sociología*, 6 (2) 139-165.
- Faúndez, A., (1992). Control Prenatal. *Obstetricia*, 8 (1), 54-79.
- Fedele, T., Nicolina, M., Golding, E., Grossman, K Pollack, S., Michaels, Y. (et. al.). (1988). Psychological issues in adjustment to first parenthood. The transition to parenthood:

Current theory and research. *Cambridge studies in social and emotional development*, 381 (7), 74-98.

Feeman, J. (1985). Prenatal and Perinatal Factors Associated with Brain Disorders. Us Dep of Healt and Human Services Publications. No (NH). National Institute of Heath, Recuperado el 29 de agosto de 2011 de <http://tratado.uninet.edu/c1205b.html#79>.

Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid, España: Siglo XXI.

Field, T., Lang, C., Yando, R., & Bendell, D. (1995). Adolescents' intimacy with parents and friends, *Adolescence*, 30 (11) 75-93.

Fifer, W.P. & Moon, C.M. (1994). The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta Pediatriática*, 397 (1), 86-93.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2015) *¿Qué hacemos? Esfera prioritaria* Recuperado el 16 de agosto de 2015 de <http://www.unicef.org/spanish/whatwedo/>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1997) *Programa de acción. Conferencia internacional de Población y desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994*, Lima.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). Plan de Acción del Programa de País 2008-2012 entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado el 3 de julio de 2014 de <http://www.unfpa.org.mx/contexto.htm>

Frias, S. (2011). Hostigamiento, acoso sexual y discriminación laboral por embarazo en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 73 (2) 39-51.

Fromm, E. (1996) *El arte de amar*. Barcelona, España: Paidós Studio.

Gagnon, A. & Waghorn, K. (2000). Survey of women planning to attend childbirth education classes in Montreal. *Personal communication*, 19 (4), 32-46.

Gamboa, C. & Valdés, S. (2015) *Protección de la Maternidad Marco Jurídico Conceptual, iniciativas en la materia y Derecho Comparado a Nivel Estatal (Primera Parte)*. Recuperado el 16 de octubre de 2015 <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-67-15.pdf>

García, V. M. (2014). *Proyecciones y políticas de población en México*. México: El Colegio de México AC.

- García-Canclini, N. (1997, julio-septiembre). El malestar en los estudios culturales. *Fractal*, 50. Recuperado el 22 de junio de 2014, de <http://www.fractal.com.mx/F6cancli.html>
- Gardner, R.L. (2002). Las células madre: la potencia, la plasticidad y la percepción pública. *Journal of Anatomy* 200 (3). Recuperado el 9 de agosto de 2014 <http://www.answers.com/topic/stem-cell#ixzz1UY2Km3M8>
- Garza, E., Rodríguez, C., Villarreal, R., Salinas, M & Núñez, R. (2003). Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública*. 5 (2), 120-167.
- Geronimus, A.T. & Korenman, S. (1992). The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Quarterly Journal of Economics*, 107 (4). 123-136.
- Giménez, J. M. (2009). Neurobiología del "vínculo de apego" y embarazo. *Cuadernos de Bioética*, 20(70), 333-338.
- Gimpl, G. & Fahrenholz, F. (2001, 6 de Abril) The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. *Physiol Rev*, 81 (2). Recuperado el 9 de agosto de 2013 <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o020.htm>.
- Glazer, G. (1989) Anxiety and stressors of expectant fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (11) 47-59.
- Gómez, D. (2007, noviembre). Nuevas normas sobre protección a la maternidad. *Universidad de la Sabana, Chía*, 21 (16), 123-133.
- Gómez-Dantés O. (2004) El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). *Salud Pública México*, 46 (2), 71-74.
- González de la Rocha, M. (2005). Familias y política social en México: El caso de oportunidades. *En: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales-LC/L. 2373-P-2005-p. 245-274.*
- González, I. (2000, vol.16, n.3) Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr*. Recuperado el 12 de octubre de 2013 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000300010&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

- González, J. (2006, 19 abril) Comercio informal, situación y problemática: respuestas y propuestas. Consultado el 3 de octubre de 2013 en <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/010926133228-MARCO.html>.
- Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 7 (3), 38-57.
- Gregorio Gil, C. (2012). Tensiones conceptuales en la relación entre género y migraciones. Reflexiones desde la etnografía y la crítica feminista. In *Papers: revista de sociologia* (Vol. 97, pp. 0569-590).
- Grupo de Información en Reproducción Asistida (GIRE) (2013). Vida laboral y reproductiva. En *Omisión e Indiferencia. Derechos productivos en México*. Revisado el 30 de diciembre de 2013 de <http://informe.gire.org.mx/caps/cap5.pdf>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (1994). *Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales. Una nueva perspectiva*. GIRE. México. Evangelista A., Tuñón, E., Rojas, M. & Limón, F. (2001, Apr-Jun) Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas. *Revista Mexicana de Sociología*, 6 (2) 139-165.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015) Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México abril de 2007- 31 de enero de 2015. Recuperado el 20 de febrero de 2015 de https://www.gire.org.mx/images/stories/com/EstadistILE_web_enero15.pdf
- Grupo Parlamentario PRD (2011) Propone Carlos Navarrete estímulo fiscal por contratar
- Hamilton, I., McCubbin, A. & Figley, C. (1983). Coping with catastrophe. *Stress and family*,
- Harknett, K. (2005). Children's Elevated Risk of Asthma in Unmarried Families: Underlying Structural and Behavioral Mechanisms. *Center for Research on Child Well-being*, 23 (2), 19-27.
- Harris, K. M., Furstenberg, F. F., & Marmer, J. K. (1998). Paternal involvement with adolescents in intact families: The influence of fathers over the life course, en *Demography*, 35(2), 201-216.
- Hayes, C. (1987). *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*. EEUU: National Academy Press.

- Heiskanen N., Raatikainen, K. & Heinonen, S. (2006, 16 de marzo) Fetal macrosomia—a continuing obstetric challenge. *Biology of the Neonate*, 90(2). Recuperado el 29 de agosto de 2013 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=16549906&dopt=Citation.
- Hernández, H. & Riva Palacio, D. (1995). *El éxito también es para las mujeres*. México, México: McGraw-Hill.
- Hobfoll Ser, Ritter C, Lavin C, Hulsizer MR, (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Consult Clin Psychol*, 63 (2) 214-216.
- Hoffmann, J. P. (2002). The Community Context of Family Structure and Adolescent Drug Use. *Journal of Marriage and Family*, 64 (3)314-330.
- Hofmeyer, G.J., Nykodem, V.C., Wolman W et al. (2001). Companionship to modify the clinical birth environment: Effect on progress and perceptions of labor and breastfeeding. *Br Obstet Gynecol*, 98 (2), 198-267.
- Hofmeyr, F. & Kulier, T. (2001). External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane database of systematic reviews. *Issue* 134 (2).
- Hollingsworth, D.R., Kotchen, J.M. & Felice, M.E. (1982). *Impact of gynecological age on outcome of adolescent pregnancy, Premature adolescent pregnancy and parenthood*.
- Hupperz, B.(2007). The feto maternal interface: setting the stage for potencial immune interactions. *Semin Immunopathol* 29 (2), 83-102.
- Hutchinson, F. (2003) Gynaecol Obstet. *Cancer Research Center, Division of Public Health Sciences*, 81 (4), 72-84.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2011). *Estadísticas a propósito del día de la madre*. Recuperado el 23 de julio de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2012). *Mujeres y hombres en México 2011*. México, INEGI, 2012, p. 164. Recuperado el 15 de noviembre de 2014 <http://bit.ly/GNIJ19>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) (2012). *Perspectiva Estadística. México*. Recuperado el 8 de septiembre de 2014 en

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/mex/pers-mex.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010b), “Consulta Interactiva, Conjunto de datos: Población femenina de 12 años y más”, Censo de población y vivienda 2010. Recuperado el 25 de junio de 2015 de www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2002). Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Recuperado el 24 de junio de 2013 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/historicas/eneu/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010) Anuario estadístico. Recuperado el 25 de junio de 2015 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2011/Aepef2011.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011), Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011: tabulados básicos. Recuperado el 15 de noviembre de 2014 de <http://bit.ly/VOoxnH>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Recuperado el 23 de junio de 2015 de <http://www.censo2010.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011: tabulados básicos*. Recuperado el 15 de noviembre de 2014 de <http://bit.ly/VOoxnH>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014) Estadísticas de Natalidad 2008. Recuperado el 24 de junio de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/integracion/inegi324.asp?s=est&c=11722>

Interventions for postpartum depression (2005). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 de http://www.mao.org/Storage/11/600_BPG_Post_Partum_Depression.pdf.

- Issler, J. (2001) Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*. 107 (2), 11-23. Recuperado el 21 de agosto de 2014 de http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
- Jimenes, M., Aliaga, L., Vignoli, J. (2011) Población y Desarrollo Series CEPAL, *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*, 59 (97). Recuperado el 16 de diciembre de 2013 de: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/42707/P42707.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/mdg/tpl/top-bottom.xslt>.
- Juan, M. (1991, enero-marzo) Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *Reis. Centro de investigaciones sociológicas*, (53): 29-72
- Kaufman, M. & Pired, M. (1991). *La paradoja del poder*. República Dominicana: CIPA
- Kuning, M., McNeil, D. & Chongsuvivatwong, R. (2001). Pregnancy loss in the Philippines. *Southeast Asian. Trop Med Public Health*, 34 (2), 433-442. UNIFEM (Fundación de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, Banco Mundial). *Violencia contra las mujeres alrededor del mundo 2001*. Recuperado el 23 de septiembre de 2013 de <http://w.unifem.undp.org/campaign/violence/mediafac.htm>.
- Kurczyn, P., (2004) *Acoso sexual y discriminación por maternidad en el trabajo*, México, México: UNAM.
- Lacan, J. (1978). *La Familia*. Barcelona, España: Argonauta.
- Lamas, M. (2014). Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo. *Desacatos. Revista de Antropología Social*, (17), 57-76.
- Langer A. (2002). Unwanted pregnancy: impact on health and society and Latin America. Recuperado el 31 de enero de 2014. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717.
- Langer, A. & Lozano, R. (1998). La condición de la mujer y salud. *La Condición de la Mujer en el Espacio de Salud*. 35 (2), 39-44.
- Lartigue, T. (1996). *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, México: Plaza Valdez.

- Leonetti, HB. & Longo, S. (1999). Transdermal progesterone cream for vasomotor symptoms and postmenopausal bone loss. *Obstet Gynecol*, 94 (2), 225 – 228. Recuperado el 9 de agosto de 2013 <http://www.doctorsofusc.com/condition/document/125085>
- Lerner, S., & Szasz, I. (2001). La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias. *El cotidiano*, 17(107), 52-65.
- Lewis, O. (1994). Pobreza, burguesía y revolución. *La cultura de la pobreza*. Madrid, España: Anagrama.
- Lipsky, S. et. al. (2003), Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol*, 102 (3), 557-564.
- Lomnitz, L. (1975). Cómo sobreviven los marginados. México, México: Siglo XXI.
- López, N. (2008). *La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego*. Navarra, España: Universidad de Navarra.
- Lozares, C. (1996). *La teoría de redes sociales*. Universidad Autónoma de Barcelona. Departament de Sociologia. Bellaterra (Barcelona). España. Recuperado el 31 de julio de 2013. http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&langpair=en|es&u=http://scholar.google.com/advanced_scholar_search.
- MacInnes, J. (2003). La sociología de la familia y la fecundidad: algunas contribuciones clásicas y su relevancia contemporánea. *Centre d'Estudis Demografics*, 72 (2), 90-116.
- Malačič, J. (2008). Late Fertility Trends in Europe. *Informatica*, 32(2).
- Maroto, G. (2009) Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev. Esp. Salud Pública*, 83 (2), 267-278. Recuperado el 14 de agosto de 2013 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200010&lng=en&nrm=iso. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000200010>.
- Marrades, A. (2002). *Luces y sombras del derecho a la maternidad: análisis jurídico de su reconocimiento*. Zaragoza, España: Universidad de Valencia.
- Martin, L.T., McNamara, M.J., Milot, A.S., Halle, T., & Hair, E.C. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*, 11(6), 595-602.

- McAnarney, T. (1978). Obstetric, neonatal, and psychological outcome of pregnant adolescents. *Pediatrics*, 61 (2). Recuperado el 22 de agosto de 2013 de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
- McBride, B. A., Schoppe-Sullivan, S. J. & Ho, M. (2005). The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Applied Developmental Psychology*, 26 (3), 201–216.
- Medina, R. (2004). Contextos y circunstancias de la nueva paternidad. *Revista Universidad de Guadalajara*, 30(5).
- Mejía, R. (1998, mayo). Descubriendo las máscaras que nos separan y nos mantienen ajenos. Recuperado el día 11 de julio de 2013 de http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresxigualdad/fondo_documental/Hombres_y_feminismo/Descubriendo_las_mascaras_que_nos_separan_y_nos_mantienen_ajenos.pdf
- Mendizábal, G. (2004). Mujer, trabajo y familia. *Pensamiento y Lenguaje Universitario*, 54 (1), 36-52.
- Mendizábal, G. (2007). ¿Discrimina la seguridad social a las mujeres?. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (4), 115-136.
- Menkes, C. & Suarez, L. (2003). *El embarazo adolescente en México ¿es deseado?* Recuperado el 16 de agosto de 2013 http://www.andar.org.mx/pruebas/micr_aborto/02_sesiones_simultaneas/ab_adolescentes/06_Menkes.pdf
- Mier y Terán, M. (2007), “Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas” en Ana María Chávez Galindo et al. (coords.), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, p. 85-106.
- Mier y Terán, M. (2011) "La fecundidad en México en las últimas dos décadas", *Coyuntura Demográfica (1)*: 58-62.
- Mier y Terán, M. (2014). “Pautas reproductivas: la escolaridad y otros elementos explicativos” en Rabell, C. (coord.) *Los mexicanos: un balance del cambio demográfico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Miguel, J. (1979). *El mito de la inmaculada concepción*. España, Barcelona: Anagrama.

- Mills, C. W. (1961). *La imaginación sociológica* (Vol. 2). Fondo de Cultura Económica.
- Molina, R. (1990). *Salud reproductiva del adolescente*. Santiago, Chile: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile.
- Moneta, M. E. (2007, 3 de septiembre). Apego, Resiliencia y Vulnerabilidad a Enfermar: Interacciones Genotipo-Ambiente. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria de la Universidad de Chile*. 14 (3), 34-56.
- Mustelier, L. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. *Revista Cubana de Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba. Recuperado el 19 de agosto de 2013 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0257-4322&lng=pt&nrm=iso
- Muuss, R.E. (1986). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós.
- Nava, C. (2009). La maternidad en la adolescencia. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 23 de agosto de 2011 de www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf.htm.
- Nieri, L. (2012). Paternidad y maternidad: aproximaciones psicológicas y socioculturales. *Revista Poiésis*, 12(23).
- Nord, C. W. (1998). *Students do better when their fathers are involved at school* (NCES 98-121). Washington. EE.UU.: Department of Education, National Center for Education Statistics
- Nugent, J.K. (1991). Cultural and psychological influences on the father's role in infant development. *Journal of Marriage and the Family*, 53(2), 475-485.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015). *5 Mejora de la salud materna*. Revisado el 28 de septiembre de 2015 de <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/INDODM005000100010,26,0,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>
- Observatorio Nacional de Mortalidad Materna en México (2015). Recuperado el 6 de septiembre de 2015 *Inicio*. <http://www.omm.org.mx/>
- OCDE (2015). Doing Better for Families Spain. Revisado el 6 de septiembre de 2013 en: <http://www.oecd.org/els/soc/47704081.pdf> of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16, (4), 80-96.

- Olavarría, J. (2006). *Varones adolescentes: cuestiones en torno a género, identidades y sexualidades ¿responsabilidades y derechos?* Tesis para optar al grado de doctor en ciencias sociales. Argentina, Universidad de Buenos Aires.
- Orden Jurídico Nacional (2011). Recuperado el 8 de noviembre de 2013 http://www.ordenjuridico.gob.mx/derechos_humanos.php.
- Organización de la Naciones Unidas (ONU) (2014) *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Revisado el 15 de septiembre de 2015 en <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo*. Recuperado el 9 de noviembre de 2014 de http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Recuperado el 16 de septiembre de 2015 de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2014) *La maternidad y la paternidad en el trabajo*. Revisado el 15 de septiembre de 2015 en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) C111-Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111): artículo 2, 25 de junio de 1958. el 6 de septiembre de 2013 en <http://bit.ly/13gGPmf6>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), C183-Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), 15 de junio de 2000. el 6 de septiembre de 2013 en <http://bit.ly/XJQLVS>.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud*. Ginebra, Suiza: OMS, (Serie de Informes Técnicos).
- Organización Mundial de la Salud. (1985) *El nacimiento no es una enfermedad, declaración de Fortaleza*. Brasil: Lancet.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995). Salud del Adolescente Washington. Recuperado el 6 de Julio de 2014 de <http://www.who.int/es>.
- Osoffky, I. (1990) Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones Psicosociales. *Clin Obst-Ginecol Norteam*, 4(2), 10-35.
- Ostbye, G., Wenghofer, T., Woodward, B., Gold, G. & Craighead, J. (2001). Health services utilization after induced abortions in Ontario: a comparison between community clinics and hospitals. *Med Qual*, 1 6(3), 99-106.
- Paidas M.J., Crombleholme, T.M. & Robertson, F.M. (1994). Prenatal diagnosis and management of the fetus with an abdominal-wall defect. *Semin Perinatol*, 18 (3), 196-214.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de estudios de género. La Ventana*, 3(22), 35-68.
- Pantelides, E. (2005). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Recuperado el 17 de agosto de 2013 <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
- Parker, B. (1994). Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenager woman. *Obstet Gynecol*, 84 (2), 323-328.
- Patterson, J. (1988). Families experiencing stress family. *Syst Med*, 6(2), 200-30.
- Pawluski, J.L. & Galea L.A.M. (2006). Hippocampal morphology is differentially affected by reproductive experience in the mother. *Journal of neurobiology*, 22-81. Recuperado el 11 de agosto de 2011 <http://icb.oxfordjournals.org/content/49/3/254.short>
- Pearson, H. (2002). "Your destiny from day one". *Nature* 418 (14). Recuperado el 11 de agosto de 2013 de <http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/0207/32.htm>
- Pedersen, C. A. (2009, 31 de marzo): *Biological Aspects of Social Bonding and the Roots of Human Violence*. Documento preparado para el Seminario permanente de Bioética de la Universidad de Navarra. Recuperado el 22 de julio de 2014 de <http://adsabs.harvard.edu/abs/2004NYASA1036.106P>.
- Pedrero, M. (2004). Género, trabajo doméstico y extradoméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 19 (3), 413-446.

- Pedrosa, S (1999). El alejamiento parental: Estadísticas sobre denuncias erróneas o falsas de abuso sexual infantil. Recuperado el 11 de julio de 2014 de http://www.apadeshi.org.ar/estadisticassobredenuncias_err.htm.
- Peláez, J. (1996). Adolescente embarazada. *Revista Sexología y Sociedad*, 2 (1), 35-59.
- Peláez, J. (2001). *Consideraciones para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Métodos anticonceptivos. Actualidades y perspectivas para el nuevo milenio*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Perea, J. G. F., Ganado, B. M. A., & Dussel, M. G. H. (1994). Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos. *Estudios sociológicos*, 129-154.
- Piotrowska, K (2001) Development. *Nature* 418, (14). Recuperado el 11 de agosto de 2013 de <http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/0207/32.htm><http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/0207/32.htm>.
- Polozna, P. (1988). The role of the midwife in decreasing the number of abortions. *Gynecol Obstet Invest*, 5 (2)7-9.
- Precht, C. (1992). *Los jóvenes y sus padres. La familia en Chile. Aspiraciones, realidades y Desafíos*. Centro de estudios de la realidad contemporánea. CERC. Santiago de Chile: Departamento de Difusión del Instituto Chileno de Estudios Humanísticos.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). Recuperado el 23 de agosto de 2013 http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm.
- Quilodrán, J., & Puga, D. (2011). Nuevas familias y apoyos en la vejez: escenarios posibles en México y España. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 63-85.
- Radcliffe-Brown, A. (1972). *Estructura y Función en la Sociedad Primitiva*. Barcelona, España: Península.
- Ramírez R., Nazer, J., Cifuentes O., Águila, A. & Gutiérrez R., (2012). Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbilidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(3), 183-189.

- Reardon, D.C., Coleman, P.K. & Cogle, J.R. (2005). Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* .26(1) 369 - 383.
- Reardon, D.C., Coleman, P.K. & Cogle, J.R. (2008) Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *British Journal of Health Psychology*, 10(2), 255-268.
- Reardon, D.C., Cogle, J.R. (2002). Depression and Unintended Pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth. *British Medical Journal*, 324 (1), 151-15
- Reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2013. Disponible en <http://bit.ly/Wy7mq2> Recuperado el 20 de febrero de 2014
- RELACAHUPAN. (2002) Encuesta sobre la atención del parto en América Latina. Recuperado el 29 de agosto de 2013 de <http://www.relacahupan.net/>.
- Rico de Alonso, M. (1986). *Madres solteras y adolescentes*. Bogotá, Colombia: LYDA.
- Ricoeur, P. (1995) *La critique et la conviction: entretien avec F. Azouvi et M. Launay*, París, France: Calmann-Lévy.
- Roberts J. (1995) Lone mothers and their children. *Br J Psychiatry*. Recuperado el 14 de julio de 2014 de <http://www.apsique.com/book/export/html/158>.
- Rodríguez J. (1997). *Familia y pobreza: desafíos y realizaciones*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Rodríguez, A. (1999). La masculinidad. ¿poder o dolor?, Recuperado el 11 de julio de 2014 de <http://www.udg.mx/laventana/libr2/alfonso.html>
- Romo, R. & Sánchez, M. (2009). Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. La situación demográfica de México 2009. México: Consejo Nacional de Población.
- Rubio, V. L. (1998). *Introducción a la teoría de los derechos humanos: fundamento, historia, Declaración universal de 10 de diciembre de 1948*.
- Rue, V. (1984). The Forgothen Fathers: Men and Abortion. *Heartbeat*, 19 (1), 12-18.
- Russell, D. & Elliot, J. (1991). Sex role development in single parent house hold. *Social Behaviors an Personality*, 19(1), 5-9.
- Russell, J. (2007). Shock syndromes related to sepsis. *Cecil Medicine*. 23 (2) 128-142.

- Salazar, T., Cutido, B., Álvarez, F.E., Maestre, L.C., León, D. & Pérez, G. (2006) Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *Medisan*. Recuperado el 22 de agosto de 2013 de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm
- Sandruck, J. (2005). The effect of short-term indomethacin therapy on amniotic fluid volume. *J Obstet Gynecol*, 92 (3), 1443-1444.
- Schmukler, B. (1994). "Maternidad y ciudadanía femenina", en Talamante, C. Salinas, F., Valenzuela, M., (comps.), *Repensar y repolitizar la maternidad. Un reto de fin de milenio*, Grupo de educación popular con mujeres, A.C., México.
- Secretaría de Gobernación (SEGOB) (2014) *Tratados vigentes celebrados por México*. Recuperado el 27 de julio de 2013 http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2012/CDTratados/cd_tratados.php
- Secretaría de Salud (2004) *Información para la rendición de cuentas*. Recuperado el 27 de julio de 2013 de http://www.ossyr.org.ar/pdf/propuestas_reduccion/MM_fundar.pdf
- Secretaría de Salud (2015) *Dirección General de Información en Salud*. Recuperado el 26 de agosto de 2015 de <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>
- Seidler, V. (1991). *The Achilles heel reader- men, sexual politics and socialism*. Inglaterra: Routledge
- Shangai Institute of Planned Parenthood Research, China. (2003). *Int J Epidemiol*, 32 (2), 449-54.
- Sibal, B.M. (2001) Inmunologic aspects of preclampsia. *Obstet Gynecol*, 34 (2), 38-51.
- Siegel, G. (1999). Understanding the neuroanatomical organization of serotonergic cells in the brain provides insight into the functions of this neurotransmitter. *Basic Neurochemistry*. Recuperado el 9 de agosto de 2013 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7580.2009.01119.x/full>.
- Slattery, D. & Neumann, I. (2007). No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. Recuperado el 1 de agosto de 2013 de <http://www.unav.es/adi/servlet/ShowFile?contentid=123958>
- Smith, H. E. (1962). El concepto de " institución": usos y tendencias. *Revista de estudios políticos*, (125), 93-104.

- Solari, Z. & Valdez, E. (1999, junio). Mujeres con VIH-SIDA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. *Rev Med Hered*, 10 (2), 62-68.
- Solis, L. (2003). *La Parentalité, défis pour le troisieme millenaire*. París, France: Presses Universitaires de France.
- Soto, C. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 71(2), 98-103.
- Stern, C. & Menkes, C. (2008). Embarazo adolescente y estratificación social. Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo I. México, México: El Colegio de México.
- Stern, C. (2002), *La pobreza, la vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México: Un análisis cualitativo*. Ponencia presentada en el Seminario CICRED sobre “salud reproductiva, las necesidades insatisfechas y pobreza: cuestiones de acceso y Calidad de los Servicios “, celebrado en la Universidad de Chulanlongkorn, Bangkok, Tailandia, 25-30 de noviembre de 2002. Recuperado el 18 de agosto de 2013. <http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&langpair=en|es&u=http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/Bangkok2002/30BangkokStern.pdf>
- Stern, C. (2007). Embarazo adolescente, significado e implicaciones para diversos sectores sociales. Recuperado el 19 de agosto de 2014 de <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no08/DMS00805.pdf>
- Stern, C. (2012). *El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. El Colegio de Mexico AC.
- Stern, J.M. (1997). Offspring-induced nurturance: animal-human parallels. *Developmental Psychobiology*, 31 (2), 19-37.
- Sttefen, M. (2003). Coparentalidad post-separación conyugal un paradigma familiar de tuicion compartida chileno. Recuperado el 14 de julio de 2013 de <http://orientacionfamiliar.tripod.com/tesis.pdf>
- Szasz, I. (2004). Los derechos sexuales: una reflexión emergente en el debate sobre ética y demografía. *Estudios Demográficos y Urbanos, setiembre-diciembre*, (57).

- Szasz, I. (2009) *Las prácticas sexuales de los jóvenes en dos países latinoamericanos y su relación con los contextos sociales y la desigualdad*. Recuperado el 16 de agosto de 2013 http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/SSR_parteII-3.pdf
- Szasz, I. (A) (1998). Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate feminista*, 77-104.
- Szasz, I. (B) (2008) “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo I. México, México: El Colegio de México.
- Tamis-LeMonda, C., Shannon, J., Cabrera, J. y Lamb, M. (2004). Fathers and Mothers at Play With Their 2- and 3-Year-Olds: Contributions to Language and Cognitive Development. *Child Development*, 75(6), 1806 – 1820.
- Tankard, M. (2000). *Giving Sorrow Words: Women's Stories of Grief After Abortion*, Sydney, Australia: Duffy & Snellgrove.
- Taylor, E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Grunewald, T.L. et al (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend and Befriend, Not Flight-or-Fight. *Psychological Rev*, 107(3), 29-411.
- The Global Goals for Sustainable Development (2015). *Los objetivos*. Recuperado el 23 de septiembre de 2015 <http://www.globalgoals.org/es/>
- Tiano, S. (1994). *Patriarchi on the Line, Labor, Gender and Ideology in Mexican Maquila Industry*. California, USA: Temple University Press.
- Torfs, C.P., Velie, E.M., Oechsli, F.W., Bateson, T.F. & Curry, C.J. (1994). A population-based study of gastroschisis: demographic, pregnancy, and lifestyle risk factors. *Teratology*, 50 (2), 44-53.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Valencia, España: Cátedra.
- Valdez, R., Hajar, M., Salgado de Zinder, V., Rivera, L., Ávila, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta de metodología para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública México*, 48(2), 221-231.
- Valdez-Santiago, R. (1996) La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública México*, 38 (3), 352-362.

- Valenzuela, S. (2004). *Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Colima, Colima.
- Varendi, H., Porter, R.H. & Winberg, J. (1996). Attractiveness of amniotic fluid odor: evidence of prenatal olfactory learning? *Acta Paediatrica*, 85(10),1223-1227.
- Vargas, J. (2006). *Solucionando los problemas de pareja y familia: fundamentos teóricos y alternativas de solución a los conflictos desde la perspectiva del vínculo*. México, México: Pax.
- Villagómez, P. (2009). Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. *La situación demográfica de México 2009*. México: Consejo Nacional de Población.
- Villagómez, P., Mendoza, D. & Valencia, J. (2011). *Perfiles de salud reproductiva México*. México: Consejo Nacional de Población
- Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, (2005, 5 de febrero).Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996. Recuperado el 6 de septiembre de 2014 de http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf.
- Wenzel, V. & Lindner, K.H. (2002). Arginine vasopressin during cardiopulmonary resuscitation: laboratory evidence, clinical experience and recomendations, and a view to the future. *Crit Care Med*, 30 (4), 61-157.
- Widstrom, A.M., Ransjo-Arvidson, A.B., Christensson, K., Matthiesen, A.S., Winberg, J. & Uvnas-Moberg, K. (1987). Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76 (2), 72-566.
- Williams, N. (2015). Pre-hire pregnancy screening in Mexico's maquiladoras; Is it discrimination? *Duke Journal of Gender Law, Policy*, 12 (2), 131-151.
- Ying, Q., Battle, L., Doble, B. & Cohen, P. (2008). "The ground state of embryonic stem cell self-renewa". *Nature* 453 (2). Recuperado el 11 de agosto de 2014 de http://fhs.mcmaster.ca/sccri/documents/embryonic_stem_cell_self_renewal.pdf
- Zeki S. (2007), "The neural correlates of maternal and romantic love" *Nature* 21 (14). Recuperado el 11 de agosto de 2014 de <http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/0207/32.htm>
<http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/0207/32.htm>

Anexo I.

Tratados Internacionales enfocados al embarazo y la maternidad⁴⁴

Nombre del Instrumento Internacional	Artículos relevantes	Fecha de publicación
<p>CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (PACTO DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA)</p>	<p>Parte I CAPÍTULO II ARTÍCULO 4.- Derecho a la vida 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.</p>	<p>Diario Oficial de la Federación, 7 de mayo de 1981 Nota: De acuerdo con las Declaraciones interpretativas acerca del párrafo I del Artículo 4 considera que la expresión "en general", usada en el citado párrafo no constituye obligación de adoptar o mantener en vigor legislación que proteja la vida "a partir del momento de la concepción", ya que esta materia pertenece al dominio reservado de los Estados. Estipulando que el Estado puede prever excepciones en su legislación.</p>
<p>CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ)</p>	<p>CAPÍTULO III. DEBERES DE LOS ESTADOS ARTÍCULO 9.- Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de</p>	<p>Diario Oficial de la Federación, 19 de enero de 1999</p>

⁴⁴Realización propia mediante formación obtenida de SEGOB (2014) *Tratados vigentes celebrados por México* (http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2012/CDTratados/cd_tratados.php)

	privación de su libertad.	
CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER	<p>Parte III</p> <p>Artículo 11</p> <p>1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, mismos derechos, en particular:</p> <p>a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil</p> <p>2. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:</p> <p>Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se hayan probado puedan resultar perjudiciales para ella.</p> <p>Artículo 12:</p> <p>1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a servicios de atención médica inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.</p> <p>2. Sin perjuicio a lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p> <p>Artículo 16:</p> <p>1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las</p>	Diario Oficial de la Federación 18 de diciembre de 1980

	<p>relaciones familiares y, en particular asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:</p> <p>e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.</p>	
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO	<p>Parte I</p> <p>ARTÍCULO 24</p> <p>2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:</p> <p>d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres.</p> <p>e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.</p>	Diario Oficial de la Federación, 25 de enero de 1991
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	<p>PARTE III</p> <p>ARTÍCULO 6</p> <p>5. No se impondrá la pena de muerte por delitos cometidos por personas de menos de 18 años de edad, ni se la aplicará a las mujeres en estado de gravidez.</p>	Diario Oficial de la Federación, 22 de junio de 1981
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	<p>PARTE III</p> <p>ARTÍCULO 10</p> <p>Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:</p> <p>2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas</p>	Diario Oficial de la Federación, 12 de mayo de 1981

	de seguridad social.	
CONVENIO III DE GINEBRA RELATIVO AL TRATO DE LOS PRISIONEROS DE GUERRA	<p>ANEXO I</p> <p>ACUERDO MODELO RELATIVO A LA REPATRIACIÓN DIRECTA Y A LA HOSPITALIZACIÓN EN PAÍS NEUTRAL DE LOS PRISIONEROS DE GUERRA HERIDOS O ENFERMOS</p> <p>I.-Principios para la repatriación directa o la hospitalización en país neutral</p> <p>A. Repatriación directa.</p> <p>Serán repatriados directamente:</p> <p>f) Enfermedades crónicas graves de los órganos génito-urinarios, por ejemplo: enfermedades crónicas del riñón con trastornos consecutivos, nefrectomía para un riñón tuberculoso; pielitis o cistitis crónica, hidro o pionefrosis, enfermedades ginecológicas graves; embarazos y enfermedades obstétricas, cuando la hospitalización en país neutral sea imposible; etc.</p> <p>B. Hospitalización en país neutral.</p> <p>Serán presentados para hospitalización en país neutral:</p> <p>7) Todas las prisioneras de guerra embarazadas y las prisioneras que sean madres, con sus hijos lactantes y de corta edad.</p>	Diario Oficial de la Federación, 23 de junio de 1953
CONVENIO IV DE GINEBRA RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE PERSONAS CIVILES EN TIEMPO DE GUERRA	<p>TÍTULO II</p> <p>Protección general de la población contra ciertos efectos de la guerra.</p> <p>ARTÍCULO 14</p> <p>En tiempo de paz, las Altas Partes Contratantes y, después del comienzo de las hostilidades, las Partes en conflicto, podrán designar en el propio territorio y, si es necesario, en los territorios ocupados, zonas y localidades sanitarias y de seguridad organizadas de manera que se pueda proteger contra los efectos de la guerra a los heridos y a los enfermos, a los inválidos, a los ancianos, a los niños menores de quince</p>	Diario Oficial de la Federación 23 de junio de 1953

	<p>años, a las mujeres encintas y a las madres de niños de menos de siete años. Ya al comienzo de un conflicto y en el transcurso del mismo, las Partes interesadas podrán concertar acuerdos entre sí para el reconocimiento de las zonas y localidades que hayan designado. Podrán, a este respecto, poner en vigor las disposiciones previstas en el proyecto de acuerdo anejo al presente Convenio, haciendo eventualmente las modificaciones que consideren necesarias.</p> <p>Se invita a que las Potencias protectoras y el Comité Internacional de la Cruz Roja presten sus buenos oficios para facilitar la designación y el reconocimiento de esas zonas y localidades sanitarias y de Seguridad.</p> <p>TÍTULO III</p> <p>Estatuto y trato de las personas protegidas</p> <p>SECCIÓN II</p> <p>Extranjeros en el territorio de una parte en conflicto</p> <p>ARTÍCULO 38</p> <p>Exceptuadas las medidas especiales que puedan tomarse en virtud del presente Convenio, en particular de los artículos 27 y 41, la situación de las personas protegidas continuará rigiéndose, en principio, por las disposiciones relativas al trato debido a los extranjeros en tiempo de paz. En todo caso, tendrán los siguientes derechos:</p> <p>5) los niños menores de quince años, las mujeres embarazadas y las madres de niños menores de siete años se beneficiarán, en las mismas condiciones que los súbditos del Estado interesado, de todo trato preferente.</p> <p>SECCIÓN III</p> <p>Territorios ocupados</p> <p>ARTÍCULO 50</p> <p>Con la colaboración de las autoridades nacionales y locales, la Potencia ocupante facilitará el buen funcionamiento de los</p>	
--	--	--

	<p>establecimientos dedicados a la asistencia y a la educación de los niños. Tomará cuantas medidas sean necesarias para facilitar la identificación de los niños y registrar su filiación. En ningún caso podrá modificar su estatuto personal, ni alistarlos en formaciones u organizaciones de ella dependientes.</p> <p>Si las instituciones locales resultan inadecuadas, la Potencia ocupante deberá tomar medidas para garantizar la manutención y la educación, si es posible por medio de personas de su nacionalidad, idioma y religión, de los niños huérfanos o separados de sus padres a causa de la guerra, a falta de un pariente próximo o de un amigo que esté en condiciones de hacerlo. Se encargará a una sección especial de la oficina instalada en virtud de las disposiciones del artículo 136 a fin de que tome las oportunas medidas para identificar a los niños cuya filiación resulte dudosa. Se consignarán sin falta cuantas indicaciones se tengan acerca del padre, de la madre o de otros allegados. La Potencia ocupante no deberá entorpecer la aplicación de las medidas preferenciales que hayan podido ser adoptadas antes de la ocupación en favor de los niños menores de quince años, de las mujeres encinta y de las madres de niños menores de siete años, por lo que respecta a la nutrición, a la asistencia médica y a la protección contra los efectos de la guerra.</p> <p>CAPÍTULO XII</p> <p>Liberación, repatriación y hospitalización en país neutral</p> <p>ARTÍCULO 132</p> <p>Toda persona internada será puesta en libertad por la Potencia detenedora tan pronto como desaparezcan los motivos de su internamiento. Además, las Partes en conflicto harán lo posible por concertar, durante las hostilidades, acuerdos con miras a la liberación, la repatriación, el regreso al lugar de domicilio o de hospitalización en país neutral de ciertas categorías de internados y, en particular, niños, mujeres encinta y madres lactantes o con hijos de corta edad, heridos y enfermos o internados</p>	
--	---	--

	que hayan estado mucho tiempo en cautiverio.	
<p>PROTOCOLO ADICIONAL A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DEL 12 DE AGOSTO DE 1949, RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE LOS CONFLICTOS ARMADOS INTERNACIONALES</p> <p>(PROTOCOLO I)</p>	<p>CAPÍTULO VI</p> <p>Servicios de Protección Civil</p> <p>SECCIÓN II</p> <p>Socorros en favor de la Población Civil</p> <p>ARTÍCULO 70.- Acciones de socorro</p> <p>1. Cuando la población civil de cualquier territorio que, sin ser territorio ocupado, se halle bajo el control de una Parte en conflicto esté insuficientemente dotada de los suministros mencionados en el artículo 69, se llevarán a cabo, con sujeción al acuerdo de las Partes interesadas, acciones de socorro que tengan carácter humanitario e imparcial y sean realizadas sin ninguna distinción de carácter desfavorable. El ofrecimiento de tales socorros no será considerado como injerencia en el conflicto armado ni como acto hostil. En la distribución de los envíos de socorro se dará prioridad a aquellas personas que, como los niños, las mujeres encinta, las parturientas y las madres lactantes gozan de trato privilegiado o de especial protección de acuerdo con el IV convenio o con el presente Protocolo.</p> <p>CAPÍTULO II</p> <p>Medidas en favor de las Mujeres y de los Niños</p> <p>ARTÍCULO 76.- Protección de las mujeres</p> <p>2. Serán atendidas con prioridad absoluta los casos de mujeres encinta y de madres con niños de corta edad a su cargo, que sean arrestadas, detenidas o internadas por razones relacionadas con el conflicto armado.</p> <p>3. En toda la medida de lo posible, las Partes en conflicto procurarán evitar la imposición de la pena de muerte a las mujeres encintas o a las madres con niños de corta edad a su cargo por delitos relacionados con el</p>	<p>Diario Oficial de la Federación, 21 de abril de 1983</p>

	<p>conflicto armado. No se ejecutará la pena de muerte impuesta a esas mujeres por tales delitos.</p> <p>TÍTULO II</p> <p>Heridos, Enfermos y Náufragos</p> <p>SECCIÓN I</p> <p>Protección General</p> <p>ARTÍCULO 8.- Terminología</p> <p>Para los efectos del presente Protocolo:</p> <p>a) se entiende por "heridos" y "enfermos" las personas, sean militares o civiles, que debido a un traumatismo, una enfermedad u otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, a los recién nacidos y a otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres encinta, y que se abstengan de todo acto de hostilidad.</p>	
<p>DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (Instrumentos no obligatorios, Declaraciones)</p>	<p>Artículo 25</p> <p>1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p> <p>2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p>	<p>Adopción: Asamblea General de la ONU</p> <p>Resolución 217 A (III), 10 de diciembre de 1994</p>
<p>DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE (Instrumentos no obligatorios,</p>	<p>CAPÍTULO I</p> <p>Derechos</p> <p>ARTÍCULO VII.- Toda mujer en estado de</p>	<p>Adopción: IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia</p>

Declaraciones)	gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidado y ayuda especiales.	02 de mayo de 1948
DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Instrumentos no obligatorios, Declaraciones)	PRINCIPIO 4 El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.	Adopción: Asamblea General de la ONU Resolución 1386 (XIV), 20 de noviembre de 1959
DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL (Instrumentos no obligatorios, Declaraciones)	PARTE II Artículo 11 b) La protección de los derechos de madres y niños; la preocupación por la educación y la salud de los niños; la aplicación de medidas destinadas a proteger la salud y el bienestar de las mujeres, especialmente de las mujeres embarazadas que trabajan y madres de niños de corta edad, así como de las madres cuyos salarios constituyen la única fuente de ingresos para atender a las necesidades de la familia; la concesión a la mujer de permisos y de subsidios por embarazo y maternidad, con derecho a conservar el trabajo y el salario.	Adopción: Asamblea General de la ONU Resolución 2542 (XXIV), 11 de diciembre de 1969
DECLARACIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (Instrumentos no obligatorios, Declaraciones)	ARTÍCULO 10 2. A fin de impedir que se discrimine contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y garantizar su derecho efectivo al trabajo, deberán adoptarse medidas para evitar su despido en caso de matrimonio o maternidad, proporcionarle licencia de maternidad con sueldo pagado y la garantía de volver a su empleo anterior, así como para que se le presten los necesarios servicios sociales, incluidos los destinados al cuidado de los niños.	Adopción: Asamblea General de la ONU Resolución 2263 (XXII), 7 de noviembre de 1967
DECLARACIÓN Y PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA (Instrumentos no obligatorios, Declaraciones)	4. Derechos del niño 47. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a todos los países a que, con el apoyo de la cooperación internacional, pongan en	Adopción: Conferencia Mundial de Derechos Humanos Viena, Austria, 25 de junio de 1993

	<p>práctica, en el grado máximo que les permitan los recursos de que dispongan, medidas para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan de Acción aprobado en la Cumbre Mundial. La Conferencia pide a los Estados que integren la Convención sobre los Derechos del Niño en sus planes nacionales de acción. En esos planes nacionales de acción y en los esfuerzos internacionales debe concederse particular prioridad a la reducción de los índices de mortalidad infantil y mortalidad derivada de la maternidad, a reducir la malnutrición y los índices de analfabetismo y a garantizar el acceso al agua potable y a la enseñanza básica. En todos los casos en que sea necesario, deben elaborarse planes de acción nacionales para hacer frente a emergencias devastadoras resultantes de desastres naturales o de conflictos armados y al problema igualmente grave de los niños sumidos en la extrema pobreza.</p>	
<p>CARTA INTERNACIONAL AMERICANA DE GARANTÍAS SOCIALES O DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES DEL TRABAJADOR (Cartas, principios, directrices, estatutos, reglas y otros instrumentos)</p>	<p>TRABAJADORES INTELECTUALES</p> <p>ARTÍCULO 31</p> <p>a) Procurar los medios de subsistencia en caso de cesación o interrupción de la actividad profesional como consecuencia de enfermedad o accidente, maternidad, invalidez temporal o permanente, cesantía, vejez o muerte prematura del jefe de la familia.</p> <p>ARTÍCULO 33</p> <p>La mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado no inferior a seis semanas antes y seis semanas después del alumbramiento, conservación del empleo, atención médica para ella y el hijo y subsidio de lactancia. Las leyes establecerán la obligación de los empleadores de instalar y mantener salas-cunas y guarderías infantiles para los hijos de los trabajadores.</p>	<p>Adopción: Río de Janeiro, Brasil, 1947</p>
<p>REGLAS MÍNIMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS (Cartas, principios, directrices, estatutos, reglas y otros instrumentos)</p>	<p>PRIMERA PARTE</p> <p>Reglas de aplicación general</p> <p>Servicios médico</p> <p>23. 1) En los establecimientos para mujeres</p>	<p>Adopción: Consejo Económico y Social de la ONU</p> <p>Resoluciones 663C (XXIV), del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII), del 13 de mayo de</p>

	deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento.	1977
SALVAGUARDIAS PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONDENADOS A LA PENA DE MUERTE (Cartas, principios, directrices, estatutos, reglas y otros instrumentos)	3. No serán condenados a muerte los menores de 18 años en el momento de cometer el delito, ni se ejecutará la sentencia de muerte en el caso de mujeres embarazadas o que hayan dado a luz recientemente, ni cuando se trate de personas que hayan perdido la razón.	Aprobadas por el Consejo Económico y Social de la ONU en su resolución 1984/50, de 25 de mayo de 1984