

**LA MUJER**

**ADOLESCENTE**

**ADULTA**

**ANCIANA**

**Y SU SALUD...**



**Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo"  
Sistema Nacional de Salud**

**MEXICO 1992**



SECRETARIA DE SALUD  
**LA MUJER ADOLESCENTE,  
ADULTA, ANCIANA Y SU SALUD**

DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL

Programa Nacional " Mujer, Salud y Desarrollo "

México, 1992

# **LA MUJER ADOLESCENTE, ADULTA, ANCIANA Y SU SALUD**

**PROGRAMA NACIONAL «MUJER, SALUD Y DESARROLLO»  
MEXICO, 1992**

**Secretario de Salud**  
DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ

**Subsecretario de  
Servicios de Salud**  
DR. ENRIQUE WOLPERT BARRAZA

**Subsecretaria de Regulación  
Sanitaria y Desarrollo**  
DRA. MERCEDES JUAN LOPEZ

**Subsecretario de Organización  
y Desarrollo**  
DR. JAIME SEPULVEDA AMOR

**Oficial Mayor**  
LIC. GUILLERMO FONSECA ALVAREZ

**Directora General de Atención Materno Infantil**  
LIC. YOLANDA SENTIES E. Q.F.B.

**Organización Panamericana de la Salud  
Representante en México  
DR. JUAN MANUEL SOTELO**

**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
Representante en México y Cuba  
DR. JORGE JARA VALENCIA**

**DEPENDENCIAS, INSTITUCIONES Y SOCIEDADES PARTICIPANTES:**

Secretaría de Salud  
Secretaría de la Defensa Nacional  
Secretaría de Marina  
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal  
Petróleos Mexicanos  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Instituto Nacional de la Nutrición  
Instituto Nacional Indigenista  
Instituto Mexicano de Psiquiatría  
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia  
Organización Panamericana de la Salud  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
Sociedad Mexicana de Geriátría y Gerontología  
Centro de Orientación para Adolescentes (CORA)

**Coordinación:**

- Lic. Yolanda Senties QFB  
Directora General de Atención Materno Infantil
  
- Profra. Irma Zárate Pineda  
Directora de Participación Social y Problemas Específicos
  
- Dra. Luz Alicia Huerta González  
Responsable del Programa «Mujer, Salud y Desarrollo»

**Asesoría:**

Lic. Silvia Beatriz Hartman  
Dr. Francisco Olvera Esnaurrizar  
Profr. Miguel Huerta Maldonado

# CONTENIDO

- I Presentación
  
- II Información general
  - Mujer, legislación y salud
  - Población, escolaridad y ocupación
  - Alimentación y nutrición
  - Morbilidad
  - Mortalidad
  - Fecundidad y nupcialidad
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
  - Minusvalía
  - Mujer indígena
  
- III Mujer adolescente
  - Aspectos generales
  - Embarazo, parto y puerperio
  - Sexualidad
  - Uso de métodos anticonceptivos
  - Salud mental
  - Cáncer
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
  - Violación
  - Minusvalía
  
- IV. Mujer adulta
  - Aspectos generales
  - Embarazo, parto y puerperio
  - Sexualidad
  - Uso de métodos anticonceptivos
  - Salud reproductiva y trabajo
  - Salud mental
  - Cáncer
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Climaterio  
Maltrato  
Minusvalía

- V. Mujer Anciana
  - Aspectos Generales
  - Sexualidad
  - Salud mental
  - Cáncer
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
  - Maltrato
  - Minusvalía
  
- VI Conclusión general

## I. PRESENTACION

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Atención Materno Infantil, ha venido operando entre otros programas nacionales, el de «Mujer, Salud y Desarrollo. En 1990 recopiló datos y publicó el libro «La Salud de la Mujer en México, Cifras Comentadas», cuya distribución, del orden de los 7,000 ejemplares, constituyó un paso importante para atender con mayores fundamentos técnicos, los problemas de salud de la mujer.

El propósito de esta nueva publicación es enfatizar en la necesidad de la atención a la salud de la mujer en tres etapas cruciales de la vida, presentando el perfil de salud en la adolescencia, la madurez y la vejez.

Con la difusión de la información, hasta la fecha la más actualizada, relacionada con la salud de la mujer en diversas etapas de su vida, se ofrece la oportunidad de documentarse y se configura una sólida base para la realización de acciones concretas específicas.

Atender la salud de la mujer garantiza la plena vigencia del inalienable derecho a la salud, que establece la norma constitucional, a más de la mitad de la población y contribuye al sano desarrollo nacional.

En todas las épocas el papel de la mujer en la sociedad ha sido vital, esto es determinante en el progreso de los pueblos, sobre todo en la que vivimos y en la que su participación social se ha incrementado de tal manera que todo lo relacionado con su salud repercute en el medio familiar y en todo el entorno social.

La Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Atención Materno Infantil, expresa su reconocimiento a las dependencias, instituciones y sociedades participantes, así como todas y a cada una de las distinguidas profesionales que han concedido su invaluable colaboración.

Lic. Yolanda Senties E. Q.F.B.  
Directora General de Atención Materno Infantil  
Secretaría de Salud

## II. INFORMACION GENERAL

### MUJER, LEGISLACION Y SALUD

*Alicia Barnard Amozorrutia*

#### LA MUJER AZTECA

*«... Parece que querían que  
(las mujeres) fuesen sordas,  
ciegas y mudas...»*

*Gerónimo de Mendieta*

Los estudios sobre la mujer mexicana y su condición social, han señalado diversas conclusiones acerca de su estatus, de las cuales sobresalen dos: la exaltación a las raíces indígenas, que si bien reconocen un lugar secundario de la mujer, idealizan los principios que rigieron su vida, tales como la castidad, la rectitud y la obediencia. Otros autores, abandonando esta posición romántica, critican el carácter clasista de las sociedades precolombinas y la subordinación de la mujer.<sup>(1)</sup>

La sociedad azteca se regía bajo clases perfectamente diferenciadas: los nobles (pipiltin) y los plebeyos (macehualtin): la relación de estas clases fue básicamente de explotación y dependencia; en cada uno de estos estratos la mujer fue relegada a un segundo plano, su participación en la sociedad mexicana, fue siempre de sumisión y sus actividades, aunque importantes, no eran consideradas relevantes o trascendentes <sup>(2)</sup>.

La educación de la mujer azteca correspondía a la madre. En su papel preceptor educaba a niños y niñas hasta los 4 años. A partir

de esa edad los niños podían asistir a una educación oficial a templos o seminarios, las niñas jóvenes lo hacían en casos excepcionales y, sin estar sustraídas del cuidado de los padres, como era el caso de los jóvenes, en la mayoría de los casos se les educaba en el hogar y enseñaba a tejer, hilar, atender el hogar. En sí, se les preparaba para el matrimonio<sup>(3)</sup>.

La mujer, en términos de salud, se consideraba como un ser de naturaleza desequilibrada, y por lo tanto vulnerable y generadora de fuerzas nocivas. Por ejemplo, la mujer menstruante o que recién había parido, era apartada del resto de la sociedad por considerársele transmisora de enfermedades y generadora de todo tipo de desgracias<sup>(4)</sup>.

La maternidad estuvo regida por muchos ritos. Se creía que los dioses «Ometecuhtli y Omecihúatl (señor y señora de la dualidad) influían en la concepción por la emisión de entidades anímicas al vientre de las mujeres para propiciar la formación del feto. También se pensaba que la preñez era elaboración de los dioses y en ese estado las mujeres se hallaban bajo la protección de éstos. Las creencias populares decían que «la concepción se efectuaba a partir del líquido seminal del hombre, acumulado durante varias cópulas y que era necesario nutrir con esperma el ser que estaba gestando»<sup>(5)</sup>.

En la atención del parto las nobles contaban con el apoyo de una partera, quien desde el embarazo aconsejaba a la mujer sobre los alimentos y le enseñaba todos los cuidados que debía tener. Sin embargo, la mujer plebeya no tenía tanta atención o inclusive ninguna, aunque si estaba próxima al parto «tiene muy cerca la partera porque todas lo son; y si es primeriza ve a la primera vecina o pariente para que la ayude». Normalmente la posición del parto era en «cuclillas» y de existir complicaciones la partera solicitaba a la familia de la mujer permiso para cortar con navaja al nuevo ser para salvar la vida de la mujer; de no ser autorizado, la partera salía del cuarto y la dejaba morir. Así las mujeres que morían durante el parto eran consideradas divinas y semejantes a los guerreros que perdían en combate, ya que en sí el momento del parto era llamado «la hora

de la muerte». Si el recién nacido era niña «enterraban el ombligo debajo del fogón como señal de que su vida debía transcurrir en el hogar»<sup>(6)</sup>.

El abuso sexual se castigaba únicamente si se cometía contra una joven noble que fuera virgen, contra una niña menor de doce años, siempre y cuando ésta muriera a causa de las lesiones causadas por violación, o contra una mujer casada, si ésta podía identificar a su agresor. La violación contra las prostitutas o contra las mujeres del pueblo en general no se consideraba un delito. El ejercicio de la prostitución era permitido, pero las «alegradoras» (ahuianime) tenían prohibido mezclarse con el resto de la sociedad; por ello, las mujeres que se dedicaban a este oficio vivían en una zona delimitada; en realidad eran los nobles y los guerreros destacados en batalla quienes tenían acceso a estas mujeres, incluso en ocasiones, tomaban a alguna prostituta como concubina<sup>(7)</sup>.

En cuanto a la participación activa de la mujer en la sociedad mexicana, ésta se limitaba al trabajo doméstico, las labores textiles y oficios femeninos, entre las plebeyas, por ejemplo; verduleras, tamaleras, tortilleras. En el campo de la salud destacan las médicas, las terapeutas y las parteras. De las mujeres médicas Sahagún nos dice: «La que es buena médica sabe curar a los enfermos, y por el beneficio que les hace casi vuélvelos a la vida, haciéndoles mejorar o convalecer con las curas que hace; sabe sangrar, dar la purga, hechar medicina y untar el cuerpo, ablandar palpando lo que parece duro en alguna parte del cuerpo, concertar huesos, sajar y curar las llagas y la gota, y el mal de ojos, y cortar la carnaza de ellos»<sup>(8)</sup>. El ejercicio de esta actividad estuvo a cargo de mujeres ancianas y la adquisición de conocimientos fue empírica, por lo que el mismo Sahagún lo considera «un oficio de mujer baja».

## LA MUJER EN LA COLONIA

*«... y sabe que le he pedido que apague la luz de mi entendimiento dejando solo lo que baste para guardar su Ley, pues lo demás sobra, según algunos, en una mujer...»*

*Sor Juana Inés de la Cruz*

La conquista da lugar a un choque cultural que originó condiciones desfavorables y contradictorias en la situación de la mujer. Contradicciones que en términos generales son claramente expuestas por Octavio Paz «...rigorismo y libertinaje, pesimismo radical y sensualidad exaltada, ascetismo y erotismo son actitudes que siempre se dan juntas...»<sup>(9)</sup>.

Las Indias Occidentales quedaron incorporadas a la Corona de Castilla y fue el Derecho Castellano el que primeramente rigió la vida de esta región; posteriormente y en vista de que las condiciones sociales no facilitaron la aplicación de estas leyes y por sus peculiaridades, se desarrolló el Derecho Indiano, el cual generalmente fue casuístico, ante condiciones no contempladas en la legislación castellana <sup>(10)</sup>.

El Derecho Castellano de la época, y por lo tanto el Derecho Indiano, sustentaba la supremacía del hombre sobre la mujer, entendida ahora no como un papel secundario dentro de una sociedad como lo era en la sociedad azteca, sino como la necesidad de protegerla por considerársele incapaz de valerse por sí misma. Este centraba el papel de la mujer en el matrimonio y en la maternidad, se condenaba el aborto y la homosexualidad. En teoría se le consideraba igual que el varón, de hecho y por las tradiciones la realidad era otra bajo la presunción de amparo por parte del hombre<sup>(11-12)</sup>.

Por otra parte, y «acorde con la mentalidad de la época, encontramos toda una legislación encaminada a la protección de la mujer con el fin de otorgarle una educación adecuada y preservarla de una vida en desacuerdo con los esquemas éticos vigentes» <sup>(13)</sup>; sin embargo, mientras los varones asistían a internados y escuelas católicas o a la Real Pontificia Universidad, a las mujeres sólo se les permitía asistir a colegios conventuales y a las «casas de la amiga» hasta los 10 años de edad, aunque las de clase alta de mayor edad podían tener maestros en casa.

En la lucha por la moral pública y la asistencia social a españolas, mestizas e indias los recogimientos de mujeres fueron las instituciones que a partir del siglo XVI se crearon para brindar albergue a las pecadoras o desamparadas, ante su condición de no poder valerse por sí mismas. Muchos de estos centros llegaron a convertirse en colegios o conventos; aunque, en el siglo XVIII se transforman en cárceles de mujeres caracterizados ya no por arrepentimiento cristiano, sino por el castigo a las malas costumbres<sup>(14)</sup>.

Para salvaguardar a las mujeres casadas y decentes, la prostitución era aceptada como un mal necesario bajo la óptica de la doble moral cristiana. Mientras las «alegradoras» en el mundo indígena formaban parte de la sociedad ejerciendo un oficio, en la Colonia se les agredía y se les llamaba «rameras», «perdidas» o «prostitutas» y se les recluía en casas de mancebía; inclusive, a través de una Cédula Real de la reina en 1538, se reglamentaba y autorizaba la prostitución y además se permitía su explotación y monopolio por parte del Ayuntamiento de la Ciudad de México<sup>(15)</sup>.

La atención de la salud de la mujer tiene un remoto antecedente en el Hospital de los Desamparados que el Dr. Pedro López «...y lo sostuvo con limosnas a las que él ha hecho y hace de su casa» en donde se atendía a mujeres, hombres y niños abandonados en 1582 el cual quedó más tarde a cargo de la Orden de San Juan de Dios, quienes le dieron su nombre<sup>(16)</sup>. En 1772 se institucionalizó en todos los hospitales la «operación cesárea» por orden del Virrey Antonio María Bucareli; sin embargo, tanto en el Hospital de San Juan de Dios

como en otros, el servicio era pésimo principalmente por la falta de recursos, ya que las instituciones hospitalarias de la época se sostenían de la caridad y filantropía pública bajo el esquema de caridad cristiana <sup>(17)</sup>. Por lo demás, las parteras y herbolarias, junto con las monjas en los conventos eran las encargadas de prestar auxilio tanto a hombres como a mujeres, inclusive eran preferidas por gran parte de la población en lugar de los pocos médicos o boticarios de la época.

A finales del siglo XVIII se fue modificando el concepto de la inferioridad femenina y cada vez existió un mayor respeto a las mujeres. Sin embargo, todavía se les consideraba incapaces de encabezar una renovación moral y aquellas con poca educación eran consideradas generadoras de males sociales. Si bien la mujer de esa época tenía la responsabilidad del hogar en un plano doméstico y económico, al hombre correspondía el dominio general en éste<sup>(18)</sup>.

## LA MUJER EN EL SIGLO XIX

*«Que sepa coser, guisar, barrer (...) que halle en la virtud placer y utilidad, que sea religiosa; (...); el día que hable de política, me divorcio.»*

*Guillermo Prieto*

Las constantes luchas de independencia y reforma provocan una crisis en la industria y el comercio, lo que da pauta a que la mujer se integre con mayor frecuencia a la vida productiva; además del comercio, las labores domésticas, la industria textil y tabacalera, ahora las mujeres de clase baja participan activamente en algunos gremios artesanales; las de clase media en la administración de tiendas y restaurantes así como en la enseñanza.

La prostitución era permitida y frecuentemente las condiciones sanitarias fueron deplorables. Posterior a la Independencia en México, se instituyó un sistema reglamentarista en cuanto a la prostitución, al importar ordenanzas francesas. En 1867 Maximiliano establece el primer Reglamento Sanitario para Control de Prostitutas. El supuesto control sanitario semanal para estas mujeres en 1873, se encontraba a cargo del Médico de Inspección de Sanidad del Consejo Superior de Sanidad y su reglamento pretendía la expedición de licencias sanitarias mediante el pago de una cuota mensual que iba de 6 a 27 pesos, según la clase en la que estaban divididas y según el tipo «aisladas» las que vivían solas y «públicas» las que lo hacían en comunidad; las cuotas más altas eran para los burdeles también sujetos a este reglamento en el cual también se mencionaban las multas a que se exponían por no asistir a esta revisión. Sin embargo, como el propio Médico Inspector de Sanidad lo señala «... si algo se dedujera del corto número de inscripciones, que la prostitución se moderaba debido a tal o cual causa, lo cual sería un error porque la prostitución clandestina que es la más perniciosa se encuentra en boga...»<sup>(19)</sup>.

Las constituciones políticas mexicanas de 1824 y 1857 al usar términos «individuos» y «ciudadanos» genéricamente otorga garantías a hombres y a mujeres; sin embargo, en la realidad, todavía distaba de ser un hecho. Por otra parte, el Código Civil de 1870 en el Artículo 1º dice: «La Ley Civil es igual para todos sin distinción de personas ni de sexos, más que en los casos especialmente declarados». Los casos de excepción se refieren a la situación de la mujer en la familia, aunque por primera vez, un avance jurídico en torno a la igualdad civil del hombre y la mujer es establecido. El Código de 1884, también reproduce esta disposición<sup>(20)</sup>.

Durante la segunda mitad del siglo XIX la subordinación de la mujer se reduce e incluso se censura el maltrato a mujeres y algunas están menos dispuestas a tolerarlo. Nos dice Silvia Arrom: «El mejoramiento de la educación femenina potencialmente desafiaba el orden social, porque en teoría era posible que las mujeres bien educadas compitieran con los hombres. La abolición de barreras legales de mujeres solteras y viudas, la participación de mujeres en el movimiento independentista y su presencia en grupos de presión en el período republicano, también estaban empezando a reducir las diferencias entre sexos». Por otra parte, aflora el concepto de la exaltación de la maternidad como misión sublime que daba a las mujeres una posición «sagrada» en la sociedad. Ello dio como resultado un retroceso para que su incorporación activa a la vida social. Básicamente fue el temor el que impidió a los mexicanos liberales otorgar mayores derechos a la mujer y el término «igualdad» para la mujer fue más bien sinónimo de «diferentes»<sup>(21)</sup>.

Durante la Reforma se pugnaba por la educación para ambos sexos. Juárez, en su Programa de Gobierno en 1861, enfatizó que: «secularizando los establecimientos de utilidad pública, se atenderá también a la educación de las mujeres, dándole la importancia por la influencia que ejercen en la sociedad»<sup>(22)</sup>.

A finales del siglo XIX y principio de éste se establecieron las primeras escuelas profesionales para mujeres: la Normal para Señoritas en 1890; la Escuela de Artes y Oficios con más de 1000

alumnos a finales del siglo y en 1903 la Escuela Mercantil «Miguel Lerdo de Tejada»<sup>(23)</sup>.

La participación de la mujer en materia de salud permite, además de su participación empírica tradicional, el reconocimiento oficial. En 1822 el gobierno estableció una Escuela de Obstetricia y empezó a dar licencias a las graduadas. Con la creación de la Escuela de Medicina en 1835 también se establece la carrera de partera. La primera mujer que se recibió de médica durante el porfiriato en 1887, fue la señorita Matilde Montoya y antes, en 1886, Margarita Chorné, se recibió de odontóloga<sup>(24-25)</sup>.

En la atención a la salud de la mujer se pueden brindar dos ejemplos de la época. El primero se refiere al Hospital de San Juan de Dios el cual acorde con la legislación emitida por Maximiliano en materia de prostitución en 1867 y al ser abolidas las órdenes religiosas hospitalarias pasó a la beneficencia pública para tratar a mujeres sifilíticas, mismo al que en 1875 se le denominó «Hospital para Sifilíticas Morelos»<sup>(26)</sup>.

En 1861 Juárez establece el «Hospital de Maternidad e Infancia» el cual es fortalecido durante el Imperio de Maximiliano, ante la presión existente de la indigencia que prevalecía en la época a causa de luchas independentistas y de reforma. En 1865, en honor a su benefactor, se le llamó Hospital de San Carlos. Es importante destacar el hecho de que en este Hospital se establece la Clínica de Obstetricia para alumnos de la Escuela de Medicina en 1870. Ya en el siglo XX este Hospital se integra al Hospital General inaugurado en 1905<sup>(27)</sup>.

## LA MUJER EN EL SIGLO XX

*«Entre tantos ecos empiezo a reconocer el de mi propia voz»*

*Rosario Castellanos*

Se puede decir que tanto en el ámbito nacional como en el internacional, el siglo XX es el siglo de la mujer; los logros jurídicos, sociales, políticos y económicos brindan un nuevo panorama en su integración al desarrollo del país y por ende a su propia superación. El papel de la mujer en este siglo es vasto; sin embargo, aunque legalmente goza de los mismos derechos y garantías que el varón, persisten aún diferencias que impiden su incorporación total y definitiva en la sociedad.

En México, el movimiento revolucionario obliga a la mujer a salir del hogar e incorporarse en el grupo armado, no sólo para seguir al marido y cuidar de los hijos, sino también a luchar junto con él por los ideales del movimiento. Así, la mujer se incluye a un grupo, aspecto que será el signo principal durante este siglo para posteriormente luchar por su propia reivindicación, es decir, son las mujeres en grupo las que se darán a la búsqueda de sus derechos<sup>(28)</sup>. (anexo)

La reglamentación del trabajo de la mujer, para evitar su explotación y proteger su salud resulta ser, sin duda, el precepto más importante plasmado en la Carta Magna de 1917, en su Artículo 123 dice;

Art. 123.- El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región, sin contravenir las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros...

II. La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas las labores insalubres o peligrosas para las mujeres en general y para los jóvenes menores de dieciseis años. Queda también prohibido a unas y otros el trabajo nocturno industrial;

y en los establecimientos comerciales no podrán trabajar después de las diez de la noche.

V. Las mujeres, durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al parto disfrutarán forzosamente de descanso, debiendo percibir un salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por su contrato. En el período de la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

VII. Para trabajo igual, debe corresponder salario igual, sin tener en cuenta sexo ni nacionalidad.

VIII. Cuando por circunstancias extraordinarias, deban aumentarse las horas de jornada, se abonará como salario por el tiempo excedente, un ciento por ciento más de lo fijado para las horas normales. En ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias, ni de tres veces consecutivas. Los hombres menores de dieciseis años y las mujeres de cualquiera edad, no serán admitidos en esta clase de trabajos <sup>(29)</sup>.

En esta época la educación femenina tiene avances en cuanto al nivel de información general, pero todavía queda lejos la posibilidad de tener un mejor conocimiento del cuerpo y la sexualidad.

En 1932 se presentó un informe que analizaba la frecuencia de embarazos no deseados y de abortos entre las adolescentes que no tenían conocimiento de las funciones reproductivas. Se propuso entonces la incorporación a los planes de estudio en una serie de programas que explicaran a las niñas el conocimiento de su cuerpo y el cuidado de los hijos. A este respecto la Unión de Padres de Familia se opuso terminantemente y dos años más tarde el titular de la Secretaría de Educación Pública, Narciso Bassols Solís, tuvo que renunciar a su puesto. «El recato se sobreponía a la ignorancia y seguía siendo un impedimento para el desarrollo de la mujer, para la toma de conciencia de sus propias capacidades»<sup>(30)</sup>.

Es en 1937 durante la gestión de Lázaro Cárdenas que se presenta la primera iniciativa de la Ley Presidencial para otorgarle un voto federal a la mujer, al respecto dice Mario Moya Palencia, en 1974: «...La apreciación equivocada de que el sufragio femenino beneficiaría a una política conservadora, frustró el patriótico intento...»<sup>(31)</sup>. Más adelante, la gestión de Manuel Avila Camacho implicó para las mujeres una mayor presencia en la producción, pero los empleos eran mal retribuidos; un logro importante es esta época tanto para hombres como mujeres trabajadoras es la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943<sup>(32)</sup>.

Mientras tanto, en el ámbito internacional, la Organización de las Naciones Unidas, en su labor en pro de la igualdad de la mujer, expresa en el artículo 2º de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en 1948: «Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición». Este concepto, no nuevo en las garantías individuales, ideal de los revolucionarios franceses así como de Morelos y Juárez en nuestro país, es ahora impulsado por el foro de las naciones sin discriminación alguna al sustituir el término «persona» por «individuo» u «hombre». Con esta misma intención y para continuar en la línea de otorgar una igualdad a la mujer con el hombre, los países miembros de las Naciones Unidas, en 1952, suscriben la Resolución 640 en la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer<sup>(33)</sup>.

En México, mientras tanto, en 1946 el Presidente Miguel Alemán promueve el derecho a voto de la mujer y durante el gobierno del Presidente Adolfo Ruíz Cortines, en octubre de 1953, entra en vigor la reforma a la Constitución Política en los Estados Unidos Mexicanos que otorga la igualdad de la mujer a los derechos políticos<sup>(34)</sup>. A partir de entonces una serie de modificaciones a los preceptos jurídicos y civiles se han venido promoviendo. Sin embargo, el paso definitivo para la igualdad, en la condición jurídica de la mujer tanto

en el plano político, como en el laboral y civil tiene lugar en 1974, motivado también por nuevas corrientes feministas.

En efecto, en 1974 durante la gestión del Lic. Luis Echeverría Álvarez se presentan reformas sustanciales a la Constitución para garantizar la igualdad jurídica de la mujer. Las modificaciones a los artículos 4º, 30 y 123 Constitucional son la base legal que la sustenta:

Artículo 4º.- El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Artículo 30.- La nacionalidad mexicana se adquiere por nacimiento o por naturalización.

Artículo 123.- Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la Ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán: A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo.

I. La duración de la jornada máxima será de ocho horas.

II. La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas: las labores insalubres o peligrosas, el trabajo nocturno industrial y todo otro trabajo después de las diez de la noche, de los menores de 16 años.

III. Queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de 14 años. Los mayores de esta edad y menores de 16 tendrán como jornada máxima la de seis horas.

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifique un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

VII. Para trabajo igual debe corresponder salario igual, sin tener en cuenta sexo, ni nacionalidad.

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, la vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares<sup>(35)</sup>.

De estos preceptos constitucionales se desprenden otros, como la Ley General del Trabajo, en donde también se elimina aquel esquema proteccionista hacia la mujer y se deja de equipararla como una menor de edad; tan sólo se considera como caso especial su función reproductiva.

En materia de población, la Ley General de Población de ese mismo año establece los lineamientos básicos que el Consejo Nacional de Población desarrollará para la política de población, planeación familiar, coordinando actividades de salud, educación, seguridad social e información pública.

Artículo 32.- Los planes demográficos establecerán las necesidades para impulsar la igualdad social y económica de las mujeres que les proporcione las mismas oportunidades y derechos con los varones en cuanto a las actividades que desempeñen.

Los códigos civiles, penales, la legislación administrativa en lo general, reconocen a la mujer igual que el hombre. En lo particular y con su integración al trabajo existen también preceptos que la apoyan en el cuidado de sus hijos cuando trabajan. En términos de la seguridad social, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, consigna en su Artículo 15: «El Instituto Mexicano del Seguro Social prestará el servicio que comprende guarderías a hijos de aseguradas...»<sup>(37)</sup>. También el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado expresa, en su Artículo 141, fracción VI, el establecimiento de estancias de bienestar infantiles<sup>(38)</sup>. Esta disposición constitucional, a pesar del incremento de guarderías, no ha logrado una cobertura total por lo que ello impide un verdadero desarrollo profesional de la mujer trabajadora.

En la actualidad y no obstante que la mujer ha logrado incorporarse prácticamente en todos los ámbitos educativos y de trabajo, el Programa Nacional de Modernización Educativa 1989-1994 señala: «Con base en los datos censales de 1980 y la adición de nuevos rezagos, se calcula que aproximadamente el 8% de la población adulta es analfabeta. Los índices más altos corresponden a la población femenina rural e indígena»<sup>(39)</sup>.

En la atención de la salud, la mujer, como siempre, ha participado desde su hogar como procuradora de salud: vigilando el crecimiento de los hijos, proporcionándoles una alimentación adecuada dentro de sus posibilidades económicas, cuidando que reciban sus vacunas y atendiendo a los enfermos del hogar. En el nivel profesional, su incorporación, en el campo de la salud ha sido paulatina e importante. En 1983 en la carrera de enfermería el 91% de la población escolar eran mujeres. En la carrera de medicina para ese mismo año el porcentaje de mujeres era del 36%; sin embargo, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México la proporción ya era del 46%<sup>(40)</sup>. A pesar de ello y según el censo de trabajadores de la Secretaría de Salud, en 1988, el 58% de los trabajadores eran mujeres, aunque en el nivel de mandos medios y superiores el número de éstas era de 40, lo que representaba tan sólo un 10.6% del total<sup>(41)</sup>.

En 1983 una nueva modificación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 4º, consigna el Derecho a la Salud y dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución<sup>(42)</sup>.

La Ley General de Salud define la atención materno-infantil de carácter prioritario y en especial la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como una de sus acciones<sup>(43)</sup>. Sin embargo, la población femenina no adscrita a la seguridad social y sin acceso a la atención del parto en las instituciones de población abierta tiene una proporción de 35% para 1988, en relación con el número de nacimientos ocurridos en ese año<sup>(44)</sup>. En cuanto la planificación familiar también la Ley la define de carácter prioritario y establece que la Secretaría de Salud prestará a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual que requiera el Sistema Educativo Nacional.

En torno a problemas que todavía afectan a la mujer por la carencia de una legislación adecuada y que en términos de salud requieren ser atendidos jurídicamente se encuentra el abuso sexual, el aborto y la prostitución.

En la legislación penal vigente, en cuanto el abuso sexual de mujeres y menores de edad, éste se considera aún como delito del «fuero común» y se ha buscado su tipificación como delito del «fuero federal», para lograr una legislación más justa en favor de la mujer. A este respecto, avances como la Secretaría de la Mujer en el Estado de Guerrero y la Agencia Especializada de Menores y de Delitos Sexuales en la Ciudad de México, son instancias que pudieran ser

generalizadas en nuestro país para proteger la integridad física y psicológica de la mujer.

En el capítulo de delitos contra la vida y la integridad corporal, el Código Penal, en sus artículos 330, 331, castiga tanto a la mujer que recurre al aborto voluntariamente como a médicos, cirujanos y comadronas o parteras que intervengan y no se castiga cuando es imprudencia de la embarazada, por resultado de violación o cuando la mujer corre el peligro de muerte a juicio del médico que la asiste (artículo 333 y 334 del mismo Código)<sup>(45)</sup>.

No obstante, para medir en su justa valoración el problema del aborto es necesario contemplarlo dentro del marco socio-económico y cultural en el que se realiza; tan sólo un porcentaje muy pequeño es realizado por médicos en óptimas condiciones técnicas e higiénicas, así como de seguridad para la vida de la paciente. La interrupción del embarazo de manera ilegal tiene un alto costo social, humano y económico. Ante la magnitud del problema, el Estado se preocupa y pone énfasis en la educación sexual y en la planeación familiar. Sin embargo, no se puede obviar el problema si se toma en cuenta «que el número de abortos provocado en México oscila entre medio y un millón, o sea entre una cuarta parte y una mitad de los nacimientos registrados», lo que afecta definitivamente a morbi-mortalidad de la mujer<sup>(46)</sup>.

Con respecto a la prostitución, en 1926 Plutarco Elías Calles emite un reglamento con el propósito de darle a la mujer que comercia con su cuerpo un valor social, eliminando la emisión de tarjetas sanitarias y la revisión correspondiente<sup>(47)</sup>. La reforma no prosperó, lo cual dio como resultado la reforma del Código Sanitario y la emisión del Reglamento para la Campaña Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, motivo de vigilancia epidemiológica en todo el país y obligación de todo enfermo para atenderse a su cura. Este mismo Reglamento abroga así, toda reglamentación de inspección sanitaria a prostitutas<sup>(48)</sup>. En la actualidad, la prostitución se considera como falta administrativa de fuero común. La prostitución, hecho innegable y socialmente inextinguible, no sólo representa un serio problema de carácter social, implica también un grave problema de salud pública.

Se calcula que en grandes urbes como la Ciudad de México, el ejercicio de la prostitución adquiere proporciones alarmantes, pues existen proporciones territoriales, fuera de todo control sanitario.

Hasta aquí, en forma resumida, se ha visto la evolución de la mujer en un contexto histórico, con especial énfasis en aspectos relacionados con la salud y las leyes o normas que regían y rigen su vida en cada época. En la actualidad, el desequilibrio existente por los cambios sufridos, en un tiempo relativamente corto, en lo concerniente al papel de la mujer dentro de la sociedad, invita no sólo a que ésta siga en su lucha para eliminar todo tipo de discriminación, sino también a que el hombre la comprenda y la reinterprete como su igual.

En particular, la mujer todavía tiene que contender con tabúes, mitos y tradiciones que le impiden, en ocasiones, entenderse y superarse. Además, tras largos siglos de sumisión e incapacidad para hacerse oír existe, entre algunas mujeres, la comodidad y el conformismo de continuar con su ancestral papel de subordinación. Esta actitud de continuar, como lo dice Rosario Castellanos, con «la costumbre de que... la mujer (tenga que ser) muy abnegada», no sólo conlleva a un retraso en su incorporación definitiva en un proceso social; al mismo tiempo, produce confusión e inseguridades.

No ha sido la intención de este trabajo el hacer una interpretación en torno a los temas tratados con respecto a la mujer. De todas formas, se esperaría que la revisión histórica y los comentarios en cuanto a su participación y situación de salud y la relación de cómo ésta se ha visto favorecida por la legislación al paso del tiempo, pudieran ampliar el intercambio de ideas para avanzar hacia una sociedad más justa, tanto para la propia mujer como para el hombre, en donde las diferencias sean abordadas en un plano de verdadera igualdad; en donde los éxitos y fracasos sean compartidos; en donde la verdadera interdependencia de ambos sexos sea el signo de la familia; en donde la mujer también pueda acceder a una superación en condiciones iguales. De resultar esto cierto y si el presente trabajo logra una invitación a la reflexión, tanto en las mujeres como en los hombres, entonces habrá cumplido su propósito.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Valdés, María J.: La Mujer Azteca, México, U.A.E.M., 1988. págs. 17-28
2. Ibid, págs. 48-52
3. Ibid, págs. 135-136
4. Rodríguez Valdés, María J.: La Mujer Azteca, México, U.A.E.M., 1988. págs. 110-111
5. Sahagún, Bernardino De: Historia General de las Cosas de la Nueva España. México, Porrúa, 1979, pág. 38
6. Rodríguez Valdés, María J.: La Mujer Azteca, México, U.A.E.M., 1988. págs. 172-173
7. Rodríguez Valdés, María J.: La Mujer Azteca, México, U.A.E.M., 1988. págs. 165-173
8. Sahagún, Bernardino De: Historia General de las Cosas de la Nueva España. México, Porrúa, 1979, pág. 398
9. Paz Octavio: Sor Juana Inés de la Cruz o Las Trampas de la Fé, Barcelona, Seix Barral, 1982, pág. 105
10. Bernal de Bugeda, Beatriz: Situación Jurídica de la Mujer en las Indias Occidentales. En: Condición Jurídica de la Mujer en México UNAM, 1975, págs. 22-23
11. Martínez Cruz, María Santa Yolanda: Las Mujeres Criollas en la Nueva España Durante el Siglo XVII, México, UNAM, ENEP Acatlán, 1987, pág. 75
12. Tuñón Pablos, Julia: Mujeres en México, Una Historia Olvidada, México, Planeta, 1987, pág. 47
13. Bernal de Bugeda, Beatriz: Situación Jurídica de la Mujer en las Indias Occidentales. En: Condición Jurídica de la Mujer en México UNAM, 1975, pág. 37
14. Muriel, Josefina: Los Recogimientos de Mujeres, México, UNAM, 1974, págs. 217-220
15. Ibid, págs. 32-34

16. Rivera y Gambas, Manuel: México Pintoresco, Artístico y Monumental, México, pág. 410
17. Villabazo Reyes, José: Reseña Histórica del Hospital de la Mujer, México, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, mimeografiado.
18. Arrom, Silvia Marina: Las Mujeres de la Ciudad de México 1970-1857, México Siglo XXI Editores, 1988, págs. 318-319
19. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo de Salubridad Pública, Secc. IAB, caja 2, Exp. 15
20. Morineau, Martha: Situación Jurídica de la Mujer en el Siglo XIX, En: Condición Jurídica de la Mujer en México, México, UNAM, 1975, pág. 49
21. Arrom, Silvia Marina: Las Mujeres de la Ciudad de México 1790-1857, México, Siglo XXI, Editores, 1988, pág. 320-323
22. Moya Palencia Mario: Comparecencia Ante la Cámara de Diputados. Oct. 15 1974
23. Tuñón Pablos, Julia: Mujeres en México, Una Historia Olvidada, México, Planeta, 1987, pág. 113
24. Arrom, Silvia Marina: Las Mujeres de la Ciudad de México 1790-1857, México, Siglo XXI, Editores, 1988, pág. 244
25. Juan, Mercedes: La Mujer en las Acciones de Atención a la Salud en México. En: Mujer y Salud, Avances en su Conocimiento, Tomo II, México, Programa Nacional de la Mujer y Salud, 1986, págs. 30-31
26. Rivera y Gambas, Manuel: México Pintoresco, Artístico y Monumental, México, pág. 412
27. Crispín, Margarito: Hospital de Maternidad e Infancia, Una Perspectiva Histórica en un Centro de Beneficencia Pública de fines del Siglo XIX, México, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, (en prensa), 1990
28. Tuñón Pablos, Julia: Mujeres en México, Una Historia Olvidada, México, Planeta, 1987, pág. 133-135
29. Arnaiz Amigo, Aurora: La Igualdad Jurídica y la Protección Familiar en las Normas Supremas. En: Condición Jurídica de la Mujer en México, México, UNAM, 1975, págs. 56-59
30. Tuñón Pablos, Julia: Mujeres en México, Una Historia Olvidada, México, Planeta, 1987, pág. 153

31. Moya Palencia Mario: Comparecencia Ante la Cámara de Diputados. Oct. 15 1974
32. Lau Jaiven, Ana: La Nueva Ola del Feminismo, México, Planeta 1987
33. Frías Sánchez, Yolanda: México y la Condición Jurídica de la Mujer en el Derecho Internacional. En: Condición Jurídica de la Mujer en México, México, UNAM, 1975, págs. 198-209
34. Lau Jaiven, Ana: La Nueva Ola del Feminismo, México, Planeta 1987
35. Rabasa, Emilio O. y Caballero Gloria: Mexicano: Esta es tu Constitución México, H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LII, Legislatura, 1984
36. Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población, México, Consejo Nacional de Población, 1988
37. Ley General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Diario Oficial
38. Ley General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Diario Oficial, Dic. 27, 1983
39. Programa para la Modernización Educativa 1989-1994, México, 1989, pág. 82
40. Juan, Mercedes: La Mujer en las Acciones de Atención a la Salud en México. En: Mujer y Salud, Avances en su Conocimiento, Tomo II, México, Programa Nacional de la Mujer y Salud, 1986, pág. 35
41. Marco V., José, Kumate, Jesús y Barnard Alicia: La Atención Primaria de la Salud como Instrumento de Desarrollo en México. Rev. Sal. Pub., (México), Vol. 31: págs. 177-184, 1989
42. Rabasa, Emilio O. y Caballero Gloria: Mexicano: Esta es tu Constitución México, H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LII, Legislatura, 1984
43. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, México, 1983
44. Márquez, Antonio: Base de Datos CISEI, 1986-1989 Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1990
45. Castelum Gaxiola, María de los Angeles: Agenda de Derechos y Obligaciones de la Mujer, México, Consejo Nacional de Población, 1987, pág. 221

46. Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna José (Compiladores): La Salud en México. Testimonios 1988, Tomo II, Problemas y Programas de Salud, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, págs. 155-156
47. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo de Salubridad Pública, Sección Inspección Antivenérea, caja 5, exp. I
48. Ibid

## ANEXO

### CRONOLOGIA SIGLO XX

- 1916 Primer y Segundo Congresos Feministas en Yucatán. Los planteamientos del Congreso influyen en la Constitución de 1917 y en la reglamentación del trabajo de la mujer.
- 1917 Constitución Política de Estados Unidos Mexicanos en el trabajo de la mujer es reglamentado en las fracciones II, V, VIII y XII del Artículo 123.
- 1922 Felipe Carrillo Puerto, Gobernador de Yucatán otorga el voto limitado a la mujer.
- 1931, 1932 y 1934 El Partido Nacional Revolucionario organiza los Congresos Nacionales de Mujeres Obreras y Campesinas en donde se pronuncian por derechos políticos, elevación de educación, derecho legal a mujeres campesinas.
- 1935, 1936 Se crea el Frente Único Pro-Derechos de la Mujer que alcanzó a contar con 55 mil miembros.
- 1948 Aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, por la Organización de las Naciones Unidas. «Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color o sexo...»

- 1953 Entra en vigor la Reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que le otorga a la mujer el derecho al voto, así como igualdad en sus derechos políticos.
- 1974 Modificaciones a la Constitución para garantizar igualdad jurídica a la mujer Arts. 4º, 30 y 123. Derivado de estas modificaciones se desprenden otros preceptos legales como la Ley General de Trabajo, los Códigos Civiles, Penales y la Legislación Administrativa, que garantizan la igualdad de la mujer con el varón.
- De particular importancia resulta la Ley General de Población expedida en este año, en donde se abordan planes socio-demográficos conducentes a impulsar la igualdad social y económica de la mujer.
- 1983 Una nueva modificación a la Constitución Política (Art. 4º) garantiza el derecho a la salud, de donde se desprende la Ley General de Salud que define como programas prioritarios la atención materno infantil y la planificación familiar.

## POBLACION, ESCOLARIDAD Y OCUPACION

*Dra. Sonia B. Fernández Cantón  
Lic. Leticia Barraza Silva*

Los cambios económicos, sociales y políticos que se han registrado en las últimas décadas, han tenido fuertes implicaciones en todos los ámbitos incluyendo al individuo en lo particular y a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, ha sido quizás la mujer la que ha experimentado en mayor medida estas transformaciones.

Por la enorme interrelación de los elementos que han incidido, resulta difícil de determinar el factor detonador de los cambios inclusive en aspectos como la ocupación y la escolaridad, en los que la mujer ha logrado avanzar, aunque todavía le falta camino por recorrer.

### **Población**

Los resultados preliminares del XI Censo de Población y Vivienda 1990, indica una población total de poco más de 81 millones de habitantes, de los cuales el 50.8% son mujeres. Esta proporción tiene ligeras variaciones en las entidades federativas, siendo la más alta concentración en el Distrito Federal con 52.1% y la más baja en Quintana Roo con 48.2%. Ahora bien, el Estado de México y el Distrito Federal concentran al 22.5% del total de mujeres del país (Cuadro 1).

Aún cuando en los resultados preliminares del censo de población no se ha proporcionado estructura de edad, estimaciones en base a proyecciones, permiten mencionar que, a la población femenina de menos de 15 años, representa el 35.2%, es decir una población

mayoritariamente joven. El grupo de mujeres entre 10-19 años es el 24.1%, el grupo de 20-64 años representa el 48.5% y el grupo de más de 65 años es el 4.2% (Cuadro 2)

La distribución de la población por sexo muestra que de 0 a 44 años la proporción de hombres y mujeres es muy igualitaria, pero esta proporción tiende a modificarse con la edad; a partir de los 45 años las mujeres son mayoritarias 51.2% y este porcentaje se incrementa conforme avanza la edad hasta llegar al grupo de 75 años y más, donde las mujeres representan el 57.9%.

### **Ocupación**

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo es creciente a pesar de las condiciones desfavorables acentuadas por la crisis económica de la década de los 80, empeorando así la situación de las mujeres de los diferentes sectores sociales y aumentando el desempleo y el sector informal. El subempleo como el desempleo abierto han afectado en mayor medida a las mujeres, aunque no de manera exclusiva.

En este contexto, la población económicamente activa vio disminuir sus ingresos, insuficientes aún para satisfacer sus necesidades mínimas. Además se aumentó la dificultad para alcanzar, con otras ocupaciones, el ingreso necesario.

Es probable que esta disminución del ingreso combinada con inflación y cambios en los patrones de consumo hayan incidido en el aumento de la participación femenina en la actividad económica. La información utilizada\* no permite conocer la situación del país en general, sin embargo, si se dispone de información para las principales áreas metropolitanas del país.

\* Se utilizó para este apartado la información de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano del INEGI

La población femenina económicamente activa del país en 1980 representaba el 27.8%, mientras que en las áreas metropolitanas de México, Guadalajara y Monterrey esta proporción es más alta que el promedio nacional. En 1978, el área metropolitana de la Ciudad de México registraba una proporción de mujeres dentro de la PEA de 32.30; para 1990 en esta misma área la proporción se incrementó a 35.1, en tanto que en Guadalajara se mantuvo, en 1990, la misma proporción de 31.1 observada en 1978; en Monterrey la proporción pasó de 26.8 a 32.3 para el mismo período. De las tres áreas metropolitanas, Guadalajara fue la que permaneció constante en el período de 1978-90.

En cuanto a las ramas económicas en que participan las mujeres, básicamente es en la de los servicios donde se emplea el mayor número de mujeres y menor en las actividades del sector primario, esto es válido en las tres áreas metropolitanas (Cuadro 3). Con respecto a la posición en el trabajo, de acuerdo a la clasificación manejada en la Encuesta de Empleo, observamos que los empleadores son mayoritariamente hombres. En la Ciudad de México aunque la mayoría de los empleadores son hombres, las mujeres en esta posición son más numerosas, comparadas con aquellas de las áreas metropolitanas de Guadalajara y Monterrey, en esta última, las mujeres representan la mitad de las de la Ciudad de México. En trabajadores por su cuenta, asalariados y a destajo observamos que la proporción de hombres y mujeres es de alrededor de un 70% y de un 30% respectivamente (Cuadro 4), en los trabajadores sin pago, la relación se invierte y predominan las mujeres, a excepción de Monterrey. Esto es explicable en parte debido a que en Monterrey se ubican en general empresas productoras de bienes duraderos, en tanto que en las otras dos, además de la industria son grandes centros comerciales y de servicios.

Estas cifras vienen a confirmar una vez más que las mujeres participan en la actividad económica en los puestos de menor responsabilidad e ingreso. Para ejemplificar esta situación, encon-

tramos que dentro de la estructura administrativa de mandos medios de la SSA, el 74.2% corresponde a hombres y el 25.8% a mujeres (Cuadro 5).

Al analizar la información disponible de tasas específicas de participación y tasa de desempleo abierto, se observa que en las 16 ciudades consideradas en la Encuesta de Empleo para el 2o. trimestre de 1990, las tasas de participación más altas de mujeres se registran en la Ciudad de México, Ciudad Juárez, Matamoros, Chihuahua y Monterrey, en tanto que la participación más baja se registra en Tampico y Mérida (Cuadro 6).

Con respecto al desempleo no existe una tendencia claramente definida, por una parte es posible apreciar que algunas ciudades como Guadalajara, Puebla y San Luis Potosí entre otras, las mujeres registran una tasa de desempleo mayor que los hombres, en cambio en: Juárez, Matamoros y Nuevo Laredo el desempleo abierto es mayor en hombres que en mujeres, porque son ciudades donde existe una mayor demanda de mano de obra femenina por parte de las plantas maquiladoras instaladas en ciudades fronterizas.

Con respecto al nivel de ingreso de las mujeres, éste es más bajo en relación a los hombres, esto parece una constante e incluso en puestos y condiciones iguales invariablemente el ingreso más alto corresponde a los hombres, aún cuando el nivel de instrucción sea igual en ambos sexos. Si bien es cierto que hay una estrecha relación entre escolaridad y nivel de ingreso, situación que queda clara al analizar la población ocupada\* de la Ciudad de México; en el grupo de PEA, sin escolaridad el 48.1% gana menos de un salario mínimo, con primaria completa este porcentaje se reduce a 26.0%, con secundaria al 19.5%, con profesional superior este porcentaje es de 6.4%, (Cuadro 7) es decir, a menor escolaridad menor ingreso y viceversa. Sin embargo al interior de cada estrato de ingreso encontramos que si el nivel de ingreso es menor a un salario mínimo, es mayor el porcentaje de mujeres que ganan ese salario; en cambio

esa proporción se invierte, a mayor salario, también mayor es el porcentaje de hombres que de mujeres.

El nivel de instrucción de las mujeres es en cierta medida determinante para su incorporación a la actividad económica, pues observamos que las mujeres activas cuentan con mayor nivel de instrucción. En el caso del área metropolitana de la ciudad de México, el 57.2% de las mujeres activas tienen un nivel de secundaria o más, en Guadalajara este porcentaje es de 51.8% y en Monterrey de 61.5%. Ahora bien, el porcentaje de mujeres con nivel de escolaridad superior es tres veces más alto en mujeres activas; la situación es inversa en las mujeres inactivas; así observamos que el porcentaje de mujeres con un nivel de instrucción inferior a secundaria representa la mayoría y es también en las mujeres económicamente inactivas donde se observa que la mujeres sin instrucción el porcentaje es más alto. (Cuadro 8)

Otro factor que influye en la incorporación de la mujer al mercado de trabajo es si tiene o no hijos y el número de éstos. Al analizar la información de la población femenina económicamente activa, se observa que los mayores porcentajes de mujeres activas se encuentran en aquellas que no tienen hijos, después hay un descenso notorio según el número de hijos, es decir, que participan más las que tienen 1 hijo a 2 hijos que las que tienen de 3 a 5 ó las de 6 ó más hijos. Esta observación es válida para las tres áreas metropolitanas. (Cuadro 9)

El estado civil de las mujeres es otra variable que influye en su incorporación y permanencia en la actividad económica. Del total de población económicamente activa ocupada, (Cuadro 10) observamos que predominan las mujeres solteras, aunque hay una proporción importante de mujeres casadas, seguidas por las viudas. Esa tendencia no permite hacer muchas inferencias, dado que el menor porcentaje se encuentra en el caso de mujeres separadas, las cuales podríamos suponer que al quedar al frente de una familia sus responsabilidades se multiplican. Sin embargo, es probable que su participación económica se de en el sector informal.

De manera que si bien la población femenina ocupada se ha incrementado, ésta continúa siendo mayoritariamente empleada en el sector servicios, en muchos casos en actividades que son una prolongación del trabajo doméstico, con bajos salarios y condicionada su actividad por factores como estado civil, número de hijos, etc.

## **Educación**

La educación se concibe como el medio idóneo para preparar a las nuevas generaciones e incorporarlas a los procesos productivos, así como transmitirles los principios básicos del saber humano, a fin de lograr una existencia justa y digna, de ahí que la educación sea una vía para elevar el nivel de vida de la población.

El sistema educativo de México se clasifica en tres niveles: elemental, medio y superior. El nivel elemental está compuesto por: preescolar, primaria y capacitación para el trabajo; el nivel medio comprende: secundaria, media superior terminal y bachillerato; por último, el nivel superior agrupa a normales, tecnológicos, universidades y postgrado.

En el ciclo escolar 1989-90 había 25,164, 421 alumnos inscritos, de los cuales 69.8% se encontraba en el nivel elemental, el 25.2% en el nivel medio y el 4.9% en el nivel superior. En cuanto a la distribución por sexo, encontramos grandes diferencias a medida que se avanza a niveles de educación superior. Dentro del nivel elemental, observamos que en preescolar y primaria la matrícula entre hombres y mujeres es bastante equitativa (Cuadro 11) aunque ligeramente superior la matrícula de hombres. La diferencia se empieza a apreciar en capacitación para el trabajo, donde predomina la matrícula de mujeres con el 66% y dentro de éste, las carreras comerciales, secretariales, etc.

En el nivel medido se observa que tanto en la secundaria como en el bachillerato predomina la matrícula de hombres 51.4% y 55.4%, respectivamente, para el ciclo 89-90 (Cuadro 11) en tanto que es en el profesional medio donde se inscriben gran número de mujeres 60.2%.

En el nivel superior, se muestran nuevamente diferencias, en universidad la mayoría son hombres y esta relación se invierte en normal, donde las mujeres son predominantes, por años se le ha considerado como una carrera idónea para mujeres y esa tradición se refleja en los porcentajes de mujeres inscritas.

Si bien es cierto que la educación ha recibido un gran impulso, que se refleja en el incremento continuo de la matrícula escolar, (Cuadros 12, 13 y 14) y que las diferencias por sexo tienden a disminuir, la preferencia que tienen las mujeres a seguir ciertas carreras como en el caso de educación y humanidades ó el de ciencias de la salud, (Cuadro 15) persiste mostrando que el área de Ingeniería y Tecnología es la que registra menor inscripción de mujeres.

Por otra parte, también existe un gran rezago producto no sólo de la política social, sino de la alta deserción escolar. Para el ciclo escolar 1989-90 de los alumnos inscritos en primaria el 5.7% desertaron, el 10% de secundaria, el 29.3% de profesional medio y el 18.5% de bachillerato\*, cifras reveladoras de un gran problema que junto con la baja eficiencia terminal que registran los distintos niveles educativos incide en una población funcionalmente analfabeta. Si bien la población de 15 años y más que en 1989 se consideró analfabeta fueron alrededor de 4 millones de personas, es probable que la población funcionalmente analfabeta sea mucho mayor. Las estadísticas disponibles para este rubro no permiten conocer la incidencia por sexo, pero es probable que ésta sea mayor en mujeres dado que subsisten ideas obsoletas de que la mujer no requiere de una preparación formal.

\* Carlos Salinas de Gortari, Segundo Informe de Gobierno 1990. Anexo p. 350

Cuadro No. 1

**POBLACION POR SEXO Y ENTIDAD FEDERATIVA  
1990**

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	MASCULINO		FEMENINO	
		NUMERO	%	NUMERO	%
Aguascalientes	719650	350732	48.73	368918	51.26
Baja California	1657927	832123	50.19	825804	49.80
Baja California Sur	317326	161784	50.98	155542	49.01
Campeche	528824	265902	50.28	262922	49.71
Coahuila	1971344	979522	49.68	991822	50.31
Colima	424656	210318	49.52	214338	50.47
Chiapas	3203915	1602409	50.01	1601506	49.98
Chihuahua	2439954	1214005	49.75	1225949	50.24
Distrito Federal	8236960	3945970	47.90	4290990	52.09
Durango	1352156	667000	49.32	685156	50.67
Guanajuato	3980204	1928191	48.44	2052013	51.55
Guerrero	2622067	1284763	48.99	1337304	51.00
Hidalgo	1880632	926763	49.27	953869	50.72
Jalisco	5278987	2556637	48.43	2722350	51.56
México	9815901	4838738	49.29	4977163	50.70
Michoacán	3534042	1708424	48.34	1825618	51.65
Morelos	1195381	584954	48.93	510427	51.06
Nayarit	816112	407369	49.91	408743	50.08
Nuevo León	3086466	1537997	49.83	1548469	50.16
Oaxaca	3021514	1480051	48.98	1541463	51.01
Puebla	4118059	2005977	48.71	2112082	51.28
Querétaro	1044227	513257	49.15	530970	50.84
Quintana Roo	493605	255476	51.75	238129	48.24
San Luis Potosí	2001966	987588	49.33	1014378	50.66
Sinaloa	2210766	1106532	50.05	1104234	49.94
Sonora	1822247	915585	50.24	906662	49.75
Tabasco	1501183	750305	49.98	750878	50.01
Tamaulipas	2244208	1112105	49.55	1132103	50.44
Tlaxcala	763683	376242	49.26	387441	49.55
Veracruz	6215142	3075679	49.48	3139463	50.51
Yucatán	1363540	674187	49.44	689353	50.55
Zacatecas	1278279	625424	48.92	652855	51.07
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>81140923</b>	<b>39882009</b>	<b>49.15</b>	<b>41258914</b>	<b>50.84</b>

Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Resultados Preliminares.

**Cuadro No. 2**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE  
EDAD Y SEXO. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1990**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>TOTAL</b>	100.00	100.00	100.00
Menor de 1 Año	2.30	2.33	2.27
1 - 4 Años	9.40	9.51	9.29
5 - 9 Años	11.88	11.98	11.78
10 - 14 Años	11.99	12.13	11.85
15 - 19 Años	12.30	12.43	12.17
20 - 24 Años	10.67	10.74	10.60
25 - 29 Años	8.78	8.80	8.76
30 - 34 Años	7.17	7.17	7.18
35 - 39 Años	5.70	5.68	5.71
40 - 44 Años	4.71	4.71	4.71
45 - 49 Años	3.78	3.76	3.81
50 - 54 Años	3.05	3.00	3.09
55 - 59 Años	2.49	2.42	2.55
60 - 64 Años	1.98	1.90	2.07
65 - 69 Años	1.50	1.40	1.60
70 - 74 Años	1.01	0.93	1.10
75 y más Años	1.28	1.10	1.46

Fuente: Cifras Preliminares del Censo de Población 1990

La estructura por edad corresponde a las proyecciones de población INEGI-CONAPO 1990.

Cuadro No. 3

**POBLACION OCUPADA SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA Y SEXO  
ENERO - MARZO 1987**

RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	CD. DE MEXICO			GUADALAJARA			MONTERREY		
	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.
<b>T O T A L</b>	5,794,983	65.6	64.4	932,540	67.4	32.6	800,573	72.5	27.5
Actividades Agropecuarias	69,778	99.0	1.0	9,499	96.1	3.9	8,044	93.0	7.0
Expl. de Minas y Canteras	5,279	100.0	0.0	457	100.0		1,970	91.5	8.5
Extrac. y Refin. de Petróleo	61,751	75.0	25.0	1,067	86.1	13.9	1,615	100.0	0.0
Ind. de la Transformación	1,313,702	72.3	27.7	269,242	72.1	27.9	227,295	83.7	16.3
Electricidad	38,262	81.0	19.0	5,185	72.2	27.8	4,729	87.3	12.7
Construcción	256,760	94.9	5.1	66,130	93.6	6.4	65,169	98.6	1.4
Comercio	1,074,847	61.8	38.2	206,108	62.7	37.3	145,901	66.6	33.4
Hoteles, Restaurantes y Similares	221,353	46.8	53.2	52,9563	48.6	51.4	32,260	68.5	31.5
Transportes y Servs. Conexos	321,948	90.3	9.7	38,427	93.5	6.6	34,969	88.7	11.3
Comunicaciones	43,579	66.2	33.8	5,679	57.7	42.3	3,080	70.4	29.6
Alquiler de inmuebles y Servs.									
Financ. y Prof.	370,457	64.5	325.5	40,519	64.1	35.9	40,659	64.8	35.2
Otros Servicios	1,468,763	49.8	50.2	199,845	56.5	43.5	203,973	53.4	46.6
Admón. Pública y Defensa	547,088	72.2	27.8	37,136	68.5	31.5	30,999	74.1	25.9
No Especificado	1,416	100.0	0.0	290	100.0	0.0			

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano, Enero - Marzo 1987

**Cuadro No. 4****POBLACION OCUPADA POR POSICION EN EL TRABAJO Y SEXO EN EL AREA METROPOLITANA  
ENERO - MARZO 1987**

POSICION EN LA OCUPACION	CD. DE MEXICO	GUADALAJARA	MONTERREY
EMPLEADORES	198,320	50,914	26,985
HOMBRES	88.8	92.1	94.4
MUJERES	11.2	7.9	5.6
TRABAJADOR POR SU CUENTA	812,155	145,380	118,560
HOMBRES	65.8	71.4	78.8
MUJERES	34.2	28.6	21.2
TRABAJADORES ASALARIADOS	4,113,942	566,452	599,145
HOMBRES	64.3	64.6	70.5
MUJERES	25.7	22.9	10.7
TRABAJADORES SIN PAGO	272,654	62,154	30,752
HOMBRES	49.7	40.4	53.3
MUJERES	50.3	59.6	46.7
OTROS TRABAJADORES	57,233	19,245	780
HOMBRES	95.5	96.2	100.0
MUJERES	4.5	3.8	0.0
NO ESPECIFICADO	648	290	
HOMBRES	100.0	100.0	
MUJERES	0.0	0.0	

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Enero - Marzo 1987

**Cuadro No. 5****DISTRIBUCION DE MANDOS MEDIOS DE LA S.S.A.  
POR SEXO Y AREA 1990**

AREAS ADMINISTRATIVAS DE LA S.S.A.	TOTAL	SEXO			
		HOMBRES		MUJERES	
		ABS	%	ABS	%
Secretario	181	125	69.1	56	30.8
Subsecretaría de Organización y Desarrollo	45	34	75.6	11	24.4
Subsecretaría de Servicios de Salud	140	98	70.0	42	30.0
Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario	70	41	58.6	29	41.4
Oficialía Mayor	148	109	73.6	39	26.4
Organismo Desconcentrado	326	257	78.9	69	21.2
Organismo Descentralizado	259	203	78.4	56	21.6
TOTAL	1,169	867	74.2	302	25.8

Fuente: Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales. Unidad de Servicios Sociales. Orientación e Información.  
Directorio de Mandos Medios.

Cuadro No. 6

**PRINCIPALES INDICADORES DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA  
II TRIMESTRE 1990\***

PRINCIPALES CIUDADES	TASA GLOBAL DE PARTICIPACION 1/			TASA DE DESEMPLEO ABIERTO 2/			DURACION DEL DESEMPLEO		
	Total	Hombres	Mujeres.	Total	Hombres	Mujeres.	1-4 Sem.	5-8 Sem.	9 y + Sem..
Chihuahua	51.0	70.9	32.3	2.4	2.4	2.4	45.2	17.8	37.0
Guadalajara	51.4	73.9	31.1	1.4	1.2	2.0	59.1	22.3	18.6
León	50.9	75.2	28.7	1.5	1.5	1.3	48.6	25.7	25.7
Mérida	44.2	66.1	25.1	0.4	0.4	0.2	60.0	10.0	30.0
Cd. de México	52.2	70.9	35.1	3.5	3.5	3.3	41.6	16.1	42.0
Monterrey	52.2	73.5	32.3	3.1	2.9	3.5	54.6	26.6	18.8
Orizaba	46.3	67.2	27.3	1.5	1.6	1.3	28.8	31.2	40.0
Puebla	47.4	66.9	30.2	1.6	1.5	1.7	38.0	32.4	29.6
San Luis Potosí	47.8	68.3	29.9	1.4	1.2	1.6	44.3	27.8	27.9
Tampico	44.9	68.0	24.8	3.1	3.0	3.3	44.2	31.4	24.4
Torreón	49.6	70.3	30.7	3.1	2.7	3.8	66.4	23.4	10.2
Veracruz	46.5	67.5	29.0	1.5	1.4	1.8	42.1	29.1	28.8
Cd. Juárez	53.5	75.0	33.5	1.2	1.4	0.8	72.2	6.9	20.9
Matamoros	51.8	73.5	32.7	2.9	3.4	1.8	44.7	35.3	20.0
Nuevo Laredo	50.4	72.9	29.2	2.1	2.5	1.2	46.2	21.6	32.2
Tijuana	52.4	74.8	31.2	1.3	1.1	2.0	57.8	23.7	18.5

Nota: \* Cifras Preliminares

1/ Se define como el Cociente entre la PEA y la Población de 12 años y más.

2/ Se define como el Cociente entre la Población Desempleada y la PEA. expresada por 100.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano

Cuadro No. 7

**PORCENTAJE DE POBLACION OCUPADA POR NIVEL DE INGRESO Y SEXO. SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION EN LAS PRINCIPALES AREAS METROPOLITANAS  
II TRIMESTRE DE 1989**

AREAS METROPOLITANAS Y NIVEL DE INSTRUCCION	NIVEL INGRESOS																												
	TOTAL			MENOS DE UN SAL. MIN.			DE UNO HASTA 2 SAL. MIN.			MAS DE 2 HASTA 3 SAL. MIN.			MAS DE 3 HASTA 5 SAL. MIN.			MAS DE 5 HASTA 10 SAL. MIN.			MAS DE 10 SAL. MIN.			NO RECIBE INGRESOS			NO ESPECIFICADO				
	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.		
MEXICO	100.0	65.1	34.8	18.2	47.8	52.2	50.1	67.3	32.7	10.3	74.3	25.7	6.7	77.7	22.3	3.8	81.7	18.3	1.2	86.3	13.7	5.3	43.9	56.1	2.5	75.1	24.9		
Sin instrucción	100.0	52.3	47.7	48.1	35.0	65.0	37.4	73.2	26.8	5.2	70.1	29.9	1.7	84.6	15.4	0.2	0.0	100.0	0.2	0.0	100.0	5.4	32.1	67.9	1.7	72.0	28.0		
3 Años de Primaria	100.0	66.7	33.3	26.0	41.3	58.7	53.2	77.1	22.9	7.3	89.3	10.8	4.6	88.2	11.8	0.7	92.9	7.7	0.2	73.6	26.4	5.7	31.4	68.4	2.2	78.8	23.0		
3 Años de Secundaria	100.0	70.4	29.8	19.5	59.7	40.3	57.7	72.6	27.4	8.8	79.4	20.6	5.2	86.8	13.4	1.6	87.2	12.8	0.3	83.3	16.7	8.4	58.2	43.8	1.4	79.4	21.1		
y/o Cursos de Cap. Subprofesional	100.0	32.9	67.1	8.1	30.5	69.5	62.7	29.2	70.8	11.0	37.0	63.0	6.8	46.4	56.6	3.4	53.1	46.9	0.7	57.9	42.1	2.8	17.8	82.2	2.5	50.0	50.0		
Preparatoria y/o Superior	100.0	74.0	26.0	6.4	74.7	25.9	38.7	68.5	31.5	15.6	74.0	25.9	18.0	78.2	21.8	9.9	84.3	15.7	3.8	90.7	9.2	3.2	56.7	43.3	4.2	79.1	20.8		
GUADALAJARA	100.0	66.1	33.9	11.1	46.7	53.4	44.9	62.0	38.0	18.6	79.0	21.0	9.9	84.6	15.2	4.6	91.2	8.8	1.7	86.2	13.8	7.3	41.6	58.4	1.8	68.6	31.4		
Sin instrucción	100.0	66.3	33.7	22.6	41.4	60.2	44.3	70.5	29.9	16.2	85.9	14.1	8.6	95.9	4.1	2.6	100.0	0.0	0.2	0.0	100.0	4.6	7.7	92.3	0.5	100.0	0.0		
3 Años de Primaria	100.0	67.9	32.1	14.3	43.4	56.5	46.3	68.7	31.3	17.3	86.5	11.3	7.8	91.4	8.9	2.9	93.0	7.9	0.8	71.0	32.3	9.0	35.0	64.8	1.6	82.5	39.1		
3 Años de Secundaria	100.0	69.2	30.6	10.1	53.9	46.1	49.4	66.8	33.2	17.3	79.0	21.2	8.4	83.9	16.6	3.1	93.0	7.0	1.0	90.9	4.5	9.4	55.8	44.7	1.3	72.4	24.1		
y/o Cursos de Cap. Subprofesional	100.0	32.7	67.3	5.5	26.0	76.0	57.3	25.6	74.2	20.3	40.4	59.0	6.5	62.7	37.6	3.1	67.9	32.1	0.6	80.0	40.0	5.2	25.5	74.5	1.4	38.5	61.5		
Preparatoria y/o Superior	100.0	73.0	27.0	6.4	61.6	39.1	33.7	61.2	39.0	22.0	79.2	20.8	16.4	82.4	17.6	9.9	91.9	8.1	4.5	90.7	6.3	3.8	51.6	48.4	3.2	74.0	26.0		
MONTERREY	100.0	70.8	29.4	9.2	50.2	49.9	50.0	72.4	27.6	15.4	89.5	30.8	10.4	79.3	20.7	4.7	85.6	14.4	1.4	86.8	2.4	3.5	44.1	55.9	5.4	72.3	27.7		
Sin instrucción	100.0	67.6	32.2	33.6	45.5	54.5	47.5	60.0	20.0	6.1	100.0	0.0	2.4	57.1	42.9	1.0	100.0	0.0	0.7	100.0	0.0	4.1	41.7	58.3	5.1	80.0	13.3		
3 Años de primaria	100.0	76.4	23.6	16.2	48.4	51.4	57.7	82.1	17.9	10.6	94.6	5.4	4.1	97.0	4.0	1.7	88.1	11.9	0.4	100.0	0.0	4.2	31.7	67.3	4.9	78.0	23.1		
3 Años de secundaria	100.0	78.9	23.1	8.9	61.7	38.8	83.0	77.2	22.8	11.4	90.1	10.3	4.8	87.8	12.4	2.0	88.9	11.1	0.5	83.3	16.7	5.3	55.6	45.3	4.0	80.7	20.5		
y/o cursos de cap. Subprofesional	100.0	42.7	57.4	5.7	30.1	71.1	51.1	42.3	57.7	21.3	37.3	62.7	10.8	53.2	46.6	3.4	66.0	34.0	0.5	100.0	0.0	1.9	25.0	75.0	5.4	45.6	54.4		
Preparatoria y/o Superior	100.0	75.5	24.5	2.3	60.3	39.1	32.1	73.4	26.6	20.9	85.6	34.6	21.5	82.1	17.7	10.5	68.3	11.7	3.4	98.9	2.2	2.2	51.7	48.3	7.1	75.5	24.0		

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Abril - Junio 1989.

Cuadro No. 8

**POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION Y CONDICION DE ACTIVIDAD  
EN LAS PRINCIPALES AREAS METROPOLITANAS  
1989**

NIVEL DE INSTRUCCION	AREAS METROPOLITANAS					
	CD. DE MEXICO		GUADALAJARA		MONTERREY	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
<b>TOTAL MUJERES</b>	7,065,259	100.0	1,013,240	100.0	959,810	100.0
Sin Instrucción	471,552	6.7	78,653	7.8	50,370	5.2
1 a 3 años de primaria	696,275	9.9	111,202	11.0	80,951	8.4
4 a 6 años de primaria	2,058,916	29.1	328,711	32.4	268,681	28.0
Cursos de capacitación	267,518	3.8	46,471	4.6	32,247	3.4
1 a 3 años de secundaria	1,465,250	20.7	188,093	18.6	194,181	20.2
Subprofesional	1,015,049	14.4	117,399	11.6	184,034	19.2
1 a 3 años de preparatoria	156,520	6.5	69,500	6.9	50,528	5.3
Profesional medio	82,040	1.2	3,700	0.4	4,347	0.5
Profesional superior	551,445	7.8	69,366	6.8	94,311	9.8
No especificado	694	0.0	145	0.0	160	0.0
<b>ACTIVAS</b>	2,538,861	100.0	351,152	100.0	279,905	100.0
Sin instrucción	147,135	5.8	19,439	5.5	9,458	3.4
1 a 3 años de primaria	228,288	9.0	32,860	9.4	14,858	5.3
4 a 6 años de primaria	587,921	23.2	95,990	27.3	46,057	16.5
Cursos de capacitación	122,268	4.8	20,636	5.9	9,420	3.4
1 a 3 años de secundaria	396,587	15.6	52,922	15.1	43,499	15.5
Subprofesional	547,571	21.6	62,830	17.9	87,348	31.2
1 a 3 años de preparatoria	135,524	5.3	26,159	7.4	15,314	5.5
Profesional medio	38,948	1.5	2,225	0.6	2,512	0.9
Profesional superior	333,925	13.2	37,946	10.8	51,439	18.4
No especificado	694	0.0	145	0.0	0	0.0

continúa

continuación

<b>INACTIVAS</b>	<b>4,526,398</b>	<b>100.0</b>	<b>662,088</b>	<b>100.0</b>	<b>679,905</b>	<b>100.0</b>
Sin instrucción	324,417	7.2	59,214	8.9	40,912	6.0
1 a 3 años de primaria	467,897	10.3	78,342	11.8	66,093	9.7
4 a 6 años de primaria	1,470,995	32.5	232,721	35.1	222,624	32.7
Cursos de capacitación	145,250	3.2	25,835	3.9	22,827	3.4
1 a 3 años de secundaria	1,068,663	23.6	135,171	20.4	150,682	22.2
Subprofesional	467,478	10.3	54,569	8.2	96,686	14.2
1 a 3 años de preparatoria	320,996	7.1	43,341	6.5	35,214	5.2
Profesional medio	43,092	1.0	1,475	0.2	1,835	0.3
Profesional superior	217,520	4.8	31,420	4.7	42,872	6.3
No especificado		0.0		0.0	160	0.0

FUENTE: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Abril - Junio 1989.

**Cuadro No. 9**

**POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS SEGUN NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y CONDICION DE ACTIVIDAD EN LAS PRINCIPALES AREAS METROPOLITANAS  
1989**

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	POBLACION FEM. DE 12 AÑOS Y MAS		P E A FEMENINA		P E I FEMENINA	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS	%
<b>MEXICO</b>	7,065,259	100.0	2,538,861	35.9	4,526,398	64.1
Sin hijos	2,963,502	41.9	1,104,705	15.6	1,858,797	26.3
1 a 2 hijos	1,581,067	22.4	661,801	9.4	919,266	13.0
3 a 5 hijos	1,633,296	23.1	526,984	7.5	1,106,312	15.7
6 hijos y más	884,661	12.5	244,654	3.5	640,007	9.1
No especificado	2,733	0.0	717	0.0	2,016	0.0
<b>GUADALAJARA</b>	1,013,240	100.0	351,152	34.7	662,088	65.3
Sin hijos	445,101	43.9	178,025	17.6	267,076	26.4
1 a 2 hijos	191,502	18.9	69,886	6.9	121,616	12.0
3 a 5 hijos	214,039	21.1	64,008	6.3	150,031	14.8
6 hijos y más	162,122	16.0	39,233	3.9	122,889	12.1
No especificado	476	0.0	0	0.0	476	0.0
<b>MONTERREY</b>	959,810	100.0	279,905	29.2	679,905	70.8
Sin hijos	408,385	42.5	144,587	15.1	263,798	27.5
1 a 2 hijos	195,299	20.3	58,574	6.1	136,725	14.2
3 a 5 hijos	227,592	23.7	59,139	6.2	168,453	17.6
6 hijos y más	128,196	13.4	17,605	1.8	110,591	11.5
No especificado	338	0.0	0	0.0	338	0.0

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Abril - Junio 1989.

**Cuadro No. 10**

**POBLACION FEMENINA DE 12 AÑOS Y MAS POR CONDICION DE  
ACTIVIDAD, OCUPACION Y DISPONIBILIDAD SEGUN ESTADO CIVIL  
1989**

CONDICION DE ACTIVIDAD, OCUPACION Y DISPONIBILIDAD	POBLACION FEM.		UNION				
	12 AÑOS Y MAS	SOLTERA	CASADA	LIBRE	SEPARADA	DIVORCIADA	VIUDA
<b>MEXICO</b>	100.0	41.7	41.6	4.7	1.3	2.9	7.8
PEA Femenina	100.0	45.5	35.0	4.7	2.8	5.2	6.7
Ocupada	100.0	44.2	35.8	4.9	2.9	5.3	6.8
Desocupada Abierta	100.0	69.0	18.6	2.4	0.7	4.3	5.0
PEI Femenina	100.0	39.5	45.4	4.7	0.5	1.5	8.4
Disponible	100.0	56.5	26.6	0.0	3.1	3.1	10.7
No Disponible	100.0	39.4	45.5	4.7	0.5	1.5	8.4
<b>GUADALAJARA</b>	100.0	43.5	43.1	2.4	1.0	2.6	7.4
PEA Femenina	100.0	54.4	31.9	1.8	2.1	4.3	5.5
Ocupada	100.0	54.0	32.3	1.8	2.2	4.2	5.6
Desocupada Abierta	100.0	68.6	17.3	3.3	0.0	8.6	2.2
PEI Femenina	100.0	37.6	49.1	2.8	0.5	1.7	8.4
Disponible	100.0	58.9	21.8	5.7	0.0	6.4	7.3
No Disponible	100.0	37.6	49.2	2.7	0.5	1.6	8.4
<b>MONTERREY</b>	100.0	40.1	48.9	1.6	0.9	2.1	6.4
PEA Femenina	100.0	50.4	38.3	1.3	2.0	3.9	4.1
Ocupada	100.0	49.6	39.0	1.3	2.1	3.9	4.1
Desocupada Abierta	100.0	73.7	17.9	1.8	0.0	1.9	4.7
PEI Femenina	100.0	35.9	53.3	1.8	0.5	1.3	7.3
Disponible	100.0	50.1	43.7	0.0	0.0	0.0	6.2
No Disponible	100.0	35.8	53.3	1.8	0.5	1.3	7.3

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo Urbano. Abril - Junio 1989.

**Cuadro No. 11**

**MATRICULA ESCOLAR POR SEXO, SEGUN NIVEL EDUCATIVO  
1986-1990**

	1986 - 1987			1987 - 1988			1988 - 1989			1989 - 1990		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES									
<b>TOTAL</b>	24,244,692	51.24	48.76	19,984,602	51.05	48.95	25,447,623	51.49	48.51	25,164,421	51.58	48.41
Preescolar	2,547,358	50.08	49.92	2,625,678	50.07	49.93	2,668,561	50.05	49.95	2,662,588	50.93	49.07
Primaria	14,994,642	51.37	48.63	14,768,008	51.43	48.57	14,656,357	51.44	48.56	14,493,763	51.64	48.36
Capac. para el trabajo	444,949	34.76	65.24	446,548	34.91	65.09	439,958	33.12	66.88	436,168	33.91	66.09
Secundaria	4,294,596	51.68	48.36	0			4,355,334	51.54	48.46	4,267,156	51.39	48.61
Profesional medio	408,644	43.97	56.03	426,170	41.69	58.31	427,686	40.06	59.94	413,481	39.81	60.19
Bachillerato	1,527,393	57.91	42.09	1,586,098	56.98	43.02	1,642,785	56.16	43.84	1,678,439	55.44	44.56
Normal*	27,110	23.30	76.70	132,100	41.13	58.87	126,676	38.87	61.13	0		
Superior							1,130,266	61.35	38.65	1,212,826	57.99	42.01

Nota: \*A partir del ciclo escolar 1987 - 1988 la Educación Normal es a nivel Licenciatura

Fuente: INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. SEP. Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional.

Cuadro No. 12

**MATRICULA ESCOLAR POR NIVEL EDUCATIVO Y ENTIDAD FEDERATIVA  
1986-1987**

ENTIDAD FEDERATIVA	PREESCOLAR			PRIMARIA			CAPACITACION PARA EL TRABAJO			SECUNDARIA			PROFESIONAL MEDIO			BACHILLERATO			NORMAL			SUPERIOR		
	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.
E.U.M.	2,547,358	50.08	49.92	14,994,642	51.37	48.63	444,949	34.76	65.24	4,294,598	51.68	48.32	408,644	43.97	56.03	1,527,393	57.91	42.09	27,110	23.30	76.70	0	0	0
AGUASCALIENTES	25,190	49.40	50.60	124,422	51.06	48.94	8,530	18.32	81.68	36,309	50.87	49.13	2,800	48.42	51.58	13,709	53.48	46.54	428	10.28	89.72	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	48,301	50.13	49.87	242,438	51.23	48.77	13,521	31.79	68.21	90,427	49.38	50.62	9,847	45.59	54.41	33,725	54.97	45.03	552	18.86	81.14	0	0	0
BAJA CALIFORNIA SUR	12,251	50.14	49.86	52,584	51.36	48.62	3,214	38.24	61.76	17,856	51.06	48.94	935	41.07	58.93	7,654	56.47	43.53	102	42.16	57.84	0	0	0
CAMPECHE	18,716	49.73	50.27	101,206	51.27	48.73	4,589	27.98	72.02	23,605	52.84	47.16	1,850	36.32	63.68	10,060	63.99	36.01	450	36.22	63.78	0	0	0
COAHUILA	60,969	50.32	49.68	338,045	51.35	48.65	17,702	32.12	67.88	118,218	50.63	49.37	10,169	50.51	49.49	36,250	57.73	42.27	691	21.27	78.73	0	0	0
COLIMA	15,947	49.75	50.25	79,378	50.89	49.11	7,011	12.75	87.25	24,921	49.90	50.10	2,302	36.66	63.34	8,747	56.96	43.02	95	21.05	78.95	0	0	0
CHIAPAS	96,565	49.66	50.34	609,700	52.73	47.27	10,867	33.37	66.63	101,992	58.19	43.81	7,231	44.14	55.86	32,807	66.71	33.29	518	45.95	54.05	0	0	0
CHIHUAHUA	65,720	50.25	49.75	422,067	51.25	48.75	18,941	28.48	71.52	109,943	49.13	50.87	11,454	41.75	58.25	38,587	53.91	46.09	802	11.48	88.54	0	0	0
DISTRITO FEDERAL	281,227	50.44	49.56	1,241,159	50.78	49.22	117,435	43.03	56.97	639,096	50.86	49.14	66,183	47.66	52.34	317,383	58.37	41.63	3,182	11.09	88.91	0	0	0
DURANGO	45,538	50.59	49.41	280,499	51.52	48.48	10,201	31.48	68.52	71,495	49.72	50.28	5,678	48.69	53.31	23,125	60.09	39.91	489	41.51	58.49	0	0	0
GUANAJUATO	103,749	49.50	50.50	782,025	51.32	48.68	9,858	31.86	68.14	165,539	53.39	46.61	13,891	48.89	51.11	38,922	58.50	41.50	874	18.99	81.01	0	0	0
GUERRERO	112,109	49.53	50.47	587,884	51.65	48.35	6,879	18.00	82.00	427,463	52.85	47.15	8,087	71.14	28.86	45,468	60.39	39.61	995	30.05	69.95	0	0	0
HIDALGO	59,173	49.17	50.83	373,577	51.69	48.31	4,065	35.60	64.40	100,820	53.44	46.56	4,109	45.83	54.17	30,831	59.63	40.37	528	52.85	47.15	0	0	0
JALISCO	168,896	50.33	49.67	1,023,618	51.15	48.85	44,226	32.19	67.81	264,243	50.95	49.05	25,674	48.86	51.14	138,932	53.05	46.95	2,340	17.01	82.99	0	0	0
MEXICO	263,928	50.69	49.31	1,782,621	50.99	49.01	8,715	42.51	57.49	510,940	52.21	47.79	49,341	54.92	45.08	120,045	58.53	41.47	3,086	28.68	71.32	0	0	0
MICHOACAN	101,037	49.64	50.36	729,972	51.34	48.66	14,253	23.21	76.79	164,227	51.74	48.26	13,519	43.89	56.11	45,850	58.98	41.02	856	25.47	74.53	0	0	0
MORELOS	38,995	50.70	49.30	201,997	51.08	48.92	8,932	22.32	77.68	82,049	50.28	49.72	7,188	39.82	60.38	27,082	53.90	46.10	877	21.27	78.73	0	0	0
NAYARIT	27,574	50.09	49.91	160,832	51.39	48.61	1,646	30.56	69.44	51,775	48.53	51.47	11,059	21.17	78.83	16,158	58.09	43.91	226	30.29	69.71	0	0	0
NUEVO LEON	93,050	50.40	49.60	508,836	51.38	48.62	17,563	60.05	39.95	189,921	51.02	48.98	37,375	31.61	68.39	62,064	60.23	39.77	889	20.38	79.64	0	0	0
OAXACA	103,870	49.92	50.08	624,079	51.80	48.20	5,027	20.07	79.93	106,770	54.94	45.06	5,834	41.50	58.50	34,175	61.74	38.26	685	17.96	82.04	0	0	0
PUEBLA	143,019	49.93	50.07	799,424	51.50	48.50	9,496	29.84	70.16	198,153	53.10	46.90	23,834	33.78	66.22	65,493	58.31	41.69	2,743	23.92	76.08	0	0	0
QUERETARO	32,798	49.92	50.08	193,944	51.42	48.58	3,010	49.73	50.27	46,762	54.05	45.95	6,340	41.15	58.85	13,294	60.23	39.77	396	30.56	69.44	0	0	0
QUINTANA ROO	15,291	50.53	49.47	74,791	51.51	48.49	553	33.45	66.55	18,028	54.13	45.87	1,813	57.09	42.91	4,739	62.33	37.67	181	38.51	61.49	0	0	0
SAN LUIS POTOSI	89,404	49.70	50.23	401,524	51.30	48.70	10,049	29.73	70.27	125,588	51.20	48.80	8,388	60.63	39.37	25,719	55.09	44.91	892	20.95	79.05	0	0	0
SINALOA	70,846	49.79	50.21	429,252	51.22	48.78	15,163	41.54	58.46	136,751	49.30	50.70	20,790	24.10	75.90	77,520	55.15	44.85	N.A.	N.A.	N.A.	0	0	0
SONORA	59,649	50.06	49.94	329,487	51.10	48.90	16,208	41.99	58.01	115,545	49.62	50.38	10,886	39.31	60.69	43,927	54.73	45.27	566	40.64	59.36	0	0	0
TABASCO	66,862	49.70	50.30	310,920	51.40	48.60	5,433	17.54	82.46	74,875	54.12	45.88	10,417	37.88	62.12	22,244	62.14	37.86	331	13.90	86.10	0	0	0
TAMAULIPAS	57,747	50.66	49.34	374,298	51.43	48.57	18,265	24.93	75.07	126,539	51.17	48.83	12,215	51.03	48.97	45,173	57.92	42.08	1,532	15.93	84.07	0	0	0
TLAXCALA	23,597	50.39	49.61	144,210	51.00	49.00	1,898	28.77	71.23	48,768	53.10	46.90	6,373	25.47	74.53	18,478	58.22	41.78	354	20.06	79.94	0	0	0
VERACRUZ	162,036	50.16	49.84	1,187,160	51.74	48.26	13,286	28.88	71.12	288,238	52.55	47.45	11,162	59.38	40.62	91,984	59.87	40.13	954	25.47	74.53	0	0	0
YUCATAN	40,722	49.90	50.10	238,966	51.75	48.25	12,169	32.74	67.26	61,226	53.57	46.43	4,582	58.95	41.05	21,132	61.64	38.38	516	13.95	86.05	0	0	0
ZACATECAS	44,982	48.89	51.11	263,927	51.42	48.58	6,244	21.93	78.07	58,714	49.88	50.14	2,268	39.29	60.71	16,166	58.54	41.46	592	47.30	52.70	0	0	0

NOTA: \* A partir del ciclo escolar 1987-1988 la educación normal es a nivel Licenciatura  
FUENTE: INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro No. 13

**MATRICULA ESCOLAR POR NIVEL EDUCATIVO Y ENTIDAD FEDERATIVA  
1987-1988**

ENTIDAD FEDERATIVA	PREESCOLAR			PRIMARIA			CAPACITACION PARA EL TRABAJO			SECUNDARIA			PROFESIONAL MEDIO			BACHILLERATO			NORMAL			SUPERIOR			
	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	
E.U.M.	2,625,678	50.07	49.93	14,768,008	51.43	48.57	446,548	34.91	65.09	4,347,257	51.63	48.37	426,170	41.69	58.31	1,586,098	56.98	43.02	132,100	41.13	58.87	0	0	0	
AGUASCALIENTES	26,611	50.10	49.90	125,858	50.75	49.25	7,461	18.54	81.46	38,534	50.70	49.30	2,857	46.78	53.22	14,214	54.31	45.69	1,956	40.90	59.10	0	0	0	
BAJA CALIFORNIA	48,981	49.28	50.72	240,874	51.29	48.71	14,604	29.91	70.09	90,890	49.57	50.43	9,779	47.08	52.92	35,029	54.08	45.92	1,037	29.60	70.40	0	0	0	
BAJA CALIFORNIA SUR	12,013	50.11	49.89	52,958	51.44	48.56	3,364	33.92	66.08	18,014	51.19	48.81	752	42.95	57.05	8,639	54.98	45.02	1,137	48.26	53.74	0	0	0	
CAMPECHE	20,053	50.04	49.96	99,611	51.37	48.63	4,354	30.09	69.91	23,982	52.99	47.01	1,756	37.13	62.87	10,577	62.81	37.19	1,785	56.41	43.59	0	0	0	
COAHUILA	63,663	50.34	49.66	331,397	51.44	48.56	19,995	31.77	68.23	119,096	50.62	49.38	10,452	54.91	45.09	39,147	58.29	41.71	3,339	24.92	75.08	0	0	0	
COLIMA	16,267	50.10	49.90	77,165	50.91	49.09	6,662	13.46	86.54	25,676	49.07	50.93	2,334	36.46	63.54	9,412	57.98	42.02	1,165	36.57	63.43	0	0	0	
CHIAPAS	98,052	49.61	50.39	627,863	52.72	47.28	9,656	32.65	67.15	101,494	55.83	44.17	7,617	39.29	60.71	62,390	66.14	33.86	5,422	57.67	42.33	0	0	0	
CHIHUAHUA	70,781	50.30	49.70	417,539	51.36	48.64	18,108	33.05	66.95	114,271	49.16	50.84	14,617	40.01	59.99	38,913	55.33	44.67	5,505	38.96	61.04	0	0	0	
DISTRITO FEDERAL	285,713	50.59	49.41	1,206,218	50.77	49.23	110,181	42.93	57.07	626,820	50.73	49.27	74,760	46.44	53.56	333,346	57.27	42.73	7,570	28.49	71.51	0	0	0	
DURANGO	43,817	49.36	50.64	276,611	51.46	48.54	4,821	35.20	64.80	72,991	49.28	50.72	9,624	27.80	72.20	21,466	58.76	41.24	6,420	48.86	51.14	0	0	0	
GUANAJUATO	112,524	49.94	50.06	774,144	51.35	48.65	9,981	31.02	68.98	170,247	53.46	46.54	16,216	49.29	50.74	40,874	57.12	42.88	4,617	39.64	60.36	0	0	0	
GUERRERO	114,858	49.45	50.55	584,608	51.57	48.43	7,111	17.04	82.96	128,045	52.35	47.65	10,164	27.11	72.89	48,429	58.48	41.52	1,864	48.03	53.97	0	0	0	
HIDALGO	60,311	49.68	50.32	369,555	51.63	48.37	4,690	34.48	65.52	103,943	53.59	46.41	4,420	33.73	66.27	32,760	57.47	42.53	2,424	40.22	59.78	0	0	0	
JALISCO	177,027	50.09	49.91	1,015,570	51.20	48.80	41,946	27.00	73.00	270,989	50.87	49.13	25,822	49.82	50.18	143,098	52.16	47.84	6,942	34.07	65.93	0	0	0	
MEXICO	256,437	50.56	49.44	1,716,122	51.29	48.71	13,107	57.58	42.42	528,114	52.02	47.98	39,902	52.37	47.63	131,933	57.00	43.00	8,677	27.79	72.24	0	0	0	
MICHOACAN	103,359	49.51	50.49	710,879	51.42	48.58	17,020	24.64	75.36	160,685	51.35	48.65	12,699	37.57	62.43	49,277	57.95	42.05	4,642	43.58	56.42	0	0	0	
MORELOS	39,756	50.82	49.18	200,219	51.24	48.76	9,998	23.54	76.46	81,042	50.05	49.95	6,545	44.69	55.31	28,228	54.25	45.75	3,072	52.28	47.72	0	0	0	
NAYARIT	28,534	49.56	50.44	157,595	51.53	48.47	1,487	27.30	72.70	50,819	48.10	51.90	11,593	23.30	76.70	14,890	53.75	46.25	7,569	46.57	53.43	0	0	0	
NUÉVO LEÓN	95,296	50.33	49.67	505,398	51.37	48.63	20,957	56.87	43.13	193,518	51.35	48.65	40,349	31.67	68.33	81,575	59.46	40.54	5,434	33.29	66.71	0	0	0	
OAXACA	107,600	49.81	50.19	623,259	51.86	48.14	3,907	23.75	76.25	108,043	54.84	45.16	6,104	40.35	59.65	37,979	60.99	39.01	1,215	36.38	63.62	0	0	0	
PUEBLA	147,299	49.96	50.04	788,257	51.45	48.55	10,852	33.23	66.77	202,868	53.27	46.73	26,913	34.12	65.88	67,317	55.20	44.80	8,101	39.18	60.82	0	0	0	
QUERÉTARO	36,148	50.59	49.41	194,681	51.42	48.58	3,012	51.96	48.04	49,531	53.99	46.01	5,835	35.69	64.31	16,701	58.52	41.48	1,439	54.48	45.52	0	0	0	
QUINTANA ROO	16,811	50.42	49.18	79,021	51.69	48.31	1,212	40.51	59.49	19,153	53.66	46.34	1,580	52.49	47.51	5,364	63.31	36.69	116	25.86	74.14	0	0	0	
SAN LUIS POTOSÍ	91,661	50.38	49.62	392,643	51.52	48.48	9,644	28.46	71.54	126,554	51.30	48.70	4,948	52.51	47.49	27,058	57.52	42.48	694	27.09	72.91	0	0	0	
SINALOA	70,894	50.70	49.30	418,502	51.25	48.75	16,462	36.95	63.05	137,638	49.15	50.85	24,443	25.76	74.24	75,985	56.09	43.91	2,009	21.75	78.25	0	0	0	
SONORA	61,153	49.83	50.17	324,500	51.05	48.95	14,636	39.44	60.56	117,660	49.21	50.79	11,360	38.65	61.35	44,659	54.60	45.40	1,840	40.10	59.90	0	0	0	
TABASCO	87,933	49.65	50.35	311,285	51.43	48.57	5,710	13.85	86.15	78,088	54.32	45.68	10,544	37.41	62.59	25,209	60.81	39.19	1,237	36.62	63.36	0	0	0	
TAMAULIPAS	60,873	50.37	49.63	362,757	51.51	48.49	19,349	26.37	73.63	151,299	48.83	51.17	8,753	57.10	42.90	43,367	58.98	41.02	2,204	50.45	49.55	0	0	0	
TLAXCALA	26,530	49.68	50.32	139,842	51.08	48.92	2,089	29.68	70.32	49,940	53.21	46.79	6,206	28.52	71.48	17,382	56.36	43.64	4,317	41.37	58.63	0	0	0	
VERACRUZ	175,410	50.03	49.97	1,150,616	51.76	48.24	15,101	31.67	68.33	292,459	52.87	47.13	9,879	61.60	38.40	92,902	56.66	43.34	4,864	31.91	68.09	0	0	0	
YUCATAN	42,720	50.37	49.63	226,354	51.85	48.15	12,803	33.67	66.33	63,018	53.58	46.42	5,409	60.82	39.18	21,340	60.46	39.54	39,52	2,485	48.96	53.04	0	0	0
ZACATECAS	46,803	49.19	50.81	256,119	51.58	48.42	6,468	22.65	77.35	59,555	50.46	49.54	1,768	41.86	58.14	16,838	58.04	41.96	1,161	51.51	48.49	0	0	0	

NOTA: \* A partir del ciclo escolar 1987-1988 la educación normal es a nivel Licenciatura  
FUENTE: INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro No. 14

**MATRICULA ESCOLAR POR NIVEL EDUCATIVO Y ENTIDAD FEDERATIVA  
1987-1988**

	PREESCOLAR			PRIMARIA			CAPACITACION PARA EL TRABAJO			SECUNDARIA			PROFESIONAL MEDIO			BACHILLERATO			NORMAL			SUPERIOR		
	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.	TOTAL	H.	M.
<b>E.U.M.</b>	<b>2,868,561</b>	<b>50.05</b>	<b>49.95</b>	<b>14,856,357</b>	<b>51.44</b>	<b>49.56</b>	<b>439,958</b>	<b>33.12</b>	<b>66.88</b>	<b>4,355,334</b>	<b>51.54</b>	<b>48.46</b>	<b>427,886</b>	<b>40.06</b>	<b>59.94</b>	<b>1,642,785</b>	<b>56.16</b>	<b>43.84</b>	<b>126,676</b>	<b>38.87</b>	<b>61.13</b>	<b>1,130,266</b>	<b>61.35</b>	<b>38.65</b>
AGUASCALIENTES	26,147	49.79	50.21	126,299	51.14	48.86	7,783	18.12	81.88	38,538	50.54	49.46	2,520	50.75	49.25	13,258	53.98	46.02	2,154	38.72	63.28	6,760	58.22	41.78
BAJA CALIFORNIA	49,006	50.17	49.83	243,193	51.34	48.66	14,902	28.82	71.18	89,765	49.44	50.56	9,316	48.73	53.27	38,587	53.41	46.59	816	24.88	75.12	21,794	58.46	41.54
BAJA CALIFORNIA SUR	12,188	49.85	50.15	52,584	51.53	48.47	3,361	31.63	68.37	16,482	50.70	49.30	608	51.32	48.68	9,434	54.56	45.44	1,049	41.28	58.72	2,422	64.53	35.47
CAMPECHE	20,341	49.83	50.17	98,626	51.58	48.42	4,726	31.67	68.33	24,295	52.99	47.01	1,999	39.12	60.88	10,616	60.63	39.37	2,132	54.92	45.08	4,649	61.09	38.91
COAHUILA	66,545	50.30	49.70	325,760	51.48	48.54	20,905	31.07	68.93	119,913	50.39	49.61	10,770	56.77	43.23	39,926	57.89	42.11	3,363	24.12	75.88	32,753	62.74	37.26
COLIMA	17,037	49.93	50.07	75,656	51.13	48.87	7,027	16.31	83.69	25,337	49.33	50.67	1,862	34.59	65.41	9,513	55.96	44.04	292	14.73	85.27	5,018	61.02	38.98
CHIAPAS	103,343	49.74	50.26	622,283	52.56	47.44	9,565	32.18	67.82	102,210	55.82	44.38	9,554	41.01	58.99	38,136	63.68	36.32	5,906	55.30	44.70	12,354	65.25	34.75
CHIHUAHUA	71,372	50.13	49.87	414,816	51.30	48.70	17,003	36.06	63.94	114,037	49.06	50.94	12,341	39.75	60.25	40,596	53.71	46.29	5,244	35.39	64.61	32,554	62.52	37.48
DISTRITO FEDERAL	280,574	50.58	49.42	1,190,998	50.80	49.20	89,067	35.45	64.55	606,361	50.69	49.31	88,531	41.96	58.04	326,998	56.83	43.17	7,357	27.33	72.67	278,727	60.80	39.20
DURANGO	42,534	49.59	50.41	270,872	51.54	48.46	5,016	39.13	60.87	72,396	49.04	50.96	11,652	31.07	68.93	23,085	59.13	40.87	6,463	48.07	51.93	9,657	60.29	39.71
GUANAJUATO	115,963	49.88	50.12	787,570	51.34	48.66	11,121	28.58	71.42	173,407	53.14	46.86	16,159	48.92	51.08	43,263	55.40	44.60	4,573	37.35	62.65	15,213	61.69	38.31
GUERRERO	112,781	49.36	50.64	580,365	51.67	48.33	6,004	15.46	84.54	31,873	52.45	47.55	8,979	29.27	70.73	51,609	57.02	42.98	1,874	42.26	57.74	20,189	62.60	37.40
HIDALGO	61,239	49.69	50.31	387,083	51.57	48.43	5,021	33.56	66.44	106,365	53.17	46.83	4,775	31.66	68.34	33,679	57.10	42.90	2,532	41.39	58.61	9,158	61.17	38.83
JALISCO	185,295	49.89	50.11	1,006,945	51.29	48.71	42,434	27.56	72.44	270,808	50.57	49.43	26,752	50.43	49.57	148,865	52.94	47.06	6,395	28.41	71.59	100,076	63.40	36.60
MEXICO	253,725	50.32	49.68	1,732,908	51.26	48.74	15,701	53.62	46.38	545,247	52.03	47.97	41,966	48.85	51.15	141,802	55.53	44.47	9,957	33.03	66.97	92,097	64.95	35.05
MICHOACAN	103,781	49.73	50.27	695,676	51.48	48.54	16,856	22.70	77.30	164,761	51.02	48.98	12,476	32.55	67.45	48,842	56.62	43.38	4,885	42.54	57.46	32,213	62.05	37.95
MORELOS	42,182	50.12	49.88	201,396	51.36	48.64	9,542	22.55	77.45	79,216	49.95	50.05	6,947	45.13	54.87	28,869	52.59	47.41	2,927	33.34	66.66	8,021	58.02	41.98
NAYARIT	29,311	49.58	50.42	154,416	51.27	48.73	1,383	33.77	66.23	50,549	48.09	51.91	10,960	19.62	80.38	15,182	53.71	46.29	6,261	42.98	57.02	6,406	56.16	43.82
NUevo LEON	94,282	50.55	49.45	499,048	51.46	48.54	22,132	36.22	63.78	193,510	51.27	48.73	40,971	32.12	67.88	82,414	57.94	42.06	5,228	34.81	65.19	80,096	61.40	38.60
OAXACA	107,793	49.94	50.06	821,508	51.92	48.08	3,254	24.82	75.38	117,834	54.61	45.39	5,537	40.27	59.73	38,164	59.51	40.49	1,576	31.49	68.51	14,405	63.55	36.45
PUEBLA	149,248	49.93	50.07	787,865	51.51	48.49	11,473	29.95	70.05	204,791	52.92	47.08	29,612	32.17	67.83	88,012	55.15	44.85	8,120	34.35	65.65	86,824	58.82	41.18
QUERETARO	37,762	50.80	49.40	196,011	51.41	48.59	3,096	47.71	52.29	52,788	54.04	45.96	6,279	34.80	65.20	16,379	60.91	39.09	1,631	43.96	56.04	10,570	63.32	36.68
QUINTANA ROO	17,496	51.02	48.98	82,379	51.61	48.39	1,773	31.58	68.42	20,153	54.11	45.89	1,914	53.76	46.24	5,431	61.08	38.92	237	35.88	64.14	1,691	68.72	31.28
SAN LUIS POTOSI	91,583	50.22	49.78	388,085	51.40	48.60	9,860	30.25	69.75	113,387	51.38	48.64	5,234	47.55	52.45	26,024	56.20	43.80	917	26.94	73.06	21,732	55.76	44.22
SINALOA	72,452	49.59	50.41	407,885	51.19	48.81	18,532	38.47	61.53	135,144	49.24	50.75	23,807	25.21	74.79	71,882	54.50	45.50	2,042	14.79	85.21	43,166	60.45	39.55
SONORA	80,921	50.13	49.87	320,226	51.07	48.93	13,268	42.12	57.88	116,380	49.31	50.69	11,543	37.48	62.54	45,696	54.21	45.79	1,793	43.11	56.89	36,743	58.57	41.43
TABASCO	70,918	49.76	50.24	310,383	51.34	48.66	7,030	16.20	83.80	79,946	54.04	45.96	10,888	39.07	60.93	28,505	58.89	41.11	1,482	34.55	65.45	10,396	67.82	32.18
TAMAILIPAS	64,859	50.35	49.65	349,487	51.47	48.53	20,780	28.69	73.11	123,738	51.08	48.92	8,337	49.14	50.86	48,850	57.27	42.73	20,773	50.42	49.58	37,013	58.81	41.19
TLAXCALA	28,337	49.82	50.36	139,953	51.12	48.88	2,838	31.64	68.36	50,268	53.01	46.99	5,887	27.43	72.57	16,099	56.24	43.76	806	29.53	70.47	10,646	53.47	46.53
VERACRUZ	189,859	50.06	49.94	1,148,141	51.73	48.27	17,054	33.00	67.00	292,385	52.67	47.33	10,566	56.14	43.86	92,544	55.40	44.60	4,827	30.99	69.01	65,844	62.14	37.86
YUCATAN	43,881	50.48	49.52	236,352	51.93	48.07	14,844	36.68	63.44	63,089	53.47	46.53	5,171	52.52	47.48	22,502	60.31	39.69	1,945	28.43	71.57	11,860	65.19	34.81
ZACATECAS	48,026	49.85	50.35	251,502	51.81	48.39	6,807	24.93	75.07	58,801	50.27	49.73	1,773	41.29	58.71	16,021	56.33	43.67	1,322	55.30	44.70	9,219	62.15	37.85

NOTA: \* A partir del ciclo escolar 1987-1988 la educación normal es a nivel Licenciatura  
FUENTE: INEGI, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

**Cuadro No. 15**

**ALUMNOS INSCRITOS EN EL CICLO UNIVERSITARIO POR AREA SEGUN SEXO 1989**

AREA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
Ciencias Agropecuarias	66,025	100.0	55,751	84.4	10,274	15.6
Ciencias de la Salud	117,185	100.0	53,129	45.3	64,056	54.7
Ciencias Naturales y Exactas	27,498	100.0	16,486	60.0	11,012	40.0
Ciencias Sociales y Administrativas	496,232	100.0	250,758	50.5	245,474	49.5
Educación y Humanidades	34,597	100.0	14,010	40.5	20,587	59.5
Ingeniería y Tecnología	328,028	100.0	261,297	79.7	66,731	20.3
<b>TOTAL</b>	<b>1,069,565</b>	<b>100.0</b>	<b>651,431</b>	<b>60.9</b>	<b>418,134</b>	<b>39.1</b>

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior.  
Anuario Estadístico 1989. Licenciatura.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANUIES. Anuario Estadístico Licenciatura 1989.
2. CONAPO. Proyecciones de Población 1980-2010 Hipótesis de Fecundidad Programática.
3. INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Resultados Preliminares.  
  
Encuesta Nacional de Empleo Urbano.  
  
Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.
4. PEDRERONIETO, MERCEDES. «Evolución de la participación económica femenina en los ochentas»; en Revista Mexicana de Sociología, enero-marzo 1990.
5. SALINAS DE GORTARI, CARLOS. II Informe de Gobierno 1990.
6. SEP. Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional.

## ALIMENTACION Y NUTRICION

*Lic. Rebeca López Ruvalcaba*

*Lic. Sara Elena Pérez Gil*

*Lic. Martha E. Guerrero B.*

### **Contenido general**

Es ampliamente conocido el hecho del papel tan fundamental que representa la buena nutrición en el sexo femenino. Las mujeres, junto con los menores de 5 años, constituyen los grupos más vulnerables a sufrir desnutrición y sus consecuencias sobre la salud, en las áreas rurales del país y en algunas zonas marginadas de las grandes ciudades, por lo que la gran mayoría de los programas de atención y de intervención se centran en mejorar la situación de salud de niños y embarazadas en general y la desnutrición en particular.

Se sabe que en muchas sociedades las mujeres son las últimas en recibir alimentos y las que menos reciben desde la infancia hasta la madurez. Declaraciones hechas por fuentes internacionales señalan, «el resultado acumulativo de la pobreza, la desnutrición y el abandono que sufren las niñas desde su nacimiento se refleja en el tamaño pequeño de su cuerpo adulto, que a su vez influye en la elevada mortalidad materna, en el bajo peso al nacer y en el débil estado nutricional de sus hijos. El relativo descuido que sufren las niñas se manifiesta en una frecuencia mayor de retraso del crecimiento, incluso en la primera infancia, entre las niñas que entre los niños...»

### **Adolescencia**

La adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la vida adulta, y es considerada como vulnerable desde el punto de vista nutricional debido al rápido crecimiento y desarrollo, que origina un incremento de los requerimientos energéticos, protéicos y de algunas vitaminas y minerales (ácido ascórbico, ácido fólico, calcio y hierro).

Desde el punto de vista biológico, los requerimientos de la mujer adolescente dependen de su edad, de su tamaño, forma y composición corporal, de su actividad física y del clima.

Los requerimientos calórico protéicos diarios promedio de las mujeres de 11 a 18 años son de 2,300 Kilocalorías y 1.2 g de proteína por kg. de peso, mismos que se elevan en caso de practicar algún deporte. Además, su dieta debe asegurar un aporte de 700 mg de calcio y 18 mg de hierro. (Cuadro 1).

Estos requerimientos nutricionales se cubren teniendo una alimentación recomendable, que reúna las características de suficiente, completa, equilibrada, variada e higiénica.

Es importante que en esta etapa se vigile más la calidad que la cantidad de los alimentos que se consumen, ya que la forma de vida de las adolescentes hace que, por un lado, persistan los hábitos consumistas adquiridos en la niñez, y por otro, que adquieran costumbres alimenticias muy especiales (como someterse a la dieta en boga), para lograr la figura que exigen la moda y la sociedad.

Por lo que se refiere a la edad de la menarquia, varios autores coinciden en el hecho de que ésta tiene relación con el crecimiento físico alcanzando en virtud del factor energético y de la historia nutricional individual. Pese a que la metodología de los estudios no permite obtener conclusiones precisas, se ha demostrado que en los países industrializados, cuyas condiciones de alimentación e higiene han mejorado sustancialmente en las últimas décadas, la menarquia se presenta a una edad cada vez más temprana (entre los 8 y 13 años), en tanto que en nuestro país, las mujeres del medio rural tienen su menarquia alrededor de los 15 años, y las del medio urbano se presenta entre los 12 y los 13 años. Según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988, el 20% de la población femenina de 12 a 16 años no había presentado menarquia.

Alcanzar la menarquia con un estado nutricional óptimo es importante, ya que al llegar ésta, como fenómeno endocrinológico que es,

hay un ajuste en algunos atributos físicos, especialmente aquellos que se refieren a la composición corporal. Se afirma que el deterioro de la talla y la proporcionalidad lineal no se corrige en lo sucesivo, pues el tiempo de crecer de esos parámetros ha quedado atrás, en tanto que la composición corporal sí lo hace.

Una vez que la mujer ha tenido su primera menstruación ha entrado a una etapa reproductiva, y el embarazo puede producirse independientemente de su estado nutricional. Sin embargo, en las madres muy jóvenes (como en el caso de muchas mujeres en el medio rural), con sus propios procesos de crecimiento físico aún incompletos, actúan factores biológicos, sociales y psicológicos que dan lugar a mayor número de embarazos que terminan en productos prematuros, en comparación con madres en edades más adecuadas para la reproducción.

Es así como el embarazo en la adolescencia actúa casi siempre en detrimento de la salud y estado de nutrición de la futura madre y de su hijo.

Mucho se ha hablado de la existencia de una estrecha relación entre el promedio de peso al nacer de los niños con el nivel socioeconómico de las familias a que pertenecen y el estado nutricional de la madre. De acuerdo con cifras internacionales, «muchos millones de mujeres en todo el mundo padecen una salud deficiente crónica (...); casi la mitad de las mujeres del mundo en desarrollo están anémicas, y entre las mujeres embarazadas, esta cifra llega casi al 60%». Podríamos afirmar que México no es la excepción, tal y como lo muestran los datos preliminares de la Encuesta Nacional de Nutrición 1988, en la que sólo el 58.3% de las mujeres en edad reproductiva presentaba cifras entre 13 y 15.9 gramos de hemoglobina por 100 ml, valores considerados como normales. Alrededor del 26% tiene menos de 13 gramos, lo que significa que existe cierto grado de anemia, según se observa en el cuadro 2.

En esta situación llegan infinidad de mujeres adolescentes del medio rural al embarazo, dando por resultado los problemas de salud en el recién nacido.

## **Adulta joven**

A partir de los 18 años los requerimientos nutricionales de la mujer empiezan a disminuir, en virtud de la declinación del crecimiento, si bien la alimentación continúa siendo el soporte de una vida sana y productiva.

El aporte diario de nutrimentos que necesita la mujer de 18 a 34 años es de 71 g de proteínas, 500 mg de calcio y 18 mg de hierro, mismos que se pueden cubrir fácilmente con una dieta normal que no exceda las 2,000 kilocalorías y que contenga alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida (Cuadro 1).

La selección cuidadosa de los alimentos que componen la dieta es importante para prevenir algunas enfermedades relacionadas con el régimen alimenticio que, si bien se gestan en la infancia, se hacen sintomáticas en la madurez. La arterioesclerosis, la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes e incluso algunos tipos de cáncer, como el del tubo digestivo, del estómago, del colón y de la mama se han relacionado epidemiológicamente, además del evidente factor genético, con el consumo excesivo de sal, azúcares refinadas, lípidos, productos industrializados y con la sobrealimentación y/o el consumo de una dieta desequilibrada. Tan solo la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías son padecidas por el 22.4% de las mujeres de 12 a 44 años.

El otro lado de la moneda, el más generalizado en nuestro país, es el de la alimentación deficitaria en cantidad y calidad, debido tanto a factores culturales como ambientales, económicos y sociales. La baja estatura promedio alcanzada por la mujer mexicana, el bajo índice de masa corporal que acusa el 29% de las mujeres no embarazadas de 29 a 49 años (Cuadro 2), son prueba de sus consecuencias.

El estado nutricional de la mujer afecta su organismo y al producto en formación cuando ocurre el embarazo. No fue sino en la mitad de la década de los sesenta cuando se empezó a argumentar la

importancia de la nutrición materna para prevenir los problemas de salud del hijo. Diversos estudios realizados en países en desarrollo, dieron a conocer que en los medios sociales más deprimidos hasta el 40% de los niños pueden nacer con menos de 2.5 kilos de peso. Las investigaciones señalaron que esta prevalencia tan alta de «prematurez de peso» no había sido previamente conocida porque la mayor parte de las investigaciones sobre el tema habían sido hechas en el ámbito institucional y casi siempre con un corte transversal. Chávez y Martínez, en México, pusieron en evidencia que la malnutrición materna afecta al peso al nacer y condiciona que algunas madres no inicien bien la lactancia o que otras no puedan sostener la producción de volúmenes significativos, lo que reduce la aportación de sólidos lácteos en un 8%, pero sobre todo la hace irregular.

Para evitar un mayor deterioro físico, un parto de alto riesgo y un producto débil o enfermo, es indispensable que la futura madre reciba una mejor alimentación, rica en proteínas, calcio, hierro y vitaminas A, C y del complejo B. Los alimentos ricos en estos nutrimentos son los de origen animal, las verduras de color intenso y las frutas cítricas. Cabe destacar la importancia de que la embarazada consuma diariamente de dos a cuatro vasos de leche y una ración de hígado una vez por semana. Cuando la situación económica de la familia no permite a la gestante incluir en su dieta alimentos de buena calidad biológica, el Instituto Nacional de la Nutrición recomienda que consuma un plato más del guisado principal en la comida.

Con el objeto de ampliar lo anterior y dada la relevancia que tiene la nutrición durante el proceso reproductivo, a continuación ahondaremos más sobre este punto, ya que se hace especialmente crítico en el ciclo reproductivo y en las etapas e interfases más vulnerables del ciclo vital. Por un lado y como ya se expresó anteriormente, los requerimientos durante la gestación (Cuadro 1) están determinados por la edad materna.

Existen algunas diferencias, de acuerdo a algunas investigaciones, sobre las edades de la mujer consideradas como de riesgo al embarazarse. En tanto hay quienes consideran a los 18 años como la edad límite, otros autores hablan de los 17 años; sin embargo, lo cierto es que las jóvenes corren un riesgo biológico cuando el embarazo tiene lugar antes de que termine el crecimiento. Investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos demuestran, con los datos de natalidad y mortalidad, que el curso y resultados de los embarazos en jóvenes entre 17 y 20 años de edad son similares a los de las mujeres adultas jóvenes, es decir, «Aquellas cuya edad varía entre los 20 y 24 años». Empero, según los mismos estudios, «un número desproporcionadamente grande de niños con bajo peso al nacer, nacen de madres jóvenes».

En un estudio coordinado por el CLAP entre los años 1977 y 1981, se encontró que la incidencia del bajo peso al nacer registrado en unidades hospitalarias públicas del área metropolitana de la Ciudad de México es de hasta 2.6% para los nacidos con un peso de 500 a 1,499 g. y de hasta 13,5% para los que pesan entre 1,500 y 2,499 g., en tanto que el registrado en algunas ciudades provincianas (Guadalajara, Mérida, Acapulco y Mexicali), las cifras varían entre de 0.8 a 1.6% para los de «muy bajo peso», y de 7.0 a 8.2% para los de «bajo peso», lo que sin duda contribuye a la mortalidad neonatal precoz.

El esparcimiento intergenésico es un factor que al ser muy breve produce y agrava la deficiencia nutricional, con el correspondiente efecto negativo sobre el hijo por nacer. Sobre este punto la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988, arroja información acerca de que el 12.7% de la población femenina embarazada, para el momento del estudio, contaba con un espacio intergenésico entre 12 y 18 meses y el 12.5% menos de 12 meses, lo que nos habla de un lapso breve entre los embarazos y, por tanto, de un probable efecto negativo en la prematuridad y en el bajo peso en los recién nacidos, especialmente en las zonas rurales del país.

Ahora bien, destacada la importancia que tiene la buena nutrición durante el embarazo, nos referiremos, aunque sea brevemente, a la necesidad que existe en el grupo materno de estar bien alimentado en el post parto. La leche materna, como es de conocimiento universal, es el mejor y único alimento para el niño en su edad temprana (alrededor de los 4 meses). Desde el momento del nacimiento de su hijo, la madre necesita conservar las reservas acumuladas durante el embarazo y tener una dieta adecuada para hacer frente al consumo de energía que demandará la lactancia materna.

Si partimos de lo anterior, es fácil entender que debemos adjudicar la misma importancia a la nutrición de la mujer que lacta así como al estado nutricional del recién nacido. Las mujeres durante la lactancia requieren 1,000 calorías y 30 gramos de proteínas más que sin estar lactando (Cuadro 1), con el objeto de obtener una mayor producción láctea. El desgaste físico durante este periodo debe cubrirse con un buen aporte de nutrimentos, que se asegura comiendo dos platos más al día del guisado principal. Así mismo la lactancia materna retrasa la aparición de la menstruación y ofrece a la madre un alto nivel de protección contra las tensiones de otro embarazo demasiado seguido.

Varias investigaciones señalan en promedio que el período post natal de infecundidad dura tres meses para una mujer que no ha amamantado a su hijo y trece meses para una mujer que lo ha hecho durante dieciocho meses. No puede asegurarse que éste sea un método seguro, sin embargo aumenta la posibilidad de protección si se prolonga la lactancia materna.

### **Adulta madura**

A medida que pasa el tiempo, las condiciones metabólicas del individuo cambian. Mitchel, Forbes y Deurenberg coinciden en que al derredor de los 30 años el requerimiento calorífico empieza a descender, y relacionan este factor con la superficie corporal y la actividad física. Actualmente es conocido que la composición

corporal cambia con la edad, disminuye el tejido magro o muscular y aumenta el adiposo. La reproducción de la cantidad de músculo provoca una disminución gradual del metabolismo basal. Es por ello que Bidlack y Cols, y Faoloms, recomiendan reducir el consumo diario calórico en un 5% por cada década entre los 40 y 59 años.

De lo anterior se deriva el problema de la obesidad en la mujer madura. Se considera que la obesidad es un producto de la civilización actual que ha causado una alteración en la especie humana con la incorporación de hábitos de consumo inadecuados, con predominación de alimentos ricos en hidratos de carbono altamente refinados y alto contenido de lípidos.

La obesidad es una alteración orgánica que se traduce en aumento paulatino de peso, que cada día cobra mayor importancia dentro del campo de la salud pública por las alteraciones que desencadena en la población, como hipertensión, arteroesclerosis y diabetes, entre otras. También son frecuentes en los obesos los trastornos renales, estreñimiento, colitis, así como alteraciones en la menstruación en algunas mujeres. Así se podría seguir señalando una serie de problemas colaterales a la presencia de obesidad en los individuos.

Algunos estudios realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición, a lo largo de dos décadas para conocer la frecuencia de obesidad en algunas zonas de la República Mexicana, revelan que es más frecuente la obesidad en mujeres que en hombres en el área rural, mientras que en el medio urbano la frecuencia es parecida en ambos sexos, con grados más elevados en las mujeres. Otros estudios, realizados en el IMSS, por Márquez (1973) en el D.F., revelan una mayor frecuencia en mujeres (42% aproximadamente); otro estudio realizado por INN en 1979 en obreros reveló que la obesidad se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición ya citada, el 10.2% de la población femenina de 12 a 49 años de edad presenta sobrepeso y el 14.6% de este mismo grupo presentó obesidad (Cuadro 3).

El climaterio es la fase del proceso de envejecimiento que marca la transición del período reproductivo de la vida al no reproductivo y la menopausia, que indica el final del período menstrual, ocurre durante el climaterio, alrededor de los 51 años.

Desde el punto de vista nutricional, la principal manifestación es la disminución y pérdida de la actividad ovárica, la cual tiene tres efectos importantes en la salud de la mujer, a saber, la osteoporosis, la predisposición a la enfermedad coronaria y el desarrollo de problemas asociados a la redistribución del tejido adiposo en abdomen y tórax.

Estos efectos pueden prevenirse observando una ingesta equilibrada de nutrimentos, reduciendo el consumo de hidratos de carbono, proteínas e incrementando el de calcio y realizando ejercicios diariamente.

### **Mujer anciana**

El cuidado de la alimentación, al igual que en otras etapas de la vida, es primordial en el llamado grupo de la tercera edad (mayores de 60 años). La vejez constituye un proceso multifactorial, que tiene lugar a nivel celular y de órganos. Se han efectuado estudios relacionados con los cambios en los órganos del aparato digestivo en las personas de mayor edad, los que señalan que en general, durante el envejecimiento hay cambios importantes que se refieren primordialmente a la disminución de algunas funciones, por ejemplo, menor tamaño de las glándulas salivales, atrofiamiento de las papilas gustativas, disminución de la acidez gástrica, disminución del índice basal, entre otras. Todo esto influye para que la alimentación de este grupo de edad cobre vital importancia.

La disminución del índice basal y la actividad física menor son factores que contribuyen a la disminución de sus requerimientos energéticos. En México, las recomendaciones calóricas para las mujeres de 55 y más años son de 1700 kilocalorías al día, lo que

significa el 85% de las necesidades calóricas de una mujer adulta joven (18 a 34 años). En Estados Unidos, Faoloms recomienda reducir en un 10% el consumo calórico para las edades entre 60 y 69 años, y un 10% adicional para individuos por arriba de los 70 años.

Pese a que existen otros factores que afectan la alimentación de la anciana, ésta no debe ser, salvo en casos excepcionales, diferente a la del adulto. De hecho, en la medida en que de joven se consume una dieta recomendable, la posibilidad de disfrutar una vejez sin restricciones dietéticas es mayor.

Entre los factores que interfieren en la alimentación de éste grupo de edad se encuentra la pérdida paulatina de los dientes y el miedo a comer determinados alimentos por el constante estreñimiento que sufren a esta edad. La pérdida de dientes propicia un aumento en el consumo de alimentos suaves, que generalmente aportan hidratos de carbono, y una reducción de alimentos duros (como la carne) y de los ricos en fibra (frutas y verduras). Este tipo de dieta ocasiona una motilidad intestinal pobre, que posteriormente causa el estreñimiento.

La alimentación en esta etapa de la vida debe incluir el consumo de alimentos preparados con cereales enteros o poco refinados, alimentos de origen animal de consistencia suave, como el huevo, la leche, el queso, el pescado, y la carne molida; el consumo de frutas frescas que tienen un mínimo o mediano efecto excitante de la mucosa intestinal, como los higos, manzana, plátano, melón, piña, mandarina, naranja, uva, y de verduras cocidas como la berenjena, coliflor, papas, coquecitas de bruselas y zanahoria. De esta manera se asegura un ingreso suficiente de proteínas y un aporte vitamínico y mineral requerido en esta edad.

Otro problema relacionado con la vejez y su alimentación lo constituye el ambiente familiar en el que se desenvuelve el anciano. Existe la idea muy difundida acerca de que el hombre viejo o la mujer vieja se «convierten» nuevamente en niños y, por lo tanto, su alimentación debe ser como la de los infantes. Asimismo el anciano es relegado de muchas actividades familiares, en ocasiones

tratándosele como un estorbo y dando lugar a que tenga que «granjearse» la comida que le dan. Lo anterior tiene repercusiones en su alimentación y en que muchas veces ésta sea insuficiente, tanto en cantidad como en calidad. No debemos olvidar que esta problemática se agrava por el bajo nivel socioeconómico de la mayoría de los ancianos debido, principalmente, a la jubilación y a la pérdida de familiares.

Por último, es necesario señalar que lamentablemente no existen estadísticas que demuestren la magnitud del problema; sin embargo la observación diaria de la vida cotidiana nos permite afirmar que el problema existe y que hay que enfrentarlo y actuar de una manera inmediata a través de un diagnóstico fidedigno para ubicar la magnitud y trascendencia de este problema.

En conclusión, la alimentación juega un papel fundamental para mantener la vida; por ello los esfuerzos que se inviertan en este campo exigirán la participación conjunta de todos los sectores con el propósito de ofrecer respuestas a la mujer, para mejorar su alimentación en primera instancia y con ello, ofrecerle mejores condiciones de nutrición y salud.

**Cuadro No. 1****RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO DE NUTRIMENTOS EN MUJERES  
(PARA INDIVIDUOS NORMALES CON LA DIETA EN LAS CONDICIONES DE MEXICO)**

EDADES (EN AÑOS)	ENERGIA (KCAL)	PROTEINA (G)	CALCIO (MG)	HIERRO (MG)	TIAMINA (MG)	RIBOFLAVINA (MG)	C) NIACINA (MG)	ASCORBICO (MG)	D) RETINOL (MCGEQ)
11 - 18	2,300	67	700	18	1.2	1.4	20.7	50	1,000
18 - 34	2,000	71	500	18	1.0	1.2	18.0	50	1,000
35 - 54	1,850	71	500	18	1.0	1.2	16.6	50	1,000
55 Y +	1,700	71	500 A)	10	1.0	1.2	16.0	50	1,000
EMBARAZADAS	200	10	1,000	25 B)	0.2	0.3	3.0	80	1,500
LACTANTES	1,000	30	1,000	25 B)	0.2	0.7	7.0	80	1,500

**NOTAS:**

- A) Se sugiere dar cantidades mayores para disminuir el balance negativo de calcio habitual en esa edad.  
B) Estas cantidades difícilmente se cubren con una dieta normal, por lo que se sugiere la suplementación.  
C) Un miligramo equivalente de niacina es igual a un mg. de niacina o a 60 mg. de triptofano.  
D) Un microgramo equivalente a retinol es igual a un mcg de retinol, a 9 mcg de caroteno ó a 3 U.I. de actividad de retinol.
- Fuente: División de Nutrición. Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán».

**Cuadro No. 2****POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS, SEGUN CANTIDAD DE HEMOGLOBINA**

HEMOGLOBINA (G/100 ML)	POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS		
	MUESTRA NUMERO	EXPANSION NUMERO (MILES)	%
Menos de 10.0	387	430.7	2.0
10.0 - 10.9	551	625.0	2.9
11.0 - 11.9	1390	1516.1	6.9
12.0 - 12.9	2804	3207.5	14.7
13.0 - 13.9	4161	4909.9	22.5
14.0 - 14.9	4110	4902.0	22.4
15.0 - 15.9	2451	2923.8	13.4
16.0 - 16.9	860	973.5	4.5
17.0 y más	344	390.6	1.8
No especificado	2220	1983.6	9.1
TOTAL	19278	21862.5	100.0

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición, 1988.  
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

**Cuadro No. 3****POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS QUE NO ESTA EMBARAZADA,  
SEGUN LAS CATEGORIAS DEL INDICE DE MASA CORPORAL**

CATEGORIA	POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS		
	MUESTRA	EXPANSION	
	NUMERO	NUMERO (MILES)	%
Bajo Peso	4710	5684.6	29.0
Rango Deseable	3938	4597.7	23.4
Sospechoso	2830	3228.4	16.4
Sobrepeso	1755	1996.4	10.2
Obesidad	2647	2870.9	14.6
No especificado	1428	1251.2	6.4
<b>TOTAL</b>	<b>17308</b>	<b>19629.3</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Wilson, E.D. Fisher, K.H. y Fuga, M.E. «Fisiología de la Alimentación» Ed. Interamericana, 1978.
- Sepúlveda - Amor, J. y Colaboradores. «Estado Nutricional de Preescolares y Mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional»  
Gaceta Médica de México, Vol. 126 (3) 1990.
- Secretaría de Salud.
- Martí, H.C. «Modos de Vida y Alimentación», 1985.
- Martínez, C. y Chávez, A. «Relación entre la Nutrición Materna y el Desarrollo Temprano del Niño», Cuad. de Nutrición, Vol. 4 (3): 203 - 214, México, 1979.
- Ramos Galván, R.: «Peso y talla en el momento de la menarquia en un grupo de niños bien nutridos».  
Cuad. de Nutrición, Vol. 4 (3): 69-76, México, 1979.
- Ramos Rodríguez, R.M., «La Desnutrición y su Relación con la Mortalidad en Lactantes y Preescolares».  
Memorias de Cocoyoc, Primer Seminario Situación y Perspectivas de la Mortalidad en Menores de 5 años en América Latina, OPS - SSA - UNICEF. México, 1988.
- Schwarcz, R., Díaz, A.G. «Algunos problemas asociados con la mortalidad materna y perinatal en las Américas»  
Memorias de Cocoyoc, Primer Seminario Situación y Perspectivas de la Mortalidad en Menores de 5 años en América Latina, OPS - SSA - UNICEF. México, 1988.

- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición (Nacional) Documento Mimeografiado, México, 1988.
- Serrano, V.C. «La salud de la mujer y de la familia en América Latina y el Caribe». Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas, Hechos y Tendencias. Publ. Cientif. 461, OPS,. 1984.
- Robledo, de A.A., «Consideraciones Nutrimientales sobre la Menopausia». Trabajo presentado en la 1a. Reunión Interdisciplinaria sobre Menopausia y Andropausia. 26 - 30 de marzo de 1990. Unidad Clínica de Antropología Médica y Depto. de Historia y Filosofía de la Facultad de Medicina, UNAM.
- «Breast - Feeding, Fertility and Family Planning», ` Population Reports., Series J, No. 24 1981.
- Relación entre la Nutrición y el Embarazo en los Adolescentes, «Nutrición de la Futura Madre y Evolución del Embarazo», Nat. Acad. of Sciences, Ed. Limusa México, 1975.
- Studd, J.V., Thom, M.H. Clinics in Endocrinology and Metabolism. Vol. 10. No. 12 March, 1981
- Seidell, J.C., Oosterlec, A., Deurenberg, P., Hautuast, J.G.A. y Ruijs, J.H.J. European Journal of Clinical Nutrition, No. 42, 1988.

## MORBILIDAD

*Dra. Adriana Mallen Garza*

La salud es causa y efecto del desarrollo del país; no sólo es resultado de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, sino que también influye de manera determinante, la presencia de factores relacionados con los niveles generales de bienestar económico y social.

La existencia de grupos sociales que no tienen acceso a servicios de salud, generalmente coincide con el desempleo o subempleo, la alimentación insuficiente, la vivienda no higiénica y la insalubridad en general, lo que, en conjunto, repercute negativamente en la calidad de vida.

La morbilidad general en nuestro país, no constituye una excepción al patrón de morbilidad de un país en vías de desarrollo, ya que combina enfermedades infecciosas y parasitarias, características del subdesarrollo, con padecimientos que son propios de áreas industrializadas o desarrolladas; entre otros, la patología crónico degenerativa y los accidentes.

Las estadísticas de morbilidad permiten conocer el comportamiento de la enfermedad en la población, los factores de riesgo existentes, la frecuencia y magnitud de los daños por grupo de edad y sexo y son, además, el mejor instrumento para facilitar la programación de acciones tendientes a evitar, modificar o limitar daños en el individuo, en la familia y en la comunidad, a través de decisiones adecuadas en torno a la prestación de servicios.

Las cifras de morbilidad se consideran limitadas, ya que en un número considerable de mujeres recurren a atención empírica,

automedicación, atención domiciliaria o en unidades médicas del sector privado sin embargo, la utilización de los servicios de salud, tanto en consulta externa como en hospitalización reportada por las instituciones, muestra un predominio del sexo femenino; lo que se debe, sin duda, a la atención médica relacionada con la reproducción.

Uno de los principales problemas para la evaluación de la morbilidad interinstitucional, es la diversidad en la presentación estadística de la información, la que requiere uniformidad para permitir un mejor análisis, seguimiento y programación de acciones tendientes a modificar los riesgos y daños en la población. Esta pluralidad obliga a buscar estrategias que compatibilicen dicha información, de manera que sean operativas y que contribuyan a los postulados requeridos de equidad, eficiencia y efectividad.

La salud es responsabilidad primordial de la mujer en la familia; en un gran porcentaje de casos es ella, quien realiza el autocuidado y las primeras acciones, lo que hace fundamental su capacitación. «Educar a un hombre es educar a un individuo y educar a una mujer es educar a toda la familia» dijo Mahatma Gandhi. Numerosos estudios realizados en los últimos años indican que la instrucción de la madre es uno de los instrumentos más poderosos para elevar el nivel de bienestar familiar (UNICEF 1989).

En cuanto a la salud de la mujer, la organización del trabajo y de la vida social desempeñan un papel preponderante y; entre los factores asociados a enfermedades y daños, son determinantes los «estilos de vida» que, en general, corresponden a una forma de comportamiento ligada al consumo de alcohol, tabaco, drogas, alimentación inadecuada, escaso ejercicio físico, las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y las violencias, así como los trastornos mentales o degenerativos.

En estudios efectuados se ha podido observar un aumento de los daños que dejan secuelas y discapacidades de diferente naturaleza, pues algunas instituciones de seguridad social refieren que los

pagos por incapacidad permanente han aumentado.

En relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad, están en su mayoría precedidas por factores de riesgo a veces comunes, que son susceptibles de ser medidos en el conjunto de la población.

Deberán considerarse los siguientes puntos:

- Estudios analíticos prospectivos demostraron que la asociación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo mencionados, cumplen con criterios epidemiológicos aceptables para establecer causalidad.
- Estudios han permitido observar que los factores de riesgo son susceptibles de modificarse.
- Las estadísticas nacionales y de los países de América han comprobado que es posible lograr una reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad, con la aplicación de programas de prevención y control.

En relación a los resultados obtenidos, la Encuesta Nacional de Salud, practicada por la Secretaría de Salud (Febrero de 1988), mostró que la prevalencia lápsica de enfermedades agudas era de 16.6 en el sexo femenino contra 15.4 en el masculino y que los grupos de edad más afectados fueron los menores de 14 años para incrementarse nuevamente a partir de los 45. (Cuadro 1)

Las infecciones respiratorias agudas fueron la causa principal, seguidas por las diarreas (Cuadro 2).

En relación con las enfermedades crónicas e invalidez, la prevalencia fue más alta en mujeres (9.2) que en hombres (5.8) y un aumento considerable se manifiesta a partir de los 35 años. (Cuadro 3)

Las principales causas fueron: la hipertensión arterial, la artritis y la diabetes mellitus (Cuadros 4 y 5).

### **Características generales de la morbilidad**

Las causas principales que generan mayor demanda de consulta en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, las constituyen, sin lugar a duda, los procesos infecciosos y parasitarios, lo que representa un grave problema de salud pública en México y un reto para su prevención y control.

Dentro de los procesos patológicos referidos, en primer lugar, se encuentra las infecciones respiratorias agudas, seguidas por las intestinales, de las parasitosis, la amibiasis intestinal y ascariasis son de las más frecuentes y endémicas en todo el país (cuadros 6 y 7) (La información disponible a nivel nacional no está separada por sexo).

Sin embargo, las enfermedades crónico degenerativas, adquieren una importancia paulatinamente ascendente y caracterizan el nuevo perfil de la morbilidad de la población (cuadros 6, 8 y 9), destaca la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, que manifiestan tasas superiores en la mujer, mientras que los traumatismos y envenenamientos predominan en el hombre, como se observa en el cuadro No. 8 correspondiente a la consulta externa en 1989 del I.M.S.S.

Dentro de las causas de egreso hospitalario, se presenta la correspondiente a tres Instituciones integrantes del Sector Salud, la Secretaría de Salud, el ISSSTE y el IMSS, en las que se observa predominio del sexo femenino en la utilización de los servicios, generado en gran parte por la atención ginecoobstétrica, así como la superioridad en el mismo sexo en patologías como la diabetes mellitus, colecistitis y coelitis (cuadros 9 Bis, 10 y 11) entre otras.

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Cuadro No. 1**

**PREVALENCIA LAPSICA (2 SEMANAS) DE ENFERMEDADES AGUDAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.
MENOS DE UNO	291.4	33.0	237.6	28.0	528.9	30.5
1 - 4 AÑOS	1325.0	32.1	1159.9	30.9	2484.8	31.5
5 - 14 AÑOS	1808.3	16.4	1755.1	16.3	3563.4	16.4
15 - 24 AÑOS	918.5	10.7	1159.7	12.6	2078.2	11.7
25 - 34 AÑOS	546.3	10.5	790.1	14.2	1336.5	12.4
35 - 44 AÑOS	411.8	11.1	569.2	14.0	981.0	12.6
45 - 54 AÑOS	382.1	13.4	536.0	17.2	918.1	15.4
55 - 64 AÑOS	219.4	11.9	311.1	16.5	530.5	14.2
65 Y MAS AÑOS	196.9	13.4	264.0	15.7	460.8	14.6
NO ESPECIFICADO	14.4	9.8	8.2	9.4	22.6	9.6
<b>T O T A L</b>	<b>6114.1</b>	<b>15.4</b>	<b>6790.8</b>	<b>16.6</b>	<b>12904.9</b>	<b>16.0</b>

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Cuadro No. 2**

**PREVALENCIA LAPSICA (2 SEMANAS) DE ENFERMEDADES AGUDAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD**

EDAD	CAUSA						TOTAL	
	DIARREA		IRA		OTRA			
	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.
MENOS DE UNO	115.7	6.7	389.5	22.5	23.7	1.4	528.9	30.5
1 - 4 AÑOS	378.4	4.8	1961.6	24.9	144.9	1.8	2484.8	31.5
5 - 14 AÑOS	245.5	1.1	3011.6	13.8	306.3	1.4	3563.4	16.4
15 - 24 AÑOS	108.5	0.6	1801.3	10.2	168.4	0.9	2078.2	11.7
25 - 34 AÑOS	104.4	1.0	1143.8	10.6	88.3	0.8	1336.5	12.4
35 - 44 AÑOS	75.2	1.0	802.8	10.3	103.0	1.3	981.0	12.6
45 - 54 AÑOS	77.4	1.3	759.5	12.7	81.2	1.4	918.1	15.4
55 - 64 AÑOS	54.8	1.5	433.2	11.6	42.5	1.1	530.5	14.2
65 Y MAS AÑOS	55.4	1.8	346.8	11.0	58.7	1.9	460.8	14.6
NO ESPECIFICADO	2.6	1.1	17.6	7.5	2.4	1.0	22.6	9.6
<b>TOTAL</b>	<b>1217.9</b>	<b>1.5</b>	<b>10667.6</b>	<b>13.2</b>	<b>1019.4</b>	<b>1.3</b>	<b>12904.9</b>	<b>16.0</b>

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Cuadro No. 3**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS E INVALIDEZ POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.
MENOS DE UNO	12.8	1.4	6.9	0.8	19.7	1.1
1 - 4 AÑOS	67.3	1.6	57.9	1.5	125.2	1.6
5 - 14 AÑOS	197.6	1.8	192.2	1.8	389.8	1.8
15 - 24 AÑOS	180.5	2.1	260.9	2.8	441.4	2.5
25 - 34 AÑOS	182.6	3.5	338.1	6.1	520.7	4.8
35 - 44 AÑOS	246.9	6.6	515.2	12.6	762.1	9.8
45 - 54 AÑOS	457.6	16.1	858.7	27.5	1316.3	22.1
55 - 64 AÑOS	427.1	23.1	717.5	38.1	1144.6	30.7
65 Y MAS AÑOS	522.9	35.7	801.7	47.6	1324.6	42.1
SUBTOTAL 15 Y MAS	2017.7	8.5	3491.9	13.7	5509.6	11.2
NO ESPECIFICADO	14.8	10.0	31.6	36.0	46.4	19.7
<b>TOTAL</b>	<b>2310.1</b>	<b>5.8</b>	<b>3780.6</b>	<b>9.2</b>	<b>6090.7</b>	<b>7.5</b>

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Cuadro No. 4**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS E INVALIDEZ POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN CAUSA**

EDAD	CAUSA							
	DIABETES M.		HIPERTENSION		BRONQUITIS		CARDIOPATIA	
	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.
MENOS DE UNO	0.0	0.0	0.0	0.0	8.4	0.5	0.6	0.0
1 - 4 AÑOS	0.9	0.0	1.8	0.0	48.6	0.6	8.7	0.1
5 - 14 AÑOS	6.2	0.0	7.7	0.0	86.2	0.4	20.6	0.1
15 - 24 AÑOS	13.6	0.1	51.7	0.3	41.0	0.2	31.7	0.2
25 - 34 AÑOS	26.9	0.2	135.5	1.3	34.8	0.3	35.7	0.3
35 - 44 AÑOS	110.8	1.4	204.6	2.6	46.2	0.6	35.4	0.5
45 - 54 AÑOS	354.8	5.9	405.8	6.8	55.1	0.9	53.7	0.9
55 - 64 AÑOS	272.3	7.3	326.4	8.8	54.1	1.5	59.3	1.6
65 Y MAS AÑOS	201.4	6.4	336.7	10.7	74.9	2.4	78.3	2.5
SUBTOTAL 15 Y MAS	979.9	2.0	1460.7	3.0	306.1	0.6	294.1	0.6
NO ESPECIFICADO	4.5	1.9	6.6	2.8	1.8	0.8	1.1	0.5
TOTAL	991.6	1.2	1476.8	1.8	451.1	0.6	325.1	0.4

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Cuadro No. 5

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS E INVALIDEZ POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN CAUSA

EDAD	CAUSA							
	ARTRITIS		DESNUTRICION		TUBERCULOSIS		EPILEPSIA	
	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.	NUM.	PREV.
MENOS DE UNO	0.0	0.0	6.2	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0
1 - 4 AÑOS	0.5	0.0	31.7	0.4	0.1	0.0	5.9	0.1
5 - 14 AÑOS	21.3	0.1	57.5	0.3	4.2	0.0	31.8	0.1
15 - 24 AÑOS	25.0	0.1	51.8	0.3	1.4	0.0	50.1	0.3
25 - 34 AÑOS	54.0	0.5	28.8	0.3	4.8	0.0	34.0	0.3
35 - 44 AÑOS	139.8	1.8	23.6	0.3	10.7	0.1	18.7	0.2
45 - 54 AÑOS	222.5	3.7	14.4	0.2	5.5	0.1	13.3	0.2
55 - 64 AÑOS	245.3	6.6	10.7	0.3	3.2	0.1	4.9	0.1
65 Y MAS AÑOS	336.5	10.7	14.2	0.5	7.3	0.2	5.6	0.2
SUBTOTAL 15 Y MAS	1023.1	2.1	143.5	0.3	32.9	0.1	107.9	0.2
NO ESPECIFICADO	21.3	9.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.5	0.2
TOTAL	1066.3	1.3	239.3	0.3	37.3	0.0	165.6	0.2

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Cuadro No. 6**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL**

<b>ORDEN</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>CASOS</b>	<b>TASA*</b>
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	9668848	11473.34
2	OTRAS INF. INTESTINALES MAL DEF.	2466721	2927.08
3	AMIBIASIS	1068175	1267.53
4	ASCARIASIS	507634	602.37
5	DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS	329296	390.75
6	HIPERTENSION ARTERIAL	215557	255.79
7	PARASITOSIS (SIN OTRA ESPECIFICACION)	191451	227.18
8	SARNA	186030	220.75
9	ANGINA ESTREPTOCOCCICA	172775	205.02
10	OXIURIASIS	160319	190.24
11	VARICELA	126191	149.74
12	DIABETES MELLITUS	125619	149.06
13	PALUDISMO	101241	120.14
14	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	96539	114.56
15	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS	93711	111.20
16	TRICOMONIASIS UROGENITAL	92165	109.37
17	CANDIDIASIS UROGENITAL	64160	76.13
18	INTOXICACION POR PONZOÑA DE ANIMALES	53063	62.97
19	PAROTIDITIS EPIDEMICA INFECCIOSA	51346	60.93
20	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA	48074	57.05
	TODAS LAS DEMAS	388947	461.54
	<b>T O T A L</b>	<b>16207862</b>	<b>19232.72</b>

\* Por 100,000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología SSA

**Cuadro No. 7****INCIDENCIA DE LAS 10 PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA POBLACION DEL SEXO FEMENINO ADSCRITA A LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA DIGESAN. MEXICO 1989**

<b>NUM. PROG.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA*</b>
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	15.837	2006
2	INFECCIONES INTESTINALES	2,838	359
3	AMIBIASIS	2,089	264
4	TIÑAS	1,814	230
5	SARNA	879	111
6	ASCARIASIS	742	94
7	INFECCIONES GONOCOCCICAS DEL TRACTO URINARIO	350	44
8	SALMONELOSIS	337	43
9	INTOXICACION ALIMENTARIA	295	37
10	VARICELA	281	36

FUENTE: Departamento de Epidemiología: «Análisis de la morbi-mortalidad de la población adscrita a los servicios médicos de la DIGESAN, 1989». Documento Interno 1990.

\* Tasa por 10,000 derechohabientes

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
JEFATURA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD**

**Cuadro No. 8**

**MORBILIDAD EXTERNA POR MOTIVOS DE CONSULTA SEGUN AFECCION PRINCIPAL POR FRECUENCIA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
1989**

AFECCION PRINCIPAL	TASA EN MUJERES EN TOTAL DE CONSULTAS POR 100,000 DH.	TASA EN HOMBRES EN TOTAL DE CONSULTAS POR 100,000 DH.	TASA DEL TOTAL DE CONSULTAS POR 100,000 DH.
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	26,834.4	24,929.4	25,907.1
ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	13,725.3	8,213.5	11,040.9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	12,293.2	12,434.3	12,360.4
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	8,871.0	7,388.4	8,149.7
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	7,980.1	4,031.3	6,056.9
DIABETES MELLITUS	6,533.1	3,944.6	5,271.8
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	5,881.4	15,100.8	10,370.2
ENFERMEDADES APARATO URINARIO	4,868.6	—	3,616.6
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	4,276.3	4,245.4	4,261.8
HELMINTIASIS	3,850.2	3,050.8	3,460.9
ENFERMEDADES DEL OJO Y ANEX.	—	2,873.8	—
O T R A S	69,640.0	32,456.5	51,818.5
T O T A L	164,753.5	118,668.8	142,614.8

FUENTE: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.  
Departamento de Estadística de Salud y Análisis de la Información IMSS.

**Cuadro No. 9**

**INCIDENCIA DE LAS CINCO PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA POBLACION DEL SEXO FEMENINO ADSCRITA A LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA DIGESAN. 1989**

<b>NUM. PROG.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA*</b>
1	HIPERTENSION ARTERIAL	706	89.0
2	DIABETES	513	65.0
3	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	71	9.0
4	BOCIO	32	4.0
5	CIRROSIS HEPATICA	8	1.0

FUENTE: Departamento de Epidemiología: «Análisis de la morbi-mortalidad de la población adscrita a los servicios médicos de la DIGESAN, 1989».  
Documento Interno 1990.

\* Tasa por 10,000 derechohabientes

**Cuadro No. 9 Bis**

**MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO  
SEGUN SEXO  
SECRETARIA DE SALUD  
1989**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
PARTO NORMAL	135,525	—————	135,525
CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	69,710	—————	69,710
ABORTO	30,185	—————	30,185
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	20,282	—————	20,282
FRACTURAS	13,158	9,102	4,056
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	10,209	5,204	5,005
HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	7,919	3,566	4,353
ENFERMEDADES EN OTRAS PARTES DEL APARATO DIGESTIVO	7,482	4,353	3,129
APENDICITIS	6,865	3,492	3,373
ENFERMEDADES EN LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	6,852	—————	6,852
OTRAS CAUSAS	124,956	62,908	62,048
TODAS LAS CAUSAS	433,143	88,625	344,518

SE EXCLUYEN OTRAS RAZONES PARA EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

FUENTE: Secretaría de Salud.  
Dirección General de Planeación, Información y Evaluación

Cuadro No. 10

**CAUSAS PRINCIPALES DE EGRESOS POR SEXO EN  
EL DISTRITO FEDERAL Y FORANEOS  
I.S.S.S.T.E.  
1989**

NO.	DIAGNOSTICO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	TOTAL DE CAUSAS	246,528	69,381	177,147
1	PARTO NORMAL	43,898	—	43,898
2	CAUSAS OBS. DIRECTAS	27,930	—	27,930
3	ABORTO	9,448	—	9,448
4	DIABETES MELLITUS	7,026	2,791	4,235
5	HERNIA DE LA CAV. ABDOMINAL	6,621	3,099	3,522
6	COLELITIASIS. COLECISTITIS	5,312	961	4,351
7	ENF. DE LOS ORG. GENIT. FEM.	4,927	—	4,927
8	ENF. DE LAS OTRAS PARTES DEL APARATO DIGESTIVO	4,802	2,543	2,259
9	INF. INTESTINAL MAL DEFINIDA	4,288	2,095	2,193
10	APENDICITIS	4,181	1,980	2,201
11	BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA ASMA	3,885	1,867	2,018
12	TUMOR BENIGNO DEL UTERO	3,667	—	3,667
13	OTRAS RAZONES PARA EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	3,605	393	3,212
14	PROLAPSO UTEROVAGINAL	3,532	—	3,532
15	NEUMONIA	3,374	1,847	1,527
16	OTRAS CAUSAS	110,032	51,805	58,227

FUENTE: Anuario Estadístico 1989.

**Cuadro No. 11**

**MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGUN AFECCION PRINCIPAL POR SEXO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDADES DE 2o. NIVEL  
1989**

**EXCLUYE: CIRUGIA AMBULATORIA Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO**

<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>IGNORADO</b>
AFECCIONES OBSTETRICAS	379,488	0	379,488	0
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	74,016	49,206	24,734	76
INF. RESP. AGUDAS	43,633	24,273	19,220	140
AFECCIONES PERINATALES	42,693	22,152	20,282	259
ENF. INF. INTESTINALES	41,688	22,566	18,995	127
ENF. AP. URINARIO	38,305	18,719	19,569	17
DIABETES MELLITUS	33,616	13,764	19,846	6
HERNIA DE LA CAV. ABD.	31,355	15,574	15,759	22
ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	27,499	14,980	12,506	13
COLELITIASIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR	26,660	4,345	22,308	7
OTRAS	369,420	162,009	207,033	378
<b>TOTAL</b>	<b>1'108,373</b>	<b>347,588</b>	<b>759,740</b>	<b>1,045</b>

## **Morbilidad materna**

En la actualidad, el Programa de Atención Materno Infantil, ocupa un lugar preponderante en las unidades médicas y hospitalarias del Sistema Nacional de Salud; desarrolla acciones encaminadas a preservar la salud de la mujer, durante la etapa reproductiva de su existencia, tanto en la intergestacional, como en el embarazo, parto y puerperio; asimismo, busca identificar con oportunidad los factores de riesgo, su manejo adecuado y con ello, prevenir o limitar los daños; sin embargo, la morbilidad y la mortalidad materna continúan siendo un grave problema de salud pública en nuestro país, sobre todo porque las complicaciones, que se pueden descubrir oportunamente y tratar de manera apropiada en el transcurso del embarazo, no han sido controladas en la proporción debida, a pesar de que un alto porcentaje son técnicamente evitables, con los recursos hoy disponibles; además, se ha reconocido que en materia de asistencia de salud, se han adoptado en algunos casos estrategias y tecnologías que en gran parte se basan en modelos establecidos por los países industrializados, sin que se adapten a las necesidades, recursos socioculturales y características ecológicas propias de los países en desarrollo, ni al estilo de vida de sus habitantes.

Los resultados, en los últimos años, son diferentes en las entidades de la República; en algunas, las condiciones de salud en la población vulnerable, han obtenido un progreso considerable, mientras que en otras, las tasas de morbilidad y mortalidad materna se mantiene altas y como factores causales persisten, entre otros, la desnutrición, las infecciones, la falta de regulación de la fecundidad, el embarazo en edades extremas de la vida, problemas socioeconómicos, bajos niveles educativos y la inaccesibilidad o la no disponibilidad de los servicios de salud.

La solución no sólo compete al sector salud, sino también a los servicios educativos y sociales; La atención materna debe otorgarse con criterio más amplio, totalizador de esfuerzos intersectoriales y de diversas disciplinas, con una activa participación comunitaria.

Es conveniente crear o adoptar tecnologías, mediante la elaboración de normas que incorporen los avances acordes con las necesidades de la población, evitando que éstos se concentren en beneficio de un grupo minoritario y privilegiado.

El embarazo, trae consigo una serie de cambios que requieren que el organismo materno realice adaptaciones orgánicas y funcionales y, en ocasiones, estos cambios pueden tornarse patológicos, provocando daños de diversa magnitud.

Las complicaciones, durante la gestación pueden verse agravadas por factores asociados como son;

- La edad de la madre.
- Número de hijos y espaciamiento de nacimientos.
- Factores emocionales, socioculturales y económicos.
- Estilos de vida.
- Toxicomanías, las cuales son causa de una mayor morbilidad y mortalidad perinatal; tal es el caso del tabaco, ya que estudios han detectado que afecta la función reproductiva de la mujer, aumentando el riesgo de abortos, de partos prematuros y desnutrición en útero, con bajo peso al nacer.

La patología previa o propia del embarazo es factor decisivo que genera un alto riesgo materno o fetal. En un estudio sobre gestación, se encontró que alcanzaba alrededor del 16%, entre las causas principales; la toxemia, la diabetes, las infecciones, la hipertensión arterial, ocupan un lugar preponderante, haciendo hincapié la importancia que guarda el estado nutricional y su relación con la patología materna.

Dentro de las principales causas de egreso hospitalario en las diversas instituciones, se encuentran; el embarazo normal y sus complicaciones, (Más del 80% de las defunciones maternas reportadas ocurren por causas obstétricas directas y, por ende, evitables). Los abortos inducidos y clandestinos constituyen una causa de morbilidad y mortalidad cuya magnitud no se conoce con exactitud, con el fin de abatir las tasas de morbilidad y mortalidad materna, se

requiere multiplicar esfuerzos y una participación comprometida del equipo multidisciplinario de salud y de la población, para que esta sea capaz de autocuidar su salud, detecte los signos de alarma y esté en condiciones de demandar una atención adecuada y oportuna.

En el cuadro 11 Bis se presenta la morbilidad hospitalaria en la Secretaría de Salud del año de 1988 , se observa que el 56.6% correspondieron a partos normales, mientras que el 43.4% a complicaciones del parto y puerperio.

La Encuesta Nacional de Salud, realizada por la Secretaría de Salud en 1988, muestra que de la población femenina de 12 a 50 años encuestada, el 6.5% dio a luz en el último año (Cuadro 12), de los 4313 casos, el 70.2% fue atendida en hospital, el 19% en domicilio y el 0.2% en la calle o en el campo (Cuadro 13).

La atención que recibe la mujer fuera de las unidades médicas y por personal no capacitado conlleva a generar complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre o del hijo.

El parámetro de edad es muy amplio en dicha encuesta y no está desglosado por grupos de edad; de las 4313 mujeres que durante el último año fueron atendidas obstétricamente, el 16.37% no demandaron atención formal por:

- Inaccesibilidad y falta de disponibilidad de los servicios el 39.2%
- No lo consideraron necesario el 24.8%
- Por una atención inadecuada, manifestada por falta de confianza y mal trato, el 12.3% (Cuadro 14)

Uno de los problemas principales al que nos enfrentamos al estudiar y analizar las estadísticas, es la diversidad de información interinstitucional con agrupamientos diferentes en cuanto a edad, sexo, mínimo de contenido que se requiere, disponibilidad en relación al tiempo, lo que dificulta su análisis, evaluación y concentración, por lo que es conveniente se unifiquen criterios y formatos para favorecer la toma de decisiones y la creación de programas tendientes a modificar riesgos, prevenir daños y conocer el estado de salud-enfermedad de la población.

**Cuadro No. 11 Bis****MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE  
EGRESO  
SECRETARIA DE SALUD  
1988****CAUSAS MATERNAS**

DIAGNOSTICO	T O T A L	%
PARTO NORMAL	135,525	56.6
CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	69,710	29.1
ABORTO	30,185	12.6
TOXEMIA DEL EMBARAZO	2,658	1.11
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	821	.34
CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	360	.15
T O T A L	239,259	100.00

Fuente: Secretaría de Salud  
Dirección General de Planeación, Información y Evaluación  
Dirección de Estadística

**Cuadro No. 12**

**POBLACION FEMENINA DE 12 A 50 AÑOS, SEGUN PARTO DURANTE EL ULTIMO AÑO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

PARTO EN EL ULTIMO AÑO	POBLACION		
	MUESTRA NUMERO	EXPANSION EN MILES NUMERO	%
SI	4313	1549.2	6.5
NO	57520	22203.8	92.9
NO SABE	443	152.8	0.6
NO ESPECIFICADO	0	0.0	0.0
TOTAL	62276	23905.8	100.0

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**Cuadro No. 13**

**POBLACION FEMENINA DE 12 A 50 AÑOS, SEGUN PARTO DURANTE EL ULTIMO AÑO, SEGUN LUGAR DE ATENCION  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

LUGAR DE ATENCION	POBLACION		
	MUESTRA NUMERO	EXPANSION EN MILES NUMERO	%
CASA	773	293.9	19.0
CONSULTORIO	325	111.9	7.2
HOSPITAL	3058	1087.1	70.2
CALLE O CAMPO	12	2.7	0.2
OTRO	88	29.8	1.9
NO SABE	38	16.1	1.0
NO ESPECIFICADO	19	7.9	0.5
TOTAL	4313	1549.2	100.0

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**Cuadro No. 14**

**POBLACION FEMENINA DE 12 A 50 AÑOS, QUE PARIO DURANTE EL ULTIMO AÑO Y NO DEMANDO ATENCION FORMAL, SEGUN MOTIVO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

MOTIVO DE NO DEMANDA	POBLACION		
	MUESTRA NUMERO	EXPANSION EN MILES NUMERO	%
NO FUE NECESARIO	165	67.0	24.8
ES CARO	120	44.7	16.6
ESTA LEJOS	97	46.5	17.2
FALTA DE CONFIANZA	92	29.2	10.8
TRATAN MAL	11	4.0	1.5
FALTA TIEMPO	81	31.6	11.7
NO HAY	47	14.5	5.4
OTRO	53	21.2	7.8
NO SABE	31	8.6	3.2
NO ESPECIFICADO	9	2.4	0.9
TOTAL	706	269.7	100.0

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

## **Morbilidad en la mujer adolescente**

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia transcurre en la segunda década de la vida (10-19 años) y la juventud entre los 15-24 años de edad. Estas definiciones cronológicas no coinciden con la duración y aparición de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan este periodo de transición y que muchas culturas consideran que se inician con la pubertad.

Los problemas de salud en la adolescencia y en la juventud tienden a ser muy diferentes de las que se presentan a edades más tempranas y se caracterizan por una elevada carga psicosocial.

Para analizar las condiciones de salud en este grupo de edad, hay carencia de datos sobre la incidencia de enfermedades y escasez del registro de problemas psicosociales; la consulta es poco frecuente en parte debido a la falta de capacidad de los servicios y la insuficiente preparación de los equipos multidisciplinares de salud, específica para dar respuesta a los requerimientos del adolescente.

En la adolescencia y en la juventud aparecen problemas que se originan en la niñez y que pueden prolongarse hasta etapas posteriores, que generan riesgos y daños a la salud, se presentan sobre todo, en individuos especialmente vulnerables.

El hábito de fumar de las mujeres durante la adolescencia y la juventud, aumenta el riesgo de aparición de cáncer en la vida adulta y en aquellas que, además, usan anticonceptivos orales, la probabilidad de enfermedad cardiovascular aumenta en etapas posteriores.

El consumo de bebidas alcohólicas por parte de las jóvenes y adultas se está incrementando, aún cuando en estudios efectuados por la OMS las mujeres consumen con menor frecuencia y en menor cantidad que los hombres. Se ha demostrado que los adolescentes prefieren el consumo intensivo pero esporádico y en algún grupo es

fuerte la asociación de alcohol, tabaco y drogas; también lo es, la ingestión de alcohol en jóvenes cuyos padres lo consumen. (OMS *The Health of Youth fact for Action*, 1989).

Los traumatismos y los envenenamientos constituyen una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes en los países desarrollados; esta causa se acentúa cada vez más en países en desarrollo, como sería nuestro caso, en el que, son motivo de una considerable demanda de atención médica, mucha de ella de alto costo, es además una fuente importante de incapacidad temporal o permanente, alto sufrimiento humano, con repercusión económica, social y familiar; sin embargo, escasamente son mencionados en proyectos de investigación y en programas preventivos.

Los problemas de salud mental, son un verdadero desafío para la meta «Salud para todos en el año 2000», ya que guardan relación con los procesos demográficos, socioculturales, ambientales entre otros, se requiere una modificación en la práctica, que obliga a efectuar una atención primaria que se ocupa primordialmente de los factores de riesgo, es anticipatoria, actúa por programación, requiere del autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud y no aplicar exclusivamente la atención secundaria que se ocupa del daño, es expectante, actúa por demanda, requiere de un paciente y admite la práctica individual.

Es necesario involucrar al adolescente en la programación, en la toma de decisiones e incentivar su participación en las acciones que en él se llevarán a cabo y no permitir que sólo sea espectador de su vida, favorecer el adecuado uso del tiempo libre y fomentar el deporte, todo ello, redundará en su salud mental.

### **Características de la morbilidad**

Estas características, ponen de manifiesto las condiciones y estilos de vida que prevalecen en la población, requieren aplicar medidas tendientes a modificar los factores de riesgo, a través de

una educación para la salud y a crear una cultura de la salud, capacitando al individuo para el autocuidado de la salud, así como para coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente, con una participación comprometida, tanto del equipo multidisciplinario de salud como de la propia comunidad.

De acuerdo con los reportes de la Dirección General de Epidemiología SSA, los 10 principales padecimientos en este grupo de edad, están constituidos por enfermedades infecciosas y parasitarias (cuadro 15).

El IMSS, en este grupo de edad, muestra en segundo lugar los traumatismos y envenenamientos que, como ya fue referido, predominan en el sexo masculino.

En el tercer lugar se encuentra una patología que afecta a un porcentaje considerable de la población; las enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén, que por la falta de atención oportuna y de medidas preventivas, generan pérdidas irreparables de las piezas dentarias.

En el cuarto lugar se encuentran las enfermedades del sistema conjuntivo y en el séptimo, los trastornos de la menstruación, los que son causa de un número considerable de demandas de consulta y en algunas ocasiones de incapacidades temporales para las actividades propias de la mujer. (Cuadro 16)

En cuanto a la morbilidad hospitalaria por tumores malignos, el IMSS, en este grupo de edad, reporta en primer lugar con mayor frecuencia, las leucemias linfoides, seguida de la mieloides y linfomas.

Llaman la atención los 159 casos que se presentaron como tumor maligno del ovario, y otros anexos del útero, así como 69 tumores del cuello del útero, lo que deberá tomarse en cuenta para el establecimiento de Programas de Detección oportuna, sobre todo considerando a aquellas mujeres en quienes existen factores condicionantes o de riesgo para esta patología.

En relación a las principales causas de egresos hospitalarios se presentan los cuadros 18 y 19, en los que se observan que predominan las gineco-obstétricas.

**Cuadro No. 15**

**CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES EN EL GRUPO DE EDAD DE 15-24 AÑOS  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1989**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>CASOS</b>
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1,251,161
2	OTRAS INF. INTESTINALES Y LAS MAL DEFINIDAS	306,505
3	AMIBIASIS	182,606
4	DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS	72,590
5	ASCARIASIS	59,970
6	SARNA	29,113
7	PARASITOSIS (SIN OTRA ESPECIFICACION)	27,474
8	TRICOMONIASIS UROGENITAL	26,558
9	ANGINA ESTREPTOCOCIA	26,125
10	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS	23,099

FUENTE: Dirección General de Epidemiología SSA

**Cuadro No. 16**

**MORBILIDAD EXTERNA POR MOTIVOS DE CONSULTA EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS, SEGUN AFECCION  
MORBOSA PRINCIPAL POR FRECUENCIA  
MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
1989**

<b>AFECCION PRINCIPAL</b>	<b>%</b>	<b>TASA DEL TOTAL DE CONSULTAS POR 100,000 DERECHOHABIENTES</b>
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	14.1	20,140.1
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10.7	15,349.0
ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	10.0	14,458.8
ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	7.5	10,798.4
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	5.1	7,328.3
ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	3.4	4,930.0
TRASTORNOS DE LA MENSTRUACION	3.0	4,256.8
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2.3	3,347.7
ENFERMEDAD DEL APARATO URINARIO	2.3	3,346.4
HELMINTIASIS	2.1	2,986.5
OTRAS	39.5	56,450.5
<b>T O T A L</b>	<b>100.0</b>	<b>143,392.4</b>

FUENTE: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.  
Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información IMSS.

**Cuadro No. 17****MORBILIDAD HOSPITALARIA POR TUMORES MALIGNOS SEGUN FRECUENCIA  
HOSPITALES GENERALES DE ZONA Y ESPECIALIDADES IMSS  
1989****GRUPO 15-24 AÑOS**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>CASOS</b>
1	LEUCEMIA LINFOIDE	612
2	LEUCEMIA MIELOIDE	296
3	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO Y ANEXOS DEL UTERO	159
4	LINFOMAS Y OTROS	146
5	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	69
6	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA DE LA MUJER	33
7	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	20
8	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	19
9	TUMOR MALIGNO DE VEJIGA	2
SUMA DE LOS DIEZ PRINCIPALES		1,356
RESTO		1,515
<b>T O T A L</b>		<b>2,871</b>

FUENTE: Estados (SUI 13) Contraloría General J.A.P.S.  
Depto. de Estadística y Análisis de la Información

**Cuadro No. 18**

**CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE EGRESOS POR GRUPO DE EDAD, D.F. Y FORANEOS  
I.S.S.S.T.E.  
1989**

**15 - 24 AÑOS**

<b>No.</b>	<b>DIAGNOSTICOS</b>	<b>CASOS</b>
1	PARTO NORMAL	13,839
2	CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	7,683
3	ABORTO	2,101
4	APENDICITIS	1,145
5	DESVIACION DEL TABIQUE Y POLIPOS NASALES	1,031
	OTRAS	11,115
	TOTAL	36,914

FUENTE: Anuario Estadístico 1989

**Cuadro No. 19**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGUN AFECCION PRINCIPAL EN UNIDADES  
MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL**

**I.M.S.S.**

**1989**

**15 - 24 AÑOS**

<b>No.</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CASOS</b>
1	AFECCIONES OBSTETRICAS	186,695
2	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	15,470
3	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR DE TEJ. CONJUNTIVO	4,492
4	ENF. AP. URINARIO	4,461
5	HERNIA CAV. ABDOMINAL	2,583
	OTRAS	47,943
	T O T A L	261,644

FUENTE: Departamento de Estadística de Salud y Análisis de la Información J.A.P.S.  
Listados (SUI 13)

## **Patología del embarazo en la adolescente**

Esta situación trae consigo una serie de alteraciones que afectan a la madre y al hijo, desde un punto de vista biofisiológico, psicológico, socioeconómico y demográfico.

Las causas por las que las adolescentes se exponen al riesgo de quedar embarazadas, son debidas a una conjunción de factores, como promiscuidad, hacinamiento, pérdida de autoridad paterna, abandono, falta de experiencia para medir ese riesgo, influencia de sus compañeros, imitación de patrones de conducta de la sociedad moderna, relaciones paternofiliales insatisfechas con carencia de afecto, falta de educación e información sexual; asimismo, la actividad sexual en esta etapa de la vida guarda relación en muchos casos con otros comportamientos arriesgados como son: el abuso del alcohol y de drogas que facilita el inicio de una actividad sexual.

Al quedar embarazadas, muchas adolescentes de bajo nivel social y económico, se encuentran en un círculo vicioso de pobreza y privación cultural, que agrava su inseguridad personal y sus perspectivas de mejoría social futura.

El comienzo precoz de la actividad reproductora, guarda relación con el entorno cultural y no solo daña a la población de los países más desarrollados, si no que en los más pobres y menos adelantados sus efectos lesionan cuando menos a dos generaciones.

Las mujeres adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de presentar complicaciones gestacionales, pudiéndose mencionar entre otras: la toxemia, anemia, hemorragias, desproporción céfalo-pélvica y partos prematuros o prolongados. La frecuencia con que se observan productos de bajo peso, es significativamente más elevada que en otros grupos de edad; la causa es que las adolescentes se encuentran en un período de crecimiento activo que impone requerimientos importantes de proteína y energéticos, a los cuales se agregan las demandas propias de la gestación. Guarda especial importancia esta situación en pobla-

ciones marginadas y rurales, en donde la frecuencia de uniones a edades tempranas es mayor que en sociedades urbanas, así como los intervalos gestacionales cortos.

El embarazo en la adolescente constituye un importante factor psicológico que genera stress, ya que la mujer en esta etapa es más vulnerable debido a su inmadurez, tiende a sufrir de soledad y suele sentirse acosada ante su futuro, la vida familiar es inestable, pierde la autoestima, inseguridad para enfrentar su maternidad. Se ha observado que los niños de madres adolescentes, se encuentran entre la población de alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud para con él, mal nutrición, retardo en su desarrollo, problemas escolares y delincuencia juvenil; en resumen, se evidencia el rechazo a su nacimiento.

En algunos casos, en estos grupos de edad, los embarazos son voluntarios y la madre desea recibir atención y cuidados; sin embargo, encuestas realizadas mostraron que el 70% aproximadamente, de los embarazos premaritales de adolescentes, son involuntarios.

Como una muestra representativa de la situación que prevalece en nuestro país, se analizan cifras de tres instituciones del Sistema Nacional de Salud, durante 1989, IMSS, ISSSTE y PEMEX.

Se reportaron 1295 embarazos en menores de 15 años, factor que por sí solo condiciona un riesgo gestacional y las cinco causas principales de complicaciones fueron:

- Partos complicados y obstruidos 31.12%
- Abortos 7.10%
- Partos prematuros 6.17%
- Hemorragias del embarazo y del parto 3.70%
- Toxemias 3.24%

El 56.83% de los embarazos, partos y puerperios de este grupo de edad, evidenció complicaciones, mientras que el 43.16% de los partos fueron normales (Cuadros 20, 21 y 22).

Del análisis que se realiza en dos instituciones, el IMSS y el ISSSTE, en la atención materna en el grupo de 15-24 años, se encontró que el 35.18% de los partos fueron normales, el 64.82% de los embarazos, partos y puerperios manifestaron complicaciones de las cuales las cinco principales fueron:

- Partos complicados 35.64%
  - Partos prematuros 7.74%
  - Abortos 7.63%
  - Toxemias 3.18%
  - Hemorragias del embarazo y del parto 3.16%
  - Causas obstétricas directas 3.04%
- (Cuadros 20 y 21).

Los datos anteriormente reportados, guardan similitud con los de otros autores, lo que nos lleva a considerar que la morbilidad materna en este grupo de edad, en nuestro país, continúa siendo un grave problema de salud pública, que requiere de la participación interinstitucional, con el fin de poder incrementar la cobertura de atención prenatal y asegurar que se otorgue con alta calidad a través de la coordinación, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada para la prestación del servicio.

Dentro de las proposiciones que se hacen para mejorar las condiciones de la mujer adolescente son:

- Propiciar la buena comunicación intrafamiliar, con la orientación necesaria para el adecuado y responsable manejo de la actividad sexual.
- Programas de educación sexual desde la época escolar.
- De requerirse, promover el uso de anticonceptivos seguros, con amplia información para su uso responsable.
- Favorecer la protección jurídica.
- Información sobre la asistencia médico social a la que tienen derecho.
- Promover la participación de la comunidad en relación con la educación para la salud.

- Fortalecer la investigación de la gestación y sus riesgos.
- Orientación nutricional.
- Reorientación de patrones de conducta e incrementar las actividades sociales, culturales y deportivas del adolescente.

Cuadro No. 20

**MORBILIDAD HOSPITALARIA POR CAUSAS MATERNAS SEGUN GRUPOS DE EDAD  
HOSPITALES GENERALES DE ZONA Y DE ESPECIALIDADES  
I.M.S.S. 1989**

CODIGO C.I.E. 1975	PADECIMIENTOS	GRUPOS DE EDAD					TOTAL
		5-14	15-24	25-44	45-64	IGNORADOS	
651-665 667-669	PARTOS COMPLICADOS	399	87,876	88,289	349	97	177,010
650	PARTO NORMAL	266	74,889	76,094	319	64	151,632
630-369 644	ABORTO	87	17,136	24,394	429	27	42,073
642-643	PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO	80	19,542	17,887	44	28	37,581
640-641 646	TOXEMIA DEL EMBARAZO	36	8,026	10,019	69	9	18,159
647-648	HEMORRAGIA DEL EMBARAZO Y PARTO	31	7,426	9,797	28	10	17,292
670	ALGUNAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO N.C.O.P.	29	6,718	5,540	27	12	12,326
671-676	ENF. Y AFECC. DE LA MADRE QUE COMPLICAN EL EMBARAZO	9	2,334	3,502	27	2	5,874
666	SEPSIS PUERPERAL	7	1,519	1,046	9	1	2,582
645	ALGUNAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	5	1,105	997	40	3	2,150
T O T A L	HEMORRAGIA POSTPARTO	3	781	928	6	1	1,719
	EMBARAZO PROLONGADO	1	665	642	3	1	1,312
		953	228,017	239,135	1,350	255	469,710

FUENTE: Listados (SUI 13) Contraloría General: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.  
Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información

**Cuadro No. 21**

**CAUSA DE EGRESO POR GRUPO DE EDAD  
D.F. Y FORANEOS  
I.S.S.S.T.E.  
1989**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>A Ñ O S</b>					<b>TOTAL</b>
	<b>5-14</b>	<b>15-24</b>	<b>25-44</b>	<b>45-64</b>	<b>65 o +</b>	
<b>PARTO NORMAL</b>		13,839	30,014	45		43,898
<b>CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS</b>	16	7,683	20,183	48		27,930
<b>ABORTO</b>	3	2,101	7,285	59		9,448
<b>HEMORRAGIA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO</b>	2	544	1,633	4		2,183
<b>T O T A L</b>	<b>21</b>	<b>24,167</b>	<b>59,115</b>	<b>156</b>		<b>83459</b>

**Cuadro No. 22****MORBILIDAD HOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX**

PADECIMIENTO	A Ñ O S				TOTAL
	10-14	15-44	45-49	50 y +	
PARTO NORMAL	293	11,000	90	7	11,390
HEMORRAGIA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	15	448	1	—	464
ABORTOS	2	337	9	—	348
PARTO OBSTRUIDO	4	100	—	—	104
TOXEMIA DEL EMBARAZO	6	97	—	—	103
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	1	28	—	—	29
CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	—	13	—	—	13
TOTAL	321	12,023	100	7	12,451

## **Morbilidad en la mujer adulta**

En este capítulo incluimos las edades comprendidas entre los 25 a los 64 años.

Es la etapa de la vida que se enmarca dentro de la adultez la cual, es una resultante por un lado del crecimiento y desarrollo por el otro, de la influencia continúa de factores genéticos, ecológicos, sociales y culturales que afectan la supervivencia de un individuo y su actividad productiva dentro de la sociedad en la cual se desempeña.

En el análisis de motivos de consulta y causas de morbilidad, a manera de ejemplo de las condiciones del país, según la información proporcionada por el IMSS en la consulta de medicina familiar, se encontró lo siguiente:

En el grupo de 25 a 44 años prevalecen las infecciones respiratorias agudas que se encuentran en el primer lugar, disminuyen los traumatismos y envenenamientos para dar paso en el segundo lugar a las enfermedades del sistema oseomuscular y del tejido conjuntivo.

Dadas las condiciones ambientales y de saneamiento, así como la falta de higiene básica personal y en el manejo intra y extrafamiliar de los alimentos, las enfermedades infecciosas continúan ocupando un lugar preponderante dentro de las 10 principales.

Es importante considerar en estos grupos, el papel que juegan los estilos de vida y el stress a los que el individuo está sometido, lo que se refleja en dos patologías importantes, tanto por su magnitud como por la trascendencia que generan en el individuo y en la familia, siendo en ocasiones causa de incapacidades, con la repercusión socioeconómica consecuente; específicamente se trata de los trastornos mentales que ocupan el octavo lugar y la enfermedad hipertensiva el décimo (Cuadro 23).

Dentro de la morbilidad hospitalaria en el grupo de 25 a 44 años, ocupan los primeros lugares en el análisis de causas en dos institu-

ciones representativas nacionales, la atención gineco-obstétrica, la colelitiasis y otros trastornos de la vesícula que tienen predominio importante en el sexo femenino, sobre el masculino (Cuadros 24, 25 y 26).

En hospitales de alta especialidad, los traumatismos y envenenamientos se ubicaron en el segundo lugar, influenciado por las actividades laborales, los medios de transporte, que en ocasiones representan una inseguridad y los riesgos fuera del hogar del tipo de violencias y agresiones. Esta misma situación prevalece en las enfermedades del sistema osteomuscular.

En el grupo de 45 a 65 años de acuerdo a lo informado por la Dirección General de Epidemiología, se encuentran las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las crónico degenerativas del tipo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales afectan primordialmente al sexo femenino (Cuadro 27).

En la morbilidad hospitalaria ocupa el primer lugar, tanto en el IMSS como en el ISSSTE, la diabetes mellitus, y en la consulta externa de medicina familiar de la primera institución citada igualmente se encuentra una superioridad en la presentación de las enfermedades crónico degenerativas (Cuadros 28, 29 y 30).

La lucha por el control de estos padecimientos debe acentuarse en los episodios iniciales, con el control de la hipertensión y en abatir los factores de riesgo, como el tabaquismo, la obesidad y los modos de vida estresantes; aunque ha mejorado el tratamiento y control de estos padecimientos, los modos de vida no se han modificado en la misma proporción. Los factores sociales estresantes no se solucionan fácilmente, por lo que los trastornos crónicos afectan cada vez a más mujeres de mayor edad.

Dos afecciones, las enfermedades y accidentes laborales y la diabetes impactan a largo plazo, en la salud de las mujeres de edad mediana y en las de más de 60 años. Los efectos nocivos de esta

última se padecen durante muchos años, son incapacitantes y repercuten en la capacidad de la mujer para atender a la familia, y a sí misma en grado variable.

Pese al aumento de empleo de la mujer, su volumen de trabajo en el hogar no ha disminuido en la mayoría de los casos, en el medio rural necesitan trabajar además en el campo, lo genera un envejecimiento prematuro.

Es necesario crear estrategias que permitan contribuir en gran medida a mejorar la salud física y mental de la mujer de edad mediana y de edad avanzada en nuestro país.

En estas, como en todas las edades, el fomentar la salud es primordial; con la educación para la salud se espera lograr cambios conductuales para el autocuidado de la salud, la identificación oportuna de los factores de riesgo la demanda oportuna de los servicios necesarios médico preventivos y su asistencia médica.

En estos grupos de edad, se ha observado la integración que manifiestan las mujeres para el trabajo en comunidad; de ahí la importancia de su capacitación para lograr ser promotores de salud e involucrarlas en la creación de una cultura de la salud.

**Cuadro No. 23**

**MORBILIDAD EXTERNA POR MOTIVOS DE CONSULTA EN PERSONAS  
DE 25 A 44 AÑOS SEGUN AFECCION PRINCIPAL MORBOSA, POR  
FRECUENCIA  
MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
1989**

AFECCION PRINCIPAL	%	TASA DEL TOTAL DE CONSULTA POR 100,000 DERECHOHABIENTES
INFEC. RESPIRATORIAS AGUDAS	13.6	21,164.4
ENF. DEL SIST. OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	12.8	19,957.0
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10.3	16,040.2
ENF. DE LOS DIENTES Y DE ESTRUCTURAS DEL SOSTEN	8.6	13,494.0
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	5.9	9,191.9
ENF. DEL AP. URINARIO	3.6	5,607.1
ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	2.7	4,237.2
TRASTORNOS MENTALES	2.5	3,909.8
TRASTORNOS DE LA MENSTRUACION	2.1	3,357.2
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	2.1	3,350.7
OTRAS	35.8	55,914.3
TOTAL	100.0	156,223.8

FUENTE: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.  
Departamento de Estadística de Salud y Análisis de la Información

**Cuadro No. 24**

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL AÑO 1989 EN UNIDADES  
MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL. GRUPO DE 25-44 AÑOS  
I.M.S.S.**

<b>No.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>
1	AFECCIONES OBSTETRICAS	190,313
2	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	22,341
3	COLELITIASIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR	12,559
4	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	12,087
5	ENF. DEL APARATO URINARIO	11,713
	OTRAS	116,962
	T O T A L	365,975

FUENTE: Listados SUI 13 J.A.P.S. Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información

**Cuadro No. 25**

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA DURANTE EL AÑO 1989 EN HOSPITALES DE  
ALTA ESPECIALIDAD DEL I.M.S.S.  
GRUPO 25-44 AÑOS**

<b>No.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>
1	CAUSAS OBSTETRICAS	48,822
2	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	8,927
3	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	5,699
4	ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	5,452
5	ENFERMEDAD DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDE	1,478
	OTRAS	34,741
	T O T A L	105,119

FUENTE: Listados SUI 13 J.A.P.S. Depto. de Estadística

**Cuadro No. 26**

**CAUSAS DE EGRESO EN EL GRUPO DE EDAD DE 25 A 44 AÑOS EN EL DISTRITO FEDERAL Y FORANEOS DEL  
I.S.S.S.T.E. DURANTE 1989**

<b>No.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>
1	PARTO NORMAL	30,014
2	CAUSAS OBST. DIRECTAS	20,183
3	ABORTO	7,285
4	ENF. DE LOS ORG. GEN. FEM.	3,084
5	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	2,532
	OTRAS	43,865
	T O T A L	106,963

Se excluyeron otras razones para el contacto con los servicios de salud.

FUENTE: Anuario Estadístico 1989

**Cuadro No. 27**

**CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES DEL GRUPO DE EDAD DE 45-64 AÑOS**

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**1989**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>TOTAL</b>
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	663,624
2	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES	190,231
3	HIPERTENSION ARTERIAL	98,610
4	AMIBIASIS	95,339
5	DIABETES MELLITUS	62,615

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

**Cuadro No. 28****MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGUN AFECCION PRINCIPAL EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DEL I.M.S.S.  
1989**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>TOTAL</b>
1	DIABETES MELLITUS	17,710
2	ENF. DEL APARATO URINARIO	12,746
3	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10,475
4	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	10,207
5	COLELITIASIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR	8,525
	OTRAS	94,892
	T O T A L	154,555

FUENTE: SUI 13 J.A.P.S. Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información

**Cuadro No. 29**

**CAUSAS DE EGRESOS EN EL GRUPO DE EDAD 45-64 AÑOS EN EL ISSSTE  
1989**

<b>No.</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>
1	DIABETES MELLITUS	3,245
2	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	2,022
3	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	1,700
4	ENF. DE OTRAS PARTES DEL AP. DIG.	1,513
5	PROLAPSO UTEROVAGINAL	1,393

FUENTE: Anuario Estadístico 1989.

**Cuadro No. 30**

**MORBILIDAD EXTERNA POR MOTIVOS DE CONSULTA EN PERSONAS  
DE 45 A 64 AÑOS SEGUN AFECCION PRINCIPAL MORBOSA, POR  
FRECUENCIA  
MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
1989**

AFECCION PRINCIPAL	%	TASA DEL TOTAL DE CONSULTA POR 100,000 DERECHOHABIENTES
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	14.4	26,025.2
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	13.8	24,859.8
DIABETES MELLITUS	12.9	23,239.8
INF. RESP. AGUDAS	9.7	17,450.2
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	6.3	11,386.2
ENF. DE LOS DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	5.9	10,557.4
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	4.3	7,744.2
ENF. DEL APARATO URINARIO	3.2	5,761.9
TRASTORNOS MENTALES	2.6	4,652.9
ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	2.2	4,035.7
OTRAS	24.7	44,670.3
TOTAL	100.0	180,383.6

Fuente: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.  
Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información

## **Patología del embarazo en la mujer adulta**

En la utilización de los servicios médicos y hospitalarios en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, ocupa un lugar preponderante el sexo femenino; en ello influye, indudablemente, la atención del embarazo, parto y puerperio. Existen múltiples factores que impiden que toda la población femenina reciba una atención oportuna, adecuada y de alta calidad, como se muestra en los cuadros 13 y 14 y ello conlleva a riesgos que ponen en peligro la vida de la madre y del producto, condicionados por desconocimiento de la mujer de los factores de riesgo durante esta etapa de su existencia, servicios no accesibles para cubrir las necesidades y demandas que emanan de la población y un personal institucional no comprometido y consciente de las características que debe reunir una atención de alta calidad.

Se efectúa un análisis de la información de tres instituciones del Sistema Nacional de Salud, como una muestra representativa de la situación que prevalece en nuestro país, acerca de las atenciones proporcionadas durante el año de 1989.

Se otorgaron 565,620 atenciones obstétricas, de ellas 562,459 (90.44%) correspondieron al grupo de 15 a 44 años de edad y de éstas el 36.60% fueron normales y el 63.40% presentaron complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Las causas principales de complicaciones fueron:

Partos complicados	176,265	31.32%
Abortos	51,253	9.11%
Partos prematuros y amenaza de parto prematuro	37,429	6.65%
Causas obstétricas directas	27,866	4.95%
Hemorragias	19,848	3.52%
Toxemias	18,142	3.22%

(Cuadros 20, 21, 22)

Del análisis de las complicaciones reportadas resalta la necesidad de considerar que una atención prenatal, del parto y postnatal adecuada, continua y oportuna, es capaz de modificar en gran parte los riesgos y daños que se presentan, a través de la identificación, prevención y control de los factores que los originan.

Como motivo de egreso hospitalario, la atención obstétrica ocupó un lugar preponderante. En el año de 1989, la Secretaría de Salud reporta el 57.81% (Cuadro 31), el Hospital Central Militar el 17.93% (Cuadro 32) y DIGESAN el 22.8% (Cuadro 33).

No basta conocer las causas de morbilidad o las condiciones en las que se encuentra la atención de la mujer en México, es necesario crear estrategias que permitan modificar tal situación y que aseguren una mejor calidad de vida.

Algunas opciones para obtener modificaciones en las tasas de morbilidad y mortalidad materna ya fueron planteadas; sin embargo, la educación para la salud es primordial para obtener una Cultura de la Salud en nuestra población.

#### **Morbilidad materna en la mujer mayor de 40 años**

La meta de salud para todos, debe considerarse no sólo como un objetivo que se desea alcanzar, sino como el factor dinámico esencial para los procesos de cambio. Las acciones que se realizan en

favor de la madre, así como aquellas que deben ejecutarse en el lapso que resta hasta el año 2000, cobran especial relevancia por ser este el grupo más numeroso y vulnerable que a corto plazo debe integrarse activamente y en las mejores condiciones de salud posible al desarrollo económico, social y político del país.

La reproducción humana representa un fin y un comienzo, en el cual influyen todos los factores ambientales, psicológicos y sociales que afectan la salud de la madre desde el nacimiento y en la vida prenatal.

La adaptación fisiológica del embarazo afecta a los sistemas cardiovascular, pulmonar, endocrino, hematológico, neurológico, renal y digestivo. En las gestantes normales y con buena salud, la respuesta adaptativa es adecuada y bien tolerada, cuando existe alguna enfermedad subyacente, las respuestas de los distintos órganos son menos tolerables y se puede llegar al fallo de los mismos, como podía suceder en la mujer gestante «añosa».

Es conveniente identificar los factores que convierten un embarazo normal en alto riesgo:

- **Atención Prenatal:**

Es frecuente, sobre todo en la población marginada y rural de nuestro país, no contar con una atención adecuada, continua y de alta calidad durante el embarazo, que permita detectar con oportunidad los posibles riesgos.

- **Estado Nutricional.**

En algunos grupos humanos, la mujer mayor de 40 años presenta trastornos nutricionales manifestados por desnutrición u obesidad que se asocian con patología materna que tendrá efectos adversos en la fecundidad, en la embriogénesis y en el crecimiento fetal.

- **Factores socioculturales y económicos.**

Tienen una influencia decisiva, en estos grupos de edad conlleva a embarazos no deseados, productos rechazados, ya que la mujer en un alto porcentaje requiere trabajar para subsistir, socialmente su estado gestacional no es aceptado por lo que genera insatisfacción, estrés, y el producto estará expuesto a maltrato físico y mental.

- **Toxicomanías.**

El tabaquismo y el alcoholismo que se han incrementado paulatinamente en la mujer con grado variable de consumo, afectan la capacidad reproductiva de la mujer y el estado de salud del producto.

- **Otras patologías.**

La patología previa coexistente o propia del embarazo es factor decisivo para producir un alto riesgo materno fetal, tiene especial importancia la diabetes mellitus, que genera productos macrosómicos, favorece la presentación de toxemias y de trastornos vasculares, cardíacos, etc. que en estos grupos de edad tienen mayor probabilidad de presentación.

-**Malformaciones congénitas.**

Las mujeres mayores de 35-40 años corren el riesgo de concebir un producto con anomalías cromosómicas, entre las que se encuentra el síndrome de down.

-Un factor primordial para la atención de la mujer «añosa» en nuestro país, es la organización de los servicios de salud, con un equipo multidisciplinario capacitado que asegure una atención de alta calidad.

Del análisis de las atenciones obstétricas que se proporcionaron en tres instituciones del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX) de un total de 565,620 de ellas 1613 o sea un 0.29% correspondieron a mayores de 45 años, factor que por sí solo constituye un riesgo gestacional.

De estos el 28.58% fueron partos normales, mientras que el 71.42% presentaron complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Lo anterior evidencia que la gestación en esta etapa de la vida tiene un alto riesgo de presentar patología materna que complica el embarazo y que pone en peligro el binomio madre-hijo.

Las complicaciones más frecuentes fueron:

Abortos	497	30.81%
Parto complicado	349	21.64%
Toxemia	69	4.28%
Causas Obstétricas directas	48	2.98%
Parto Prematuro y Amenaza de Parto Prematuro	44	2.73%
Complicaciones del puerperio	40	2.47%
Hemorragia del embarazo y parto	32	1.98%

(Cuadros 20, 21 y 22)

La comparación de normalidad y patología en las diferentes etapas de la vida se presentan a continuación:

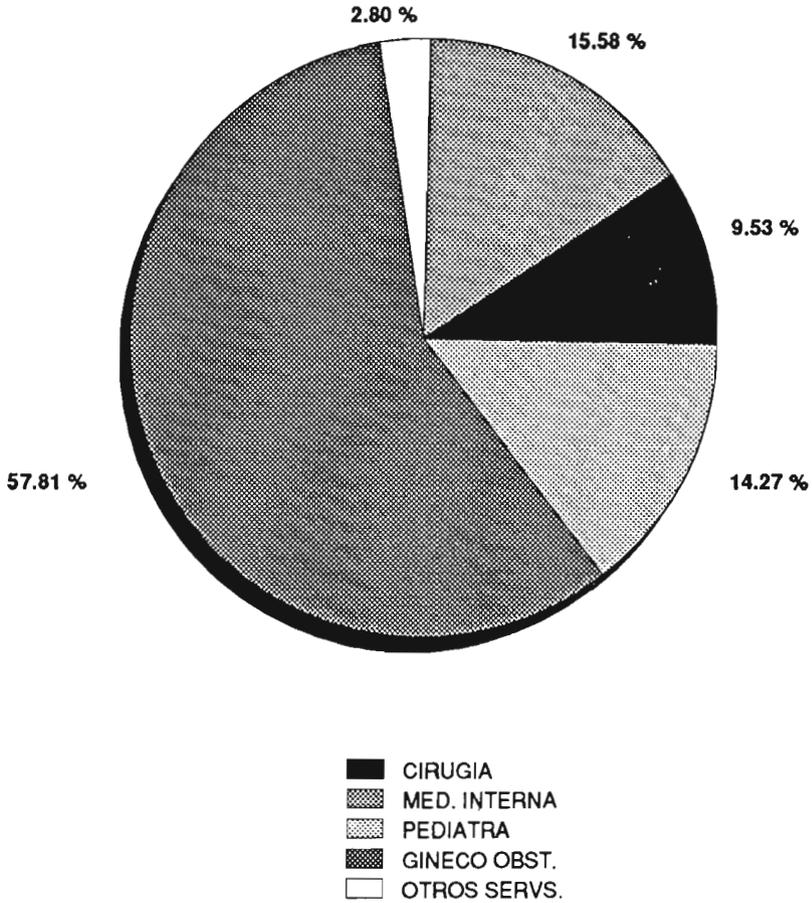
MUJER	PARTOS NORMALES	COMPLICADOS
Adolescente	43.16%	56.83%
Adulta	36.60%	63.40%
Añosa	28.58%	71.42%

El cuadro anterior muestra que a medida que avanza la edad, se incrementa el porcentaje de complicaciones y disminuyen consecuentemente los partos normales.

Si bien, se considera que una atención adecuada, oportuna y de alta calidad en los períodos prenatal, durante el parto y postparto, modifica en grado considerable los riesgos y daños que generan morbilidad y mortalidad materno infantil, en este grupo de edad deberá enfatizarse un manejo con métodos anticonceptivos prioritariamente definitivos (quirúrgicos) sobre cualquier otro método, así como una amplia información con el fin de obtener cambios conductuales en la mujer y un autocuidado de la salud, que sea capaz de identificar sus riesgos y poder demandar una atención de alta calidad.

**EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPECIALIDAD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1989**

**Cuadro No. 31**



FUENTE: SSA-SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION BASICA. SUBSISTEMA SERVICIOS

**Cuadro No. 32**

**HOSPITAL CENTRAL MILITAR  
SUBDIRECCION DE ASISTENCIA INTERNA  
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INTERNA  
1989**

CAUSAS DE MORBILIDAD	NUMERO	%
PARTO NORMAL	2,589	12.82
PARTO POR CESAREA	661	3.27
DIABETES MELLITUS	565	2.80
DESVIACION SEPTAL	496	2.46
ABORTOS	372	1.84
COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA	321	1.59
CATARATA	276	1.37
APENDICITIS AGUDA	273	1.35
HERNIA INGUINAL	238	1.18
ENFERMEDAD CRONICA DE LAS AMIG- DALAS Y VEGETACIONES ADENOIDES	233	1.15
OTRAS	14,164	70.16
TOTAL	20,188	100.0

**Cuadro No. 33****CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO EN LA POBLACION DEL SEXO FEMENINO ADSCRITA A LOS SERVICIOS MEDICOS DE DIGESAN. 1989**

DIAGNOSTICO	TOTAL	MUJERES	%
PARTO NORMAL	2,184	2,184	18.9
RECEN NACIDOS SANOS	1,291	698	6.0
INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS	1,148	579	5.0
CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	494	449	3.9
HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	435	270	2.3
LAS DEMAS CAUSAS	14,067	7,395	63.9
TOTAL	19,619	11,575	100.0

FUENTE: Departamento de Epidemiología Análisis de la Morbi-mortalidad de la población adscrita a los servicios médicos de la DIGESAN. 1989. Documento Interno. México 1990.

## **Morbilidad en la mujer de 65 años y más**

El creciente número de ancianos representa una alta demanda para los servicios de salud lo que es un reto, ya que son prolongadas las hospitalizaciones y mayores los gastos que entraña su asistencia.

Entre los mayores de 60 años en condiciones precarias, predomina el sexo femenino y en muchas ocasiones la deficiente educación y la carencia de seguridad social para buena parte de las mujeres, son determinantes en la vulnerabilidad de este grupo.

En el perfil epidemiológico se observan tanto enfermedades del corazón y cerebro-vasculares. La proporción de patología crónico degenerativa, como causa de morbilidad y mortalidad, está en aumento.

Según estudios, los agentes de salud no están por lo general debidamente informados y adiestrados para atender las necesidades de salud de los ancianos y los familiares suelen no estar al corriente de las dificultades con que pueden tropezar en una época de rápido cambio social.

Será conveniente seguir motivando para el trabajo a las personas mayores capacitadas y económicamente productivas, dándoles los medios para ello, lograr su participación en las actividades comunitarias, ayudándoles a conservar su salud, su bienestar y su seguridad, mejorar su movilidad, facilitarles vivienda adecuada y el acceso a las instalaciones públicas propicias para su salud dando una imagen positiva de los ancianos en los medios de comunicación social.

En la patología detectada en la consulta externa de las unidades de medicina familiar del IMSS, sin duda predominan, dentro de las principales causas, las enfermedades crónico degenerativas entre las que se encuentran:

La enfermedad hipertensiva, la diabetes mellitus y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, se combinan además con enfermedades infecciosas que no escapan a este grupo de edad, sin duda condicionadas por el ambiente de la vivienda, el hacinamiento, la promiscuidad en que vive un núcleo importante de la población y los malos hábitos en el manejo de los alimentos (Cuadro 34).

Uno de los objetivos que se persiguen, no sólo es incrementar la esperanza de vida de la mujer, sino el darle una preparación durante las diferentes etapas de su vida, para que alcance una vejez digna, con un buen nivel de salud, con una participación activa social y económica, para aprovechar su experiencia y conocimiento en su aplicación, inclusive a nivel familiar.

Gran parte de la morbilidad que aqueja a la anciana son padecimientos incapacitantes, que la invalidan a cubrir sus necesidades básicas; a ésto se agrega que, en gran medida, la anciana es abandonada con afectación social, familiar y económica, que le genera depresión, stress y otras alteraciones mentales coadyuvadas por la incapacidad biológico fisiológica propia de su edad, las cuales no son registradas como motivos de consulta, por lo que su magnitud real se desconoce.

Las causas de morbilidad hospitalaria se mencionan en los cuadros 35 y 36 se advierten en segundo lugar los traumatismos y envenenamientos motivadas por las causas ya referidas de abandono y descuido en el que viven un grupo importante de población de esta edad, favorecidos por la osteoporosis existente que puede agravar su incapacidad e invalidez.

Dentro de los casos reportados por la Dirección de Epidemiología (Cuadro 37) se encuentra una combinación de causas infecciosas y parasitarias como las enfermedades crónico degenerativas, ya comentadas con anterioridad.

Si bien, se tiene un panorama general de lo que acontece en la población de más de 65 años, se considera que existe desconocimiento de la magnitud de estos padecimientos ya que áreas marginadas y rurales no tienen acceso a ningún tipo de servicio y la estructura de salud no ha podido mantener una relación acorde con las necesidades y demandas de la población y una de las principales razones es su distribución y dispersión.

Aunque el modo de vida y los factores genéticos influyen en el estado de salud, es aún mayor la importancia de la carga física y emocional que han de soportar las mujeres por su situación subordinada tanto social como económica; esta situación de inferioridad es evidente desde el momento mismo del nacimiento en algunas regiones del país; a la mujer, en la repartición de los alimentos dentro de la familia, le corresponde menos cantidad y muchas mujeres, sobre todo en las zonas marginadas y rurales, comienzan a trabajar desde las etapas tempranas de la vida.

En el caso de mujeres mayores de 60 años un porcentaje considerable carece de compañero, por viudez, divorcio o abandono y aún su edad, progresivamente aumenta la proporción de quienes son cabezas de familia.

Las mujeres, en América Latina, son capaces de envejecer bien, de amar y de vivir plenamente. Si fuera posible garantizarle la seguridad económica, mejoraría enormemente su calidad de vida.

Para finalizar el capítulo, en relación al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, que los propósitos generales de la política de salud apuntan a lograr una mayor cobertura de los servicios, mejorar el nivel de salud de la población, contribuir a su crecimiento demográfico equilibrado, promover la protección a la población de escasos recursos, consolidar un sistema nacional de salud, avanzar en la descentralización de los sistemas, sumar esfuerzos interinstitucionales, promover la ampliación de cobertura, vigorizar el concepto de atención primaria de la salud, impulsar la investigación, modernizar la infraestructura y realizar una

redistribución de los recursos financieros en beneficio de la población mexicana.

Entre los objetivos primordiales del Programa Nacional de Salud pueden citarse: orientar al desarrollo de una atención médica de calidad, con calidez humana, la prevención y control sanitario y ambiental, crecimiento demográfico armónico y contribuir al bienestar social y coberturas de los servicios de salud.

Dentro de los programas prioritarios se comprenden: atención médica, atención materno-infantil, salud mental, prevención y control de enfermedades y accidentes, educación y fomento a la salud, nutrición, salud ocupacional, prevención y control de adicciones, control y vigilancia comunitaria, saneamiento básico, salud ambiental, planificación familiar, asistencia social, investigación, formación y desarrollo de recursos humanos, información e insumos para la salud, basados en el comportamiento epidemiológico de los grupos de riesgo.

Es necesario además que la mujer participe más activamente en todo lo que compete a mejorar sus condiciones de vida, a su crecimiento y desarrollo, a lograr avanzar a los sitios que su preparación y experiencia le permiten.

En todas las etapas de su vida se pretende que obtenga un servicio integral, para formar un camino sólido y digno, pero sobre todo con salud que desemboque en la ancianidad.

**Cuadro No. 34****MORBILIDAD EXTERNA POR MOTIVOS DE CONSULTA EN PERSONAS  
DE 65 AÑOS Y MAS SEGUN AFECCION PRINCIPAL POR FRECUENCIA  
MEDICINA FAMILIAR  
I.M.S.S.  
1989**

AFECCION PRINCIPAL	%	TASA DEL TOTAL DE CONSULTAS POR 100,000 DERECHOHABIENTES
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	19.5	30,575.3
DIABETES MELLITUS	15.9	24,904.8
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO- MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	9.3	14,504.6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	6.9	10,736.5
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	4.1	6,419.7
ENF. DE LOS DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	3.6	5,631.9
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	3.3	5,238.7
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	3.1	4,866.9
ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	2.7	4,229.2
ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	2.3	3,576.2
OTRAS	29.3	45,812.9
T O T A L	100.0	156,497.4

FUENTE: Jefatura de Atención Primaria de la Salud.

Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información. I.M.S.S.

**Cuadro No. 35**

**MORBILIDAD HOSPITALARIA EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DEL I.M.S.S.  
1989**

**POBLACION: 65 AÑOS Y MAS**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>TOTAL</b>
1	DIABETES MELLITUS	11,054
2	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	7,645
3	ENF. DEL APARATO URINARIO	5,820
4	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	4,763
5	COLELITIASIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA VESICULA	3,005
	OTRAS	71,188
	<b>T O T A L</b>	<b>103,475</b>

FUENTE: SUI 13 J.A.P.S. Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información

**Cuadro No. 36**

**CAUSAS DE EGRESOS EN EL DISTRITO FEDERAL Y FORANEOS DEL I.S.S.S.T.E.  
1989**

**POBLACION: 65 AÑOS Y MAS**

<b>No.</b>	<b>CAUSA</b>	<b>TOTAL</b>
1	DIABETES MELLITUS	2,958
2	CATARATA	1,215
3	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	1,184
4	ENF. DE OTRAS PARTES DEL APARATO DIGESTIVO	1,096
5	ENF. DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	1,095
	OTRAS	19,531
	T O T A L	27,079

FUENTE: Anuario Estadístico 1989

**Cuadro No. 37**

**CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES EN EL GRUPO DE 65 AÑOS Y MAS  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1989**

<b>No.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>CASOS</b>
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	228,968
2	OTRAS INF. INTESTINALES Y MAL DEFINIDAS	70,127
3	HIPERTENSION ARTERIAL	47,802
4	AMIBIASIS	31,234
5	DIABETES MELLITUS	27,289

FUENTE: Dirección General de Epidemiología SSA

## BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.  
Salud para todos en el año 2000, Plan de acción para la Instrumentación de las estrategias regionales. Washington, D.C. 1982
2. Alvarado Durán A. Conceptos actuales de la Atención Prenatal  
Revista Médica del IMSS No. 3 Vol. 19 Mayo Junio 1981.
3. Nuwayhed Bohij. Complicaciones Médicas del Embarazo.  
Compendio de Ginecología y Obstetricia pág. 161. 1988.
4. Arroyo Pedro. La nutrición de la madre. Cuadernos de  
Nutrición Vol. 6 No. 7 Pág. 17-31 Enero, Feb. Marzo 1983.
5. Amos Amanda. Chollat Traquet C. Laire La Mujer y el Tabaco.  
Salud Mundial O.M.S. Pág. 7, 8. Abril Mayo 1990.
6. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas.  
Hechos y Tendencias. Publicación Científica 461  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD 1984.
7. La Participación de la mujer en el desarrollo nacional. Foro de  
consulta popular 1989. Publ. El Nacional.
8. Silber Tomás J. El embarazo en adolescentes en Estados  
Unidos de América. Salud Materno Infantil y Atención Primaria  
en las Américas O.P.S. Publicación Científica 461 Pág. 232-  
239. 1984.
9. Menken J.A. The health and social consequence of teenage  
childbearing Fam. Plann Perspect 4;45;1972

10. Chelala César A. El embarazo entre las adolescentes americanas. Salud Mundial O.M.S. Pág. 22 Junio 1988.
11. Luna A. José Luis. La Participación Multisectorial en la Atención Primaria. Recopilación Bibliográfica México D.F. 1986.
12. Cuadernos de Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social INEGI 1990. Información 1984-1988.
13. Encuesta Nacional de Salud. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Resultados Nacionales. 1988.
14. Anuario Estadístico del Hospital Central Militar 1989.
15. Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud 1989.
16. Información Estadística. Jefatura de Atención Primaria de la Salud. Depto. de Estadística de Salud y Análisis de la Información I.M.S.S. 1989
17. Información Estadística del I.S.S.S.T.E. 1989
18. Información Estadística del Centro Médico Naval 1989.
19. Información Estadística de Petróleos Mexicanos.
20. Chelala César A. Embarazo de Adolescentes en Nueva York. Salud Mundial Pág. 21-23 Abril - Mayo 1990.
21. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los Servicios de Salud Serie de Inf. Técnica 600 Ginebra 1976.

22. Las Condiciones de Salud en las Américas. México. Organización Panamericana de la Salud Ofna. Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la O.M.S.
23. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica No. 524 O.P.S. O.M.S. Volumen 1.
24. O.M.S. The Health of Youth Fact for Action 1989.
25. Salud del Adulto en las Américas. Situación Actual y Propuesta para la Acción. O.P.S. Documento Preliminar. Programa de Salud de los Adultos 1989.
26. Las Condiciones de Salud de las Américas. Publicación Científica No. 524 O.P.S. O.M.S. Volumen II.
27. Cuaderno No. 7 de la Serie de Cuadernos de Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social de la INEGI. 1984-1988.
28. La Infancia y el Medio Ambiente Estado del Ambiente 1990. UNICEF.
29. Información Epidemiológica de Morbilidad Estados Unidos Mexicanos 1989. Secretaría de Salud Dirección General de Epidemiología.
30. Lee Sennott Miller Envejecer en América Latina. Salud Mundial Abril Mayo 1990 - Pág. 13.
31. Vijayakrishnan Nair. N. La Tercera Edad Salud Mundial Noviembre de 1989. Pág. 23.
32. Mintz Gregorio. El reto social de las enfermedades reumáticas. Revista Médica IMSS. No. 3, Mayo Junio 1981. Vol. 19 Pág. 331-334.

33. Shires David B. Hennenbriank Medicina Familiar. Guía Práctica.
34. José Manuel Alvarez Manilla. Atención Primaria a la Salud, Salud Pública de México. Septiembre - Octubre 1988, Vol. XXX No. 5, 676-682

# MORTALIDAD

*Lic. Silvia B. Hartman\**

La muerte es el fin ineludible de la vida. Cuando ésta ha sido larga, sana, fructífera y grata, la muerte se puede aceptar como un descanso necesario. Pero cuando la enfermedad o la incapacidad, física o mental, golpean a los seres humanos y truncan la vida a temprana edad, la muerte se torna un hecho injusto e inaceptable; más injusto e inaceptable cuando más previsible o evitable sea su causa.

Tanto hombres como mujeres están expuestos a múltiples factores ambientales, sociales, económicos y de conducta, que inciden sobre su salud, motivando una necesidad de atención no siempre satisfecha. Cuando la atención es inoportuna o inadecuada, o simplemente no accesible, el riesgo de morir aumenta en uno y otro sexo.

## **Mortalidad general y por grupos de edad y sexo.**

La tasa de mortalidad general ha disminuido en México en la última década, de 588 por 100,000 habitantes en 1981 a 502 en 1989. Este valor significa un ligero aumento con respecto a 1988, en que la tasa fue de 499 por 100,000 habitantes. (Cuadros 1 y 2)

Las mujeres presentan tasas de mortalidad menores que las de los hombres, tanto en la población general como en grupos específicos de edad; pero esto no implica necesariamente que gocen de mejor salud o que estén menos expuestas que los hombres a factores de riesgo. En 1988 la mortalidad general para las mujeres fue de 426.55

\*Consultora en Estadística-Representación de la OPS/OMS en México.

por 100,000 habitantes del sexo femenino, y para los hombres fue de 565.25 por 100,000 habitantes del sexo masculino; para 1989, los valores correspondientes fueron 434.05 y 566.74. (Cuadros 1 y 2).

En los menores de un año las tasas de mortalidad para 1988 fueron de 19.42 por 1,000 niñas nacidas vivas registradas y de 25.60 por 1,000 varones nacidos vivos registrados. Para 1989 las tasas fueron de 29.47 y 37.06, respectivamente.

En la edad preescolar, de 1 a 4 años, en 1988 las niñas presentaron una tasa de 200.42 por 100,000 y los niños 236.48 por 100,000 mientras que en 1989 estos valores eran para las niñas 230.85 y para los varones 256.79.

La edad escolar, de 5 a 14 años, las tasas fueron de 43.94 por 100,000 niñas y de 66.97 por 100,000 niños en 1988, y de 47.12 y 65.92, respectivamente en 1989. (Cuadros 3 y 4)

En la edad productiva, de 15 a 64 años, las tasas fueron de 213.1 por 100,000 mujeres de ese grupo y de 399.0 por 100,000 hombres en 1988, siendo 210.52 y 389.80 por 100,000 hombres en 1988, siendo 210.52 y 389.80, respectivamente en 1989. (Cuadros 5 y 6).

En la edad postproductiva, de 65 años en adelante, la tasa de las mujeres fue de 6,186.07 por 100,000 y la de los varones 6,122.56 por 100,000 en 1988, contra 4,995.12 y 5,925.16, respectivamente, en 1989. (Cuadros 7 y 8)

En términos relativos, las diferencias de mortalidad más grandes entre hombres y mujeres se dan en los menores de un año y en la edad productiva.

La mortalidad de las mujeres no es uniforme en todo el país, existen marcadas diferencias entre estados, atribuibles a las diferencias socioeconómicas, a la disponibilidad de los servicios de salud, y en alguna medida, a la cobertura y calidad de los registros de nacimientos y de defunciones. (Cuadro 9)

## **Mortalidad general por causa y sexo.**

En 1988 las enfermedades del corazón representaron la principal causa de mortalidad general, con una tasa de 57.90 por 100,000 habitantes, seguidas por accidentes con una tasa de 50.3, tumores malignos, 47.60, enfermedades infecciosas intestinales, 31.00 y diabetes mellitus, 30.33. La neumonía e influenza ocupaban el octavo lugar, con 23.44 defunciones por 100,000 habitantes, mientras que las infecciones respiratorias agudas ocupaban el vigésimo lugar con 3.10. Las enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte en **mujeres**, con una tasa de 56.52 por 100,000, seguidas de tumores malignos, 50.57, diabetes mellitus, 34.07, enfermedades infecciosas intestinales, 29.11, enfermedad cerebrovascular, 25.03 y accidentes, 21.72. Las causas maternas ocupaban el décimo sexto lugar con 3.67 muertes por 100,000 mujeres de todas las edades. Para los **hombres**, la principal causa la constituyeron los accidentes con una tasa de 78.14 por 100,000, seguidos por enfermedades del corazón, 58.65, tumores malignos, 44.1, homicidio y lesiones infligidas intencionalmente, 33.07, enfermedades infecciosas intestinales, 2.50 y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, 34.1. (Cuadro 1).

En 1989 las enfermedades del corazón continuaron siendo la primera causa de mortalidad general, con una tasa de 60.49 por 100,000 habitantes, pero los tumores malignos pasaron al segundo lugar, con una tasa de 48.21 por 100,000, desplazando a los accidentes al tercer lugar con una tasa de 47.65; la diabetes mellitus pasó al cuarto lugar con 30.47, desplazando a las enfermedades infecciosas intestinales al quinto lugar con una tasa de 28.30, la neumonía e influenza pasaron al séptimo lugar; con 26.71 y las Infecciones respiratorias agudas el décimo séptimo lugar con 3.74 por 100,000 habitantes, quedando en vigésimo lugar la septicemia, con una tasa de 3.08. Se mantuvo la secuencia de causas de muerte en las **mujeres**, aunque con tasas más altas que las de 1988 en las tres primeras: 60.35 para las enfermedades del corazón, 51.16 para los tumores y 34.25 para diabetes mellitus; las enfermedades infecciosas intestinales redujeron su tasa a 26.69, mientras que la enfermedad cerebrovascular aumentó ligeramente a 25.67. Los

accidentes pasaron a octavo lugar con 21.12 y las causas maternas continuaron en el décimo sexto lugar con una tasa de 3.61 por 100,000 mujeres de todas las edades. Para los **hombres**, los accidentes disminuyeron a una tasa de 73.48 por 100,000, las enfermedades del corazón aumentaron a 60.30 y los tumores a 45.10, mientras que el homicidio y lesiones disminuyeron ligeramente a 32.69 y la cirrosis se mantuvo en el sexto lugar con 31.91 por 100,000 hombres de todas las edades. (Cuadro 2)

El desglose de los distintos tumores que afectan a las mujeres se presenta en el capítulo titulado «Cáncer».

Las muertes debidas a SIDA se reseñan en el capítulo dedicadas a este síndrome.

Según cálculos realizados en base a la mortalidad de 1983, en este año se perdieron 108.4 años de vida potencial por cada 10,000 hombres debido a accidentes de vehículos motor y 106.8 años por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente, en comparación a 29.8 años de vida potencial perdidos por cada 10,000 mujeres debido a accidentes de ese tipo y 10.7 años por homicidios y lesiones. Aunque los accidentes y las violencias matan a más hombres que mujeres, éstas resultan ser víctimas indirectas a causa de la carga social y emocional que implica la orfandad, la viudez o la pérdida de un hijo; en muchos casos hasta llegan a perder su identidad, cuando no se las conoce por su propio nombre sino por «la hija de», «la esposa de», o «la madre de» algún varón.

La información de mortalidad general por causa y entidad federativa presenta una secuencia similar a la nacional, aunque en 10 de las 32 entidades federativas los accidentes constituyen la principal causa de muerte para la población total. Aún no están disponibles las tabulaciones estatales por sexo correspondientes a 1988 y 1989, pero se espera que lo estén a principios de 1992 para permitir el análisis de la situación de salud de la mujer en todas las entidades federativas.

Con respecto a los patrones de mortalidad de la década de 1970, en los años 80 se observa que las enfermedades crónicas y degenerativas han desplazado a las enfermedades infecciosas como causa de mortalidad general en personas adultas, pero no así en el grupo infantil. Esto refleja la transición epidemiológica de país.

### **Mortalidad materna.**

Las muertes más inaceptables son las que se deben a problemas del embarazo, del parto o del puerperio, puesto que pueden evitarse casi totalmente. La gestación, el nacimiento, la lactancia y la crianza de los niños son, en esencia, procesos sanos y normales; pero, los factores nutricionales, sociales y económicos, así como la inaccesibilidad geográfica y cultural a los servicios de salud, hacen que la maternidad se convierta en una amenaza de muerte para muchas mujeres en edad fértil; más aún, las muertes maternas ocurren también en niñas menores de 15 años que no han alcanzado «oficialmente» tal edad.

La mortalidad se expresa a través del cociente, o razón, entre las muertes debidas a causas maternas y los nacidos vivos registrados, en un año calendario.

La razón de mortalidad materna ha disminuido a nivel nacional de 1.0 por 1,000 nacidos vivos en 1978 a 0.6 en 1987, manteniéndose esta cifra para los años 1988 y 1989.

En 1988 se registraron 1,522 muertes debidas a causas maternas en todo el país y en 1989 se registraron 1,518; de éstas, 133 se debieron a aborto, 1365 a causas obstétricas directas y 20 a causas obstétricas indirectas; entre las causas directas, las hemorragias de embarazo y del parto, las toxemias del embarazo y las complicaciones del puerperio cobraron mayor número de vidas (Cuadro 10). Las muertes por aborto hubieran podido evitarse en su mayoría mediante métodos efectivos de planificación familiar, mientras que las hemorragias y las toxemias, se hubieran impedido a través de una atención prenatal frecuente y una atención del parto adecuada al nivel del riesgo detectado.

De acuerdo a los cálculos realizados sobre la mortalidad de 1983, las causas maternas ocasionaron una pérdida de 23.4 años de vida potencial por cada 10,000 mujeres.

Al igual que la mortalidad general, la materna varía entre los distintos estados del país, reflejando en cierta medida los diferenciales geográficos, socioculturales y económicos prevalentes. Según los datos de 1987 (Cuadro 11), Oaxaca presenta la mortalidad materna más elevada con 1.2 muertes por 1,000 nacidos vivos, seguida por Puebla y San Luis Potosí con 0.9, Chiapas, Guerrero y México con 0.8 e Hidalgo con 0.7, valores todos mayores que el nacional; en el Distrito Federal fue de 0.5 por 1,000 nacidos vivos. Las tasas más bajas se evidencian en Baja California, Coahuila, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas, con 0.2 muertes por 1,000 nacidos vivos (o sea 2 por cada 10,000).

Sin embargo, el nivel real de la mortalidad materna es mayor, debido a subregistros, incorrecta asignación de las causas de muerte por parte de los certificantes y/o errores al momento de la codificación. Este problema se ha constatado a través de un estudio específico basado en el seguimiento de todas las muertes de mujeres entre 12 y 49 años ocurridas en el Distrito Federal de 1º de enero de 1988 al 30 de junio de 1989. La razón de mortalidad determinada en el estudio fue de 1.14 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos, lo que significa el doble de lo reportado en las estadísticas vitales. La mortalidad materna resultó más elevada en instituciones de asistencia pública que en las de seguridad social, debido a dos factores: alto porcentaje de mujeres que acuden al hospital con complicaciones graves y atención obstétrica de menor calidad. La enfermedad hipertensiva del embarazo, la hemorragia y la infección fueron individualmente causas de muerte en el 75% de los casos. El análisis realizado por un comité de mortalidad materna reveló que el 85% de las muertes hubieran sido potencialmente prevenibles con los recursos y la tecnología disponible. El factor de responsabilidad más comúnmente involucrado en la muerte fue el juicio clínico y quirúrgico errado, seguido de escasez de recursos a nivel hospitalario.

El problema de subregistro de las muertes maternas no es exclusivo de los países latinoamericanos. Estudios realizados en EEUU (Carolina del Norte y Puerto Rico) han detectado asignación incorrecta de las causas de muerte de varias mujeres que habían dado a luz; por ello se están realizando esfuerzos adicionales para promover una certificación más completa y precisa de las causas de muerte asociadas al embarazo.

La instalación de comités de mortalidad materna en todos los establecimientos hospitalarios de México en 1989, aunado a la capacitación de parteras empíricas en las zonas rurales, brindará un mejor conocimiento de las cifras exactas y las causas detalladas de las muertes maternas en todas las entidades federativas; esto se reflejará en las estadísticas de 1990 y 1991, que están en la etapa de procesamiento. También, la acción de los comités y del personal capacitado redundará en la prevención de futuras muertes de mujeres-madres.

La muerte materna afecta profundamente la dinámica familiar, y muy especialmente a los hijos sobrevivientes; este problema se ha estudiado a través del seguimiento de las familias de las mujeres muertas ocurridas en el estado de Tlaxcala y en el Hospital de la Mujer en el D.F. durante 1989 y 1990; la investigación antropológica evidenció factores culturales y económicos que afectan a la salud reproductiva de las mujeres y condicionan la actitud de la comunidad frente a los hechos irreparables.

Se ha constatado en muchos casos que las mujeres no acuden a la consulta prenatal y a otras actividades preventivas de salud, debido a que quienes brindan el servicio son varones.

#### **Mortalidad de la adolescente.**

La adolescencia se define como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, en el que se han superado las enfermedades y riesgos propios de la niñez y se comienza a alcanzar la maduración

física y emocional. En teoría, no deberían ocurrir muertes entre los adolescentes, pero lamentablemente se dan debido a conductas arriesgadas y a falta de información y de atención oportuna y adecuada de los problemas de salud.

Las estadísticas disponibles de mortalidad por causa, no siempre responden a las divisiones etáreas requeridas por los responsables de programas específicos. Para 1989 se cuenta con tabulaciones para el grupo de 5 a 14 años y para el demasiado amplio de 15 a 64, por lo que se incluyen datos de 1987 para el grupo de mujeres de 15 a 24 años, intentándose así cubrir la problemática principal de los adolescentes.

En el primer grupo, las mujeres mueren principalmente por accidentes, con una tasa de 10.65 muertes por 100,000 niñas de 5 a 14 años, seguidas de enfermedades infecciosas intestinales, 4.85, tumores malignos, 4.38, neumonía e influenza 2.83 y deficiencias de la nutrición 1.94; la anemia ocupa el noveno lugar, con una tasa de 1.13 y la epilepsia el décimo tercer lugar con 0.66. También se registran muertes por causas maternas en este grupo, aunque su tasa no llegue a figurar entre las veinte principales; en 1989 se registraron cinco muertes de este tipo. (Lista Básica). En los **varones** los accidentes coinciden en el primer lugar, aunque con una tasa de 25.92 por 100,000, más alta que la de las niñas; le siguen tumores malignos, con 9.24, enfermedades infecciosas intestinales, 4.94, neumonía e influenza, 3.32 y homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente, 2.97. El suicidio ocupa el décimo noveno lugar con una tasa de 0.38 por 100,000 varones (Cuadro 4).

En el grupo de 15 a 24 años, según datos de 1987, los accidentes representaban la primera causa de muerte de **mujeres**, con una tasa de 12.9 por 100,000, seguidas de las causas maternas, 5.0, los tumores malignos, 4.8, las enfermedades del corazón, 4.4 y el homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente, 3.0. El sexto al décimo lugar lo ocupan enfermedades de tipo infeccioso y la epilepsia (Cuadro 12).

El abuso del alcohol y el consumo de drogas son factores de riesgo desencadenantes de muertes por accidentes, tanto en varones como en mujeres jóvenes; en éstas últimas la falta de educación, de acceso a métodos anticonceptivos y de una cuidadosa atención del embarazo son factores de riesgo adicionales para una muerte prematura y fácilmente evitable.

### **Mortalidad de la mujer adulta**

La edad adulta se inicia convencionalmente a los 20 años y llega hasta los 59, puesto que los 60 indican, también convencionalmente, el comienzo de la ancianidad. Los adultos a su vez se dividen en «jóvenes», hasta los 44 años y de «edad mediana» desde los 45 años. Los sistemas estadísticos aún no han adoptado las definiciones etáreas de los sociólogos; por ello, para la comparación entre sexos de la mortalidad por causa para 1989 se utilizará el grupo de 15 a 64 años (Cuadro 6) y para describir las diferencias de mortalidad de la mujer entre las dos etapas de la vida adulta, se utilizarán tabulaciones de 1987 (Cuadros 13 y 14).

En mujeres de 15 a 64 años la principal causa de muerte corresponde a los tumores malignos, con una tasa de 43.88 por 100,000, seguida por enfermedades del corazón, 23.89, diabetes mellitus, 22.15, accidentes, 16.11, enfermedad cerebrovascular, 10.72 y cirrosis y otras enfermedades del hígado, 8.80; el homicidio y lesiones inflingidas ocupa el décimo primer lugar con 4.25. Llama la atención que las causas maternas no figuren en la tabulación de principales causas de mujeres de 15 a 64 años en 1989 (Cuadro 6), aunque están en la tabulación de mujeres de todas las edades (Cuadro 2). Restando las cinco muertes por causas maternas en menores de 15 años y nueve muertes de edad desconocida (Lista Básica), quedan 1,504 muertes maternas en el grupo de 15 a 64 años; éstas se ubicarían en el séptimo lugar, desplazando a la nefritis. En la información de 1988 las causas maternas ocupaban el octavo lugar en la mortalidad de mujeres de 15 a 64, con 1,506 casos (Cuadro 1).

En hombres de 15 a 64 años los accidentes son la principal causa de muerte, con una tasa de 87.65 por 100,000, seguidas por homicidio y lesiones infligidas Intencionalmente 53.20, cirrosis y otras enfermedades del hígado, 40.82, enfermedades del corazón, 33.12, tumores malignos, 29.86 y diabetes mellitus, 20.94. El síndrome de dependencia del alcohol ocupa el noveno lugar con una tasa de 7.87, mientras que el suicidio y lesiones autoinfligidas ocupan el décimo segundo lugar con una tasa de 6.39 por 100,000 hombres.

Tanto los accidentes como el homicidio y la cirrosis tienen el consumo desmedido del alcohol como causa subyacente en un gran número de defunciones. Las muertes por tumores y por diabetes suelen tener por causa hábitos de vida que son modificables en algunos casos y controlables en otros mediante una oportuna y adecuada atención de salud.

En el grupo de 25 a 44 años, según los datos de 1987, las mujeres morían en primer lugar a causa de los tumores malignos, 26.1 muertes por 100,000 seguidos de accidentes, 16.6, enfermedades del corazón, 13.5, causas maternas 10.2 y tuberculosis, 6.6; la diabetes ocupaba el noveno lugar con 5.0 (Cuadro 13).

En el grupo de 45 a 64 años, los tumores eran la principal causa de muerte de mujeres en 1987, pero con una tasa de 160.5 por 100,000, mucho más elevada que la de las jóvenes; la diabetes ocupaba el segundo lugar con 102.1, seguida por enfermedades del corazón, 94.2, enfermedad cerebrovascular, 41.0 y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, 37.0 (Cuadro 14).

A medida que aumente la educación y la promoción de la salud entre las mujeres adultas, se podrán prevenir y evitar muchas enfermedades y problemas y, con ello, prolongar la vida más allá de las edades reproductiva y productiva.

## **Mortalidad de la mujer anciana.**

Las mujeres viven, en general más que los hombres, pero a su predominio cuantitativo y longevidad deben agregarse algunos factores sociales y educativos que inciden desfavorablemente en su salud; el aumento de edad trae aumento del riesgo de las enfermedades debilitantes, el aislamiento social y la institucionalización.

El analfabetismo es un factor que limita el acceso de las mujeres ancianas necesitadas a los servicios de salud o de bienestar social, especialmente en las áreas rurales o periurbanas, contribuyendo así a su muerte. No obstante, entre las personas de edad avanzada es mucho más frecuente encontrar viudas que viudos. Las personas viudas de edad avanzada que viven solas están amenazadas por el aislamiento y la soledad. Más aún, las mujeres viudas se encuentran frecuentemente sin un rol significativo ni una identidad clara dentro de la sociedad, lo que las lleva a un mayor riesgo de enfermedad mental.

La esperanza de vida de las mujeres de América Latina, es, en promedio, cuatro años mayor que la de los hombres; en América del Norte, en cambio, las mujeres viven, en promedio, ocho años más que los hombres. Así, las mujeres de los países más desarrollados viven considerablemente más que los hombres de esos países, pero también mucho más que las mujeres de los países menos desarrollados. En México, la esperanza de vida para el período 1985-1990 se calculó en 72.28 años para las mujeres y 65.72 para los hombres, significando 6.56 años más de vida para las primeras en comparación a los segundos.

Según la definición de Naciones Unidas la ancianidad comienza a los 60 años, pero las tabulaciones estadísticas disponibles refieren al grupo de 65 años y más.

En 1989 las principales causas de mortalidad de **mujeres de 65 años y más** fueron las enfermedades del corazón, con una tasa de 1,102.35 muertes por 100,000 seguidas por tumores malignos,

566.70, diabetes mellitus, 510.50, enfermedad cerebrovascular, 461.54 y neumonía e influenza con 209.33; los accidentes ocuparon el noveno lugar con 138.39, la cirrosis hepática el décimo segundo lugar con 77.91, y el vigésimo corresponde a las infecciones respiratorias agudas, con 19.18. En los hombres coinciden las dos primeras causas, pero con tasas más altas que en las mujeres: 1,168.00 y 678.19 por 100,000 varones de 65 años o más, respectivamente, seguidas de enfermedad cerebrovascular, 456.98 y diabetes mellitus, 414.08, tasas algo menores que las correspondientes a mujeres; los accidentes en cambio ocupan el quinto lugar con una tasa de 318.21 y la cirrosis hepática el octavo con 213.10, valores considerablemente más elevados que los de las mujeres (Cuadro 8).

Las enfermedades crónicas, en general, son provocadas por hábitos y conductas difíciles de modificar a edades avanzadas y que se agravan por factores ambientales y sociales (como el estrés); pero si son detectadas y atendidas en estados iniciales pueden responder más fácilmente al tratamiento y agregar no sólo años a la vida, sino también vida a los años.

#### **Estrategias para disminuir la mortalidad de la mujer.**

- Ampliar la cobertura de la atención prenatal, del parto normal y del puerperio a través de personal técnico y empírico capacitado.
- Garantizar la posibilidad de atención de las embarazadas de alto riesgo en los niveles de complejidad correspondientes, de los servicios de salud.
- Intensificar las acciones de planificación familiar, particularmente en mujeres adolescentes y en adultas jóvenes.
- Intensificar la detección oportuna y tratamiento precoz de tumores propios de la mujer.

- Asignar personal médico femenino a las plazas de las áreas donde los problemas socioculturales inhiben a las mujeres a atenderse por profesionales masculinos.
- Brindar a las mujeres, desde la escuela primaria, educación para la salud y promoción del autocuidado.
- Derivar acciones de promoción de la salud de la mujer a través de las organizaciones femeninas y los sindicatos en zonas urbanas, y de los grupos organizados de campesinos en zonas rurales.

#### Agradecimiento:

Se agradece a la Dra. Pilar López Acuña, de la Dirección General de Epidemiología, por la información de mortalidad de la mujer correspondiente a 1987; a la Dra. Sonia Fernández Cantón, de la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, por la información de mortalidad por causa y sexo correspondiente a 1988 y 1989; a la Dra. Sandra Reyes, del Instituto Nacional de Salud Pública, por los resultados del estudio de mortalidad materna en el D.F. y a la Dra. María del Carmen Elu de Leñero por los avances del estudio de costo social de la muerte materna.

**Cuadro No. 1 (1a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**TOTAL  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>412,987</b>	<b>499.17</b>
1	Enfermedades del corazón	25-28	47,905	57.90
	- Isquémica	27	24,748	29.91
2	Accidentes	E47-E53	41,626	50.31
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	12,773	15.44
3	Tumores malignos	08-14	39,378	47.60
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	4,834	5.84
	- Del estómago	091	4,238	5.12
	- Del cuello del útero	120	4,096	4.95
4	Enfermedades infecciosas intestinales	01	25,644	31.00
5	Diabetes mellitus	181	25,092	30.33
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	22,080	26.69
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	12,516	15.13
	- Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	452	1,583	1.91
7	Enfermedad cerebrovascular	29	19,564	23.65
8	Neumonía e influenza	321,322	19,930	23.44
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	17,010	20.56
10	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	15,204	18.38
11	Deficiencias de la nutrición	19	13,553	16.38
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	9,782	11.82
13	Anomalías congénitas	44	8,467	10.23
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	7,459	9.02
15	Tuberculosis pulmonar	020	6,024	7.28
16	Anemias	200	4,890	5.91
17	Úlceras gástrica y duodenal	341	3,154	3.81
18	Septicemia	038	2,958	3.58
19	Síndrome de dependencia del alcohol	215	2,839	3.43
20	Infecciones respiratorias agudas	31,320	2,564	3.10
	Disritmia cardíaca	281	7,952	9.61
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	11,625	14.05
	Las demás causas		58,827	71.10

(1) Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 1 (2a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>179,961</b>	<b>426.55</b>
1	Enfermedades del corazón	25-28	23,449	56.52
	- Isquémica	27	10,447	25.18
2	Tumores malignos	08-14	20,978	50.57
	- Del cuello del útero	120	4,096	9.87
	- Del estómago	091	2,003	4.83
3	Diabetes mellitus	181	14,133	34.07
4	Enfermedades infecciosas intestinales	01	12,077	29.11
5	Enfermedad cerebrovascular	29	10,384	25.03
6	Accidentes	E47-E53	9,009	21.72
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	2,590	6.24
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	8,925	21.51
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	5,054	12.18
8	Neumonía e influenza	321,322	8,865	21.37
9	Deficiencia de la nutrición	19	6,720	16.20
10	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	4,428	10.67
11	Anomalías congénitas	44	3,976	9.58
12	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	3,887	9.37
13	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	3,697	8.91
14	Anemias	200	2,564	6.18
15	Tuberculosis pulmonar	020	2,196	5.29
16	Causas maternas	38-40	1,522	3.66
17	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,461	3.52
18	Septicemia	038	1,438	3.47
19	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	1,417	3.42
20	Infecciones respiratorias agudas	31,320	1,175	2.83
	Disritmia cardíaca	281	4,065	9.80
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	5,608	13.52
	Las demás causas		24,987	60.23

(1) Tasa por 100,000 mujeres

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 1 (3a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	234,501	565.25
1	Accidentes	E-47-E53	32,419	78.14
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	10,122	24.40
2	Enfermedades del corazón	25-28	24,332	58.65
	- Isquémica	27	14,238	34.32
3	Tumores malignos	08-14	18,314	44.14
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	120	3,345	8.06
	- De la próstata	124	2,076	5.00
4	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	13,718	33.07
5	Enfermedades infecciosas intestinales	01	13,482	32.50
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	13,083	31.54
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	12,918	31.14
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	7,330	17.67
8	Diabetes mellitus	181	10,911	26.30
9	Neumonía e influenza	321,322	10,422	25.12
10	Enfermedad cerebrovascular	29	9,127	22.00
11	Deficiencias de la nutrición	19	6,793	16.37
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	5,326	12.84
13	Anomalías congénitas	44	4,403	10.61
14	Tuberculosis pulmonar	020	3,814	9.19
15	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	3,745	9.03
16	Síndrome de dependencia del alcohol	215	2,636	6.35
17	Anemias	200	2,308	5.56
18	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,683	4.06
19	Septicemia	038	1,510	3.64
20	Infecciones respiratorias agudas	31,320	1,381	3.33
	Disritmia cardíaca	281	3,857	9.30
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	5,962	14.37
	Las demás causas		32,357	77.99

(1) Tasa por 100,000 hombres

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 2 (1a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**TOTAL  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>423,304</b>	<b>502.30</b>
1	Enfermedades del corazón	25-28	50,980	60.49
	- Isquémica	27	27,257	32.34
2	Tumores malignos	08-14	40,628	48.21
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	5,120	6.08
	- Del estómago	091	4,419	5.24
	- Del cuellos del útero	120	4,290	5.09
3	Accidentes	E47-E53	40,154	47.65
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	13,712	16.27
4	Diabetes mellitus	181	25,678	30.47
5	Enfermedades infecciosas intestinales	01	23,852	28.30
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	23,607	28.01
7	Neumonía e influenza	321,322	22,506	26.71
8	Enfermedad cerebrovascular	29	20,266	24.05
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	17,114	20.31
10	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	15,399	18.27
11	Deficiencias de la nutrición	19	12,911	15.32
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	10,082	11.96
13	Anomalías congénitas	44	8,892	10.55
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	7,794	9.25
15	Tuberculosis pulmonar	020	5,604	6.65
16	Anemias	200	4,741	5.63
17	Infecciones respiratorias agudas	31,320	3,151	3.74
18	Úlceras gástrica y duodenal	341	3,033	3.60
19	Síndrome de dependencia del alcohol	215	2,707	3.21
20	Septicemia	038	2,592	3.08
	Disritmia cardíaca	281	7,122	8.45
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	10,436	12.38
	Las demás causas		64,055	76.01

(1) Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 2 (2a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	182,422	434.05
1	Enfermedades del corazón	25-28	25,353	60.35
	- Isquémica	27	11,883	28.27
2	Tumores malignos	08-14	21,502	51.16
	- Del cuello del útero	120	4,290	10.21
	- Del estómago	091	2,080	4.95
3	Diabetes mellitus	181	14,395	34.25
4	Enfermedades infecciosas intestinales	01	11,217	26.69
5	Enfermedad cerebrovascular	29	10,788	25.67
6	Neumonía e influenza	321,322	10,453	24.87
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	9,534	22.68
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	5,423	12.90
8	Accidentes	E47-E53	8,877	21.12
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	2,882	6.86
9	Deficiencias de la nutrición	19	6,337	15.08
10	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	4,541	10.80
11	Anomalías congénitas	44	4,181	9.95
12	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	3,889	9.25
13	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	3,591	8.54
14	Anemias	200	2,469	5.87
15	Tuberculosis pulmonar	020	1,989	4.73
16	Causas maternas	38-40	1,518	3.61
17	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	1,516	3.61
18	Infecciones respiratorias agudas	31,320	1,474	3.51
19	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,447	3.44
20	Septicemia	038	1,282	3.05
	Disritmia cardíaca	281	3,601	8.57
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	5,047	12.01
	Las demás causas		27,411	65.22

(1) Tasa por 100,000 mujeres

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 2 (3a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>239,414</b>	<b>566.74</b>
1	Accidentes	E-47-E53	31,040	73.48
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	10,780	25.52
2	Enfermedades del corazón	25-28	25,474	60.30
	- Isquémica	27	15,294	36.20
3	Tumores malignos	08-14	19,053	45.10
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	120	3,612	8.55
	- Del estómago	091	2,329	5.51
4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	13,830	32.74
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	13,540	32.05
5	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	13,808	32.69
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	13,479	31.91
7	Enfermedades infecciosas intestinales	01	12,568	29.75
8	Neumonía e influenza	321,322	11,994	28.39
9	Diabetes mellitus	181	11,214	26.55
10	Enfermedad cerebrovascular	29	9,432	22.33
11	Deficiencias de la nutrición	19	6,537	15.47
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	5,521	13.07
13	Anomalías congénitas	44	4,633	10.97
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	3,891	9.21
15	Tuberculosis pulmonar	020	3,604	8.53
16	Síndrome de dependencia del alcohol	215	2,529	5.99
17	Anemias	200	2,258	5.35
18	Infecciones respiratorias agudas	31,320	1,661	3.93
19	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	1,586	3.75
20	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,581	3.74
	Disritmia cardíaca	281	3,503	8.29
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	5,310	12.57
	Las demás causas		34,908	82.63

(1) Tasa por 100,000 hombres

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 3 (1a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>4,631</b>	<b>43.94</b>
1	Accidentes	E47-E53	1,061	10.07
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	393	3.73
2	Enfermedades infecciosas intestinales	01	554	5.26
3	Tumores malignos	08-14	403	3.82
	- Leucemia	141	212	2.01
4	Neumonía e influenza	321,322	234	2.22
5	Deficiencias de la nutrición	19	223	2.12
6	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	125	1.19
7	Enfermedades del corazón	25-28	117	1.11
	- Isquémica	27	25	0.24
8	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	101	0.96
9	Anemias	200	82	0.78
10	Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos	224	81	0.77
11	Septicemia	038	76	0.72
12	Epilepsia	225	60	0.57
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	56	0.53
14	Enfermedad cerebrovascular	29	52	0.49
15	Tuberculosis pulmonar	020	53	0.50
16	Meningitis	220	49	0.46
17	Infecciones respiratorias agudas	31,320	41	0.39
	- Bronquitis y bronquiolitis agudas	320	18	0.17
18	Diabetes mellitus	181	39	0.37
19	Hepatitis vírica	046	25	0.24
20	Obstrucción intestinal sin mención de hernia	344	22	0.21
	Disritmia cardíaca	281	42	0.40
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	204	1.94
	Las demás causas		931	8.83

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 5 a 14 años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 3 (2a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	7,058	66.97
1	Accidentes	E-47-E53	2,741	26.01
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	866	8.22
2	Tumores malignos	08-14	574	5.45
	- Leucemia	141	311	2.95
3	Enfermedades infecciosas intestinales	01	571	5.42
4	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	309	2.93
5	Neumonía e influenza	321,322	273	2.59
6	Deficiencias de la nutrición	19	233	2.21
7	Anomalías congénitas	44	205	1.95
	- del corazón y del aparato circulatorio	442	94	0.89
8	Enfermedades del corazón	25-28	121	1.15
	- de la circulación pulmonar	28	66	0.63
9	Anemias	200	106	1.01
10	Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos	224	100	0.95
11	Epilepsia	225	97	0.92
12	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	87	0.83
13	Septicemia	038	76	0.72
14	Enfermedad cerebrovascular	29	70	0.66
15	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	66	0.63
16	Meningitis	220	56	0.53
17	Infecciones respiratorias agudas	31,320	49	0.46
	- Bronquitis y bronquiolitis agudas	320	23	0.22
18	Tuberculosis pulmonar	020	46	0.44
19	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	46	0.44
20	Hepatitis vírica	046	28	0.27
	Disritmia cardíaca	281	63	0.60
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	237	2.25
	Las demás causas		904	8.58

(1) Tasa por 100,000 hombres de 5 a 14 años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 4 (1a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	4,798	47.12
1	Accidentes	E47-E53	1,084	10.65
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	432	4.24
2	Enfermedades infecciosas intestinales	01	494	4.85
3	Tumores malignos	08-14	446	4.38
	- Leucemia	141	224	2.20
4	Neumonía e influenza	321,322	288	2.83
5	Deficiencias de la nutrición	19	198	1.94
6	Sarampión	042	165	1.62
7	Anomalías congénitas	44	156	1.53
	- del corazón y del aparato circulatorio	442	82	0.81
8	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	125	1.23
9	Anemias	200	115	1.13
10	Enfermedades del corazón	25-28	115	1.13
	- De la circulación pulmonar	28	58	0.57
11	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	91	0.89
12	Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos	224	75	0.74
13	Epilepsia	225	67	0.66
14	Enfermedad cerebrovascular	29	61	0.60
15	Septicemia	038	58	0.57
16	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	53	0.52
17	Infecciones respiratorias agudas	31,320	47	0.46
18	Tuberculosis pulmonar	020	46	0.45
19	Meningitis	220	40	0.39
20	Diabetes mellitus	181	37	0.36
	Disritmia cardíaca	281	47	0.46
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	198	1.94
	Las demás causas		792	7.78

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 5 a 14 años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 4 (2a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	6,886	65.92
1	Accidentes	E-47-E53	2,708	25.92
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	965	9.24
2	Tumores malignos	08-14	521	4.99
	- Leucemia	141	264	2.53
3	Enfermedades infecciosas intestinales	01	516	4.94
4	Neumonía e influenza	321,322	347	3.32
5	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	310	2.97
6	Anomalías congénitas	44	193	1.85
	- Del corazón y del aparato circulatorio	442	90	0.86
7	Sarampión	042	172	1.65
8	Deficiencias de la nutrición	19	154	1.47
9	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	129	1.23
10	Enfermedades del corazón	25-28	126	1.21
	- de la circulación pulmonar	28	75	0.72
11	Anemias	200	104	1.00
12	Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos	224	84	0.80
13	Epilepsia	225	70	0.67
14	Septicemia	038	67	0.64
15	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	66	0.63
16	Infecciones respiratorias agudas	31,320	49	0.47
17	Meningitis	220	44	0.42
18	Enfermedad cerebrovascular	29	43	0.41
19	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	40	0.38
20	Tuberculosis pulmonar	020	34	0.33
	Disritmia cardíaca	281	58	0.56
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	185	1.77
	Las demás causas		866	8.29

(1) Tasa por 100,000 hombres de 5 a 14 años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 5 (1a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	52,040	213.11
1	Tumores malignos	08-14	10,737	43.97
	- del cuello del útero	120	2,671	10.94
	- del estómago	091	717	2.94
2	Diabetes mellitus	181	5,495	22.50
3	Enfermedades del corazón	25-28	5,400	22.11
	- de la circulación pulmonar	28	1,573	6.44
4	Accidentes	E47-E53	4,129	16.91
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	1,575	6.45
5	Enfermedad cerebrovascular	29	2,641	10.82
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	2,419	9.91
7	Enfermedades infecciosas intestinales	01	1,908	7.81
8	Causas maternas	38-40	1,506	6.17
9	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	1,358	5.56
10	Tuberculosis pulmonar	020	1,286	5.27
11	Neumonía e influenza	321,322	1,049	4.30
12	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	1,012	4.14
13	Anemias	200	777	3.18
14	Deficiencias de la nutrición	19	785	3.21
15	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	638	2.61
16	Epilepsia	225	484	1.98
17	Septicemia	038	388	1.59
18	Úlceras gástrica y duodenal	341	336	1.38
19	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	250	1.02
20	Anomalías congénitas	44	240	0.98
21	Hepatitis vírica	046	172	0.70
	Disritmia cardíaca	281	641	2.62
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	1,091	4.47
	Las demás causas		7,298	29.89

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 15 a 64 años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 5 (2a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL.	01-E56	97,434	399.00
1	Accidentes	E-47-E53	23,236	95.15
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	7,811	31.99
2	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	12,345	50.55
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	9,865	40.40
4	Enfermedades del corazón	25-28	8,022	32.85
	- Isquémica	27	5,183	21.22
5	Tumores malignos	08-14	7,309	29.93
	- de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	1,327	5.43
	- del estómago	091	848	3.47
6	Diabetes mellitus	181	4,985	20.41
7	Enfermedad cerebrovascular	29	2,633	10.78
8	Tuberculosis pulmonar	020	2,158	8.84
9	Síndrome de dependencia del alcohol	215	2,029	8.31
10	Neumonía e influenza	321,322	1,694	6.94
11	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	1,476	6.04
12	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	1,253	5.13
13	Deficiencias de la nutrición	19	1,001	4.10
14	Enfermedades infecciosas intestinales	01	908	3.72
15	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	738	3.02
16	Epilepsia	225	675	2.76
17	Anemias	200	654	2.68
18	Úlceras gástrica y duodenal	341	570	2.33
19	Septicemia	038	404	1.65
20	Anomalías congénitas	44	292	1.20
	Disritmia cardíaca	281	920	3.77
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	1,481	6.06
	Las demás causas		12,786	52.36

(1) Tasa por 100,000 hombres de 15 a 64 años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 6 (1a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	52,934	210.52
1	Tumores malignos	08-14	11,032	43.88
	- del cuello del útero	120	2,811	11.18
	- de la mama de la mujer	113	1,500	5.97
2	Enfermedades del corazón	25-28	6,008	23.89
	- Isquémica	27	2,610	10.38
3	Diabetes mellitus	181	5,570	22.15
4	Accidentes	E47-E53	4,051	16.11
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	1,718	6.83
5	Enfermedad cerebrovascular	29	2,695	10.72
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	2,213	8.80
7	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	1,476	5.87
8	Enfermedades infecciosas intestinales	01	1,457	5.79
9	Tuberculosis pulmonar	020	1,202	4.78
10	Neumonía e influenza	321,322	1,075	4.28
11	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	1,068	4.25
12	Deficiencias de la nutrición	19	721	2.87
13	Anemias	200	719	2.86
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	668	2.66
15	Epilepsia	225	462	1.84
16	Septicemia	038	326	1.30
17	Úlceras gástrica y duodenal	341	320	1.27
18	Anomalías congénitas	44	299	1.19
19	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	258	1.03
20	Colelitiasis y colecistitis	348	236	0.94
	Disritmia cardíaca	281	573	2.28
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	930	3.70
	Las demás causas		9,575	38.08

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 15 a 64 años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 6 (2a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	98,406	389.80
1	Accidentes	E-47-E53	22,127	87.65
	-De tráfico de vehículos de motor	E471	8,229	32.60
2	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	13,431	53.20
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	10,306	40.82
4	Enfermedades del corazón	25-28	8,361	33.12
	- Isquémica	27	5,519	21.86
5	Tumores malignos	08-14	7,537	29.86
	- de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	1,374	5.44
	- del estómago	091	904	3.58
6	Diabetes mellitus	181	5,286	20.94
7	Enfermedad cerebrovascular	29	2,744	10.87
8	Tuberculosis pulmonar	020	2,131	8.44
9	Síndrome de dependencia del alcohol	215	1,987	7.87
10	Neumonía e influenza	321,322	1,758	6.96
11	Enfermedades infecciosas intestinales	01	1,704	6.75
12	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	1,614	6.39
13	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	1,496	5.93
14	Deficiencias de la nutrición	19	995	3.94
15	SIDA	184	897	3.55
16	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	782	3.10
17	Anemias	200	657	2.60
18	Epilepsia	225	634	2.51
19	Úlceras gástrica y duodenal	341	556	2.20
20	Septicemia	038	329	1.30
	Disritmia cardíaca	281	796	3.15
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	1,291	5.11
	Las demás causas		10,987	43.52

(1) Tasa por 100,000 hombres de 15 a 64 años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 7 (1a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POST-PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1988**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	84,548	6,186.07
1	Enfermedades del corazón	25-28	17,554	1,284.36
	- Isquémica	27	8,078	591.04
2	Tumores malignos	08-14	9,512	695.96
	- del cuello del útero	120	1,406	102.87
	- del estómago	091	1,268	92.77
3	Diabetes mellitus	181	8,541	624.91
4	Enfermedad cerebrovascular	29	7,574	554.16
5	Deficiencias de la nutrición	19	3,499	256.01
6	Neumonía e influenza	321,322	3,485	254.98
7	Accidentes	E47-E53	3,159	231.13
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	945	69.14
8	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	2,997	219.28
9	Enfermedades infecciosas intestinales	01	2,881	210.79
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	2,065	151.09
11	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	1,406	102.87
12	Anemias	200	1,384	101.26
13	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,104	80.78
14	Aterosclerosis	300	967	70.75
15	Tuberculosis pulmonar	020	798	58.39
16	Septicemia	038	463	33.88
17	Obstrucción intestinal sin mención de hernia	344	377	27.58
18	Hernia de la cavidad abdominal	343	361	26.41
19	Infecciones respiratorias agudas	31,320	339	24.80
20	Colelitiasis y colecistitis	348	331	24.22
	Disritmia cardíaca	281	3,066	224.33
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	3,089	226.01
	Las demás causas		9,596	702.10

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 65 y más años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 7 (2a. parte)**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POST-PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
HOMBRES  
1988**

No. de Orden	C A U S A	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	83,680	6,122.56
1	Enfermedades del corazón	25-28	15,824	1,157.78
	- Isquémica	27	8,953	655.06
2	Tumores malignos	08-14	10,040	734.59
	- de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	1,998	146.19
	- de la próstata	124	1,783	130.46
3	Enfermedad cerebrovascular	29	6,286	459.92
4	Diabetes mellitus	181	5,916	432.85
5	Accidentes	E47-E53	3,753	274.59
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	945	69.14
	- Ahogamiento y sumersión accidentales	E521	180	13.17
6	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	3,732	273.06
7	Neumonía e influenza	321,322	3,468	253.74
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	3,077	225.13
9	Deficiencias de la nutrición	19	2,946	215.55
10	Enfermedades infecciosas intestinales	01	2,535	185.48
11	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	1,968	143.99
12	Tuberculosis pulmonar	020	1,536	112.38
13	Anemias	200	1,160	84.87
14	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,092	79.90
15	Aterosclerosis	300	751	54.95
16	Síndrome de dependencia del alcohol	215	585	42.80
17	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	634	46.39
18	Hiperplasia de la próstata	360	484	35.41
19	Septicemia	038	404	29.56
20	Hernia de la cavidad abdominal	343	292	21.36
	Disritmia cardíaca	281	2,528	184.96
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	2,727	199.52
	Las demás causas		11,942	873.75

(1) Tasa por 100,000 hombres de 65 y más años

Fuente: Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Agosto, 1991.

**Cuadro No. 8 (1a. parte)**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POST-PRODUCTIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MUJERES  
1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	<b>TOTAL</b>	01-E56	85,402	4,995.12
1	Enfermedades del corazón	25-28	18,847	1,102.35
	- Isquémica	27	9,148	535.06
2	Tumores malignos	08-14	9,689	566.70
	- del cuello del útero	120	1,450	84.81
	- del estómago	091	1,281	74.92
	- de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	887	51.88
3	Diabetes mellitus	181	8,728	510.50
4	Enfermedad cerebrovascular	29	7,891	461.54
5	Neumonía e influenza	321,322	3,579	209.33
6	Deficiencias de la nutrición	19	3,405	199.16
7	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	3,027	177.05
8	Enfermedades infecciosas intestinales	01	2,413	141.14
9	Accidentes	E47-E53	2,366	138.39
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	2,139	125.11
11	Anemias	200	1,340	78.38
12	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	1,332	77.91
13	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,100	64.34
14	Aterosclerosis	300	842	49.25
15	Tuberculosis pulmonar	020	690	40.36
16	Septicemia	038	404	23.63
17	Obstrucción intestinal sin mención de hernia	344	384	22.46
18	Artritis reumatoide, excepto la de la columna vertebral	430	357	20.88
19	Hernia de la cavidad abdominal	343	331	19.36
20	Infecciones respiratorias agudas	31,320	328	19.18
	Disritmia cardíaca	281	2,710	158.51
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	2,654	155.23
	Las demás causas		10,846	634.38

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 65 y más años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

Cuadro No. 8 (2a. parte)

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POST-PRODUCTIVA**  
**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
**HOMBRES**  
**1989**

No. de Orden	CAUSA	Clave C.I.E. 9a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)
	TOTAL	01-E56	84,109	5,925.16
1	Enfermedades del corazón	25-28	16,580	1,168.00
	- Isquémica	27	9,627	678.19
2	Tumores malignos	08-14	10,630	748.84
	- de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	2,216	156.11
	- de la próstata	124	1,949	137.30
3	Enfermedad cerebrovascular	29	6,487	456.98
4	Diabetes mellitus	181	5,878	414.08
5	Accidentes	E47-E53	4,517	318.21
	- de tráfico de vehículos de motor	E471	1,060	74.67
	- Ahogamiento y sumersión accidentales	E521	157	11.06
	- debido a factores naturales y del ambiente	E520	70	4.93
6	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	3,749	264.10
7	Neumonía e influenza	321,322	3,480	245.15
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	3,025	213.10
9	Deficiencias de la nutrición	19	2,936	206.83
10	Enfermedades infecciosas intestinales	01	2,219	156.32
11	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	2,112	148.78
12	Tuberculosis pulmonar	020	1,363	96.02
13	Anemias	200	1,158	81.58
14	Úlceras gástrica y duodenal	341	1,003	70.66
15	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	671	47.27
16	Aterosclerosis	300	609	42.90
17	Síndrome de dependencia del alcohol	215	519	36.56
18	Hiperplasia de la próstata	360	388	27.33
19	Septicemia	038	347	24.44
20	Infecciones respiratorias agudas	31,320	317	22.33
	Disritmia cardíaca	281	2,329	164.07
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	2,400	169.07
	Las demás causas		11,392	802.52

(1) Tasa por 100,000 hombres de 65 y más años

Fuente: Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, Diciembre, 1991.

**Cuadro No. 9****MORTALIDAD GENERAL EN MUJERES  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

<b>ENTIDAD</b>	<b>DEFUNCIONES</b>	<b>TASA<sup>(1)</sup></b>
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	173194	4.3
Aguascalientes	1386	4.1
Baja California	3096	4.5
Baja California Sur	450	3.1
Campeche	923	3.3
Coahuila	4131	4.4
Colima	934	4.6
Chiapas	6563	5.4
Chihuahua	3295	3.0
Distrito Federal	20394	3.9
Durango	2241	3.3
Guanajuato	9294	5.3
Guerrero	3956	3.2
Hidalgo	4207	4.8
Jalisco	12933	5.0
México	19018	3.4
Michoacán	7653	4.6
Morelos	2462	4.0
Nayarit	1462	3.6
Nuevo León	5472	3.6
Oaxaca	9506	7.3
Puebla	12426	6.2
Querétaro	2105	4.6
Quintana Roo	345	1.9
San Luis Potosí	4515	4.6
Sinaloa	3092	2.7
Sonora	3552	4.1
Tabasco	2662	4.2
Tamaulipas	4262	3.8
Tlaxcala	1851	5.7
Veracruz	12885	4.0
Yucatán	3566	5.7
Zacatecas	2166	3.5
Extranjeros	391	

(1) Tasa por 1000 mujeres

Fuente: Tabulaciones de defunciones/INEGI/SSA (Lista Básica) Año 1987.

**Cuadro No. 10****CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1988 Y 1989**

<b>CAUSA</b>	<b>CLAVE LISTA BASICA DE LA CIE-9</b>	<b>DEFUNCIONES 1988</b>	<b>DEFUNCIONES 1989</b>
ABORTO	38	128	133
Causas obstétricas directas	39	1,374	1365
- Hemorragia del embarazo y del parto	390	405	389
- Toxemia del embarazo	391	328	324
- Infecciones del aparato genitourinario en el parto	392	2	5
- Parto obstruido	393	44	39
- Complicaciones del puerperio	394	133	158
Causas obstétricas indirectas	40	20	20
TOTAL	38-40	1522	1518

Fuente: INEGI/SSA. Defunciones Generales por Estados Unidos Mexicanos, Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido y Causa, Según Sexo y Edad. (Lista Básica). Año 1989

INEGI/SSA. Defunciones Generales por Causa, Sexo y Edad. Estados Unidos Mexicanos (Lista Básica). Año 1989.

**Cuadro No. 11**

**MORTALIDAD MATERNA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

ENTIDAD	DEFUNCIONES	TASA <sup>(1)</sup>
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	1531	0.6
Aguascalientes	6	0.3
Baja California	8	0.2
Baja California Sur	1	0.1
Campeche	10	0.5
Coahuila	15	0.2
Colima	6	0.4
Chiapas	103	0.8
Chihuahua	13	0.2
Distrito Federal	132	0.5
Durango	10	0.2
Guanajuato	71	0.5
Guerrero	90	0.8
Hidalgo	50	0.7
Jalisco	38	0.2
México	235	0.8
Michoacán	62	0.4
Morelos	21	0.5
Nayarit	14	0.5
Nuevo León	13	0.2
Oaxaca	137	1.2
Puebla	148	0.9
Querétaro	22	0.5
Quintana Roo	8	0.6
San Luis Potosí	54	0.9
Sinaloa	16	0.2
Sonora	15	0.3
Tabasco	27	0.5
Tamaulipas	18	0.2
Tlaxcala	14	0.5
Veracruz	140	0.6
Yucatán	25	0.6
Zacatecas	9	0.2

(1) Tasa por 1000 nacidos vivos registrados  
La cifra de nacimientos utilizada es preliminar

Fuente: Tabulaciones de defunciones/INEGI/SSA (Lista Básica) Año 1987.

**Cuadro No. 12**

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE  
MUJERES ENTRE LOS 15 A 24 AÑOS DE EDAD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

Número de Orden	CAUSA	CLAVE LISTA BASICA DE LA CIE-9	DEFUNCIONES 1988	TASA (1)
1	Accidentes	E47-E53	1157	12.9
2	Causas maternas	38-41	451	5.0
3	Tumores malignos	08-14	427	4.8
4	Enfermedades del corazón	25-28	393	4.4
5	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	E55	271	3.0
6	Enfermedades infecciosas intestinales	01	262	2.9
7	Tuberculosis todas formas	02,077	198	2.2
8	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	165	1.8
9	Epilepsia	225	158	1.8
10	Influenza y neumonías	321,322	156	1.7
	Todas las demás causas		2051	22.8
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>5689</b>	<b>63.3</b>

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 15 -24 años de edad.

Fuente: INEGI/SSA. (Lista Básica). Año 1987

**Cuadro No. 13**

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE  
MUJERES ENTRE LOS 25 A 44 AÑOS DE EDAD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**1987**

Número de Orden	CAUSA	CLAVE LISTA BASICA DE LA CIE-9	DEFUNCIONES 1988	TASA (1)
1	Tumores malignos	08-14	2620	26.1
2	Accidentes	E47-E53	1665	16.6
3	Enfermedades del corazón	25-28	1359	13.5
4	Causas maternas	38-41	1029	10.2
5	Tuberculosis todas formas	02,077	658	6.6
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	634	6.3
7	Enfermedad cerebrovascular	29	568	5.7
8	Enfermedades infecciosas intestinales	01	566	5.6
9	Diabetes mellitus	181	501	5.0
10	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	E55	444	4.4
	Todas las demás causas		4824	48.0
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>14868</b>	<b>148.0</b>

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 25-44 años de edad.  
Fuente: INEGI/SSA. (Lista Básica). Año 1987

**Cuadro No. 14**

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE  
MUJERES ENTRE LOS 45 A 64 AÑOS DE EDAD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

Número de Orden	CAUSA	CLAVE LISTA BASICA DE LA CIE-9	DEFUNCIONES 1988	TASA (1)
1	Tumores malignos	08-14	7132	160.5
2	Diabetes mellitus	181	4537	102.1
3	Enfermedades del corazón	25-28	4185	94.2
4	Enfermedad cerebrovascular	29	1822	41.0
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	1645	37.0
6	Accidentes	E47-E53	1130	25.4
7	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	862	19.4
8	Enfermedades infecciosas intestinales	01	858	19.3
9	Tuberculosis todas formas	02,077	728	16.4
10	Influenza y neumonías	321,322	543	12.2
	Todas las demás causas		6824	153.5
	<b>TOTAL</b>	<b>01-E56</b>	<b>30266</b>	<b>680.9</b>

(1) Tasa por 100,000 mujeres de 45-64 años de edad.  
Fuente: INEGI/SSA. (Lista Básica). Año 1987

## BIBLIOGRAFIA

Anzola, E. Organización Panamericana de la Salud. Elderly Women Issue. OPS, Washington, D.C. Documento mimeografiado sin fecha.

Bobadilla, J.L., Reyes, F.S., Karchmer, S. Magnitud y causas de mortalidad materna en el Distrito Federal, 1988-1989. Documento mimeografiado, México, Agosto 1991.

Cavazos, N., Izazola, L., J.L. Perfiles de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología. Documento mimeografiado, México, 1983.

Centers for Disease Control (CDC). Enhanced Maternal Mortality Surveillance-North Carolina, 1988 and 1989 in Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 40 No. 28. Atlanta, 1991.

Centers for Disease Control (CDC). Maternal Mortality Surveillance-Puerto Rico, 1989 in Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 40 No. 30. Atlanta, 1991.

Elu de Leñero, M.C. Mortalidad Materna, Fecundidad y Costo Social. Comunicación personal. Diciembre 1991.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Defunciones Generales por Estados Unidos Mexicanos, Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido y Causa, Según sexo y edad. (Lista Básica) Año 1988. México, Julio, 1991.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Defunciones Generales por Causa, Sexo y Edad, Estados Unidos Mexicanos (Lista Básica) Año 1989. México, Noviembre 1991.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 6. México, 1989.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 7. México, 1991.

Organización Panamericana de la Salud. La salud de la mujer en las Américas. Publicación Científica No. 488. OPS/OMS, Washington, D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los Ancianos. Publicación Científica No. 492. OPS/OMS, Washington, D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión Regional sobre guías y procedimientos para el análisis de la mortalidad. Resumen del Informe Final. OPS/OMS, Washington, D.C., Febrero 1985.

Secretaría de Salud. Principales Causas de Defunción por Entidad Federativa y Sexo 1989. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. México, Diciembre 1991.

Secretaría de Salud. Veinte principales causas de defunción 1988. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. México, Agosto 1991.

Sistema Nacional de Salud. La Salud de la Mujer en México, Cifras comentadas. Programa Nacional «Mujer, Salud y Desarrollo». México, 1990.

World Health Organization. Women Health and Development. A report by the Director-General. WHO Offset Publication No. 90. Geneva, 1985.

## FECUNDIDAD Y NUPCIALIDAD

*Dra. Rosa María González Angeles*

El concepto fundamental de fecundidad es la capacidad real de reproducción de una población, basado en el número total de nacimientos vivos que se producen en una sociedad. Debe diferenciarse de la fertilidad, que es el aspecto potencial de la reproducción (o capacidad física de procreación) de una población.

La fecundidad es el componente de cambio poblacional que más incide en el tamaño y estructura por edades de una población. Una elevación de la fecundidad durante un período de tiempo, da lugar tanto a un aumento en la tasa de crecimiento como a un aumento en la proporción de personas en las edades más jóvenes, en relación con la población total, introduciendo un rejuvenecimiento en la misma; a la inversa, la disminución continua de la fecundidad produce un descenso en la tasa de crecimiento acompañado del aumento de la proporción de personas adultas, dando lugar con ello a un proceso de envejecimiento.

Aunque la fecundidad es algo que concierne a ambos sexos generalmente, los estudios sobre la misma se basan fundamentalmente en la fecundidad femenina, por ser ésta más definida y estar enmarcada por lo general en el intervalo 15-49 años de edad, llamado período de fertilidad.

Mucho se ha discutido sobre los factores determinantes de la fecundidad, llegándose a establecer entre los de mayor influencia: 1) la nupcialidad (edad a la primera unión, proporción de casados y tipo de unión); 2) el control deliberado de los nacimientos en el seno de la pareja o por falta del individuo; 3) la lactancia y abstinencia después del parto; 4) la presencia de esterilidad. Los factores

determinantes que pueden ser considerados como demográficos están; 5) nivel de mortalidad infantil y 6) la proporción de mujeres en edad reproductiva. Otros de tipo sociocultural; 7) nivel de educación, particularmente de las mujeres; 8) participación femenina en la fuerza de trabajo; 9) estructura de la familia e ingreso familiar. Las variables estructurales, representadas por, 10) nivel de urbanización e industrialización y 11) desarrollo socioeconómico en general.

La importancia de la nupcialidad es determinante en el estudio de la fecundidad, siendo quizás el aspecto sobresaliente la edad a la primera unión, misma que está asociada a niveles altos o bajos de la fecundidad, según el matrimonio ocurra a edades tempranas o tardías, así mismo, en el mismo sentido está relacionada la proporción de mujeres que alguna vez se casan o viven maritalmente.

Nosotros consideramos para el análisis de la nupcialidad y fecundidad a las mujeres de acuerdo con cuatro grupos de edades psicobiológicas desde el punto de vista reproductivo: adolescentes: (corresponden al grupo de edades de los 15 a los 19 años), adultas jóvenes: (de los 20 a los 29 años), adultas maduras: (de los 30 a los 39 años) y adultas añosas: (de los 40 a los 49 años). En algunos casos, se analizarán otros grupos de edades específicas, diferentes a los ya mencionados como en el caso de las menores de 15 años.

#### **Distribución Porcentual de las Mujeres en Edad de fertilidad:**

Como se observa en el cuadro 1, en 1987, casi la cuarta parte de la totalidad de las mujeres en edad fértil, corresponde al grupo de las adolescentes (15 a 19 años de edad), aún cuando solo ocupan un intervalo de 5 años. El grupo de adultas jóvenes corresponde al 35.5% (decenio de los 20 a los 29 años), que sumado al anterior, corresponden casi al 60% de la población total de mujeres en edad fértil, lo cual significa que se trata de una población joven.

**Cuadro No. 1****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD DE FERTILIDAD, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN DIVERSAS ENCUESTAS 1979-1987**

GRUPOS DE EDAD	ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA 1979	ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFICA 1982	ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD 1987
ADOLESCENTES 15 - 19 años	24.6	24.2	24.0
ADULTAS JOVENES 20 - 29 años	36.0	34.4	35.1
ADULTAS MADURAS 30 - 39 años	23.4	24.3	25.1
ADULTAS AÑOSAS 40 - 49 años	16.0	17.1	15.8
TOTAL	2	100.0	100.0

El cuadro 2, se refiere a la distribución porcentual de las mujeres según la edad a la primera unión, considerando 2 grupos sociales extremos y a nivel nacional. En él se observa que la edad de la primera unión es más temprana entre los asalariados agrícolas, ocurriendo en un 12.3% en menores de 15 años, y en más de las 3/4 partes de dicho grupo, antes de los 20 años con reducción progresiva de los porcentajes en las edades más avanzadas. En cambio, en el nivel socioeconómico de propietarios, profesionales y técnicos, sucede lo contrario, pues la primera unión antes de los 15 años se reduce al 2.9%, ocurre en algo más de la tercera parte de este grupo antes de los 20 años y en el 60.7% ocurre después de los 20 años de edad.

Las mujeres mexicanas inician a temprana edad su vida sexual. En 1978 casi el 8% se habían unido por primera vez antes de los 15 años, el 56% lo había hecho entre los 15 y 19 años y el 90.8% del total se unió por primera vez antes de los 25 años.

**Cuadro No. 2****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION, POR GRUPOS SOCIALES Y A NIVEL NACIONAL.**

GRUPO SOCIAL	TOTAL	10-14 AÑOS	15-17 AÑOS	18-19 AÑOS	20-21 AÑOS	22-24 AÑOS	25 Y MAS AÑOS
ASALARIADOS AGRICOLAS	100.0	12.3	43.8	23.0	9.8	6.2	4.9
PROPIETARIOS, PROFESIONALES Y TECNICOS	100.0	2.9	19.6	16.8	20.1	23.1	17.5
NACIONAL	100.0	7.9	34.8	21.6	14.3	12.2	9.2

El cuadro 3 muestra la edad mediana a la primera unión, según diversas variables, encontrando que ésta se incrementa en proporción directa al grado de escolaridad, el tamaño de la localidad y en las mujeres que trabajan antes de unirse.

**Cuadro No. 3**

**EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION SEGUN DIVERSAS VARIABLES**

CONCEPTOS	EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>	
Sin Educación	18.4 años
Primaria Incompleta	19.2 años
Primaria Completa	20.8 años
Secundaria	21.8 años
<b>TAMAÑO DE LA LOCALIDAD</b>	
Menos de 2,500 habitantes	18.5 años
2,500 a 19,999 habitantes	19.2 años
20,000 y más habitantes	20.6 años
Areas Metropolitanas	21.1 años
<b>TRABAJO ANTES DE UNIRSE</b>	
NO	18.7 años
SI	21.1 años

Respecto a la distribución porcentual de las mujeres en edad de fertilidad, según su condición marital (esté o no legalizada), en el período 1976-1987, las "casadas" representan algo más del 51%, y las "unidas" o "convivientes", alrededor del 9% y las divorciadas y/o separadas, aproximadamente el 5%. Una tercera parte corresponde a las solteras.

**Cuadro No. 4**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD DE FERTILIDAD, POR ESTADO MARITAL, SEGUN DIVERSAS ENCUESTAS 1976-1987**

ESTADO MARITAL	ENCUESTA MEXICANA DE FECUNDIDAD 1976	ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA 1979	ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFICA 1982	ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD 1987
EN UNION LIBRE	8.4	8.8	9.0	9.4
CASADAS	51.6	55.4	51.5	51.4
VIUDAS	2.4	2.0	2.7	1.7
SEPARADAS	4.5	4.3	4.2	4.8
SOLTERAS	33.1	29.5	32.5	32.6
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

Aproximadamente el 61% de las mujeres en edad de fertilidad se encuentra actualmente en unión; una tercera parte de ellas permanece soltera (nunca ha estado en unión) y el 6.5%, tiene la última unión disuelta, ya sea por viudez, separación o divorcio. Se encuentra una proporción de 5.5 matrimonios por cada unión libre.

Las 3/4 partes de los matrimonios y uniones libres se realizan antes de los 30 años, al término de la condición de adulta joven.

Alrededor del 95% de las mujeres llegan a unirse y/o casarse antes de los 50 años. 5% de las mujeres nunca se casa. El número de mujeres separadas sobrepasa al de divorciadas.

Comparando este cuadro con el número 2, se concluye que, cuando la mayoría de las mujeres ya tiene vida sexual activa, más de la mitad no ha legalizado su unión: 96.8% de las mujeres en edad fértil han tenido su primera unión antes de los 25 años, sin embargo, al llegar a esa edad solo se encuentran casadas el 44.6%.

La proporción de mujeres casadas aumenta paulatinamente con la edad, regularmente hasta los 34 años e irregularmente después, alcanzando el mayor porcentaje (74.1%) entre los 40 y los 44 años.

La proporción de casadas alcanza el mayor porcentaje (60.8) en las localidades de menos de 2,500 habitantes; en el resto de las localidades, no varía significativamente y es de aproximadamente el 48%.

Las solteras disminuyen conforme avanza la edad y tienen distribución irregular en relación al tamaño de la localidad, ocupando el menor porcentaje (25.0) de ellas en las localidades de menos de 2,500 habitantes.

**Cuadro No. 5**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD DE FERTILIDAD, POR ESTADO MARITAL, SEGUN  
EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA  
1987**

CARACTERISTICAS DE LA MUJER	ESTADO MARITAL						
	TOTAL	UNION LIBRE	CASADAS	VIUDAS	DIVORCIADAS	SEPARADAS	SOLTERAS
<b>GRUPOS DE EDAD</b>							
Adolescentes							
15 - 19 años	100.0	6.1	12.3	0.0	0.0	1.5	80.1
Adultas jóvenes							
20 - 24 años	100.0	11.4	44.6	0.2	0.2	2.6	41.2
25 - 29 años	100.0	11.3	64.6	0.6	0.9	4.3	18.2
Adultas maduras							
30 - 34 años	100.0	9.8	72.9	1.9	2.2	4.0	9.2
35 - 39 años	100.0	11.0	70.0	2.1	1.8	6.9	8.5
Adultas afeasas							
40 - 44 años	100.0	7.9	74.1	6.6	0.7	6.5	4.2
45 - 49 años	100.0	10.0	69.5	7.6	1.9	6.2	4.8
<b>LUGAR DE RESIDENCIA (HABITANTES)</b>							
Menos de 2,500	100.0	10.5	60.8	1.4	0.0	2.4	25.0
2,500 a 19,999	100.0	9.4	47.6	2.4	0.3	4.4	36.0
20,000 y más	100.0	8.9	47.6	1.9	1.4	5.7	34.6
Areas Metropolitanas	100.0	9.0	48.6	1.6	1.6	3.3	35.9
<b>T O T A L</b>	100.0	9.4	51.4	1.8	0.9	3.9	32.6

El 31.8% de las mujeres en edad de fertilidad pueden considerarse como "expuestas" al riesgo de concebir. La ausencia de relaciones sexuales en el último mes, resultó ser la principal causa de no exposición, con un 51.6%, seguida del embarazo, la amenorrea y la infertilidad.

El grado de exposición al embarazo entre mujeres no unidas es relativamente bajo, siendo las más expuestas las divorciadas (14.7%), seguidas de las separadas, las viudas y por último las solteras (1.4%).

Por grupos de edad, las viudas y las solteras están más expuestas cuando son adultas jóvenes y un poco menos si son adultas maduras. Las divorciadas lo están más cuando son adolescentes (50%), seguidas de las adultas maduras. Las separadas alcanzan el mayor porcentaje de exposición en la condición de adultas maduras.

Las mujeres unidas, esté o no, legalizada su unión, son las más expuestas, siendo las casadas las que tienen el mayor porcentaje (54%). Si se consideran estas últimas junto con las que viven en unión libre, por grupos de edad, alcanzan el mayor porcentaje de exposición al embarazo entre los 30 y los 34 años (62% las casadas y 55.6% las "unidas"), y en general en la condición de adultas maduras seguidas de las adultas jóvenes, adultas añosas y por último las adolescentes.

**Cuadro No. 6****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN SU EXPOSICION AL RIESGO DE CONCEBIR, POR ESTADO MARITAL, Y GRUPOS DE EDAD  
1987**

<b>ESTADO MARITAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>EMBARAZADA</b>	<b>AMENORREICA</b>	<b>INFECUNDA</b>	<b>SIN RELACIONES EL ULTIMO MES</b>	<b>SIN REGLA LOS ULTIMOS 2 MESES</b>	<b>EXPUESTA</b>
UNION LIBRE	100.0	12.1	11.4	5.6	26.1	1.5	43.3
CASADA	100.0	9.3	8.2	6.6	20.0	1.9	54.0
VIUDA	100.0	0.0	3.7	11.7	79.6	0.0	4.9
DIVORCIADA	100.0	0.0	1.5	10.3	73.5	0.0	14.7
SEPARADA	100.0	1.6	3.9	4.2	81.4	0.3	8.6
SOLTERA	100.0	0.2	0.2	0.3	97.7	0.1	1.4
TOTAL	100.0	5.9	5.4	4.3	51.6	1.1	31.8

CARACTERISTICAS DE LA MUJER	TOTAL	ESTADO MARITAL					
		UNION LIBRE	CASADAS	VIUDAS	DIVORCIADAS	SEPARADAS	SOLTERAS
MUJERES EXPUESTAS POR GRUPOS DE EDAD							
ADOLESCENTES							
15 - 19 AÑOS	6.4	32.6	43.0	0.0	50.0	6.1	0.4
ADULTAS JOVENES							
20 - 24 AÑOS	26.7	45.4	49.7	0.0	0.0	6.0	2.5
25 - 29 AÑOS	43.2	44.1	58.0	20.0	9.1	5.7	5.1
ADULTAS MADURAS							
30 - 34 AÑOS	51.9	55.6	62.0	4.5	20.0	12.3	3.2
35 - 39 AÑOS	48.0	44.3	58.4	11.8	21.4	14.4	2.4
ADULTAS AÑOSAS							
40 - 44 AÑOS	45.2	43.8	55.9	3.8	9.1	8.8	0.0
45 - 49 AÑOS	24.7	22.0	32.3	1.8	11.1	4.5	0.0
TOTAL	31.8	43.3	54.0	4.9	14.7	8.6	1.4

Al considerar en conjunto a las mujeres unidas y no unidas o desunidas, la mayor exposición al riesgo de concebir ocurre en la condición de adulta madura (entre los 30 y los 39 años de edad).

11% de las mujeres unidas en 1987, estaban embarazadas. De las cuales casi la tercera parte eran adolescentes y otra tercera parte eran adultas jóvenes.

**Cuadro No. 7**

**PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS EMBARAZADAS, POR GRUPOS DE EDAD  
1987**

EDAD	%
ADOLESCENTES 15-19 AÑOS	29.4
ADULTAS JOVENES 20-24 AÑOS	18.6
25-29 AÑOS	14.3
ADULTAS MADURAS 30-34 AÑOS	7.9
35-39 AÑOS	5.4
ADULTAS AÑOSAS 40-44 AÑOS	1.8
45-49 AÑOS	0.8
PROMEDIO	11.2

Sobre la práctica de la planificación familiar\*, puede decirse que nadie está en desacuerdo con la proposición general de que el descenso de la fecundidad, experimentado en muchas poblaciones en los tiempos modernos, se ha llevado a cabo por restricción voluntaria de la misma. Lo que se discute es si la mayor difusión sobre uso y disponibilidad de anticonceptivos proporcionados por programas organizados de planificación familiar, puede influir en este comportamiento restrictivo en ausencia de cambios estructurales significativos. La efectividad de los programas de planificación familiar en cuanto a la reducción de la fecundidad es una cuestión debatida, existen varias posiciones, desde quienes piensan que dichos programas tienen poco efecto, hasta los que le atribuyen un impacto significativo, independientemente del proceso general de desarrollo socioeconómico, sin embargo, parece más realista aceptar que tanto el marco social como los programas de planificación familiar han tenido un efecto sobre el descenso de la fecundidad.

La lactancia y la abstinencia después de parto son causa de la ampliación de los intervalos entre embarazos. Los medios masivos de comunicación influyen en el acortamiento de la lactancia al promover la leche artificial.

El nivel de mortalidad infantil presentan un efecto a corto y largo plazo, inicialmente una mortalidad más baja conduce a un número mayor de niños sobrevivientes; con el transcurso del tiempo sin embargo, las parejas ajustan su fecundidad al nuevo nivel de mortalidad, por lo que la tendencia de la fecundidad a largo plazo sería descendente.

En cuanto al nivel de escolaridad se afirma con frecuencia que la educación es la variable singular más importante que comúnmente se cita en vinculación con variaciones de fecundidad y prácticas de planificación familiar. De ahí, que los diferenciales de fecundidad urbano-rural puedan ser explicados en parte por niveles de escolaridad más bajos en las zonas rurales.

\* La planificación familiar es un concepto que hace referencia tanto al control de la fecundidad en forma deliberada por la pareja o el individuo, como a situaciones de la sexualidad, valores y actitudes sobre la reproducción.

Se mencionan dos explicaciones sobre la relación fecundidad - educación, una económica y otra sociológica. La primera podría exponerse de la siguiente manera: el tamaño familiar deseado decrece a medida que se incrementa el nivel educacional de la mujer; desde el punto de vista económico se justifica por el mayor costo de oportunidad que tiene la mujer, mientras que desde un punto de vista sociológico podría atribuirse al cambio de actitudes relacionadas con una mayor educación.

Sobre la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, es ampliamente aceptada la idea de que las dos variables (fecundidad, actividad femenina) se relacionan en sentido inverso, aún cuando se desconoce con precisión cómo opera esta relación.

En cuanto al aspecto religioso no hay mucho que decir, mientras que algunas religiones como la católica y la musulmana han adoptado una posición negativa respecto a la anticoncepción, otra como la hindú y la protestante son de carácter permisivo en mayor o menor grado. Los estudios realizados sobre el tema indican que el uso de métodos anticonceptivos no tiene relación significativa con la práctica de la religión católica.

Respecto a estructura familiar, varios estudios pretenden que hay una fecundidad más alta en las mujeres que viven en familias extendidas, hipótesis que descansa en la posibilidad de encontrar sustitutos para el cuidado maternal. De manera muy empírica también se habla de algunos estudios latinoamericanos, que señalan que una relación entre marido y mujer más igualitaria conduce a una mayor uso de métodos anticonceptivos y por consiguiente a una fecundidad conyugal más baja.

Por otra parte el ingreso familiar también influye sobre la dinámica de población aunque es difícil estudiar el efecto dado que esta tan inexplicablemente ligado a otros factores socioeconómicos que resulta difícil aislar su influencia sobre la fecundidad. Sin embargo dentro de un contexto amplio, se acepta la relación inversa entre ingreso y fecundidad

La urbanización e industrialización, así como la estructura cambiante de la producción de los centros urbanos e industriales ha influido y producido cambios en las costumbres y tradiciones en el papel de la familia y en las ventajas económicas de una familia reducida.

La interrelación de todos esos factores han permitido que en nuestro país la tasa global de fecundidad haya descendido de un nivel de 6.31 en 1973 a 3.84 en 1986; esto significa una baja de casi la mitad en el número promedio de hijos nacidos vivos por mujer.

**Cuadro No. 9**

**TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD 1979 - 1987**

AÑO	TASA	AÑO	TASA
1973	6.31	1980	4.58
1974	6.04	1981	4.40
1975	5.86	1982	4.25
1976	5.54	1983	4.16
1977	5.32	1984	3.93
1978	5.03	1985	3.96
1979	4.82	1986	3.84

Las tasas globales de fecundidad han descendido ininterrumpidamente en los últimos 20 años tanto en el medio urbano como en el rural, aunque en este último, son persistentemente mayores (en ese período se ha reducido la fecundidad sólo en 25% en el medio rural, contra un 50% en el medio urbano).

**Cuadro No. 10**

**TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR PERIODOS QUINQUENALES  
EN LOS MEDIOS RURAL Y URBANO**

PERIODO	RURAL	URBANO
66 - 70	8.24	6.34
70 - 75	7.73	5.67
75 - 80	6.92	4.59
81 - 86	6.19	3.29

Por otra parte, las tasas específicas de fecundidad más altas a nivel nacional, entre 1974 y 1986, corresponden al grupo de adultas jóvenes (20-29 años), seguidas de las adultas maduras, las adolescentes y por último, las adultas añasas. Tanto las tasas de fecundidad por edades, como las tasas general y global a nivel nacional, han disminuido en el transcurso del tiempo.

**Cuadro No. 11**

**TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD**

GRUPOS DE EDAD	1974	1978	1982	1986
Adolescentes 15-19 años	130	132	105	84
Adultas jóvenes 20-24 años	270	242	229	202
25-29 años	275	229	194	203
Adultas maduras 30-34 años	229	189	155	143
35-39 años	194	140	116	97
Adultas añasas 40-44 años	--	64	45	34
45-49 años	--	--	8	5
Tasa General	215	182	151	127
Tasa Global	--	--	4.26	3.84

El impacto del descenso de las tasas de fecundidad se observa en la disminución paulatina en el promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad de la madre.

**Cuadro No. 12**

**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE  
1976-1987**

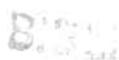
GRUPOS DE EDAD	ENCUESTA MEXICANA DE FECUNDIDAD 1976	ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFICA 1982	ENCUESTA NAL. SOBRE FEC. Y SALUD 1987
Adolescentes 15-19 años	--	0.2	0.2
Adultas jóvenes 20-24 años	1.3	1.1	1.0
25-29 años	2.9	2.5	2.3
Adultas maduras 30-34 años	4.6	3.8	3.5
35-39 años	6.0	5.3	4.3
Adultas añosas 40-44 años	6.6	5.9	5.4
45-49 años	6.8	6.4	6.4
Total	--	2.8	2.5

Los estados de Guerrero y Michoacán tuvieron la tasa global de fecundidad más alta (4.09) y el estado de México y Distrito Federal tuvieron la más baja (2.14), por lo que se estima que los primeros duplicarían su población en 12 a 23 años, mientras que los últimos lo harían en 37 - 42 años.

**Cuadro No. 13**

**TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA**

ENTIDAD	TASA	ENTIDAD	TASA
Aguascalientes	3.09	Michoacán	4.09
Baja California	2.24	Morelos	3.00
Baja California Sur	2.91	Nayarit	3.00
Campeche	2.80	Nuevo León	2.32
Coahuila	2.80	Oaxaca	3.89
Colima	2.61	Puebla	3.88
Chiapas	3.81	Querétaro	3.59
Chihuahua	2.48	Quintana Roo	2.52
Distrito Federal	2.14	San Luis Potosí	3.88
Durango	3.79	Sinaloa	3.39
Guanajuato	3.20	Sonora	2.42
Guerrero	4.09	Tabasco	3.49
Hidalgo	3.69	Tamaulipas	2.61
Jalisco	3.00	Tlaxcala	3.69
México	2.14	Veracruz	2.90
		Yucatán	2.71
		Zacatecas	3.49



Resulta necesario señalar que las características de la población y su dinámica tienen implicaciones en casi todas las facetas de la vida económica, social y política de un país. En este aspecto, el comportamiento de la fecundidad tiene implicaciones múltiples y evidentes sobre el desarrollo, particularmente porque este componente es el que mayores repercusiones presenta respecto al volumen y estructura de la población.

La disminución de la fecundidad tiene diversos efectos, a corto plazo impacta: en una disminución en la demanda educativa (inicialmente en los niveles de guarderías y preescolar y posteriormente en otros niveles), el menor número de hijos permite la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, consecuencia de un mayor nivel educativo, alcanzado por estas mujeres, repercutiendo en el volumen de la población económicamente activa y beneficiando la estructura familiar en su conjunto al permitir un mayor nivel de ingreso familiar y por ende las condiciones de vida.

A mediano plazo, la fuerza de trabajo se verá afectada, en la disminución del ritmo de entradas a la vida activa, ya que dicho efecto es perceptible 15 a 20 años después de la baja de fecundidad. En este sentido, el número de parejas que llegarán a unirse y a reproducirse se verá igualmente disminuido aligerando la presión en cuanto a la demanda de vivienda, servicio médico, materno-infantil, etc.

A largo plazo repercutirá en el envejecimiento de la población, implicando modificaciones generales en el sistema social, enfocándose a las personas de la tercera edad, tales como servicios médicos, instituciones de asistencia (asilos y retiros) así como el establecimiento de un adecuado sistema de pensiones y jubilaciones.

## **BIBLIOGRAFIA**

**HAUPT, Arthur. Guía Rápida de Población. Population Reference**

**KANE, Thomas. Bureau, Inc. Washington, D.C., 1980**

**PLANIFICACION FAMILIAR Y DEMOGRAFIA MEDICA, Un Enfoque Multidisciplinario. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1985.**

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD 1987. Secretaría de Salud, México, 1989.**

**LA SALUD DE LA MUJER EN MEXICO, Cifras Comentadas. Secretaría de Salud, México, 1990.**

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

*Dra. Gloria Ornelas Hall*

*Dra. Virginia Alcántara Rodríguez*

Con el transcurso del tiempo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, ha alcanzado dimensiones insospechadas, constituyéndose en un problema importante de salud pública a nivel mundial, y dada su complejidad, rebasa en mucho el ámbito de la medicina, para incidir en aspectos: sociales, culturales, jurídicos, políticos, económicos y familiares, entre otros.

Una enfermedad que inicialmente se consideraba que sólo afectaba a ciertos grupos de población, principalmente a homosexuales, se ha visto que cada vez se extiende más hacia la población general y actualmente, en nuestro país, como en muchas partes del mundo, es una realidad el incremento cada vez mayor de casos de SIDA entre mujeres con las consecuentes repercusiones en los niños, entre otras cosas por la transmisión vertical de la madre al hijo durante el embarazo o después del mismo.

Aunque al parecer el SIDA es una enfermedad que pudo haber existido probablemente desde hace ya varios años y haber permanecido confinada a ciertas regiones, es a partir de los 80's, cuando empieza su vasta diseminación, ocasionada entre otros factores por los importantes movimientos migratorios internacionales.

En 1981 se empiezan a diagnosticar los primeros casos de SIDA en los Estados Unidos, afectando principalmente a homosexuales; para 1982 y 1983 el padecimiento se asocia al antecedente de transfusiones sanguíneas y el uso compartido de agujas entre drogadictos. Asimismo se conoce que no sólo los homosexuales están afectados, sino que los hombres pueden infectar a las mujeres y éstas a su vez infectar a otros hombres o a sus hijos.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, tiene registrados hasta el 30 de julio de 1991; 371,803 enfermos de SIDA en el mundo, México ocupa el 12o. lugar y 3o. en América, después de los Estados Unidos y Brasil. Por otro lado hay que considerar que esto solo registra el pico de la epidemia que son los enfermos, ya que existe un número importante de personas que ya están infectadas y que no presentan síntomas de la enfermedad y que en el futuro probablemente la desarrollarán.

La Organización Mundial de la Salud, estima que por cada enfermo conocido existen de 50 a 100 infectados, y realizando cálculos muy conservadores se considera que actualmente existen más de 10 millones de personas infectadas a nivel mundial, de las cuales por lo menos 2 millones son mujeres principalmente en los países en vías de desarrollo, 1.5 millones se encuentran en el Continente Africano.

Los patrones de transmisión o sea las formas como ésta enfermedad se ha ido difundiendo por regiones o por países es variable, ya que esto dependerá de diversos factores como: aspectos sociales, conductas personales (prácticas sexuales, utilización de drogas), cofactores (otras enfermedades de transmisión sexual, hepatitis), movimientos migratorios, capacidad de respuesta de la sociedad, servicios de Salud disponibles.

En forma general podemos hablar de cuatro patrones de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, agente casual del SIDA:

**-Patrones de transmisión en Estados Unidos y Europa Oriental:**

La transmisión se inicia a finales de los setentas, la prevalencia es elevada en grupos específicos como (hombres homosexuales y drogadictos intravenosos). La transmisión sanguínea ha sido controlada y la perinatal es incipiente. La relación hombre mujer es de 6 hombres por cada mujer y la mayoría de estas pertenecen a grupos minoritarios o socialmente débiles como negras y de origen latino. En un estudio efectuado por Selik y colaboradores se encontró que

el riesgo de contraer SIDA, por mujeres negras era 13 veces más en comparación con las mujeres blancas y las de origen hispano tenían 8.1 veces más riesgo en comparación con las blancas. Las principales formas de contagio son a través de relaciones sexuales la mayoría homosexuales y por uso de drogas intravenosas. La prevalencia de la infección en la población general es de 1% aproximadamente, sin embargo en los grupos de alto riesgo (homosexuales y usuarios de drogas intravenosas) es hasta un 50 por ciento.

**-Patrón de Transmisión de África y el Caribe:**

Se inicia la diseminación a principios de los años setentas, el mecanismo de transmisión más importante es a través de las relaciones sexuales heterosexuales y transmisión sanguínea.

La homosexualidad es poco frecuente y la prostitución muy difundida y muchas veces se inicia en edades muy tempranas teniendo como origen la precaria situación económica. La relación hombre mujer es 1 a 1, dada la alta diseminación del problema entre la población femenina la transmisión perinatal es muy frecuente y en alguna área endémica, la prevalencia de la infección entre algunas personas con vida sexual activa y de poblaciones urbanas principalmente oscila entre 10 a 25%, por lo que se considera que una parte importante de esta población podrá desaparecer en breve tiempo, por otro lado el número de huérfanos a corto y largo plazo será muy importante y en algunas áreas el SIDA se encuentra entre las primeras causas de muerte entre la población infantil.

**-Patrones de transmisión en Asia y Oceanía:**

La transmisión se inicia a principios y mediados de los años ochentas, la prevalencia de la infección es incipiente en grupos de alto riesgo y se observa un incremento entre prostitutas y drogadictos intravenosos.

**-Patrones de transmisión en América Latina:**

La transmisión se inicia a principios de los ochentas, la mayor incidencia ocurre entre homosexuales, pero cada vez la infección se

ha extendido a la población general, los bisexuales constituyen un puente importante entre la diseminación de la enfermedad entre los homosexuales y heterosexuales. El bisexualismo es una práctica muy difundida en países como México y Brasil. La relación hombre mujer cada vez se acerca más hacia patrones similares al Africa en donde existe igual número de mujeres y hombres, actualmente en México la relación hombre mujer es de 6 a 1, al inicio de la epidemia en México era de 32 hombres por cada mujer, los primeros casos de SIDA se notifican en 1985, para 1988 se habían notificado 72 casos en mujeres con un porcentaje de 6.7% y una relación de 15 a 1, en enero de 1990 se habían notificado 444 casos en mujeres relación de 7 a 1, las mujeres contribuían en el 12.6% del total de los casos.

El SIDA se está expandiendo rápidamente y en algunos países como México, principalmente entre mujeres, jóvenes y en edad reproductiva. Actualmente en México, la velocidad de difusión del SIDA entre mujeres es más acelerada en comparación con quienes manejan mayor información sobre el padecimiento y por lo tanto pueden protegerse más adecuadamente. Cada vez aumenta más el número de mujeres que deciden hacerse la prueba para detectar la infección VIH, o para solicitar atención médica por tal motivo, se espera que los casos de transmisión sanguínea disminuyan los próximos años, pero se incrementen los casos asociados a transmisión sexual, debido entre otras causas a la alta incidencia de hombres bisexuales, en la población mexicana el desconocimiento de los mecanismos de transmisión y los mitos alrededor de la transmisión, que desvían la atención de los verdaderos riesgos.

La epidemiología y manifestaciones clínicas así como la evolución del padecimiento en la mujer es diferente en gran medida al hombre.

La extensión de la epidemia del SIDA a la población femenina plantea problemas específicos como el embarazo, el aborto, la violación, atención de familiares, la anticoncepción, la lactancia, la desintegración familiar etc..., lo cual tiene importantes implicaciones desde el punto de vista epidemiológico, psicológico, ético, educativo, económico y legal.

El incremento de la infección en mujeres ha precedido al incremento en el número de casos en los niños y en el número de huérfanos y niños abandonados.

**Cuadro No. 1**

**CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO  
MEXICO**

EDAD	NUMERO DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1991						TASA*			RAZON Masc/Fem
	MASC.		FEM.		TOTAL		M.	F.	T.	
	No.	%	No.	%	No.	%				
< 15	185	2.5	92	7.3	277	3.2	11.6	5.9	8.8	2/1
15 - 24	999	13.4	176	13.9	1175	13.5	116.3	21.0	69.2	6/1
25 - 44	4991	66.9	757	59.9	5748	65.9	533.0	81.7	308.5	7/1
45 - 64	1066	14.3	194	15.4	1260	14.4	265.0	64.6	154.0	5/1
65 >	84	1.1	29	2.3	113	1.3	68.1	19.9	42.0	3/1
Ignorados	132	1.8	15	1.2	147	1.7	—	—	—	9/1
TOTAL	7457	100.0	1263	100.0	8720	100.0	190.5	32.6	111.9	6/1

\*Tasa por 1'000,000 de habitantes.

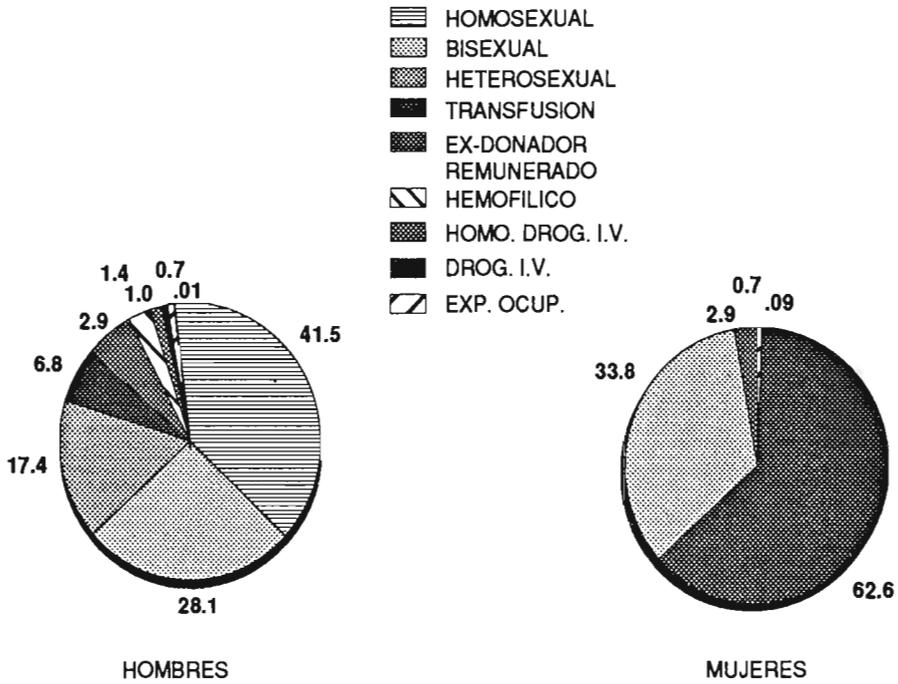
**Cuadro No. 2**

**CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 1991 CATEGORIAS DE TRANSMISION POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES**

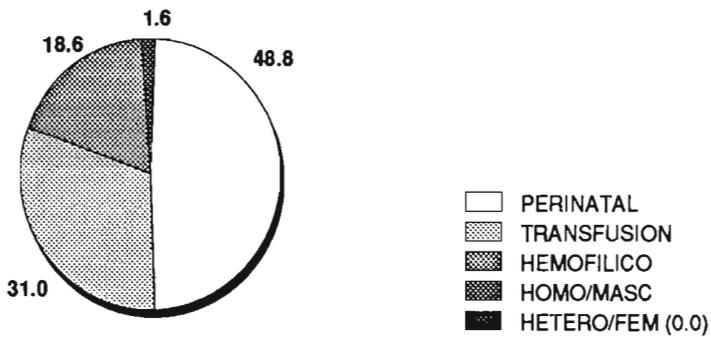
GPO. DE EDAD	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DON. REMUN.		EXP.OCUP.		PERINATAL		DROG.I.V.		NO DOCUMENT		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 15	0	0.0	30	32.6	0	0.0	0	0.0	59	64.1	0	0.0	3	3.3	92	100.0
15 - 24	73	41.5	81	46.0	4	2.3	0	0.0	0	0.0	2	1.1	16	9.1	176	100.0
25 - 44	229	30.3	428	56.5	21	2.8	1	0.1	0	0.0	4	0.5	74	9.8	757	100.0
45 - 64	41	21.1	118	60.8	5	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	15.5	194	100.0
65 >	5	17.2	20	69.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	13.8	29	100.0
Se ignora	4	26.7	5	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.7	5	33.3	15	100.0
T O T A L	352	27.9	682	54.0	30	2.4	1	0.1	59	4.7	7	0.6	132	10.5	1263	100.0

## DATOS DE MEXICO AL 31 DE OCTUBRE DE 1991

### CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS

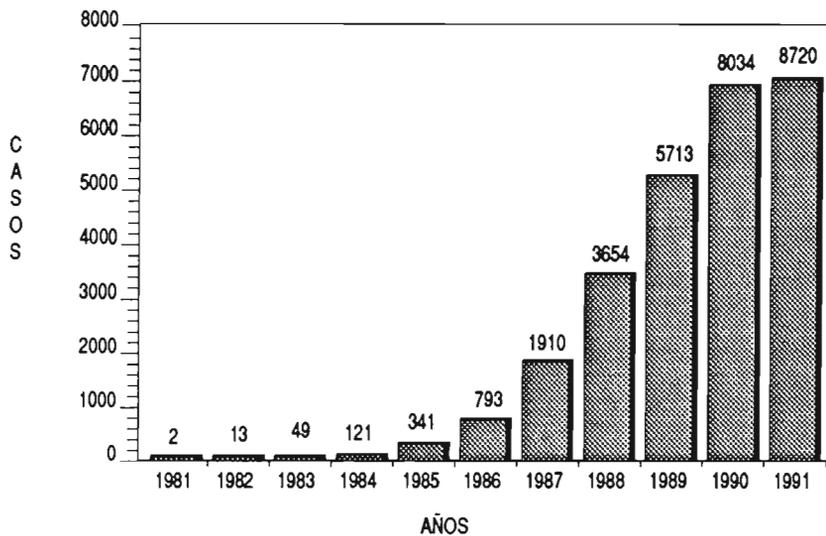


### CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS

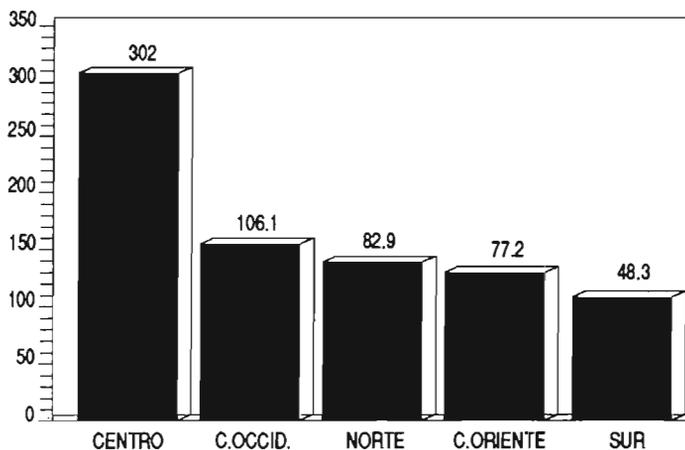


## DATOS DE MEXICO AL 31 DE OCTUBRE DE 1991

### INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO



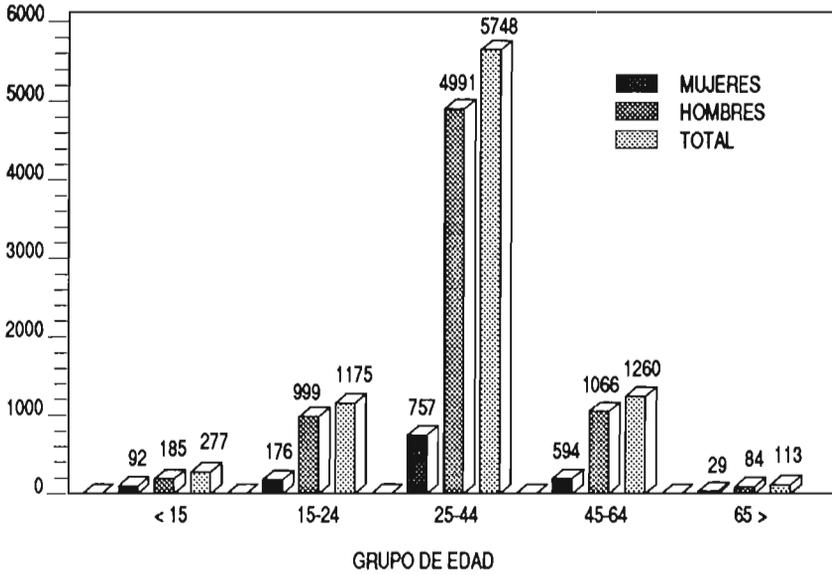
### REGION GEOGRAFICA



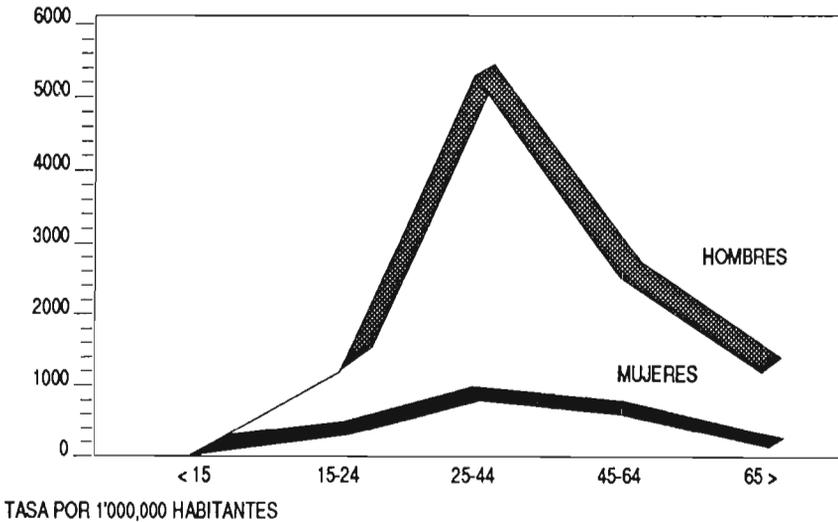
TASA POR 1'000,000 HABITANTES

# DATOS DE MEXICO AL 31 DE OCTUBRE DE 1991

## EDAD Y SEXO



## REGION GEOGRAFICA



## BIBLIOGRAFIA

### Consulta Artículos:

1. AIDS and Aids risk patient care. Elishorwood Publishers. Editor Hans Jager. Capt. 12 Women and AIDS. M Froschl and Braun Falco. 152-161, 1988.
2. Transmisión perinatal de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH: ética de la prevención. Ronald Bayer, Phd. Columbia University School of Public Health. New York. 487-495, 1986.
3. SIDA en mujeres epidemiología. Anne Willoughby MD. MPH. National Institute of Child. Health and Human Development. Bethesdas, Maryland. pág. 415-422, 1988
4. Mujeres y Políticas Públicas. Cuaderno No. 18 de la Fundación Hecrich Ebert. Políticas en Salud: Mujer y SIDA. Ana Luisa Ligourori, 1989.

### Libros:

1. La mujer y el Sida. D. Richardson. Manual Moderno, pág. 1 a 152, 1990.
2. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 3 No. 1989. Sida en Obstetricia. Ed. Interamericana.

### Boletines:

1. Boletín Mensual de Sida. EPI - CONASIDA. Sistema Nacional de Salud México. Año 4. Núm. 11. Noviembre de 1991.
2. Boletín Mensual de Sida. EPI - CONASIDA. Sistema Nacional de Salud, México, Año 4. Núm. 7. Julio de 1990.

## MINUSVALIA

*Dra. Sadot de la Cruz Vera*  
*Dra. Cecilia Castro Nieto*

La invalidez es un daño que afecta a las personas en la interacción con su medio, generando desventajas para desempeñarse satisfactoriamente en el ambiente propio. Su magnitud no está precisada en nuestro país, pero es un hecho que su frecuencia ha ido en aumento en concordancia con la mayor expectativa de vida, los cambios en la composición de los grupos etarios, la extensión de los programas de salud y con la mayor incidencia de enfermedades no transmisibles y de accidentes que generan un alto número de deficiencias e incapacidades (1,2)

Mediante el programa institucional de asistencia a minusválidos, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da respuesta a necesidades de servicios de prevención de invalidez a la población sujeta a riesgos y atiende las demandas de servicios de rehabilitación, a través de sus unidades operativas distribuidas en todo el país. El volumen de esos servicios y los atributos de la población servida se cuantifican y describen mediante el sistema de información que se opera desde 1986 (3).

En el presente trabajo se describen las características psicosociales más relevantes de las mujeres minusválidas en diferentes etapas de la vida. Asimismo se presentan y comentan brevemente las principales causas de la demanda atendida de mujeres en las unidades de rehabilitación durante el año 1989.

## **Principales causas de demanda de atención por mujeres en el programa de asistencia a minusválidos del Sistema Nacional DIF en 1989.**

Durante 1989, las unidades de rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia atendieron, dentro del subprograma de rehabilitación integral, un total de 58,582 personas de primera vez, de las cuales fueron 29,043 mujeres, el 49.6%.

De este universo de mujeres atendidas, el 11.9% correspondió al grupo de 12 a 19 años; el 27.9% al de 20 a 49; el 6.4% al de 50 a 59 y el 8.9% de 60 y más años.

Las causas que motivaron la demanda de atención variaron en los diversos grupos de edad a que se hizo referencia. La parálisis facial ocupó el primer lugar en el grupo de 12 a 19 años, siendo seguida por defectos posturales (categoría que incluye problemas tales como: descenso de arcos plantares, escápulas aladas, genu valgo y varo, hallux valgus, pie cavo, plano y valgo, rotación tibial, tibias varas) y los síndromes dolorosos, grupos de problemas que sumaron la mitad de las diez principales causas. Comparada la frecuencia con las causas de demanda entre el grupo de hombres y el de mujeres de la misma edad, resaltan las diferencias en aquellas tales como: fracturas y secuelas de traumatismos, más elevadas en los primeros que en las segundas (Cuadro 2).

En el grupo de 20 a 49 años, los síndromes dolorosos se constituyeron en el 40% del grupo de las diez primeras causas estudiadas, siendo solo relevante la frecuencia más elevada de parálisis facial en las mujeres que en los hombres, así como las fracturas, secuelas de fracturas y secuelas de traumatismos, inversamente a como ocurrió en el grupo inmediato anterior (Cuadro 3).

Para el grupo de 50 a 59 años, continúan ocupando los dos primeros lugares, los síndromes dolorosos y la parálisis facial, en proporciones más elevadas de lo que se observa en los hombres, resultando también notable las elevadas frecuencias en las mujeres, de osteartrosis o enfermedad articular degenerativa, artritis

reumatoide y otras alteraciones articulares, comparadas con las de los hombres de la misma edad y paradójicamente también en fracturas y secuelas de fracturas y secuelas de traumatismos, diferente a lo descrito en los dos grupos inmediatos anteriores (Cuadro 4).

En el grupo de senectos de 60 y más años, se observan frecuencias muy similares a las del grupo inmediato anterior, persistiendo más elevadas en las mujeres la osteoartrosis, la artritis reumatoide, además de las fracturas y secuelas de fracturas (Cuadro 5).

Por último, es relevante mencionar que existe una marcada tendencia de mayor demanda de servicios de rehabilitación por mujeres, conforme aumenta la edad, que llega a ser de 63.4% para el grupo de 50 a 59 años y del 60.1% para el de 60 y más años, considerando siempre los diez principales grupos de causas que ocasionan la demanda de atención.

**Cuadro No. 1**

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCION POR SEXO  
CENTROS DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
1989**

CAUSA	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
1 Defectos Posturales	2,810	11.3	2,899	11.6	5,709	22.9
2 Síndromes dolorosos	1,318	5.3	2,274	9.1	3,592	14.4
3 Parálisis Facial	956	3.8	1,619	6.5	2,575	10.3
4 Fracturas y Secuelas de Fracturas	1,283	5.2	1,084	4.3	2,367	9.5
5 Parálisis Cerebral	1,331	5.3	1,017	4.1	2,348	9.4
6 Retraso en el desarrollo psicomotor	1,277	5.1	974	3.9	2,251	9.0
7 Hipoacusia	843	3.4	839	3.4	1,682	6.8
8 Trastorno del lenguaje receptivo-expresivo	1,004	4.0	509	2.1	1,513	6.1
9 Trastornos de aprendizaje	936	3.8	501	2.0	1,437	5.8
10 Hemiplejia	763	3.1	672	2.7	1,435	5.8
<b>T O T A L</b>	<b>12,521</b>	<b>50.3</b>	<b>12,388</b>	<b>49.7</b>	<b>24,909</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sistema de Información Sobre Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Prestados en Rehabilitación.

**Cuadro No. 2**

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCION EN  
EL GRUPO DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD SEGUN SEXO  
CENTROS DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
1989**

CAUSA	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
1 Defectos Posturales	172	6.8	201	7.9	373	14.7
2 Parálisis Facial	119	4.7	247	9.8	366	14.5
3 Síndromes dolorosos	119	4.7	179	7.1	298	11.8
4 Fracturas y Secuelas de Fracturas	184	7.3	67	2.6	251	9.9
5 Hipoacusia	135	5.3	112	4.4	247	9.7
6 Crisis Convulsivas	93	3.7	119	4.7	212	8.4
7 Parálisis Cerebral	119	4.7	86	3.4	205	8.1
8 Secuelas de Poliomiélitis	93	3.7	102	4.0	195	7.7
9 Secuelas de Traumatismos	135	5.3	59	2.3	194	7.6
10 Problemas de Conducta	110	4.3	82	3.2	192	7.5
<b>TOTAL</b>	<b>1,279</b>	<b>50.5</b>	<b>1,254</b>	<b>49.5</b>	<b>2,533</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sistema de Información Sobre Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Prestados en Rehabilitación.

**Cuadro No. 3**

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCION EN  
EL GRUPO DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGUN SEXO  
CENTROS DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
1989**

CAUSA	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
1 Síndromes dolorosos	862	11.2	1,526	19.7	2,388	30.9
2 Parálisis Facial	448	5.8	750	9.7	1,198	15.5
3 Fracturas y Secuelas de Fracturas	674	8.7	423	5.5	1,097	14.2
4 Secuelas de Traumatismos	486	6.3	264	3.4	750	9.7
5 Secuelas de Posquirúrgicas	252	3.3	220	2.9	472	6.2
6 Hipoacusia	182	2.3	284	3.7	466	6.0
7 Luxaciones y Esguinces	230	3.0	173	2.3	403	5.3
8 Otras alteraciones articulares	195	2.5	166	2.2	361	4.7
9 Hemiplejia	214	2.8	119	1.5	333	4.3
10 Osteoartritis o enf. articular degenerativa	84	1.1	163	2.1	247	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>3,627</b>	<b>47.0</b>	<b>4,088</b>	<b>53.0</b>	<b>7,715</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sistema de Información Sobre Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Prestados en Rehabilitación.

**Cuadro No. 4**

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCION EN  
EL GRUPO DE 50 A 59 AÑOS DE EDAD, SEGUN SEXO  
CENTROS DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
1989**

CAUSA	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
1 Síndromes dolorosos	146	6.8	294	13.7	440	20.5
2 Parálisis Facial	126	5.9	220	10.2	346	16.1
3 Osteoartrosis o enf. articular degenerativa	60	2.7	204	9.5	264	12.2
4 Fracturas y Secuelas de Fracturas	73	3.4	189	8.8	262	12.2
5 Hemiplejia	133	6.2	110	5.1	243	11.3
6 Amputaciones	111	5.2	54	2.5	165	7.7
7 Artritis Reumatoide	18	0.8	107	5.0	125	5.8
8 Secuelas de Traumatismos	47	2.2	59	2.8	106	5.0
9 Hipoacusia	47	2.2	57	2.6	104	4.8
10 Otras alteraciones articulares	26	1.2	69	3.2	95	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>787</b>	<b>36.6</b>	<b>1,363</b>	<b>63.4</b>	<b>2,150</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sistema de Información Sobre Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Prestados en Rehabilitación.

**Cuadro No. 5**

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCION EN  
EL GRUPO DE 60 Y MAS AÑOS DE EDAD, SEGUN SEXO  
CENTROS DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
1989**

CAUSA	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
1 Osteoartrosis o enf. articular degenerativa	209	6.4	462	14.1	671	20.5
2 Hemiplejia	316	9.7	322	9.8	638	19.5
3 Síndromes dolorosos	155	4.7	237	7.3	392	12.0
4 Fracturas y Secuelas de Fracturas	107	3.3	281	8.6	388	11.9
5 Parálisis Facial	138	4.2	237	7.3	375	11.5
6 Hipoacusia	115	3.5	113	3.5	228	7.0
7 Amputaciones	145	4.4	56	1.7	201	6.1
8 Artritis reumatoide	31	1.0	104	3.1	135	4.1
9 Secuelas de Traumatismos	59	1.8	76	2.3	135	4.1
10 Secuelas Posquirúrgicas	28	0.9	80	2.4	108	3.3
<b>T O T A L</b>	<b>1,303</b>	<b>39.9</b>	<b>1,968</b>	<b>60.1</b>	<b>3,271</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sistema de Información Sobre Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Prestados en Rehabilitación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Secretaría de Programación y Presupuesto. Secretaría de Educación Pública. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Encuesta Nacional de Inválidos. Informe Final. México, 1982.
2. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Registro Nacional de Inválidos. Programa y Resultados. México, 1975.
3. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Sistema de Información sobre recursos humanos, recursos materiales y servicios prestados. México, 1986.
4. Conger, J.J. Adolescencia: generación presionada. México, 1979. Harla, S.A. de C.V.
5. Benefiel, L., Head D. Discrimination and disabled women. *Journal of Humanistic Education and Development* 1984. 23(2): 60-8
6. Krueger, D.W. Psicología de la Rehabilitación. Barcelona, 1988. Editorial Herder, S.A.
7. Holcomb, L. Disabled Women. A New Issue in Education. *Journal of Rehabilitation*. Jan. 1974: 18-22
8. Evans, A.L. McKinclay, I.A. Sexual maturation in girls with severe mental handicap. *Child: Care, Health and Development*. 1988. 14(1): 59-69.

9. Welbourne, A. Lifschitz, S. Selvin, H. Green, R. A comparison of the sexual learning experiences impaired and sighted women. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. 1983. 77(6):256-9
10. Cole, S. Women, sexuality and disabilities Special Issue. *Women and Therapy*. 1988. 7(2-3):277-94.
11. Mangold, S. Mangold, P. The adolescent visually impaired female. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. 1983. 77(6):250-5.
12. Gillespie, P. Fink, A. The influence of sexism on the Education of Handicapped children *Exceptional children*, 1974. Nov. 155-61.
13. Daniley, A. Phisically handicapped women. *Counseling Psychologist*. 1979. 8(1):41-2
14. Romano M. Sexuality and the disabled female. *Sexuality and Disability* 1978. 1(1):27-33.
15. Schildmann, U. Female living conditions and disability. *International Journal of Rehabilitation Research*. 1984. 7(3):324-6.
16. Asrael, W. An approach to motherhood of disabled women *Rehabilitation Literature*. 1982. 43(7-8):214-8.
17. Daoud-Harms, M. Behinderyng und Frauenproblematik *Behinderten padagogik* 1986. 25(1):64-8.
18. Tate, D. Women and International Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. 1982. April; 16-8, 67.

19. Britt, J. Psychosocial aspects of being female and disabled. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 1989. 19(3):19-23.
20. Corn, A.; Muscella, D.; Cannon, B.; Shepler, R. Perceived barriers to employment for visually impaired women: A preliminary study. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1985. 79(10):458-61.
21. Kutner, N. Women with disabling health conditions: The significance of employment. *Women and Health*. 1984. 9(4):21-31.
22. Johnson, S.; Rubin, S. Prediction of starting weekly salaries of rehabilitated severely disabled women. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 1986. 17(4):39-41.
23. Lesh, K.; Marshal, C. Rehabilitation: focus on disabled women as a special population. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 1984. 15(1):18-21.
24. Hollingsworth, D.; Pease, L. The impact of public assistance on the rehabilitation process of handicapped women. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1960. 11(4):192-5.
25. Atkins, B. Vocational rehabilitation counseling for women: Recommendations for the eighties. *Rehabilitation Literature* 1982. 43(7-8):208-12.
26. Tute, D.; Weston, N. Women and disabilities; An international perspective *Rehabilitation Literature*. 1982. 43(7-8):222-7, 272.
27. Delisa, J.A. *Rehabilitation Medicine. Principles and Practice*. Philadelphia. 1989. J.B. Lippincott.

28. Kastenbaum, R. Vejez, años de plenitud. México, 1979. Harla, S.A. de C.V.
29. González Mas. Tratado de Rehabilitación Médica. México, 1976. Editorial Científico Médica.
30. Fiske, M. Edad madura ¿lo mejor de la vida? México, 1979. Harla, S.A. de C.V.
31. Whittick, J. Dementia and mental handicap: Emotional distress carers. *British Journal of Clinical Psychology*. 1988. 27(2):167-72.

## MUJER INDIGENA

*Lic. Diana Franco González*

### **Antecedentes**

Existen en México 56 diferentes grupos indígenas que hablan su propia lengua, conservan tradiciones, costumbres y cultura propia. Dentro de este sector encontramos a la mujer indígena, quien además de su condición se encuentra en desventaja por el sometimiento tradicional y cultural del grupo.

El rol de la mujer indígena al interior de la familia está bien definido y determinado por el grupo al que pertenece, siendo además reproductora del mismo.

La educación está negada para la gran mayoría; el cuidado de los hijos, su salud, alimentación y educación dependen de ella.

### **La mujer Indígena por grupos de edad.**

Resulta difícil describir en su totalidad la vida de la mujer indígena por grupos de edad, ya que de una forma u otra desde muy pequeña inicia una vida de trabajo y su lucha por sobrevivir.

Sin embargo, a manera de resumen y muy puntualmente se mencionan las actividades que desarrolla la mujer indígena desde que es niña.

La niña de 3 ó 4 años ya colabora dentro de las actividades de la casa y la mayoría de las veces comienza a cuidar y atender a sus hermanos menores, tomando en este caso el papel de sustituta de la madre.

La niña de 12 ó 13 años conoce perfectamente sus obligaciones: acarrear agua, cuidar y alimentar a los animales, (si la familia cuenta con ellos), recolectar leña, hierbas comestibles, algunas tareas artesanales, ayuda en la milpa y todo lo que sea trabajo doméstico. En la mayoría de los casos, debido a la cargas de trabajo, las niñas no pueden ir a la escuela, es posible decir que, en general, son analfabetas y monolingües.

En la mayoría de los casos las mujeres se casan entre los 13 y los 15 años. En algunos lugares son «vendidas», es decir el trato del matrimonio lo hacen entre los padres; muchas veces, la pareja no se conocen y en este caso los padres del varón dan a los padres de la mujer una dote que puede ser una cantidad en efectivo, así como en especie (muebles, animales, alimentos, herramienta), al consumarse el matrimonio ella pasará de la opresión paterna, a la del marido y suegros, continuará su vida de trabajo en calidad de pago por el gasto hecho para el matrimonio. Empezando su vida de casada y de procreación muy joven entre los 16 y 19 años aproximadamente.

Las actividades de la mujer adulta y casada son muchas y pesadas; comienzan entre las 4 y 6 de la mañana, preparando el nixtamal y las tortillas para el desayuno y almuerzo, acarreando agua, alistándose para salir junto con el compañero a la milpa. A su regreso por la tarde las labores no terminan aún, es necesario acarrear agua, recolectar leña, atender a los hijos, preparar la cena, lavar y en fin todo lo que significa el trabajo doméstico. La maternidad que inician tempranamente, termina pronto. Dice Margarita Nolasco: «a los 40 años la mujer ha dejado ya de ser fértil y aparenta tener 15 ó 20 años más».

Son las mujeres las que trabajan la artesanía, para su familia ó para venta; cerámica, telar de cintura, bordado, tejido de palma para canastas, sombreros, etc.

Para los indígenas el contar con una familia numerosa significa el fortalecimiento del grupo y el apoyo en el trabajo para mejorar el nivel de vida familiar.

La situación de la mujer viuda o abandonada resulta un poco más difícil, pasan a ser vigiladas tanto por las autoridades como por la comunidad. El trabajo de la tierra lo hacen ellas solas y en caso de que la comunidad considere que no lo hace bien, es despojada sin miramientos.

Cabe aclarar que no en todos los grupos sucede lo mismo, hay casos muy particulares como es el de las mujeres zapotecas, del Istmo de Tehuantepec, en donde a decir de Macario Matus, «tanto el varón como la mujer trabajan de igual manera. La ayuda y aportación económica de la mujer es más fuerte, constante y efectiva. Ellas se dedican al comercio, su participación histórica en la región ha sido siempre valiosa y significativa».

Independientemente del grupo que se trate dentro de actos colectivos en la comunidad; una boda, bautizo, nacimiento, velorio ó cualquier festejo, la mujer está presente cooperando con su presencia, trabajo y apoyo.

#### **La mujer indígena anciana.**

Filomena Cruz Tito\*

Durante toda su vida la mujer indígena trabaja, al llegar a la vejez se ve obligada a dejar el trabajo cuando sus fuerzas ó la familia ya no lo permiten.

De este modo ellas se quedarán en casa al cuidado de los nietos, a quienes transmiten sus experiencias, uso del lenguaje, conocimiento de plantas medicinales ó comestibles, cuentos e historias.

Aún estando en casa, las ancianas enseñan a los nietos ó los preparan para el trabajo de campo, no se están sin hacer nada, tratan de no ser una carga para la familia.

En otros casos las ancianas quedan abandonadas a su destino, es decir, la familia no les da ningún cuidado, quedan solas.

Esto hace que al verse desamparadas salgan a pedir caridad para poder sobrevivir. Cuando la anciana es respetada y atendida por su familia, la comunidad la respetará y atenderá.

Hay ancianas que son parteras, hierberas y rezanderas, que son muy apreciadas, dependiendo el respeto hacia ellas de las ancianas mismas. Sus conocimientos los transmiten directamente a hijos o nietos, orientan, curan y atienden con medicina tradicional.

Una mujer que envejece y que ya no tiene fuerzas para participar en los festejos ó actividades de la comunidad ya no es tomada en cuenta. Quedando siempre algo valioso para todos, su experiencia y conocimiento.

#### **¿De qué se enferma la mujer Indígena?**

Después de la breve semblanza de la vida cotidiana de la mujer indígena, cabe señalar que el exceso de trabajo desde muy pequeña, la mala alimentación, el poco acceso a los servicios médicos, el desconocimiento de su propio cuerpo, ha llevado a detectar las siguientes afecciones más comunes.

#### **De 0 a 5 años.**

- Enfermedades respiratorias agudas
- Malformaciones congénitas
- Cardiopatías
- Mielomeningocele
- Parasitosis
- Gastroenteritis y otras enfermedades diarreicas
- Helmintiasis
- Amibiasis
- Anemias
- Desnutrición de 3er grado
- Accidentes

**De 15 a 44 años.**

- Reumatismo
- Tuberculosis
- Enfermedades de los órganos genitales femeninos
- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- Asma
- Bronquitis
- Enfermedades del oído y apófisis mastoide
- Accidentes y violencias
- Cáncer de cabeza y cuello y cérvico uterino
- Diabetes
- Dermatitis laborales
- Linfoma de Hodgkin

**Anclanas**

- Crisis asmáticas
- Reumatismo
- Mal de Parkinson
- Pterigión, cataratas y glaucomas
- Problemas de conducta (esquizofrenia, paranoia)
- Problemas urológicos

Según datos proporcionados por la Subdirección de Salud y Bienestar Social del INI, los pacientes indígenas canalizados a 3er nivel según padecimiento, de octubre 88 a octubre 89 fueron:

PADECIMIENTO	TOTAL	%
Linfoma de Hodgkin	117	15
Desnutrición 3er grado	157	20
Malformaciones congénitas Problemas dermatológicos en pacientes pediátricos cardiopatías congénitas	31	4
Mielomeningocele crisis convulsivas de origen a determinar Mal de Parkinson	63	8
Cáncer de cabeza y cuello y cáncer cérvico uterino	39	5
Fracturas	117	15
Pterigión Cataratas Glaucomas	157	20
Otitis Media	31	4
Urología	15	2
Tuberculosis	47	6
Problemas de conducta	8	1
T O T A L	782	100

La Dra. Griselda Pérez Cerezo, colaboradora del INI, hace un breve análisis de los datos anteriores: «De este cuadro se puede inferir que las patologías que requieren atención a tercer nivel han ido aumentando lo que se podría interpretar en dos sentidos: que los médicos en campo están haciendo mejores diagnósticos o bien que la población acude más a los servicios médicos en donde son detectados y canalizados.

Como se puede observar, los problemas crónico-degenerativos ocuparon un primer lugar; también es de llamar la atención que la tuberculosis continúa apareciendo como una patología que requiere atención de 3er nivel, esto no especifica todos los casos detectados de tuberculosis pulmonar en las Sierra Tarahumara y la del Norte de Puebla.

Los problemas de conducta, requieren también mención, ya que se había dicho que el indígena no padecía de este tipo de enfermedades; otra patología que llama la atención es la presencia de enfermedades oculares, no porque no existieran anteriormente, sino porque ahora los pacientes se están preocupando por recuperar su visión, buscando la forma de ser atendidos.

Cabe señalar que el cuadro anterior no especifica sexo ni grupos de edad y que trata únicamente de pacientes canalizados a 3er nivel a Hospitales de la Ciudad de México por los Centros Coordinadores del INI, ubicados en los Estados.

#### **La mujer indígena y las Instituciones.**

El mundo de opresión en el que la mujer indígena crece y se forma en poco ó en nada ayuda para su propio bienestar y desarrollo.

Si lo anterior lo aunamos a la desinformación, alimentada por la lejanía de sus comunidades, monolingüismo, analfabetismo, el acceso a los servicios médicos y en algunos casos al rechazo para su atención por algunos servidores públicos, esto por pertenecer a las minorías étnicas, llegaremos a la conclusión de que las instituciones

que de un modo u otro tienen acceso y programas destinados a la mujer en zonas indígenas, deben voltear la mirada hacia nuevas perspectivas de trabajo conjunto.

La concepción paternalista institucional que se tiene sobre la cultura indígena y particularmente sobre la mujer, no ha permitido un avance en los programas destinados a este sector.

Es necesaria la participación conjunta entre instituciones y éstas a su vez con la comunidad. Al mencionar la participación conjunta, la propuesta está en el retomar la experiencia de instituciones que trabajan con indígenas, el caso INI, DGCP, SEP, INAH, respetando ante todo su forma de vida y su concepción de la misma, su lengua y su cultura.

Se hace necesaria la adecuación de los programas de salud que por parte de las instituciones son destinadas a la población urbana. Dicha adecuación debe ser tomando en cuenta la participación de las comunidades, respetando sus tiempos y movimientos de las mismas, valorando a los miembros de éstas que son reconocidos como médicos tradicionales y, sobre todo en lo referente a la mujer, a las parteras tradicionales y que como conocedoras de la comunidad y sus miembros pueden aportar un apoyo sumamente valioso.

La información, que tan necesaria es, podría obtenerse a través de esta misma coordinación; aprovechando la infraestructura que las mismas instituciones tienen, el caso del INI y sus nueve radiodifusoras que transmiten mensajes de salud en lenguas indígenas y los promotores de salud del mismo instituto.

Es necesaria la capacitación de los promotores bilingües de las Secretarías de Salud y de Educación ó de los voluntarios que prestan sus servicios en zonas indígenas.

Y sobre todo el compromiso de las instituciones y sus colaboradores hacia una educación materno-infantil y para la salud, por el bienestar del núcleo más desprotegido de la población (binomio madre-hijo).

### III. MUJER ADOLESCENTE

#### ASPECTOS GENERALES

*Dra. Amparo Mayoral Rivera*  
*Profra. Martha Nelda Morales García*

El término adolescencia se emplea para explicitar el proceso de adaptación psico-social ante los cambios de la pubertad. La adolescencia, de acuerdo a las consideraciones de OMS/OPS, se ubica cronológicamente entre los 10 y los 19 años.

El proceso biológico, psicológico y social de la maduración de un niño para convertirse en adulto, es largo, complicado y sujeto a las modalidades del tiempo y de los estímulos ambientales, que en continua interacción con los factores genéticos, son los promotores del crecimiento y el desarrollo del adolescente.

La pubertad engloba una serie de cambios de carácter físico que presentan los niños al llegar a ese momento de su maduración biológica; el término comprende tanto los cambios en la esfera del crecimiento físico, como los de maduración sexual, que traen como consecuencia el crecimiento y maduración de las gónadas de los órganos sexuales primarios y aparición y maduración de los caracteres sexuales secundarios.

#### **Factores biológicos.**

En numerosos estudios sobre crecimiento se ha visto que la velocidad de maduración y crecimiento, enjuiciados a través de la talla, el peso, la maduración sexual y la maduración esquelética del

individuo, tiene estrecha relación con el medio socio-económico, con la cultura de los padres y con el grupo humano en que se vive.

### **Medio ambiente.**

En ecología sugerían que la pubertad aparece en forma más plena y a más temprana edad en determinadas zonas geográficas que tienen climas templados y monzónicos y con una altitud no muy superior a la del nivel del mar. Ahora estudios científicos los corroboran.

### **Factores socio-culturales y económicos.**

La aparición de la pubertad está relacionada con el modo de vida y el medio ambiente; la mejor situación económica estimula el desarrollo de esta etapa, según lo han demostrado los estudios de correlación entre el grado de avance de una comunidad y la edad de presentación de la pubertad y la adolescencia.

Uno de los métodos para controlarlo ha sido el estudio de la menarquia (primera menstruación).

Se ha concluido que en los últimos 100 años la menarquia ha venido apareciendo cada vez en forma más temprana, acelerándose la iniciación del proceso 3 a 4 meses por cada 10 años y otro tanto puede decirse, al observar los fenómenos relacionados con la pubertad, como el aumento de talla de ambos sexos (Torroella, Nelson, Grinder, Tanner).

En nuestro país los estudios de Ramos Galván sobre la aparición de la menarquia en el Distrito Federal han señalado que ocurre más tempranamente cuando las condiciones económicas son mejores.

Los nutrientes indispensables para que las jóvenes en esta etapa de crecimiento encuentren adecuado aporte calórico son, fundamentalmente, las proteínas de origen animal y en segundo término las grasas e hidratos de carbono. Entre los minerales, tienen especial importancia el calcio, sodio, potasio, cloro, el hierro y el

cobre y la carencia crónica selectiva de uno de estos elementos en la dieta o la incapacidad del organismo para asimilarlos y ponerlos en juego, en sus reacciones metabólicas, han sido mencionados, por diversos autores, como causas de desaceleración del proceso de crecimiento y desarrollo.

Los estudios realizados en nuestro medio revelan que el establecimiento de una dieta adecuada a nivel familiar, está relacionada estrechamente con la cultura de la madre, independientemente de su capacidad económica.

#### **Aspectos psicológicos.**

Cuando el proceso puberal se presenta, surgen, la curiosidad, la duda, el temor, la vergüenza y la angustia; la imagen y aceptación que tenga el adolescente de sí mismo, será evaluada positiva o negativamente en proporción directa a la información, preparación y formación que tenga el púber respecto a estos cambios.

Aquí juega un papel importante la educación sexual en concreto; si queremos que el individuo conozca y acepte su sexualidad, debe recibir previamente, por lo menos, información sobre el proceso puberal, para darle tiempo de enfrentar y comprender, afirmar o cuestionar y variar lo que crea conveniente, en su caso, en el momento oportuno.

## EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

*Dra. Clementina Espínola Zetina*

La población estimada para 1990 es de 85,784,224 habitantes en el territorio nacional, de los cuales 42,883, 884 son mujeres, cifra que representa una proporción del 49.9%.

La información disponible revela que 1/4 parte de la población femenina se encuentra entre 18 y 19 años. En la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud realizada en 1987 se reporta un 29.4% de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años, con una mayor incidencia en el medio rural (Cuadro 1).

La misma encuesta arroja una cifra de 83.4% de solteras en este grupo de edad, lo que demuestra que un buen número de madres se encuentran sin el apoyo de su ocasional pareja (Cuadro 2).

Al igual que otros países en vías de desarrollo, México exhibe una alta tasa de embarazos, nacimientos y abortos en la población adolescente. Aunque las razones para el embarazo en la adolescencia son diversas y complejas, su frecuencia varía entre diferentes culturas y subgrupos étnicos constituyendo uno de los problemas de la sociedad contemporánea, pues implica mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social.

La incidencia general del embarazo en adolescentes varía mucho de una publicación a otra tanto a nivel nacional como internacional. Esto se debe en gran parte a la falta de uniformidad de criterios en cuanto a la edad para considerar los límites de la adolescencia. En el medio institucional la incidencia fluctúa entre el 1.5 y el 2.1%, sin embargo, esto puede atribuirse a que muchas de ellas dependen

económicamente de la familia y no tienen derecho a servicios institucionales (Cuadro 3).

Dado el gran interés actual, resulta de capital importancia analizar algunos factores que inciden en el problema y que están estrechamente vinculados al desarrollo orgánico y psíquico de la mujer en esta etapa de la vida. La precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, sin medidas adecuadas de anticoncepción, trae consigo un incremento en la frecuencia de embarazos en las adolescentes (Cuadro 4). Esto podemos atribuirlo:

1. Al debilitamiento de la prohibición social de las relaciones prematrimoniales.
2. Al alto grado de estimulación de las fantasías eróticas a través de medios de comunicación como TV, cine, literatura, que inducen al ejercicio de una genitalidad activa compulsiva, no siendo acompañada de una adecuada información sobre sus alcances y consecuencias.

Por lo tanto, iniciar las relaciones sexuales tempranamente y con gran ambivalencia, combinando curiosidad, deseo, temor y rebeldía, junto con la falta de información y lo conflictivo de la experiencia, desembocan frecuentemente en el embarazo no deseado.

Ahora bien, la edad promedio de la menarquia en nuestro país es de 12.6 a 13.7 años, sin embargo, la aparición de la misma es 1.5 años más tardía en mujeres de comunidades urbanas y rurales de Oaxaca, que constituye uno de los Estados más pobres de la República. Estos datos apoyan el concepto de que el momento de la menarquia se relaciona con el peso corporal y con otros aspectos de orden nutricional. Como el crecimiento rápido de la adolescente continúa unos tres años después de la menarquia, el embarazo en esta época tiene que entablar una competencia con las necesidades de crecimiento de la gestante. La consecuencia más importante de esta competitividad materno-fetal por nutrientes puede condicionar un mayor riesgo de muerte perinatal. Hasta el momento actual no

existen datos disponibles de como el embarazo afecta el crecimiento de mujeres muy jóvenes.

La clasificación del embarazo de estas pacientes como de alto riesgo ha sido relativamente reciente. La gestación en esta etapa de la vida lleva consigo mayores riesgos tanto para la madre como para el producto, con un mayor índice de partos pretérmino, retraso en el crecimiento intrauterino y muerte neonatal en los niños de madres adolescentes; los riesgos médicos que incluyen el aumento inadecuado de peso, el trabajo de parto prolongado, los trastornos hipertensivos del embarazo, el mayor índice de cesáreas, las deficiencias nutricionales y las enfermedades venéreas, deben considerarse como riesgos médicos especiales para este grupo. Estos riesgos incrementados, no parecen en función materna, sino de los factores que lo anteceden (escasos recursos económicos, educación deficiente, problemática familiar, etc.), los cuales son más frecuentes en la mujer joven embarazada.

La adolescente con un hijo, con frecuencia no asiste a la escuela, permanece sexualmente activa y no realiza una anticoncepción adecuada, por lo que tiene un riesgo muy alto de embarazos de repetición en la adolescencia.

La anticoncepción en la adolescencia se dificulta porque generalmente a esta edad no existe la madurez suficiente para asumir dicha responsabilidad; desconocen su sexualidad; piensan que la anticoncepción implica pérdida de la espontaneidad sexual; y por último, su actividad sexual es frecuentemente esporádica e impredecible.

El aborto inducido en esta época puede tener consecuencias catastróficas, tanto médicas como psicológicas, principalmente por las circunstancias en las que se practica. Algunas adolescentes tienen más de un aborto durante esta época ya que no practican medidas de anticoncepción después de su primer aborto para prevenir embarazos adicionales.

Existen varios reportes que demuestran que la resolución del embarazo ocurre mediante eutósia hasta en un 75% y que las complicaciones del parto y puerperio no representan una diferencia marcada de la población adulta, si existe un control prenatal adecuado. La morbilidad general de la adolescente se incrementa en un 23 a 48% por su carácter de primigrávida en una gran proporción.

Durante el puerperio las complicaciones más comúnmente observadas han sido anemia, endometritis, dehiscencia de episiotomía y pared abdominal; complicaciones que ocurren principalmente por entidades preexistentes.

El retraso en el inicio de la actividad sexual constituye el medio principal para prevenir el embarazo en la adolescencia. Los cambios en los valores y actividades culturales, así como la enseñanza temprana de la sexualidad, tanto en el hogar como en la escuela, permitirán abatir este problema. Por otro lado, el control prenatal adecuado y la atención de los problemas psicosociales y económicos del embarazo, reducirán los índices de muerte perinatal y las complicaciones en las adolescentes embarazadas.

**Cuadro No. 1****PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS UNIDAS POR GRUPOS DE EDAD, ESCOLARIDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA**

<b>EDAD:</b>	
15 - 19	29.4
20 - 24	18.6
25 - 29	14.3
30 - 34	7.9
35 - 39	5.4
40 - 44	1.8
45 - 49	0.8
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	
Rural (-2,500 habitantes)	13.0
2,500 a 19,999	9.4
20,000 y más	9.9
Areas Metropolitanas	10.3
<b>ESCOLARIDAD</b>	
Sin escolaridad	10.8
Primaria incompleta	10.3
Primaria completa	8.8
Secundaria y más	13.5
<b>T O T A L</b>	<b>10.9</b>

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.

**Cuadro No. 2**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ADOLESCENTES Y JOVENES POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN  
ESTADO CONYUGAL  
AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO**

	UNION LIBRE	CASADA	DIVORCIADA	SEPARADA	SOLTERA	TOTAL
10 - 14 AÑOS	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
15 - 19	6.4	9.0	0.0	1.2	83.4	100.0
20 - 25	13.5	27.8	0.7	0.5	57.5	100.0
TOTAL	6.3	11.5	0.2	0.6	81.4	100.0

FUENTE: Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Area Metropolitana de la Ciudad de México. 1988. Pág. 178.

**Cuadro No. 3****EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

AUTOR	NUM. DE CASOS	FRECUENCIA (POR CIENTO)	EDAD (AÑOS)
Ruíz Velasco	1000	1.5	17
Aznar Ramos	400	1.0	16
Guerrero S.	332	1.5	16
Ahued A.	535	2.1	18
Chávez A.	371		17

Fuente: Herrera L.F. y Cols. Ginec. Obstet. Mex. 48: 59, 1980

## SEXUALIDAD

*Dra. Amparo Mayoral Rivera*  
*Profra. Martha Nelda Morales García*

La sexualidad del individuo se da con la vida misma. La identidad sexual se define, desde el nacimiento, a partir del cual van integrándose múltiples factores genéticos neuroendócrinos y ambientales que repercuten primero en la sexualidad del niño y posteriormente en la del adolescente.

En la integración de la esfera sexual se conjugan, además de los instintos, las conductas aprendidas por el individuo, en donde la relación madre-hijo, el medio cultural, la dinámica familiar y el manejo adecuado de las sensaciones y emociones del niño durante su desarrollo infantil, repercuten de manera determinante en su sexualidad. Posteriormente, en la pubertad, suma la experiencia del impulso sexual como un nuevo fenómeno dentro de este complejo proceso; es durante la adolescencia que se hace evidente una realidad muy simple; la excitación y las relaciones sexuales se dan independientemente de las necesidades de reproducción y orientadas fundamentalmente hacia las sensaciones de placer y erotismo; por otro lado, el adolescente ha desarrollado la capacidad de razonamiento que lo coloca en posibilidades de elegir, prevenir, realizar, recordar cualquier actividad que pretenda llevar a efecto y dentro de ellas las de carácter sexual».

Por lo tanto, los adultos sean padres, maestros, médicos, etc. incurrir en un error si piensan que controlando la sexualidad del adolescente, a través de reprimir su actividad sexual pueden darse soluciones a problemas tan frecuentes como el embarazo, las enfermedades venéreas, etc.; sería dificultar el proceso de transformación de un niño en adulto, ya que el niño cuando va descubriendo sus capacidades las va ejercitando para lograr su dominio; de igual

manera, el individuo continuará con su patrón de desarrollo para lo cual, como raza humana, ha sido determinado genéticamente.

Algunos autores identifican cuatro etapas en el desarrollo sexual del adolescente:

1. Aislamiento
2. Orientación incierta de la sexualidad
3. Orientación estable de la sexualidad
4. Consolidación

#### **Etapas de aislamiento.**

Durante la etapa de aislamiento, inicio de la adolescencia, se desarrolla generalmente una nueva modalidad a la forma de pensamiento, la cual permite la reflexión y la crítica necesaria en el proceso adolescente.

El adolescente comienza a pensar formalmente, es decir, es capaz de razonar (pensamiento abstracto); trata de conservar su autoestima proyectando hacia su ambiente lo que le resulta inaceptable.

Los adolescentes necesitan adaptarse a su nuevo aspecto. En muchas ocasiones el cambio es tan rápido y desproporcionado que dificulta reconocer su figura anterior y entorpece sus movimientos, lo que también los lleva a adoptar una actitud hosca que los aparta de la gente.

La autoestima y la confianza en sí mismo sufren por igual un deterioro. La adolescente se enfrenta a una dura realidad, en ese momento, su imagen real no responde a la ideal, basada en los estereotipos culturales de belleza.

### **Etapa de orientación Incierta.**

Los jóvenes de ambos sexos salen de la etapa de aislamiento, cuando logran establecer un cierto dominio en su conducta, después de que la violencia de los cambios puberales habían convulsionado el equilibrio de su personalidad infantil.

En esta segunda fase, los adolescentes buscan intensamente identificarse con personas ajenas al hogar, para romper así las ligas emocionales infantiles con su familia y establecer más adelante relaciones de tipo adulto.

Romper el vínculo emocional con el progenitor del mismo sexo también origina incertidumbre sobre la identidad sexual; por esto buscan en amigos del mismo sexo aquellos elementos que, asimilados, enriquecen su personalidad y les ayudan a lograr esa identidad diferenciada.

### **Etapa de orientación estable o de apertura a la heterosexualidad.**

Las dos fases anteriores dan al adolescente las bases para adquirir una identidad sexual estable, que implica renunciar al sexo que no tiene y dejan atrás las formas de gratificación y amor infantiles.

En esta etapa, la vida emocional del adolescente es rica e intensa, él puede autodefinirse ante la pregunta ¿quién soy? Surge en él una gran preocupación por los problemas políticos, filosóficos y sociales. Si tiene entonces la posibilidad de entrar en contacto con la naturaleza, con alguna corriente filosófica o con cualquier manifestación de belleza, su vida interior se enriquece notablemente.

En la definición de la orientación sexual, se distinguen diferencias en el proceso de adquisición de la masculinidad y de la feminidad. Es frecuente que se una a pandillas que fortalecen su yo, porque le ofrecen los elementos que ha perdido al separarse del hogar. En esos grupos, el adolescente:

- Adquiere seguridad al pertenecer a un grupo de iguales.
- Logra un status bien definido que no encuentra en la sociedad.
- Comparte valores y normas grupales
- Con el líder tiene una figura de identidad
- Fortalece sus sentimientos de solidaridad y lealtad hacia el grupo.

Al llegar el fin de esta etapa el adolescente llega a un arreglo final que se manifiesta en forma subjetiva como «el modo de vida». Esto implica la resolución del conflicto de identidad.

### **Etapa de consolidación.**

El final de la adolescencia se puede definir por sus aspectos psicológicos. El adolescente realiza acciones con objetos a largo plazo, reacomodándose a la realidad; hay estabilidad en sus emociones y flexibilidad para comprometerse y postergar acciones.

Se puede decir que es un proceso de consolidación ya que el sujeto debe delimitar y canalizar su energía hacia la vida productiva.

La elección de pareja adquiere una mayor orientación. Se tiene más claro el tipo de personas con la que se quiere formar pareja e incluso se formalizan las relaciones amorosas, aún cuando nunca se logra el control total sobre la elección, pues siempre existen motivaciones inconscientes que la dirigen.

Algunas características que permiten inferir la evolución del sujeto en su relación amorosa son:

- 1) Que en la relación prevalezcan el reconocimiento y aceptación del valor intrínseco de la pareja.
- 2) Que la relación de pareja sea estable, lo cual implica crecimiento y enriquecimiento mutuo.

- 3) Que la ternura y la sensualidad se encuentren íntimamente ligadas.
- 4) Que exista entrega y compromiso en la relación.

Aún cuando no se pueden «hacer generalizaciones, algunas pautas de conducta sexual y reproductiva de los adolescentes tienen rasgos similares en diferentes culturas. Estos son: la aparición más temprana de la menstruación, la iniciación más temprana de la actividad sexual, el aumento del número de adolescentes sexualmente activos y el período de adolescencia más prolongado.

Dentro de los problemas de salud de los adolescentes, derivados de una actividad sexual precoz, sin información suficiente y oportuna, está el del embarazo, partiendo de la suposición que los adolescentes casados o en unión son sexualmente activos. Aún no se conoce acerca de la incidencia de las relaciones sexuales premaritales, en la mayoría de los países.

A continuación se citan algunos factores que contribuyen a incrementar las relaciones sexuales desde edad temprana.

Niveles de escolaridad, recursos económicos, relaciones familiares y otros factores significativos.

Se ha observado que cuanto más bajos son los ingresos y el nivel educativo de los padres y de los adolescentes, la actividad sexual comienza a edad más temprana y es mayor la probabilidad de un embarazo precoz; también se ha visto que cuanto más grande sea la familia es mayor la probabilidad de que la adolescente comience a temprana edad su actividad sexual y su maternidad.

Diversos autores creen que el embarazo adolescente es resultado de una depravación psicológica en la mujer. Abernathy ha revisado los factores causales entre los que se encuentran los factores familiares.

Jagdeo concluyó que las familias de clases trabajadoras donde la autoridad moral es débil y pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes y donde los adolescentes han sido criados por diferentes personas, en diferentes momentos de vida, es en donde se presentan más los embarazos en la adolescencia.

Por ejemplo, Osofsky y Osofsky observaron la posibilidad de actividad sexual y maternidad temprana en los hogares uniparentales o cuando el padre se percibe distante o como figura negativa, o bien cuando ha habido enfermedad o muerte de un pariente cercano.

Generalmente los planes futuros de las adolescentes embarazadas no están bien definidos, le dan poca importancia a la escuela o a su carrera futura y frecuentemente presentan problemas académicos. En un estudio de adolescentes embarazadas realizado en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología, la mitad habían dejado la escuela de 1 a 3 años antes del embarazo. Las aspiraciones que expresan están principalmente asociadas con su función de madres, que muchas veces es la única alternativa que creen tener.

Otro factor que Jenkins menciona en este contexto es un alto nivel de tensión en la familia que incluye conflictos maritales. David también concluye que la educación sexual que se imparte en el seno de la familia es importante. Parece ser que lo que destaca en este contexto no sólo es la información impartida, que por lo general es insuficiente, sino las actitudes de los padres hacia su propia sexualidad y la de sus hijos. Klein informa que aunque frecuentemente la familia no trata abiertamente este tema parece ser que cuando existe una buena comunicación sobre el mismo, entre padres y adolescentes, disminuye la probabilidad de embarazos no deseados.

La influencia de los compañeros durante la adolescencia a menudo es más importante que la de la familia. La presión para adaptarse a las expectativas del grupo muchas veces coloca al adolescente en

conflicto. Por tanto, es fundamental entender sus percepciones en relación a las expectativas que creen que sus amistades tienen respecto de este tópico.

En otros casos las características de la pareja y de la relación adolescente, especialmente en la joven de 18 años o más, son muy importantes. Osofsky y Hatcher han sugerido que el embarazo pudo haber estado motivado por un deseo de la adolescencia de lograr un mayor compromiso de su pareja en aquellos casos en que la relación ha sido prolongada, pero no claramente definida.

En lo referente a la calidad en la relación de la pareja, algunos investigadores han encontrado que el poder que cada uno tiene en la relación es muy importante; Jorgenson y Cols. encontraron que la adolescente tenía un mayor riesgo de embarazo no deseado cuando era la que tenía menos poder en la relación, especialmente en cuanto a las decisiones referentes a las relaciones sexuales.

Las características de personalidad han sido ampliamente exploradas por medio de pruebas estandarizadas, así como por escalas y por entrevistas de diferentes tipos. Se ha llegado a la conclusión de que, al parecer, no existe un tipo específico de personalidad más propenso al embarazo no deseado en la adolescencia, y tampoco se ha podido probar que todos los adolescentes tienen problemas emocionales patológicos.

Como puede observarse, la mayoría de estos estudios han sido llevados a cabo en países desarrollados.

### **Características psicológicas propias de la adolescencia**

Con objeto de entender la actividad sexual a edad temprana, se mencionan a continuación algunas de las características psicológicas de los adolescentes:

- Perciben su medio como carente de afecto, expresan un sentimiento de no ser aceptados.

- Buscan una identidad propia
- Buscan a quien amar
- Intentan afirmar su identidad sexual y su autoestima
- Desean probar su «poder sexual»
- Muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan en contra de lo establecido.
- Desean «sentirse adultos»
- Buscan los beneficios sociales de «tener novio/novia».

Se podrá observar que la actividad sexual con frecuencia se despierta por causas no sexuales.

Los jóvenes pueden sentir la iniciación sexual como un verdadero rito de transición, es decir, como un hecho específico que los ayuda a definirse a sí mismos y comprender quiénes son. Además puede ser un medio para ayudarlos a separarse de su niñez, castigando a sus padres o escapando de la casa, particularmente si se produce un embarazo. En muchos casos, la actividad sexual precoz es una evasión de la realidad o una realidad que incluye fracasos escolares o de otro tipo y que frecuentemente les ofrece un pobre concepto de sí mismos, como ya se mencionó en el inciso anterior.

Otra característica importante que se ha encontrado en las adolescentes, es un nivel bajo de seguridad, que algunos autores llaman baja autoeficacia.

Las actitudes del sexo premarital han sido asociadas con experiencia sexual y con el intento de las personas vírgenes a tener relaciones. Según este estudio, los varones (16-17 años) generalmente habían tenido relaciones sexuales, excepto cuando eran contrarios al sexo premarital, o por razones morales, familiares y, en algunos casos, porque no habían tenido la oportunidad. El análisis de los datos sugiere la importancia de tener habilidades sociales para negociar con el otro sexo la pérdida de la virginidad.

Así pues, puede llegarse a la conclusión de que, en muchos casos, la procreación en varones y a veces en mujeres no es intencionada,

sino el resultado accidental de un regateo sexual exitoso. Sin embargo, en los varones adolescentes pueden estar presentes motivos psicológicos aún desconocidos.

En la Ciudad de México, en la encuesta domiciliaria realizada por CORA y AMIDEM, se encontró que del grupo de mujeres 15-24 años embarazadas, el 15% no había planeado ni deseado su último embarazo. Así mismo un gran porcentaje no había utilizado métodos anticonceptivos, por no haber planeado tener relaciones sexuales.

### **Cambios de valores y actitudes.**

El mejor método de divulgación para modificar los valores y las costumbres lo forman los medios de comunicación que cubren la mayor parte del territorio de la mayoría de los países. Los adolescentes son ávidos consumidores de publicidad y están extremadamente influenciados por ella. En especial, la televisión que comunica una visión de fantasía del mundo, en las que se vive sin responsabilidad y en dónde acontecimientos como los divorcios, nacimientos fuera del matrimonio, abortos, no se reflejan con la justa dimensión que tienen en la realidad.

En la encuesta domiciliaria CORA - AMIDEM, el porcentaje de mujeres que opinan que la mujer debe estar casada para tener relaciones sexuales, disminuye con la edad. Por ejemplo, el 47% de las mujeres del grupo 20-24 años dice que sí se pueden tener relaciones con amigos, novio o prometido, el 30% 15-17 años que opina a favor de las relaciones premaritales. Esta misma tendencia se observa en los hombres. Es importante agregar que, de las mujeres que opinaron que no se deben tener relaciones sexuales premaritales, el 48% las tuvo antes de casarse.

### **Carencia de Información sexual adecuada**

En 1978 Zelnik y Kantner informaron que en los Estados Unidos los embarazos no deseados constituyen un 86% de los ocurridos en adolescentes solteras y 51% de todos los embarazos de adolescen-

tes casadas. Hay numerosas razones para estos fracasos, incluyendo la ignorancia de los métodos anticonceptivos, así como el negar que puede ocurrir la relación sexual o el subsiguiente embarazo. Muchos estudios en los Estados Unidos, Taiwan, Hong Kong, Singapur, Kenya, Nigeria, México, países del Caribe, Turquía, Suiza, Francia e Inglaterra, informan sobre la ignorancia masiva entre los adolescentes acerca de las funciones reproductivas y la anticoncepción.

En la encuesta domiciliaria CORA-AMIDEM, se encontró que únicamente el 26% de todas las mujeres entrevistadas sabe cuando es el período fértil de la mujer y este conocimiento aumenta cuando se vuelven sexualmente activas; el 22.1% lo saben cuando nunca han tenido relaciones sexuales y el 33.8% cuando ya han tenido relaciones premaritales (sin que este conocimiento pueda considerarse como alto).

Sin embargo, en México, un dato importante es que del total de hombres y mujeres entrevistados en la encuesta domiciliaria de CORA-AMIDEM, el 75.2% de los primeros y el 80.2% de las segundas habían recibido alguna clase de educación sexual ya sea dentro del sistema escolar oficial o fuera de él. De los jóvenes en unión consensual, el 63.4% tomó alguna clase de educación sexual en la escuela. En las clases extraescolares, el sector salud está teniendo una función muy importante. La mayoría de los hombres y mujeres informaron que tuvieron su clase en el IMSS. Para las mujeres, la Secretaría de Salud también es una fuente importante de información. Para los hombres lo son los centros juveniles.

## USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

*Lic. Patricia Castro Morales*

El concepto de prevención del embarazo evolucionó rápidamente, incluso dentro de las sociedades más primitivas. En todo el mundo, la gente de la época anterior a la escritura tendería a usar medidas similares, tales como el coito prepubertal, la lactancia prolongada, algunas veces el matrimonio postergado o el celibato.

Hoy en día la anticoncepción se promueve fundamentalmente a través de programas de planificación familiar.

La tendencia descendente de la fecundidad ha sido observada entre mujeres de diferentes edades, pero con intensidades distintas.

Las de 15 a 19 años se incorporan al descenso de la fecundidad en un segundo momento, en relación con otros grupos de edad.

De acuerdo al patrón de la fecundidad observado en el año de 1986 el grupo de 15 a 19 es el que registra los menores valores en el nacimiento de los hijos.

Algo similar ha ocurrido en el comportamiento de la anticoncepción en este grupo de mujeres, pues el uso de métodos anticonceptivos sufre un incremento con mayor intensidad en un segundo momento, durante el período de 1982 a 1986.

La anticoncepción toma un sentido cualitativamente diverso, según el ciclo de desarrollo de la familia, definido este a partir de la etapa del período reproductivo en que se encuentra la mujer, ya que la anticoncepción no tiene el mismo sentido e importancia en familias jóvenes -en etapa procreativa inicial- que en familias de etapa mediana avanzada o final.

En algunas de estas etapas la presencia de un embarazo puede traer consigo problemas diversos. En la adolescencia puede tener implicaciones en salud, así como consecuencias sociales y demográficas de gran alcance. El embarazo cuando ocurre en edades jóvenes, sobre todo cuando se presenta en la llamada adolescencia temprana (entre 12 y 15 años) adquiere características de alto riesgo, pues las condiciones de madurez biológica y psicológica necesarias para asumir plenamente el embarazo y la maternidad no están presentes; aparece también como una interrupción de diversas perspectivas de vida del adolescente y el parto en edades jóvenes está asociado con un rápido crecimiento poblacional, en razón al breve lapso entre generaciones y una mayor fecundidad acumulada.

#### **Anticoncepción en las adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad).**

El embarazo, cuando ocurre en edades jóvenes, presenta características de alto riesgo para la salud.

El inicio de la unión, la presencia de un hijo y la frecuencia significativa de embarazos en edades muy tempranas del período reproductivo de la mujer, son aspectos que han motivado el estudio del comportamiento reproductivo de la población adolescente y joven.

Según información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, realizada en el año de 1987, una quinta parte de las mujeres entre 15 y 19 años de edad había tenido al menos una unión; el 3.5% se había unido antes de los 15 años de edad, un 30% de las mujeres de 15 a 19 años se encontraba embarazada al momento de la encuesta y un 8% no deseaba tener hijos y no recurría al uso de métodos anticonceptivos (cuadros 1, 2 y 3)

Pocos son los estudios que se han dirigido en nuestro país para conocer algunos aspectos de la conducta reproductiva en los adolescentes y jóvenes. Cabe citar, el realizado por el Centro de Orienta-

ción para Adolescentes (CORA) y la Academia de Demografía Médica en dos delegaciones políticas de la Ciudad de México (5), el del Consejo Nacional de Población, en el cual se entrevistó a 10,142 alumnos que estudiaban bachillerato en 258 escuelas con sostenimiento federal, estatal y particular en distintas partes del territorio nacional, y el de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

De acuerdo con los resultados de esta última investigación, que se limita a los adolescentes y jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM), la presencia de la menarca muestra una tendencia decreciente: 12.6 años en promedio para el grupo de mujeres de 15 a 19 años contra 12.8 que resultó para el grupo de 20 a 24. Esto parece coincidir con lo observado en otros países, en los que se ha cuantificado un adelanto en la edad de la menarca de cerca de cuatro meses por década desde 1958.

Este es un hecho que debe ser tomado muy en cuenta porque expone a la mujer al riesgo de la concepción más tempranamente.

El inicio de las relaciones sexuales y de la primera unión muestra un comportamiento contrario entre hombres y mujeres. La edad promedio calculada para la mujeres es de 17.3 y para los varones de 16.2; en cambio, son ellas quienes inician más tempranamente la vida en pareja de acuerdo con información de la ECRAMM, la edad promedio a la primera unión fue de 16.6 para los adolescentes y jóvenes contra 18.7 años que se estimó para los hombres que se hayan en esta misma etapa de la vida (cuadro 4).

Estas relaciones suelen tenerse sin protección anticonceptiva alguna, pues de acuerdo con esta encuesta, una parte significativa de los adolescentes y jóvenes no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, particularmente entre las mujeres adolescentes y jóvenes (cuadro 5).

Entre las razones que motivaron el no uso, destacan el desconocimiento de la existencia de los métodos de planificación, de la forma

de uso, del lugar de obtención de los mismos, el no haber planeado tener relaciones sexuales y el deseo por embarazarse, concepto particularmente relevante en el caso de las mujeres.

En el inicio de la práctica sexual de los jóvenes, los métodos tradicionales ocupan un importante lugar, sobre todo cuando la declarante es la mujer. El uso de métodos de baja efectividad en edades en las que el embarazo puede ser no deseado o de alto riesgo para la salud deber ser motivo de preocupación (cuadro 6).

La edad promedio al primer embarazo, estimada a partir de los datos de la ECRAMM, fue de 17.8 años; de las adolescentes y jóvenes que declararon en la encuesta haber tenido relaciones sexuales, un 81% ha experimentado un embarazo; un 57% de las jóvenes alguna vez embarazada no deseó el primer embarazo. De los resultados de este primer embarazo, un 9.5% de ellos terminó en un aborto y un 1.4% en un nacido muerto, cifras que expresadas en otros términos dan cuenta de la magnitud del problema en salud que plantea el embarazo de estas edades, pues de las cifras anteriores se desprende que por cada 10 embarazos de mujeres de 15 a 19 sin un hijo nacido vivo, uno de ellos termina en aborto y que, por cada 71, uno concluye en un nacido muerto (cuadro 6).

La magnitud de este problema adquiere una dimensión mayor si al panorama antes descrito incorporamos la situación en que viven las jóvenes de las áreas rurales, para quienes la exposición al riesgo de concebir es mayor, pues una menor proporción de mujeres se mantiene célibe desde edades tempranas del período.

**Cuadro No. 1**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS ADOLESCENTES Y JOVENES POR EDAD A LA PRIMERA UNION**

CONCEPTO	GRUPOS DE EDAD	
	15 - 19	20 - 24
<b>SOLTERAS</b>	80.1	41.7
<b>EDAD A LA PRIMERA UNION</b>		
MENOS DE 15	3.5	6.2
15 - 17	13.5	21.4
18 - 19	2.9	16.3
20 - 21	0.0	9.8
22 - 24	0.0	4.7
25 Y MAS	0.0	0.0
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, SSA, DGPF, 1987.

**Cuadro No. 2****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR CONDICION DE EXPOSICION AL RIESGO DE CONCEBIR POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	EMBARAZADA	AMENORREICA	INFECONDA	SIN RELACIONES EL ULTIMO MES	SIN REGLA LOS ULTIMOS 2 MESES	EXPUESTA	TOTAL
15 - 19	29.6	15.5	0.3	14.6	0.6	38.4	100.0
20 - 24	18.6	12.2	1.5	21.8	1.0	45.0	100.0
25 - 29	14.4	18.6	1.2	17.7	0.7	52.4	100.0
30 - 34	8.0	8.0	2.7	21.5	2.6	57.2	100.0
35 - 39	5.1	9.3	4.0	26.4	0.8	54.4	100.0
40 - 44	2.1	2.2	13.3	26.7	2.0	53.7	100.0
45 - 49	0.8	0.7	31.4	30.1	7.7	29.4	100.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, SSA.

**Cuadro No. 3****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS, POR USO DE ANTICONCEPTIVOS Y DESEO O NO DE MAS HIJOS, POR GRUPOS DE EDAD**

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
<b>NO DESEAN (MAS) HIJOS</b>	14.1	30.7	47.2	66.3	77.9	87.4	89.2	58.9
Usan Métodos no Tradicionales	4.7	17.3	27.2	42.3	49.2	48.3	28.0	32.7
Usan Métodos tradicionales	1.2	1.7	4.6	7.5	6.2	7.6	4.6	5.0
No usan	8.2	11.5	15.4	16.5	22.5	31.5	56.6	21.2
<b>DESEAN MAS HIJOS</b>	54.8	47.1	34.2	21.2	12.7	8.6	8.4	26.8
Usan métodos no tradicionales	20.0	21.6	14.5	9.2	5.0	2.8	1.3	11.1
Usan métodos tradicionales	4.1	4.6	6.2	1.8	0.5	0.8	0.1	2.9
No usan	30.7	20.9	13.5	10.2	7.2	5.0	7.0	12.8
<b>EMBARAZADAS</b>	29.4	18.6	14.3	7.9	5.4	1.8	0.8	10.9
No desean más hijos	4.3	9.4	9.7	5.7	4.2	0.9	0.8	5.8
Desean más hijos	21.0	7.5	3.4	1.7	0.3	0.3	0.0	3.9
Indecisas/No responden	4.1	1.7	1.2	0.5	0.9	0.6	0.0	1.2
<b>INDECISAS</b>	1.7	3.6	4.2	4.5	4.1	2.1	1.5	3.5
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Número de casos*</b>	335	892	1121	1062	862	667	508	5447

\*Sin ponderar

FUENTE: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud. Informe de Resultados. México 1989.

**Cuadro No. 4**

**POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN 1) POR SEXO Y CONDICION DE ACTIVIDAD SEXUAL**

	HOMBRE			MUJER			TOTAL		
	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	ALGUNA VEZ HA TENIDO RELACIONES	TOTAL	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	ALGUNA VEZ HA TENIDO RELACIONES	TOTAL	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	ALGUNA VEZ HA TENIDO RELACIONES	TOTAL
<b>T O T A L</b>	46.2	53.8	100.0	73.4	26.6	100.0	60.0	40.0	100.0
Promedio Edad	15.3	20.8	18.3	16.5	21.2	17.8	16.1	20.9	18.0
Promedio de edad a la Primera Relación Sexual		16.2			17.3			16.6	
<b>ESTADO CIVIL</b>									
Unión Libre	—	6.6	3.6	—	27.6	7.3	—	13.6	5.5
Casada (o)	—	21.2	11.4	—	50.3	13.4	—	31.1	12.4
Ex-unida (o)	—	2.8	1.5	—	3.4	0.9	—	2.9	1.2
Soltera (o)	100.0	69.4	83.5	100.0	18.7	78.4	100.0	52.4	80.9
<b>T O T A L</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1) QUE HA MENSTRUADO O EYACULADO.

Fuente: Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Area Metropolitana de la Ciudad de México, SSA, DGPF, México, D.F. 1987. Datos tomados del trabajo: Inicio de Relaciones Sexuales y Uso de Métodos Anticonceptivos en la Población Adolescente y Joven del Area Metropolitana de la Ciudad de México. Germán Sandoval Cruz, Presentado en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México.

**Cuadro No. 5**

**POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, POR SEXO DE ACUERDO A SU CONDICION DE EMBARAZO, SEGUN DIVERSAS CARACTERISTICAS EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL**

	MUJERES			HOMBRES			TOTAL
	HA ESTADO EMBARAZADA	NO HA ESTADO EMBARAZADA	TOTAL	HA EMBARAZADO A SU PAREJA	NO HA EMBARAZADO A SU PAREJA	TOTAL	
<b>TOTAL</b>	81.0	19.0	100.0	34.4	65.6	100.0	100.0
<b>CONDICION DE USO DE METODOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL</b>							
Si usó métodos	26.0	79.1	35.8	16.1	39.4	32.9	33.8
No usó métodos	74.0	20.9	64.2	80.4	45.7	56.5	59.2
<b>TIPO DE METODO USADO EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL</b>							
Pastillas	5.8	27.4	14.4	6.9	1.8	3.8	7.6
Inyecciones	7.6	—	4.4	—	3.7	2.7	3.3
DIU	—	—	—	3.5	6.2	5.2	3.3
Preservativos	3.4	2.4	3.0	—	23.3	17.6	12.3
Ovulos, jaleas o espumas	13.4	5.9	10.4	10.2	14.2	12.6	11.8
Ritmo	24.4	52.4	36.1	39.7	31.6	37.7	36.9
Otros	1.7	—	1.0	—	1.8	1.5	1.2

continúa

continuación

<b>LUGAR DE OBTENCION DEL METODO USADO EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL</b>							
Instituto del sector público							2.4
Hospital o consultorio privado							7.8
Farmacias							67.1
Por un amigo o familiar							8.6
A través de la pareja							2.9
No sabe o no recuerda							9.3
No respondió							1.9
<b>RAZONES DE NO USO DE METODOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL</b>							
No conocía métodos	32.7	30.0	32.0	59.8	30.7	44.0	39.6
Oposición de pareja	8.3	—	7.7	—	—	0.8	3.3
Deseaba embarazarse	22.3	—	20.7	8.5	—	4.0	10.3
Temor de prob. de salud	0.6	—	0.6	8.2	—	3.9	2.6
No creyó embarazarse (1a.)	—	—	—	7.1	22.6	15.7	10.4
No está de acuerdo	—	—	—	—	0.6	0.3	0.2
No planeaba tener relaciones	28.3	60.9	30.1	15.0	41.4	28.3	28.9
Desidia	7.8	8.7	7.8	1.3	3.1	2.3	4.2
Otros	—	—	—	—	1.6	0.7	0.5
<b>T O T A L</b>	<b>100.0</b>						

FUENTE: ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO, SSA, DGPF, 1987. DATOS TOMADOS DEL TRABAJO: INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO. GERMAN SANDOVAL CRUZ. PRESENTADO EN LA IV REUNION NOMINAL DE INVESTIGACION DEMOGRAFICA EN MEXICO.

**Cuadro No. 6**

**POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, POR SEXO DE ACUERDO A SU CONDICION DE EMBARAZO**

	MUJERES			HOMBRES		
	HA ESTADO EMBARAZADA	NO HA ESTADO EMBARAZADA	TOTAL	HA EMBARAZADO A SU PAREJA	NO HA EMBARAZADO A SU PAREJA	TOTAL
<b>TOTAL</b>	81.0	19.0	100.0	34.4	65.6	100.0
PROMEDIO DE EDAD	21.3	20.9	21.2	22.3	20.1	21.3
PROMEDIO DE EDAD AL PRIMER EMBARAZO	17.8			18.7		
PORCENTAJE QUE NO DESEO EL PRIMER EMBARAZO	57.3			66.1		
<b>Resultado del Primer Embarazo</b>						
NACIO VIVO	89.1			80.4		
ABORTO	9.5			19.1		
NACIO MUERTO	1.4			0.5		
<b>TOTAL</b>	100.0			100.0		
PROMEDIO DE EDAD A LA PRIMERA UNION*	17.6	20.0	17.8	18.7	21.5	19.2

\* Estos indicadores se refieren a la población alguna vez unida.

FUENTE: ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO, SSA. DGPF, 1987.

# SALUD MENTAL

*Dra. Susana Cuevas Córdoba*

La etapa de la adolescencia es en particular un período complejo; por ello, la comprensión cabal de la patología más común de esta edad, debe partir del conocimiento de los aspectos de sanidad. Bajo este orden de ideas, se presentan en primer lugar las características generales del desarrollo psicológico durante esta etapa y posteriormente la psicopatología más frecuente.

## **I. El desarrollo psicológico.**

La adolescencia es una edad de transición en la que se establece el puente que habilita la entrada desde el mundo infantil fantástico y dependiente, al del adulto responsable y autónomo. Durante la adolescencia suceden un considerable número de cambios y rupturas en los niveles fisiológico, físico, psicológico y social los cuales pueden ser el asiento mismo de patología o pueden funcionar en un segundo momento como generadores de la misma.

Los cambios físico y fisiológicos son determinados por procesos neuroendócrinos trascendentales y básicamente se proyectan hacia la realización de las funciones sexual y de reproducción. La aparición de las características sexuales secundarias tales como la aparición de vello en diversas partes del cuerpo, crecimiento glandular, etc. y el inicio de la maduración de la función reproductora (producción de óvulos en la mujer y espermatozoides en el hombre), es más temprana en las mujeres que en los hombres: a partir de los 10 años en la mujer y de los 12 en el hombre, aunque se presentan extensas variaciones.

Este desfase cronológico en relación a la aparición de los primeros cambios en cada sexo ocasionará reacciones y condiciones psicológicas y sociales diferentes para hombres y para mujeres. La aún niña, pero mujer en ciernes se enfrentará más tempranamente a factores psicosociales que le imponen la exigencia de una definición personal y de un proyecto de vida indubitablemente normados por su sexo. De esta forma, en su momento, la necesidad de congruencia y aceptación psicosocial dictarán los cambios necesarios para modelar ese mundo infantil.

Socialmente los cambios que se suscitan están relacionados con la inserción hacia un modo de vida adulto: Se esperan cambios en el área educativa, forma de pensar, relaciones interpersonales con personas significativas en forma mutua, recíproca y duradera, etc.; pero vale aclarar que los cambios sociales variarán dependiendo de la cultura, el medio social y el momento histórico del que se trate. Son innegables las diferencias que se observan en una adolescente del campo y una de la ciudad, o entre una jovencita de la época del porfirismo y otra de nuestros días.

Culturalmente, existe una relación directa entre el grado de complejidad socio-cultural y la duración y conflictuación de la adolescencia. En este punto es pertinente señalar que en las sociedades urbanas modernas se ha favorecido el desarrollo integral de la mujer y con este su participación en todas las áreas de la vida humana, sobrepasando las áreas tradicionales de cuidado familiar y reproducción; pero al mismo tiempo al ampliarse y profundizarse la gama de opciones para el desarrollo personal de la mujer, se han sentado las bases de nuevos procesos de búsqueda y lucha. De esta manera es lógico inferir que el proceso de adolescencia en nuestros días es potencialmente más problemático y de características peculiares.

Los cambios de ajustes psicológicos de la adolescencia juegan un doble papel en la salud mental de las jovencitas: en un sentido, representan una fragilidad relativa del equilibrio psicoafectivo, una cierta vulnerabilidad; pero en otro, constituyen una plasticidad positiva que permite mayores posibilidades de adaptación al medio.

Los cambios psicológicos característicos, se presentan secuencialmente hasta conformarse en el aparato psico-emocional característico del adulto. De estos aspectos del proceso de desarrollo es difícil establecer una diferenciación tácita entre los sexos ya que como tal, se trata de un fenómeno esencialmente humano, que solo presenta diferencias de género relativas, condicionadas por factores socioculturales que matizan el proceso entre los sexos. De esta manera esquemáticamente este proceso puede dividirse en tres etapas.

1a. Adolescencia temprana o pubertad: En la mujer, empiezan a manifestarse los primeros indicios de interés sexual a través de conductas en ocasiones exageradas del rol femenino. La forma del pensamiento aún es concreta.

2a. Transición: Se inicia el pensamiento abstracto pero no se pone en práctica; es la época de ideales, de experimentación con otros sistemas de valores. Se establecen relaciones estrechas con un sólo amigo del mismo sexo de quien se admira algo, como un antecedente a las relaciones heterosexuales de la vida adulta. Son comunes las fantasías sexuales y la masturbación.

3a. Adolescencia: La relación con el amigo íntimo es sustituida por la de la pareja heterosexual. Hay fuertes sentimientos y emociones y una definitiva tendencia a relacionarse con el sexo opuesto. Las relaciones afectivas son muy intensas, pero finitas y la adolescente sufre ante las rupturas, pudiéndose producir verdaderas crisis depresivas y autodesprecio.

En esta fase el pensamiento abstracto logra concretarse en forma práctica. Las adolescentes empiezan a funcionar más independientemente de la autoridad parental y a aceptar otras autoridades en su vida.

Como características esenciales de los procesos de cambio psicológico en el adolescente en general, resaltan dos:

1. La búsqueda de identidad y autonomía y 2. El desarrollo psicosexual.

### **1. Búsqueda de Identidad y autonomía.**

La identidad que busca el adolescente está marcada sobre todo por la sociedad, la cual brinda diversas opciones ante las cuales el sujeto deberá ejercer una elección selectiva. En esta búsqueda deberá encontrar una definición psicosocial de sí mismo, una condición y orientación sexual, valores morales, patrones de relación social, la resolución de propósitos con funciones a largo plazo, como elección de profesión u ocupación, etc.

La necesidad de lograr esta autodefinición llevará al adolescente a tratar de consolidar sus propios intereses, independientemente de los sustentados por el núcleo familiar y por lo tanto se verá impulsado a la búsqueda de los propios medios emocionales, materiales, etc. Para la mujer moderna, estos procesos se actualizan con mayor intensidad ante la gama de posibilidades de desarrollo personal cada vez mas integrales y accesibles que le brinda la sociedad contemporánea.

### **2. Desarrollo psicosexual.**

Aunque se inicia desde la infancia; es innegable que en la adolescencia se presentan cambios trascendentales: desarrollo del aparato genital, de la actividad sexual y de las modificaciones intrapsíquicas. La sexualidad en la adolescencia es central, es objeto de curiosidad, inquietudes, nostalgias, y en el caso de algunas mujeres, su sexualidad puede llegar a representar un objeto de conflicto y/o agresiones externas. En este desarrollo intervienen factores orgánicos, psicológicos, afectivos, sociales y culturales que determinan el giro de este aspecto de la vida.

Psicoanalíticamente, la necesidad de manifestar directamente la energía psicosexual del adolescente, da lugar a situaciones en las que en un principio aumenta la represión de esta energía, ante la amenaza del incesto, para posteriormente tender a la destrucción de las imágenes parentales y con ello de las imágenes identificadoras de la infancia.

En esta edad, la relación del sujeto con el medio social es de suma importancia. Un concepto que ilustra lo dicho es el de espacio psico-ambiental ampliado de Jeammet: el adolescente abandona a ciertas personas de su entorno, tal o cual parte de sus instancias psíquicas, buscando obtener por la vía exterior, el control de sus impulsos que él mismo no puede imponerse, por lo que se vuelve más dependiente y sensible a su entorno.

Del conglomerado de factores externos surgen dos ejes primordiales: el de la familia y el de la vida escolar.

#### **Familia.**

La familia estructura y organiza la evolución del adolescente a través de sus funciones externas, al evocar a la sociedad en que se encuentra inmerso, y a través de sus funciones internas como generadora de imágenes parentales, de objeto, etc. La definición social del papel femenino, transmitido por la familia, enfatiza sobre todo, por medio de la educación y los valores, las facetas que refuerzan características de pasividad, dependencia y escasa proyección y realización personal en otras áreas que no sea la familiar, la doméstica y sus relativas.

Frente a la familia, el adolescente se encuentra en una situación paradójica: por una parte debe romper con sus padres para construir su identidad de adulto, pero los fundamentos de esta identidad no podrá encontrarlos más que a través de la propia familia.

La constante de las barreras intergeneracionales, parece adquirir tintes mucho más intensos en particular para el sexo femenino en las

adolescentes de esta segunda parte del siglo. En esta época de movimientos feministas organizados y de cambios y modernización social, los procesos de identificación con la imagen materna, se tornan problemáticos, ya que los modelos que se brindan parecen haber perdido en buena medida vigencia y congruencia con el momento histórico presente: la imagen de mujer dedicada a las labores del hogar y cuidado de la familia sin inquietudes ni proyectos de vida personales, o en los mejores casos pocos y mal desarrollados, no resultan estimulantes ni atractivos para las adolescentes actuales.

En el eje familiar, un elemento primario es la relación adolescentes-padres. La calidad de esta relación, es un factor que interviene en la salud y desarrollo o resolución del proceso de la adolescencia. Una mala calidad se asocia con frecuencia aunque no indefectiblemente con patología o conductas problemáticas, por ej.: consumo de drogas, delincuencia, suicidio, etc. El pivote de la mala relación se puede localizar en el propio proceso, es decir en el adolescente, en los padres, por la presencia de patología o por la incapacidad de éstos para comprender y manejar la contraparte parental frente al hijo adolescente o bien, en ambas partes.

#### **Vida escolar.**

Esta no se reduce al proceso enseñanza-aprendizaje, implica otros procesos de socialización, reconocimiento de la autoridad, procesos de identificación y contraidentificación, proyección, lucha por el logro de fines e intereses, etc.

La transformación de la calidad del pensamiento de concreto a abstracto, de las posibilidades afectivas y de relación, etc., repercuten directamente sobre la vida escolar y el desempeño en las actividades académicas, aunque algunas condiciones, presentes desde la infancia, también pueden influir, por ejemplo, deficiencia intelectual o alteraciones en los procesos que acceden al conocimiento (procesos de cognición).

Las dificultades escolares características de la adolescencia pueden presentarse por factores del propio estudiante de tipo biológico, socio-culturales o familiares, o por factores inherentes al sistema educativo en interacción con el adolescente: sistemas rígidos, autoritarios, etc. Las dificultades más comunes, de carácter transitorio son:

a) Hiperinvolvemento escolar, en el que el adolescente muestra interés, dedicación y rendimiento superiores a la norma, por temor a la pérdida del equilibrio y estabilidad de la vida infantil.

b) Inflexión escolar, en los que hay problemas de ausentismo, desinterés y disminución del rendimiento escolar de aparición repentina.

Ambas situaciones, dentro de la perspectiva del desarrollo adolescente, pueden considerarse como normales y pasajeras, sin embargo, cuando se prolongan y agudizan, adquiriendo una organización como sistema estable, se convierten en patología. En estos casos, por lo regular hay presencia de otros padecimientos: anorexia, bulimia (trastornos caracterizados por alteraciones en el apetito que se tratarán con mayor amplitud posteriormente), consumo de drogas, conductas delictivas, depresión, psicosis, etc., los cuales van invadiendo paulatinamente el funcionamiento psíquico y con ello, empobreciendo de manera creciente el desempeño académico.

Para el caso femenino esta problemática puede estar presente y no ser considerada en su justa magnitud, ya que la evaluación social y aún médica de estos trastornos, puede centrarse en la concepción tradicional del papel femenino (mayor emotividad y menor interés intelectual, pasividad, etc) y atenuar la importancia de los factores críticos del proceso.

En resumen, la adolescencia, no es un simple periodo de transición y las manifestaciones de su complejidad son a un tiempo naturales, pero también actúan como factores de riesgo para la salud. Los estados transitorios, con alteraciones significativas, son

necesarios para el desarrollo, pero la distinción con procesos patológicos en ocasiones no es fácil.

Un proceso normal se caracteriza por el mantenimiento del equilibrio psíquico en la lucha por adaptarse al medio; por el éxito en la adaptación social y familiar; por la presencia de crisis leves de ansiedad y depresión y por desacuerdos leves con la autoridad. En términos generales puede decidirse que la presencia de todo ese conjunto de manifestaciones, es pasajera y fluctuante, que solo requiere de tiempo y comprensión por parte de los padres y en el peor de los casos de guía y consejo médico para ellos. Por el contrario, los procesos patológicos se caracterizan por la presencia de otros síntomas además de los mencionados; por su persistencia y diferenciación a lo largo del tiempo y por la intensificación de otros trastornos psiquiátricos coexistentes.

## **II. Psicopatología.**

Los trastornos mentales que pueden iniciarse en esta edad son prácticamente de todo tipo, pero los más frecuentes se encuentran relacionados con el proceso de desarrollo que tiene lugar. Predominan los que afectan las áreas conductual y afectiva.

Por lo que respecta al área conductual, se ha dicho que dada la enorme vitalidad en esta etapa, la acción es una de las formas primordiales de expresión de los conflictos. La fuente original de dicha expresión es la angustia generada por los cambios que percibe el sujeto y por los problemas de identidad consecuentes. Ejemplos de problemas de conducta son: las fugas o vagabundeos frecuentes asociados a crisis de angustia, de depresión o a otros trastornos de conducta como anorexia, insomnio, etc.; robos, violencia autodirigida (intentos de suicidio o conductas peligrosas que ponen en riesgo la vida) o dirigida al exterior, también presentadas en forma repetitiva y aunadas a otros síntomas y crisis de angustia.

Las conductas psicopáticas, caracterizadas por la violación constante de las normas sociales y legales y el consecuente daño al exterior, se presentan más en hombres.

Una localización frecuente de adolescentes con patología conductual es la banda, en donde se congregan para realizar acciones violentas, consumir drogas y de manera casi específica para satisfacer los problemas de identidad.

En las mujeres los problemas de esta área en general, son menos frecuentes que en los hombres, pero en ciertas clases sociales, no es raro encontrar «chicas banda» con los problemas mencionados. Las conductas autoagresivas de automutilación e intentos de suicidio son más comunes entre las mujeres; se ha notado su coincidencia con la menstruación y la asociación con problemas de depresión, consumo de drogas, bulimia y anorexia; trastornos que se expondrán en los próximos párrafos.

Los factores de riesgo identificados son: la pertenencia a familias desintegradas o con dinámicas muy alteradas y el nivel socio-económico bajo. El tratamiento médico psiquiátrico debe incluir al adolescente y a su familia.

También dentro del área conductual están las patologías que se centran en el cuerpo, debido a la importancia que en esta etapa adquiere como evidencia concreta del desarrollo. La relación entre los cambios suscitados y la patología derivada, estriba en el desconocimiento de las transformaciones y la pérdida de la imagen que el niño había ido construyendo paulatinamente.

Pertenciente a este grupo, la anorexia o evitación del comer por una aparente falta de apetito, es más frecuente en las mujeres y se inicia en la mayor parte de los casos entre los 13 y 14 años. Se caracteriza por la disminución del peso, la ausencia de menstruación o amenorrea, un precario desarrollo psicosexual o la falta de interés por el sexo en mujeres adultas, el miedo a la obesidad conjuntamente con exceso de actividad psicomotora, competitividad marcada y deseo de dominio. El cuadro se puede presentar en forma leve y pasajera, en forma intermitente alternándose con períodos de normalidad o en forma crónica grave que puede llevar a estados de

extrema delgadez y desnutrición inanición, hasta culminar en la muerte.

Como antecedentes, se observa en muchos casos, la presencia de madres ansiosas, hipocondriacas y sobreprotectoras y la presencia de padres cálidos, amables y permisivos, pero distantes del núcleo familiar. La relación entre los padres está alterada aunque no en apariencia. La familia es de nivel socio-económico medio o alto. El tratamiento es de atención a las consecuencias de la anoréxica y psicoterapia.

La bulimia es también un trastorno de la conducta alimenticia en el que hay períodos recurrentes de voracidad, después de los cuales sobreviene dolor abdominal, provocación del vómito, interrupción de las actividades, sueño, ánimo depresivo y pensamientos de autodesprecio. El peso puede estar disminuido o aumentado, se asocian la ingesta de algunos fármacos como barbitúricos, anfetaminas ó de alcohol. Este padecimiento también es mucho más frecuente en mujeres.

Con respecto a la conducta sexual, destacan en la mujer de esta edad, a) los trastornos por falta ó deficiencia en el desarrollo psicosexual, el cual puede estar reprimido y b) las relaciones múltiples con cambio de pareja frecuente. Dos factores involucrados en los trastornos de la sexualidad son: la carencia de información y educación sobre el tema, que da lugar a creencias erróneas, prejuicios y tabúes y la dificultad de la adolescente para aceptar su maduración sexual.

Un problema más o menos frecuente en México, en las áreas rurales y en los medio socio-económicos bajos, es el del incesto padre-hija ó entre hermanos. Al respecto, los pocos datos disponibles no reflejan la realidad, pero se ha observado que sobre todo en los casos de incesto padre-hija, pueden surgir secuelas emocionales y de frigidez en la mujer adulta.

Relacionados con la conducta sexual en esta etapa, encontramos los problemas de embarazo no deseado y maternidad en las adolescentes. Como consecuencia del incremento en las relaciones sexuales de los adolescentes en las últimas décadas y la falta de educación ya citada, estos casos han aumentado. La conducta precoz en las relaciones sexuales, es un síntoma de la búsqueda de autonomía y en ocasiones de reto a la autoridad y a los valores familiares; la maternidad en solteras menores es frecuente en contextos familiares conflictivos. La maternidad precoz es un problema que tiene como consecuencia la inhibición del desarrollo de la identidad y de la personalidad individual.

El desarrollo de la sexualidad en los adolescentes está particularmente vinculado a los padres, debido básicamente, a las actitudes que pueden asumir como imágenes de identidad y autoridad y a las implicaciones que tiene la sexualidad de los hijos en la de los padres: se actualiza la amenaza del incesto, surgen mayores responsabilidades, se reavivan posibles traumas y pueden representar el principio del fin de la sexualidad parental.

En el área de los problemas emocionales, los padecimientos se organizan sobre todo alrededor de los problemas de identidad. En sí mismo el problema de identidad es un punto crítico en el adolescente normal, pero como ya se hizo notar, en ocasiones puede dar lugar a patología.

En particular el problema o confusión de identidad se describe como el conjunto de síntomas que aparecen en la adolescencia en el momento en que es necesario hacer una elección o enrolamiento proyectado hacia la vida adulta, aparece un malestar subjetivo que refleja la dificultad para reconciliar aspectos de uno mismo en forma coherente y aceptable, incertidumbre acompañada de ansiedad y depresión que pueden ser moderadas o intensas, dudas sobre sí mismo y el futuro con tendencia a la experimentación compulsiva. El padecimiento se inicia al final de la adolescencia (18 años aproximadamente) o incluso en el adulto joven o intermedio. La prolongación de este conflicto puede afectar las áreas ocupacional y social. La

forma y contenido de las crisis de identidad dependen en gran medida de factores socio culturales, los cuales imprimen un carácter diferencial entre los sexos, según las definiciones prevalecientes de los roles sexuales.

Como se ha mencionado en los padecimientos expuestos, los estados depresivos en los adolescentes son frecuentes y característicos, se presentan solos o acompañando otros trastornos. Las situaciones que generan estas alteraciones son en conjunto, la serie de separaciones y rupturas que sobrevienen durante esta etapa, situaciones que representan condiciones necesarias para el planteamiento de nuevos encuentros, intereses y objetivos. La evolución del estado depresivo «normal» del adolescente hacia estadios verdaderamente patológicos, dependerá en gran medida de las características personales y familiares de cada individuo; los síntomas depresivos más notorios son: disminución de la actividad psíquica y motora, carencia de apetito, trastornos del sueño, tristeza, desinterés y autodevaluación, entre los más notorios.

El tratamiento médico psiquiátrico deberá dirigirse al joven y a su medio familiar.

Los trastornos por ansiedad, somatizaciones y conversiones (éstos dos últimos, padecimientos que se refieren a algún trastorno físico o funcional, pero del que no existe daño real y que solo traducen alteraciones psíquicas), con frecuencia se inician a esta edad en mujeres más que en hombres.

Los padecimientos psicóticos, es decir aquellos en los que el sujeto pierde el contacto con la realidad, que se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia son los que están ligados al consumo de drogas y los que suceden a una psicosis infantil. Ambos casos son más comunes en los hombres. La esquizofrenia específicamente, puede iniciarse con mas frecuencia en las mujeres menores de 16 años que en los hombres, aunque del total de las psicosis, éstas son raras.

El consumo de drogas es frecuente en los jóvenes de 14 años en adelante. En la República Mexicana, aunque el consumo es bajo en comparación con otros países, desde 1976 a la fecha se ha notado un incremento en la cifra de personas que consumen drogas con frecuencia y de las que consumen varios tipos de drogas simultáneamente, por lo cual también se ha notado el incremento consecuente de los casos de intoxicación. También el uso de sustancias solventes por inhalación es común en niños y púberes. En general, el uso de drogas ocurre más en los hombres, pero el consumo de anfetaminas y psicofármacos es más frecuente en las mujeres. Los daños a la salud derivados del consumo de drogas son: las intoxicaciones agudas, los trastornos psicóticos, la dependencia psíquica y/o fisiológica en el caso de los opiáceos y las consecuencias sociales.

Algunos factores de riesgo que se han identificado son los problemas familiares y el nivel socio-económico bajo. En mujeres el consumo de drogas se asocia con la depresión.

En nuestro país actualmente existen diversas organizaciones encargadas de la atención del problema.

**Cuadro No. 1**

**TRASTORNOS MENTALES EN LA MUJER ADOLESCENTE**

TRASTORNO	FRECUENCIA*	FACTORES ASOCIADOS
TRASTORNOS DEL AREA CONDUCTUAL		
Violencia autodirigida:		Familias desintegradas ó con dinámicas alteradas
Tentativas de suicidio	13%	
Consumo de drogas	Ha aumentado	"
Anorexia, bulimia	1 de 250 jóvenes	Familias de nivel socio-económico medio ó alto. Madres ansiosas, padres distantes.
Deficiencia en el desarrollo psicosexual	Las formas leves son comunes	Falta de información
PROBLEMAS O CRISIS DE IDENTIDAD		
Como parte del cuadro se presentan cuadros depresivos y ansiosos	En las últimas décadas ha aumentado.	Factores del medio familiar y de personalidad de la adolescente.
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
Somatizaciones	Menos de 1 %	Problemas ó crisis de identidad.
Conversiones	Menos frecuente en las últimas décadas.	
TRASTORNOS AFECTIVOS		
Depresión	Es común.	Problemas ó crisis de identidad.

\* Las cifras de frecuencia fueron obtenidas a partir de datos internacionales.

## CANCER

*Dra. María Teresa Cisneros de Cárdenas*

El cáncer es la tercera causa de muerte más común en México. De acuerdo a las últimas estadísticas oficiales de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en 1987, murieron 37,664 personas por esta enfermedad, de los cuales el 50% fueron mujeres. La frecuencia se incrementa con la edad, sin embargo se presenta en todas las etapas de la vida.

Al analizar la mortalidad por cáncer durante la adolescencia (10 a 19 años) se puede observar que son las leucemias y los linfomas los más frecuentes, (541 defunciones) representando el 55.3% de todos los cánceres en ese grupo de edad. La relación según sexo es con predominio en el varón 3:2 (cuadro 1).

El Registro Nacional del Cáncer de la Dirección General de Epidemiología, durante 1987 reportó 16,262 casos nuevos en los Hospitales del Area Metropolitana de la Ciudad de México, registrándose 834 casos de linfomas y 640 leucemias.

En el grupo de 10 a 19 años en el sexo masculino las primeras causas de cáncer fueron : leucemias, linfomas y cáncer de los huesos y articulaciones. En la mujer, las leucemias, linfomas y ovarios (cuadro 2).

### **Etiología**

Durante los últimos 30 años, se han venido desarrollando estudios epidemiológicos que asocian el desarrollo del cáncer en los niños y adolescentes con factores de riesgo presentes en la etapa de gestación. A continuación se resume lo más importante.

## **Radlaciones Ionizantes**

Las radiaciones con fines diagnósticos (Rayos «X») que recibe el producto, en útero, incrementan el riesgo para desarrollar cáncer hasta en un 50%; entre ellos están las leucemias, tumores de cerebro, neuroblastomas, linfosarcomas y tumor de Wilms.

En estos casos el peligro del cáncer es directamente proporcional a la dosis de radiación recibida; el riesgo es mayor cuando la exposición ocurre en la fase embrionaria del desarrollo, en el primer trimestre del embarazo.

## **Hormonas**

Desde 1971, varios grupos de investigadores estudian la asociación de anomalías del tracto genital y cáncer (adenocarcinoma vaginal) en mujeres cuyas madres habían recibido hormonas «Dietil Etil Bestrol» antes de la 19a. semana de gestación de igual forma se incrementan los tumores de células germinales de testículos y de ovario. Otros factores de riesgo agregados son la obesidad de la madre y el antecedente de haber padecido náuseas y vómitos severos durante el embarazo, lo que indica niveles elevados de estrógenos.

Para los tumores de células germinales de ovario, el riesgo aumenta si la madre recibió hormonas exógenas, si es obesa y menor de 20 años. La hipótesis es que los cambios neoplásicos se inician en las células germinales en útero y no se manifiestan hasta después de la adolescencia, cuando ocurren las mutaciones.

## **Virus**

Existen estudios en animales que han demostrado la participación de los virus en la génesis del cáncer; un ejemplo son algunas leucemias agudas, donde el virus junto con la interacción de factores genéticos o ambientales desarrolla la enfermedad. El virus de Epstein Barr se encuentra relacionados con los linfomas malignos (linfoma de Burkitt). Algunas investigaciones asocian infecciones

maternas durante el embarazo y la incidencia de cáncer en los niños; un ejemplo son los casos de leucemia de madres con antecedentes de epidemia de influenza.

### **Genéticos**

En los cánceres de la adolescencia, las leucemias tienen un factor genético importante; la asociación de ciertas anomalías cromosómicas como el Síndrome de Down, en el cual el riesgo de padecer la neoplasia es quince veces mayor que en la población general. De igual forma hay mayor incidencia de leucemias en el Síndrome de Bloom, y la Anemia de Fanconi, trastornos cromosómicos transmitidos con carácter recesivo.

En los pacientes con leucemia linfoblástica aguda existen cariotipos anormales en las células leucémicas.

### **Substancias químicas y áreas magnéticas y eléctricas**

La exposición a sustancias químicas se asocia a casos de leucemias; un ejemplo de ellos es el benceno, identificado como carcinógeno en varios estudios ya comprobados.

El benceno se utiliza como combustible para motores, disolvente de grasas, aceites, pinturas y en el grabado fotográfico de impresiones.

Su utilización en la manufactura de detergentes, colorantes, betún para calzado y pegamentos hacen necesario normar su uso indiscriminado por los niños y adolescentes; la vía de entrada al organismo es por inhalación del vapor, complementada con absorción cutánea.

Los efectos nocivos iniciales que produce son irritaciones de ojos, de piel y vías respiratorias, cefalea, mareos, náuseas, vómitos y convulsiones.

Otras sustancias con efectos carcinógenos en los niños y jóvenes son la exposición a pesticidas usados comúnmente en la agricultura. Estos agentes pesticidas exponen a la mujer embarazada y durante la lactancia.

Los factores de alto riesgo para los tumores de cerebro en niños y adolescentes están relacionados con antecedentes de exposición a nitrosaminas en la madre, durante la gestación; los medios por los cuales se expone la madre y el producto son por la ingestión a través del hábito de fumar, del uso de maquillaje facial, de la administración de drogas como anti-histamínicos y la ingesta de alimentos industrializados preservados con nitritos.

Un efecto protectora de los cánceres de cerebro es la ingesta de Vitamina C en la madre, durante la gestación; este efecto ha sido demostrado en investigaciones con animales.

Otros estudios señalan la importancia de la exposición en áreas magnéticas y eléctricas durante la gestación, antes de la concepción y durante la edad temprana. Los cánceres observados para éstos riesgos son las leucemias, los linfomas y los cánceres del sistema nervioso central, en los cuales se presentan de dos a tres veces mas en niños y jóvenes que viven en casas situadas en zonas de altas corrientes (cerca de 20 kv) con concentración de cables de alta tensión.

### **El efecto del hábito del tabaquismo en los padres**

Estudios bioquímicos han demostrado el alto potencial carcinogénico que tiene el tabaco durante la gestación; si la madre fuma más de diez cigarrillos al día durante el embarazo se incrementa el riesgo para los cánceres en los niños y adolescentes, especialmente leucemias linfoblásticas, tumores de huesos y sistema nervioso central.

Como conclusión podemos afirmar que la exposición de carcinógenos al feto incrementa considerablemente la susceptibilidad para desarrollar cáncer en los niños y en los adolescentes; el riesgo es mayor al coincidir otros factores como son los desequilibrios hormonales, los factores genéticos y las infecciones virales.

### **Lesiones premalignas y cáncer cérvico uterino**

En el sexo femenino es de suma importancia considerar que es precisamente en la etapa de la adolescencia cuando frecuentemente se inicia la historia natural del cáncer cérvico uterino, al coincidir con factores de riesgo conocidos para este mal.

Las relaciones sexuales iniciadas antes de los 20 años de edad, la multiparidad (más de 4 embarazos), la promiscuidad (tener más de un compañero sexual) y las infecciones ginecológicas crónicas, especialmente las causadas por el papiloma virus, y el tabaquismo son factores de riesgo para el cáncer del cuello de la matriz. Este cáncer se inicia con las lesiones denominadas «displasias», las cuales pueden pasar totalmente inadvertidas y no presentar ninguna sintomatología; su diagnóstico se realiza mediante el estudio citológico de papanicolaou. Este mismo estudio nos informa la existencia de infecciones ginecológicas y procesos inflamatorios importantes en la génesis del cáncer.

Consideramos indispensable que la «adolescente» conozca los factores de riesgo y valore las consecuencias del inicio de la vida sexual prematura, y al importancia de la higiene genital de ella, tanto como la de su pareja.

**Cuadro No. 1**

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR CANCER EN LA ADOLESCENCIA SEGUN SEXO**

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

<b>MASCULINO</b>	<b>Núm. de Defunc.</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>Núm. de Defunc.</b>
LEUCEMIAS Y LINFOMAS	354	LEUCEMIAS Y LINFOMAS	237
ENCEFALO	44	ENCEFALO	35
TESTICULO - HIGADO	19	OVARIO Y OTRAS PARTES DEL OVARIO	19
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	16	TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	7
HUESOS Y ARTICULACIONES	15	HUESOS Y ARTICULACIONES	6
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>612</b>		<b>456</b>

Fuente: S.P.P.  
Subdirección de Prevención y Control del Cáncer. Dirección General de Medicina Preventiva. Secretaría de Salud

**Cuadro No. 2**

**TRES PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE CASOS DE CANCER EN LA ADOLESCENCIA**

**REGISTRO NACIONAL DEL CANCER  
1987**

<b>MASCULINO</b>	<b>Núm. de Casos</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>Núm. de Casos</b>
LINFOMAS	68	LEUCEMIAS	45
LEUCEMIAS	64	OVARIO	40
HUESOS Y ARTICULACIONES	46	LINFOMAS	37
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>285</b>		<b>245</b>

FUENTE: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

*Dra. Gloria Ornelas Hall  
Dra. Virginia Alcántara Rodríguez*

Ante el grave problema que plantea el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), padecimiento mortal por necesidad, los adolescentes no pueden ni deben quedar excluidos de los Programas Preventivos y de Orientación sobre SIDA, ya que este padecimiento nuevo de transmisión sexual, sanguíneo y perinatal, se ha presentado en jóvenes. De los 8,720 casos de SIDA notificados a la Dirección General de Epidemiología hasta octubre de 1991, en el 13.5% el padecimiento se presentó en jóvenes de entre los 15 y 24 años de edad. Preocupa, que siendo el período de incubación de esta enfermedad de entre 1 y 8 ó 9 años, estos jóvenes probablemente se infectaron por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante la adolescencia o la niñez.

### **Mayormente son los jóvenes los que se infectan de SIDA**

Mientras que se ha logrado incidir en el número de infecciones por transmisión sanguínea, habiéndose modificado los Artículo de la Ley General de Salud, que hacen obligatoria la detección del VIH, en toda transfusión y prohibitiva la compra-venta de sangre, no se ha podido reducir el riesgo de transmisión sexual más que por la educación y si es grave la falta de educación sexual entre adultos, es doble la ausencia de esta durante la adolescencia: ya sea en los textos de educación escolar, o por parte de sus padres que muchas veces, ante su ignorancia, refuerzan una aparente indiferencia aunada a desinformación o ausencia total de información.

La sociedad a través del matrimonio provee una fuente de salida a la sexualidad, en parte porque reconoce la necesidad sexual del

adulto pero falla en reconocer que los adolescentes de uno y otro sexo poseen sexualmente mayor potencial y capacidad y con frecuencia son más activos que sus padres (Kinsey, 1948). Esta consideración debe tomarse en cuenta, ya que no sólo tiene que enfrentarse con tratar de ejercer control sobre una energía que por naturaleza busca satisfacción, sino que además se enfrenta en la actualidad a una nueva situación de conflicto que desconocieron anteriormente jóvenes de su misma edad, es decir, el peligro del contacto de SIDA al tener relaciones sexuales.

Ha sido usual en nuestra sociedad «iniciar» al varón adolescente en la vida sexual llevándolo a un prostíbulo ya sea por un amigo o por un familiar. Podría suponerse que la aparición del SIDA ha establecido cambios sobre esta costumbre.

Sería importante cuestionar e investigar qué caminos toma el adolescente entonces para iniciar su sexualidad. Es posible que la masturbación tenga un papel más activo en la vida del joven y que este se acomode a una relación de noviazgo que no va más allá de besos y caricias amorosas. Otro camino que podría tomar el adolescente sería el tener relaciones íntimas con compañeras de escuela o el acudir a los prostíbulos a pesar del peligro que esto representa. En sus relaciones íntimas, ¿utilizará condón? ¿Piensa que él es inmune a la enfermedad? o por el contrario el temor a enfermarse provoca que «cancele» su sexualidad y ¿qué hace entonces con ella?

Antiguamente la mayoría de las muchachas llegaban vírgenes al matrimonio; sin embargo, en la actualidad es más frecuente tener relaciones sexuales durante la adolescencia, existiendo ahora una doble preocupación, no sólo evitar el riesgo del embarazo, sino buscar también el camino de impedir un posible contagio de esta enfermedad mortal.

Desde los años 70 se desarrolló una «nueva moralidad sexual» que ha perdurado dando por resultado mayor franqueza y honestidad sobre la sexualidad. En este enfoque es notable una tendencia

creciente a considerar el comportamiento sexual como un asunto meramente particular de la persona o personas involucradas; es así como el adolescente se ha ido desarrollando en una sociedad que acepta como adecuado que cada quien establezca un código moral propio.

En general, la sociedad moderna occidental piensa que el joven debe ser libre de elegir su propio modelo de desarrollo personal, privándolo probablemente de la guía y asistencia que se brinda en las sociedades tradicionalistas, donde el comportamiento de la juventud está regulado por un código definido. En consecuencia, se origina una contradicción en los criterios para determinar cuales son los derechos y responsabilidades de éste, dando como resultado una inestabilidad que ha fomentado en el joven la creación de sus propias formas sociales y patrones experimentales.

Si el adolescente satisface sus necesidades sin las precauciones que los estudiosos del tema han señalado como necesarias para evitar el contagio, la culpa o la vergüenza pueden llevarlo a negar el peligro, lo cual aumentaría el riesgo de adquirir la enfermedad.

Si tiene conciencia del peligro que el trastorno representa, tomará las debidas precauciones durante el acto sexual o desarrollará temor y ansiedad que lo disuadan de la práctica sexual.

Las necesidades internas del adolescente chocan con la realidad externa actual en donde existe el miedo a contraer una enfermedad mortal. A pesar de la libertad sexual que los jóvenes han conquistado, la que provocó que durante las últimas décadas se pueda manejar el tema con mayor franqueza y honestidad a partir de la aparición del SIDA esta libertad se ve contrariada. Esta situación llevará al adolescente a adoptar distintas actitudes sobre su sexualidad, las que crearán conflictos que atañen al campo de la Psicología.

Hoy en día el adolescente es blanco de gran cantidad de información sexual muy estimulante, lo cual aunado a la mayor libertad ya señalada, lo incita y promueve en la búsqueda de relaciones sexuales.

A raíz del peligro que esto implica, en diferentes investigaciones realizadas con adolescentes en Estados Unidos de Norteamérica y en Canadá, sobre el conocimiento que ambas poblaciones poseen acerca del SIDA y su patrón de comportamiento en las relaciones sexuales, se observó que el adolescente aun no ha tomado las precauciones convenientes para evitar un posible contagio.

Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) desarrollados por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) demuestran resultados similares, a pesar de conocer cuales son las vías de transmisión del SIDA en México.

En efecto un 90% de los encuestados, que conocen qué es y cuales son las vías de transmisión del SIDA, menos de un 35% ha tomado iniciativas de modificar sus prácticas de riesgo.

## BIBLIOGRAFIA

1. P. Robinson, P. Skeen and L. Walters, «The AIDS Epidemic Hits Home», *Psychology Today*, Vol. 21, No. 4 (April 1987), p. 48-52
2. M. Ishii-Kunts. «Acquired Immune Deficiency Syndrome and Sexual Behavior Changes in a College Student Sample», *Sociology and Social Research*, Vol. 73, No. 1 (October, 1988), pp. 13-18
3. Royse, Dhooper and Russell Hatch, «Undergraduate and Graduate Students' Attitudes Towards AIDS», *Psychological Reports*, 60, (1987), pp. 1185-1186.
4. DiClemente, Boyer and Morales, «Minorities and AIDS: Knowledge, Attitudes, and Misconceptions among Black and Latino Adolescents», *Public Health Briefs*, Vol. 78, No. 1 (January, 1988), pp. 55-58
5. DiClemente, Boyer and Mills, «Prevention of AIDS among Adolescents: Strategies for the Development of Comprehensive Risk-Reduction Health Education Programs», *Health Education Research*, Vol. 2, No. 3, (1987), pp. 287-291.
6. DiClemente, Zorn and Tomoshok, «Adolescents and AIDS: A Survey of Knowledge, Attitudes and Beliefs about AIDS in San Francisco», *Public Health Briefs*, Vol. 76, No. 12, (December, 1986), pp. 1443-1445.
7. Kelly Toughill, «AIDS Survey Aims to Target Education Where its Needed», *Toronto Star*, December 13, 1988, p. 2.

8. Terry Murray, «Canadian Children Sexually Active but Deprives of Explicit Life Saving AIDS Talk», The Medical Post, December 29, 1988, p. 9.
9. Anon. «Teens are Ignoring Safe Sex Measures», The Toronto Star, December, 31, 1988, p.15.

## VIOLACION

*Dra. Sara Elena Izazola  
Dra. Patricia Mar Velasco*

El fenómeno de la violación, al igual que el de la mujer golpeada abarca diversos rangos de edad; sin embargo, es un problema que se suele presentar con mayor incidencia entre la mujer joven, es decir, la menor de edad.

En torno a la violación existe aún una serie de mitos. En general, no sólo se piensa que es ella quien permite el desarrollo de la violencia, sino quien la promueve. Ella se porta mal con el marido y por eso es golpeada o ella se viste provocativamente y anda por la calle a altas horas de la noche y por ello es violada. Este último argumento cae por su propio peso al observar los datos anteriores: la mujer es víctima de violación en un gran porcentaje de los casos al interior de la casa por miembros de la familia. La edad de la gran mayoría de estas víctimas no corresponde precisamente a aquella que se nos presenta como buscadora de violencia: mujer exuberante mostrando sus encantos para incitar el irrefrenable deseo masculino. Ella es, en más del 50% de los casos, menor de edad.

### **1.- Sobre el contexto criminógeno en los medios masivos en torno a la violación.**

Quizás como en pocos otros hechos, existe una serie de estereotipos, que lo encubren en el velo de lo desconocido. Aún cuando poco se sabe sobre el tema, todos se consideran expertos. Basta recordar la gran cantidad de chistes al respecto, en los que se asegura que la mujer no sólo desea y busca ser violada, sino que lo disfruta.

En relación a esto, la Red contra la Violencia hacia las mujeres realizó un análisis de contenido de algunas historietas que abordan el tema de la violación. (Sánchez Ruiz Ma. del Carmen, en: Foro de Consulta Popular. 1989, 225-230).

De las 16 revistas analizadas sólo dos presentan (y solo en parte) una perspectiva más cercana a la realidad: la víctima se deprime, el sujeto va a dar a la cárcel.

Seis de las 16 revistas presentan la situación sólo parcialmente acorde a la realidad; sin embargo, hacen uso de estereotipos como que el violador es un psicópata (que en la realidad sólo representa el 10% de la totalidad de los violadores). En un caso se presenta al violador como un hombre serio, honrado y muy preocupado por las locuras de la adolescente a la que después viola. (op. cit. p. 226P). En realidad, se asegura, él es inocente.

En todas las revistas «la mujer exhibe provocativamente sus senos y piernas, las minifaldas que usan son tan cortas que muestran parte de sus glúteos y de su ropa interior» (op. cit. p. 226).

Finalmente, ocho de las 16 revistas muestran de tal manera los hechos que parece que lo que desean es incitar a la violación. En estas revistas se muestran desnudos femeninos en tal forma, que parece que la estuvieron disfrutando. La descripción del acto de la violación se hace con lujo de detalles.

Otras dos situaciones presentadas ajenas a la realidad son las de la violación de la hija por el padre. En este caso la hija le coquetea, lo provoca y disfruta la violación. En el otro caso quien violaba era la mujer. Ella satisfacía sus deseos sexuales sin dejar actuar a los hombres libremente.

La coherencia en el discurso de estas historias en las que la mujer provoca y disfruta la violación, despierta la sospecha de que existe el deseo consciente de justificar la violencia contra la mujer, estigmatizando a la víctima (que puede ser cualquier mujer); ella es una provocadora. Hay un agregado informativo: ella lo disfruta y existen

asimismo las violadoras de hombres; con ello se minimiza el problema al pretender que no es privativo de las mujeres.

Es pertinente hacerse pues la pregunta ¿se está frente a actos delictivos de carácter sexual? o, ¿se trata de algo más que esto?

De acuerdo al análisis de una muestra de mujeres y hombres que hicieron una denuncia de violación ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, es posible asegurar que las historias anteriormente descritas no tienen absolutamente nada que ver con la realidad.

## **2.- La victimización al interior de la familia.**

Los parientes que agreden generalmente hacen uso de la violencia psíquica: amenazan a sus víctimas con hacerles daño a ellas o a algún miembro de la familia, en caso de que no accedan a sus pretensiones o los denuncien. Muchas veces se aprovechan del ambiente de tensión y angustia que surge por su carácter violento y por su posición de autoridad. Las víctimas, temiendo que el agresor cumpla con sus amenazas, no se atreve a comentar a alguien lo que sucede y generalmente, después de algún tiempo, un miembro de la familia, casi siempre la madre, descubre un comportamiento extraño en su hija. Indaga y al enterarse de los hechos, hace la denuncia.

Una joven violada por un primo señaló que la había amenazado; si decía algo a alguien, «iba a matar a sus padres». La víctima de un padrastro que aprovechando la ausencia de la madre violó a su hijastra, la amenazó diciéndole que «si decía algo de esto mataría a sus hermanos».

En general, se puede decir que, efectivamente los parientes hacen uso de su posición de autoridad para imponer una conducta. Y no sólo eso, ellos también abusan de la confianza que tanto la víctima como la familia tienen en ellos, pues en general se tiene la certeza de que el peligro está en la calle, no en la casa.

El asalto también es otra forma de atacar a la mujer menor: por la noche, cuando duerme. Esta es una forma de ataque que deja a la persona totalmente inerte y a expensas del agresor.

### **3.- Los asaltos en la calle.**

Los asaltos en la vía pública a mano armada por oscuras calles, no parecen ser los más comunes, como suele creerse. En general, las violaciones precedidas por un asalto a mano armada han sucedido a plena luz del día. Así por ejemplo, una joven de 17 años fue amenazada con una navaja, al momento que se dirigía al mercado y fue obligada a subir a un coche. Otra menor de 14 años fue atacada a las 10 de la mañana cuando se dirigía a la escuela; primero fue despojada de sus pertenencias y luego obligada a caminar junto a él, como si fueran amigos, a una casa en construcción donde fue violada.

Es común que además de violación y amenazas contra la vida, la víctima tenga que soportar golpes e insultos, como lo reportó una joven de 20 años asaltada en la calle a las 9 de la noche. Un individuo en un coche negro grande la amenazó con una pistola y la obligó a subir al auto; debido a que opuso resistencia, «me dio un golpe en la cabeza y me decía muchas groserías: perra, imbécil, idiota, déjate, no te muevas, no sé cuanto».

En caso de que la víctima llore e implore o ponga resistencia, las actitudes del agresor son impredecibles. En cualquier caso puede ser que el individuo se torne más agresivo y lastime e insulte aún más a la joven.

Lo que sí es definitivo, según lo indicaron los casos estudiados, es que cuando una joven es asaltada y violada, más que del hecho sexual en sí, se trata del ejercicio de violencia sobre otra persona a la que se le coloca en una posición subordinada, de desventaja y a partir de ello se ejerce violencia física, verbal y moral.

En este contexto, es posible asegurar que la violación es el puro ejercicio de poder a través de la sexualidad sobre una persona colocada en una posición de inferioridad: porque va sola y está desarmada, porque no espera el ataque, porque va a pie -y el agresor en auto- porque es muy joven, porque tiene menos fuerza física, etc.

#### **4.- Las víctimas por «convencimiento».**

La violación no siempre se lleva a cabo por medio de la violencia y amenazas con armas. También se usan métodos persuasivos más sutiles como el ofrecimiento de trabajo, de amistad, de comprensión.

Una joven estudiante de 17 años refirió que al pasar por un período difícil en su vida,, un maestro le ofreció apoyo y orientación en la vida, en el sexo, ayudarla a superar sus traumas, de esa manera la presionó a tener relaciones con él.

Otra joven es chantajeada por el profesor hasta que accede a sus exigencias. El le decía que era «una naca, que los principios morales y sociales no la dejaban ser ella misma que sabía que ella quería tener relaciones con él, pues las actitudes de su cuerpo la delataban».

Parece ser que una posición de autoridad sobre los jóvenes ejerce tal influencia que se le concede al violador la capacidad de decidir qué es lo que ellas quieren. La mayor edad, mayor experiencia, pero, sobre todo, la posición de autoridad es lo que posibilita, a este tipo de agresor, a obtener eso que desean de sus víctimas. Cuando ellas se niegan, la comprensión se convierte en amenazas tales como «tu rechazo se notará en las calificaciones o incluso en la expulsión de la escuela».

Ofrecimiento de trabajo fue el gancho para llevar a la joven al lugar donde ella se encuentra en total indefensión. Una joven de 18 años al salir de su trabajo, fue abordada por una persona que le ofreció trabajo en una agencia de publicidad, donde tendría facilidades para estudiar. Ella aceptó acompañarlo y al entrar a la «agencia» y darse

cuenta de la realidad, era demasiado tarde: la golpeó en la cara cuando ella quiso irse. Con un cuchillo la amenazó y la obligó a desvestirse para violarla.

Los compañeros de trabajo que galantemente se ofrecen a llevar a la colega a su casa, por el camino se convierten en violadores, como le ocurrió a una mujer, quien se quedó dormida y al despertar se encontró en un hotel con los dos compañeros.

Lo que tienen en común estos casos, es la confianza depositada en la otra persona: el amigo o conocido es considerado «correcto», «maduro», «decente». Ello hace que la mujer le conceda demasiada confianza y que por ello se coloque en una posición de debilidad ante el otro; al no dudar de la buena voluntad se accede a situaciones que conllevan el peligro, pero, ¿cómo adivinar que el caballero se convertirá en violador? La presencia del factor sorpresa, así como la violencia, hacen que la víctima, con tal de no sufrir mayores daños, acceda a las exigencias de los agresores; situación que a simple vista podrá parecer absurda.

Es necesario señalar que la violencia sexual hacia la mujer menor de edad tiene una gran importancia debido a que con frecuencia es la primera experiencia de índole sexual. Este tipo de "iniciación" en plena etapa de madurez sexual, marca la salud psíquica de la víctima; las denuncias de mujeres que años después de lo ocurrido se atreven a hablarlo, así como la experiencia de los diversos centros de apoyo psicológico a víctimas de violación, lo demuestra ampliamente. De ahí que el reconocimiento de esta problemática implica necesariamente dos vertientes de acción: la atención inmediata y la prevención.

Hay muchos factores que propician la violencia sexual hacia las mujeres, pero sin duda el más importante es su posición subordinada (encubierta en una pseudodebilidad) en esta sociedad. De ahí que resulte necesario el reconocimiento de esta situación de desventaja estructural, como primer paso para buscar solución al problema.

## MINUSVALIA

*Dra. Sadot de la Cruz Vera*  
*Dra. Cecilia Castro Nieto*

La adolescencia es una etapa en la que se dan cambios físicos, psicológicos y sociales de manera rápida. La forma en que se vive la adolescencia difiere según las culturas y los medios sociales, cuyas exigencias para individuos de uno u otro sexo también son diferentes. Se trata de un período de adaptación en el que se espera que el joven logre independizarse de sus padres, establezca nuevas relaciones sociales, sea capaz de convivir con compañeros de ambos sexos, se adapte a la madurez sexual, desarrolle un concepto acerca del mundo, adquiera un conjunto de creencias y patrones morales y posea un sentido de identidad. La sociedad presiona al adolescente para que defina sus objetivos educativos y exprese su vocación (4).

La adolescente minusválida enfrenta varios problemas que están en relación a la etapa en que se encuentra, a su condición de mujer y a las características de la propia secuela invalidante. Debe además encarar la actitud que otras personas asumen ante su presencia. La búsqueda de identidad personal se ve interferida por la secuela invalidante en la medida en que ésta limita su independencia o condiciona su conducta (5).

Cuando una secuela está presente desde el momento del nacimiento o es adquirida durante los primeros años de vida se integra a la imagen corporal. Cuando el problema se adquiere durante la adolescencia genera cambios psicológicos importantes. En ambos casos la adolescente minusválida puede percibirse asimismo como «algo especial» delicada, frágil, necesitada de protección; con sentimientos de ineptitud e inadecuación y de tener derecho a todo (6).

El impacto de un defecto físico menor, moderado o grave, se puede valorar de acuerdo al grado de incapacidad emocional y a los aspectos compensatorios que produce.

Los defectos menores como una escoliosis mínima no incapacitan al individuo para la realización de sus tareas cotidianas, pero pueden constituir un recipiente donde se viertan los problemas percibidos, reales o imaginarios, atribuyéndole la causa de dichos problemas. Los defectos moderados como la carencia de una extremidad permiten a la adolescente ser capaz de delimitar cuales dificultades se deben a la incapacidad y cuáles no. Cuando la secuela es grave como por ejemplo una cuadriplejía, la adolescente puede centrar su vida en la invalidez.

Las consecuencias psicológicas de una secuela invalidante depende de diversos factores entre los que se encuentran: (6)

- momento en el que se adquiere
- grado y localización
- efecto que causa sobre el estado general
- alteración de la apariencia física
- personalidad previa
- pérdidas anteriores
- forma de evolución

La forma de percibir la invalidez durante la infancia difiere de la percepción que se tiene en la adolescencia. Una niña con deformidad física puede considerar este problema como algo «normal» ya que es la única realidad que conoce, pero a medida que pasa el tiempo la comparación con otras personas la confronta con su realidad. A pesar de que se considere que la niña minusválida ha aceptado la secuela y se ha adaptado a ella, durante la adolescencia se puede presentar un período de crisis que requiere de apoyo para ser superado. (6)

Los adolescentes con invalidez adquirida durante esta etapa de la vida, atraviesan por fases normales de adaptación; según Krueger estas fases se pueden conceptualizar como:

**Choque.**

Incapacidad para comprender la magnitud o gravedad de los hechos y sus consecuencias.

**Negación.**

No aceptación del problema. Existe la idea de que la recuperación será rápida y completa, lo que permite que la minusválida no se sienta abrumada.

**Reacción depresiva.**

Se manifiestan cuando existe reconocimiento del daño irreparable, en este momento hay duelo y depresión. Cuando esta respuesta normal no se presenta constituye un signo de alarma que indica que no se ha reconocido emocionalmente el problema.

**Reacción contra la Independencia.**

Cuando el adolescente concluye su programa terapéutico experimenta temor a enfrentar sola su incapacidad pudiendo interferir su progreso para poder permanecer más tiempo en el servicio de rehabilitación.

**Adaptación.**

En esta fase se ha aceptado la pérdida y los esfuerzos de la minusválida se dirigen a aceptarse a una nueva condición.

El orden en que se dan las etapas descritas difiere de una persona a otra, y en la misma persona una etapa puede presentarse más de una vez.

Las adolescentes minusválidas constituyen un grupo diferente al de otras personas inválidas y normales, ya que tienen necesidades particulares que los grupos de profesionales involucrados en el proceso de rehabilitación deben conocer y atender. (7)

Los cambios fisiológicos que normalmente se presentan en la pubertad pueden sufrir modificaciones en algunos procesos invalidantes, tal es el caso de las jóvenes con síndrome de Down en las que la menarca se adelanta un período aproximadamente de 11 meses, o de las jóvenes ciegas que inician este período a edades más tempranas que las adolescentes normales. (8,9) Por lo anterior, cuando los procesos invalidantes causan alteraciones en el desarrollo, la joven minusválida y sus padres deben de tener información completa al respecto. (10) Es necesario también proporcionar una educación sexual que permita a la adolescente minusválida una adecuada interacción social. Los padres o tutores de aquellas inválidas cuya deficiencia mental o deterioro de su capacidad intelectual no les permita ser responsables de su conducta, deben ser informados respecto a las medidas que hay que tomar para evitar el abuso sexual y el embarazo no deseado.

La adolescente minusválida tiene menos oportunidad de convivir con personas normales de su edad debido a barreras sociales y barreras arquitectónicas. La sobreprotección de los padres puede condicionar su aislamiento y falta de integración a los grupos de jóvenes.

Existen dificultades para que la joven minusválida encuentre pareja, debido al aislamiento a que hemos hecho referencia, a los prejuicios que tienen hacia ellas los varones normales, los problemas de comunicación como en los casos de jóvenes sordas y la ausencia de lenguaje corporal y claves sociales de las ciegas, que se convierten en obstáculos para su integración con miembros del sexo masculino. (11)

En lo referente a su educación las jóvenes minusválidas tienen desventajas respecto a la población normal y en relación a los

varones con el mismo tipo y grado de invalidez. Estas desventajas se dan tanto en lo referente al ingreso a escuelas de educación especial como a escuelas regulares. Las escuelas de educación especial de algunos países admiten más varones debido a que sus respectivos gobiernos otorgan mayor financiamiento para la atención de hombres que de mujeres. Otra de las causas de mayor ingreso de varones a educación especial es que la conducta más agresiva de los hombres hace más aparente el problema a padres y maestros quienes, al detectarlo, solicitan su ingreso a estas escuelas. Recordemos que la sociedad espera más de los miembros del sexo masculino, así que el bajo rendimiento escolar de una joven no llama tanto la atención como el de un varón. (7)

Los programas de las escuelas de educación especial guían a las niñas y adolescentes minusválidas para que asuman un papel femenino, la forma en que se les imparte la educación y los textos que se utilizan refuerzan los estereotipos sociales de las características femeninas y masculinas, orientando a las mujeres más hacia actividades de índole social que hacia actividades académicas. La orientación vocacional que se da en estas escuelas tiene las mismas características, los inventarios de aptitudes e intereses están divididos por sexo y contienen patrones tradicionales, para hombres y mujeres, que restringen la libertad de elección. (12)

La integración de adolescentes minusválidas a escuelas regulares presenta varios problemas. Uno de los primeros obstáculos es la actitud de la joven y sus padres quienes temen dejar la seguridad y ventajas que proporciona el ambiente protegido de las escuelas de educación especial donde los programas y el área física están adaptados a las necesidades de la inválida. Por otra parte, el personal directivo y docente de las escuelas regulares evita el ingreso de minusválidas bien por falta de información acerca de como deben de manejar a la joven o porque consideran que requiere de atención especial que no están dispuestos a proporcionar. (7)

Con frecuencia se ha observado que los compañeros de clase rechazan a las minusválidas cuando no cuentan con la información

previa recomendable. La adaptación de la joven a los sistemas educativos regulares requiere un gran esfuerzo, para superar las limitaciones de la escuela que repercute en su aprendizaje, como en el caso de jóvenes ciegas, que no pueden tomar nota de lo que está escrito en el pizarrón o de las jóvenes con problemas auditivos que no pueden registrar la información que el maestro proporciona verbalmente. (7)

En ocasiones la naturaleza de la escuela dificulta la continuidad de los estudios. Una joven minusválida puede perder un año escolar cuando es sometida a cirugía ya que se ausenta de la escuela cuando se le realizan exámenes preoperatorios, durante la fase de hospitalización y la fase de convalecencia.

Los problemas a los que nos hemos referido se presentan también durante la etapa de estudios a nivel profesional. La joven minusválida tiene dificultades para su ingreso, socialización y adaptación a los programas de estudio y las características arquitectónicas de estas instituciones. Tiene que dedicar más tiempo a sus estudios e invierte más años de su vida en su preparación. A su egreso, el panorama laboral también le es desfavorable. (7)

Para lograr la integración de las adolescentes minusválidas a escuelas regulares es necesario sensibilizar al personal directivo y docente así como a los compañeros de clase, realizar cambios en los programas de estudio que eviten el manejo del estereotipo femenino, modificar la estructura arquitectónica de las escuelas y procurar medios de transporte adecuados.

Para las adolescentes minusválidas puede resultar estimulante el mantener comunicación con mujeres minusválidas adultas que hayan logrado éxito en sus empresas, superando las limitaciones producidas por problemas invalidantes.

Nota: En relación con los números entre paréntesis, ver página 231.

## **IV. MUJER ADULTA**

### **ASPECTOS GENERALES**

*Dra. Zoila Xibillé Quintero*

A través del tiempo nos hemos dado cuenta que el papel de la mujer en la vida cotidiana va ganando importancia, ya que no solo está en el hogar sino que, al integrarse al medio productivo, amplía su horizonte y se convierte en un factor importante en su desarrollo, en el de su familia y el de su comunidad.

Si bien es conocido que la educación determina en gran medida las posibilidades laborales y la forma de acceder al mercado de trabajo. Esto todavía está establecido por la cultura, así como el mantenimiento de las funciones por sexo, lo que apoya y refuerza las restricciones al desarrollo femenino, debido a la reproducción de patrones relacionados con la desigualdad entre el hombre y la mujer, aunque se ha ido modificando a medida que la mujer se incorpora al trabajo asalariado; por lo que es necesario reformar, dentro de la organización del sistema social, la situación de la mujer para evitar que sea perpetuada la condición del doble desgaste laboral.

Como sucede en el campo en el que la mujer, debido a su poca preparación, se encuentra relegada a posiciones poco calificadas y por consiguiente realiza los trabajos menos remunerados.

Es importante señalar que la mujer nunca ha dejado de colaborar en el proceso de desarrollo de nuestro país, aunque la participación no ha sido notoria debido a que los indicadores para la medición de actividades económicas no son lo suficientemente precisos, lo que se refleja en la información referente a la posición laboral.

Así como la mujer adulta, considerada de los 22 a los 44 años, se encuentra en edad fértil, es en esta etapa en la que llevan a cabo eventos importantes, tres de los cuales están dentro de su vida reproductiva, como son el embarazo, el parto y el puerperio, ya que un gran porcentaje de mujeres se encuentran viviendo con su pareja, de lo cual se deriva una serie de actividades que repercuten en su vida emocional y en su nivel de salud.

Actualmente la mujer adulta, en su hacer laboral tiene que conciliar actividades dentro y fuera del hogar, por lo cual es muy importante que la mujer realice actividades preventivas para proteger su salud tanto física como mental, lo cual va a redundar en la salud familiar; esto incluirá también la satisfacción sexual, por lo que es importante que tenga la información suficiente al respecto, pero no solamente del manejo de su sexualidad, sino del conocimiento, lo cual no es frecuente que se maneje en los diversos estudios o libros que hay actualmente, ya que tiene poco tiempo que ésta área ha sido tomada en cuenta.

Es por eso que se ha buscado la forma de hacer llegar a la mujer la información más adecuada sobre temas tan importantes de como conocer el comportamiento de su cuerpo que se encuentra en la mejor edad de reproducción y con la madurez para la formación de la familia; que su vida sexual empiece en edad adecuada para que el período de fecundidad sea manejado por ella misma, conozca las causas de morbilidad y mortalidad general femenina, las principales causas de mortalidad materna y esté en condiciones de evitarla, lo que se logra si se tiene el conocimiento necesario para prevenir el cáncer, principalmente el cáncer cérvico uterino y mamario, el saber que un examen sencillo y a tiempo salvará su vida sobre todo en esta edad y aprender a hacerse por sí mismas su examen de mamas.

Es importante conocer cómo atenderse y cómo vigilar su embarazo, la atención del parto y cómo cuidarse durante el puerperio, saber la importancia del por qué no se debe embarazar la mujer sin darse un período de descanso, cómo y por qué debe conocer todos los métodos anticonceptivos que existen para buscar la mejor opción.

Sobre SIDA, conocer y saber como prevenirlo, comentar con la pareja; ya que las estadísticas sobre la mujer infectada van aumentando, sobre todo en el ama de casa, debido no sólo a su ignorancia, sino negarse el riesgo que conlleva.

Para lograr un equilibrio sobre nutrición y alimentación, la mujer debe saber cómo y con qué alimentar mejor a la familia, lo que redundará en el mejor desarrollo físico y mental.

Que esté informada la mujer a donde acudir si sufre algún maltrato, que no está sola, que está apoyada, no en competencia y es así como se ha ido mejorando la posición de la mujer.

Y sobre todo la importancia de conocer los riesgos de salud ocupacional que una mujer puede tener, sobre todo durante el tiempo de gestación, ya que el producto puede sufrir alteraciones, así como en la salud de la madre.

Sabemos que la mujer indígena, por las condiciones que a través del tiempo ha estado sufriendo, como es una mala alimentación, educación mínima o nula, tabúes religiosos y que la mujer no es considerada muchas veces en la comunidad, sufre la problemática sobre todo en adaptarse a un cambio de costumbres, que le son ajenas a su modo de vida.

En cuanto a las mujeres minusválidas, que han estado luchando para que se les tome en cuenta buscando apoyos, que se les considere y tengan opciones de trabajo, reconociendo que son capaces de valerse por sí mismas.

Todos estos temas serán descritos por especialistas en la materia para que la mujer adulta esté en óptimas condiciones para una mejor vivencia y un buen estado de salud que repercutirá en su familia, ya que es la edad en que la mujer se encuentra en mejores condiciones para educar a los hijos, equilibrar la relación con su pareja, cuando alcanza el éxito en su trabajo y se define sobre las acciones que la llevarán a la tercera edad en las mejores condiciones de salud y emocionales de autoestima, considerando así la importancia de tener los conocimientos necesarios para que esta etapa de su vida sea plena para lograr el equilibrio que se espera de la mujer adulta.

## EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

*Dra. Clementina Espínola Zetina*

Aunque el embarazo es un proceso fisiológico normal, es responsable de una gran variedad y complejidad de cambios tanto funcionales como anatómicos. El objetivo de los cuidados prenatales es asegurarse de que todo embarazo culmine en un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre. Una buena asistencia prenatal es imprescindible para conseguir el objetivo antes citado.

En nuestro país es un hecho indiscutible que la población es predominantemente joven y que el 44.6% de las mujeres se encuentra en edad reproductiva. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Fertilidad y Salud realizada en 1987, el 29.9% de las mujeres embarazadas se encontraban entre los 15 y 19 años, el 13% de las mismas correspondía a zonas rurales y el 10.8% carecía de escolaridad. La repercusión que esto tiene en el contexto de salud materno fetal es impactante, pues graves complicaciones surgen en proporción directa a la mujer embarazada, entre ellas la hipertensión inducida por el embarazo, la cual constituye la segunda causa de muerte materna en México. (Cuadro 1).

La asistencia sanitaria sistemática, iniciada mucho antes del embarazo aporta, sin lugar a dudas, grandes beneficios para la salud física y emocional de la futura madre y a su vez del niño que va a nacer. Por consiguiente lo ideal sería que la asistencia prenatal fuera la continuación de un régimen ya establecido de asistencia sanitaria para la mujer, supervisado por el médico. Como consecuencia de un programa de este tipo, la mayor parte de las enfermedades adquiridas y de las anomalías del desarrollo serían reconocidas antes del embarazo y se tomarían las medidas necesarias para erradicarlas o, al menos, minimizar sus efectos.

La madre debe ser atendida en la etapa más temprana posible del embarazo y, a partir de entonces, a intervalos regulares. Sin embargo, las posibilidades de que las mujeres reciban atención prenatal oportuna y eficaz depende, en buena parte, de los recursos humanos y materiales disponibles así como de su distribución. De acuerdo a los últimos datos reportados por el S.E.I.B., el 79.3% de las pacientes que asistieron a control prenatal se encontraban en el segundo y tercer trimestre de gestación, lo que ejemplifica el control tardío del embarazo en el reducido grupo de pacientes que asisten a dicho control prenatal. (Cuadro 2).

En México contamos con el Sistema Nacional de Salud el cual, no obstante su constante crecimiento y desarrollo, es insuficiente para satisfacer las demandas de una población joven cada vez más numerosa. En el Cuadro 2 bis se muestra el número de partos y abortos atendidos por las diferentes Instituciones del Sector Salud de 1986 a 1988.

Durante el período 1980-1989 la atención del embarazo y del parto en las Unidades de la Secretaría Salud se incrementó notablemente. En el caso de las embarazadas la captación se incrementó en un 144%; el número de consultas a embarazadas aumentó en 145% sin embargo, el control prenatal proporcionado a las mujeres embarazadas sigue siendo inadecuado, ya que continúan recibiendo un promedio de 2.3 consultas por paciente, lo cual resulta verdaderamente insuficiente si tomamos en cuenta que el mínimo aceptado es de 5 consultas durante la gestación. (Cuadros 3 y 4).

De 1988 a 1989 el incremento de la atención del parto fue de 95%; sin embargo, es notorio que el número de partos atendidos es mucho menor que el de las embarazadas captadas (45%), lo que significa que muchas mujeres siguen teniendo partos domiciliarios atendidos en condiciones poco salubres. (Cuadros 3 y 5).

La estrategia de Extensión de Cobertura reporta aproximadamente 10,580 partos anuales atendidos a nivel comunitario, en donde

interviene en apoyo a estas acciones el programa de posadas de nacimiento (Cuadro 6). A nivel de las Instituciones de la Secretaría de Salud se observa el mismo problema ya que el número de pacientes embarazadas que asisten a control prenatal es mayor que el número de partos atendidos, y estos a su vez mayores que el número de puérperas que reciben atención médica (Cuadro 7).

Al comparar la productividad de los servicios de Salud de 1988 a 1989 se aprecia un incremento global. Sin embargo, este incremento no es uniforme en todos los Estados de la República, pues entidades como Aguascalientes, Baja California Sur, México y Querétaro presentan una disminución de las embarazadas captadas en relación a las cifras de 1988. Este mismo fenómeno se observa en relación al total de consultas de control prenatal (Cuadros 8 y 9).

En relación a los partos atendidos por entidad federativa en este mismo período (1988-1989), se encuentra un aumento muy discreto y en 9 entidades no solo no se incrementó, sino por el contrario, disminuyó (Cuadro 10).

Como se puede apreciar en los diferentes cuadros de información de la Secretaría de Salud la productividad de este servicio es realmente deficiente.

Ningún país, por avanzado que se encuentre, ha podido erradicar el aborto como problema de salud social. Con un cuestionario elaborado en coordinación con el Centro Latinoamericano de Demografía de la ONU, fueron entrevistadas 1753 mujeres, de 2000 familias seleccionadas para evaluar la frecuencia del aborto en el Distrito Federal. Se escogió una mujer de cada familia entre 16 y 44 años de edad. Aunque en ocasiones se recurrió al sorteo, se tuvo la precaución de elegir solo 1 de cada familia. De éstas, el 78.8% había tenido relaciones sexuales; las 3/4 partes, el 73.7% habían estado embarazadas; y una de cada tres, el 34.9% había tenido alguna vez un aborto.

Teniendo en cuenta que algunos autores fijan la incidencia de aborto de tipo fisiológico-natural o espontáneo, entre 9 y 11% nos encontraríamos con que en el Distrito Federal de cada tres abortos dos serían inducidos y uno espontáneo.\*

Por lo anterior podemos concluir que el aborto es un problema epidemiológico serio y que faltan estudios rigurosos para analizarlo.

A medida que el nivel de escolaridad de la mujer aumente, su capacidad para entender el fenómeno reproductivo y aceptar y/o demandar adecuada asistencia médica, será superior.

El control prenatal juega un papel muy importante en los resultados de las tasas de morbimortalidad tanto materna como perinatal, por lo tanto, la administración de este servicio exige un crecimiento adecuado de la infraestructura técnica y profesional de la Secretaría de Salud, que permita satisfacer las necesidades de un grupo poblacional cada vez más educado y demandante.

\*Fuente: El problema de aborto en México. Editorial Porrúa. 1980.

**Cuadro No. 1****MORTALIDAD MATERNA POR GRUPOS DE CAUSAS  
REPUBLICA MEXICANA  
1986**

CAUSAS	NUMERO	TASA *	%
OBSTETRICAS DIRECTAS	1,503	59.10	89.6
HEMORRAGIAS	415	16.32	24.7
TOXEMIA	330	12.98	19.7
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	150	5.90	8.9
LAS DEMAS	608	23.06	36.2
OBSTETRICAS INDIRECTAS	27	1.06	1.6
ABORTO	148	5.82	8.8
T O T A L	1,678	65.98	100.0

\* Por 100,000 N.V.R.

Fuente: D.G.E. - INEGI

**Cuadro No. 2**

**CONSULTAS A EMBARAZADAS POR TRIMESTRE GESTACIONAL  
(EXTENSION DE COBERTURA)  
FUERA DE LA UNIDAD  
PERIODO (0190-0690)**

	<b>1er TRIMESTRE</b>	<b>2do. TRIMESTRE</b>	<b>3er TRIMESTRE</b>	<b>TOTAL</b>
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	7,802	16,466	13,425	37,693

FUENTE: SEIB. Sistema Estatal de Información Básica Período 0190-0690

**Cuadro No. 2 Bis****PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD  
1986 - 1988**

	1986		1987		1988	
	PARTO	ABORTO	PARTO	ABORTO	PARTO	ABORTO
SSA	250,468	21,066	297,114	—	311,751	—
IMSS	685,046	65,958	706,568	66,473	715,245	65,235
ISSSTE	84,836	5,448	86,085	—	84,043	8,174
SDN	6,761	857	6,942	—	7,987	—
SM	2,565	350	2,865	367	3,114	389
PEMEX	11,515	1,477	12,476	2,436	11,390	1,844
DDF	20,866	—	23,007	2,706	23,695	3,490

Fuente: Datos del INEGI. Cuaderno No. 7 de la serie de cuadernos de información estadística, Sector Salud y Seguridad Social, realizado en colaboración con los Institutos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

**Cuadro No. 3**

**INCREMENTOS EN ACTIVIDADES DE LA ATENCION MATERNA  
REPUBLICA MEXICANA  
1988 - 1989**

CONCEPTO	1980	1989	% Incremento
EMBARAZADAS	289,803	706,897	144
CONSULTAS A EMBARAZADAS	655,739	1,607,622	145
PARTOS ATENDIDOS	163,629	319,815	95

Fuente: Estadística Mensual de Prestación de Servicios D.G.I.E. 1985-1989.

**Cuadro No. 4**

**EMBARAZADAS CAPTADAS, CONSULTAS A EMBARAZADAS Y  
CONCENTRACION. REPUBLICA MEXICANA  
1980 - 1989**

AÑO	EMBARAZADAS CAPTADAS	CONSULTAS A EMBARAZADAS	CONCENTRACION
1980	289,803	655,739	2.3
1981	295,271	690,411	2.3
1982	375,391	939,898	2.5
1983	414,091	1,028,186	2.5
1984	379,701	871,739	2.3
1985	421,713	961,775	2.3
1986	559,781	1,280,701	2.3
1987	580,878	1,333,880	2.3
1988	628,503	1,431,306	2.3
1989	706,897	1,607,622	2.3

Fuente: Estadística Mensual de Prestación de Servicios D.G.I.E. 1980-1989.

**Cuadro No. 5****PARTOS ATENDIDOS Y PORCENTAJE EN RELACION A LAS  
EMBARAZADAS CAPTADAS  
REPUBLICA MEXICANA  
1980 - 1989**

Año	Partos Total	% de atención en relación a las embarazadas captadas
1980	163,629	56
1981	160,658	54
1982	196,423	52
1983	218,465	53
1984	189,221	50
1985	207,167	49
1986	242,729	43
1987	286,463	49
1988	297,792	47
1989	319,815	45

Fuente: Estadística Mensual de Prestación de Servicios D.G.I.E. 1980-1989.

**Cuadro No. 6**

**ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO  
(ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA)  
MAIN21  
FUERA DE LA UNIDAD  
PERIODO (0190-0690)**

	PARTO SEGUN AGENTE		ESTADO DEL PRODUCTO		COBERTURA DE ATENCION	
	SERV. Y/O MEDICO	AUXILIAR	VIVO	MUERTO	PARTO (EN EL MES)	PUERPERIO (ACUMULADO)
Estados Unidos Mexicanos	902	4,588	5,467	169	2,306	17,430

FUENTE: SEIB. Sistema Estatal de información básica período 0190-0690

**Cuadro No. 7**

**COBERTURA DE ATENCION MATERNA  
MAINO2  
PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL  
PERIODO: 0190-0690**

**ATENCION DE PRIMERA VEZ**

	<b>EMBARAZADAS ATENCION</b>	<b>ABORTO ATENCION</b>	<b>PARTO ATENCION</b>	<b>PUERPERIO 1a VEZ Y SUBST. ATENCION</b>
<b>ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</b>	825,574	7,827	158,565	66,526

FUENTE: SEIB. Sistema Estatal de Información Básica período 0190-0690

**Cuadro No. 8****EMBARAZADAS CAPTADAS POR ENTIDAD FEDERATIVA  
1988-1989**

ENTIDAD FEDERATIVA	AÑO	
	1988	1989
Aguascalientes	8,371	7,389
Baja California	6,977	9,740
Baja California Sur	5,074	4,711
Campeche	3,560	4,198
Coahuila	12,171	14,245
Colima	5,835	6,694
Chiapas	11,840	13,570
Chihuahua	12,555	14,049
Distrito Federal	52,852	56,147
Durango	10,588	13,594
Guanajuato	32,455	35,336
Guerrero	27,968	33,860
Hidalgo	10,470	25,159
Jalisco	34,091	63,470
México	87,294	80,484
Michoacán	35,665	42,748
Morelos	13,115	15,058
Nayarit	7,933	8,342
Nuevo León	27,566	27,968
Oaxaca	20,500	25,388
Puebla	16,690	23,833
Querétaro	15,803	14,748
Quintana Roo	6,846	9,195
San Luis Potosí	13,223	15,655
Sinaloa	10,791	13,979
Sonora	16,160	16,684
Tabasco	31,177	35,405
Tamaulipas	14,543	15,127
Tlaxcala	15,207	16,463
Veracruz	28,526	31,539
Yucatán	10,296	14,700
Zacatecas	12,361	12,354
Estados Unidos Mexicanos	628,503	706,897

Fuente: SSA. Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Información y Estadística. Sistema Estatal de Información Básica, Subsistema Servicios, México, 1988-1989.

**Cuadro No. 9**

**CONSULTAS DE CONTROL DE EMBARAZADAS POR ENTIDAD  
FEDERATIVA  
1988-1989**

ENTIDAD FEDERATIVA	AÑO	
	1988	1989
Aguascalientes	17,594	15,202
Baja California	18,493	25,353
Baja California Sur	13,060	13,199
Campeche	7,452	7,933
Coahuila	32,729	40,416
Colima	13,663	15,150
Chiapas	23,116	25,160
Chihuahua	28,055	31,688
Distrito Federal	130,431	134,392
Durango	24,752	28,780
Guanajuato	66,237	74,317
Guerrero	50,372	62,827
Hidalgo	45,459	59,724
Jalisco	79,768	111,985
México	186,863	167,800
Michoacán	68,166	82,922
Morelos	31,709	34,579
Nayarit	18,269	18,340
Nuevo León	78,809	86,168
Oaxaca	41,938	49,927
Puebla	29,815	46,552
Querétaro	34,544	30,390
Quintana Roo	13,766	19,032
San Luis Potosí	33,425	40,081
Sinaloa	21,286	28,260
Sonora	48,228	45,270
Tabasco	74,329	93,158
Tamaulipas	31,949	31,176
Tlaxcala	34,767	38,118
Veracruz	69,566	75,183
Yucatán	33,969	45,242
Zacatecas	27,717	29,278
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>1,431,306</b>	<b>1,607,622</b>

Fuente: SSA. Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Información y Estadística. Sistema Estatal de Información Básica, Subsistema Servicios, México, 1988-1989.

Cuadro No. 10

**PARTOS ATENDIDOS POR ENTIDAD FEDERATIVA  
1988-1989**

ENTIDAD FEDERATIVA	AÑO	
	1988	1989
Aguascalientes	3,868	3,744
Baja California	5,029	6,204
Baja California Sur	3,162	3,016
Campeche	1,594	2,024
Coahuila	4,437	4,955
Colima	2,834	3,191
Chiapas	6,752	7,922
Chihuahua	4,793	5,438
Distrito Federal	19,517	20,374
Durango	7,898	8,607
Guanajuato	17,861	17,426
Guerrero	18,191	16,247
Hidalgo	10,099	10,886
Jalisco	21,645	22,628
México	33,676	35,141
Michoacán	16,164	15,543
Morelos	2,868	3,821
Nayarit	4,877	4,811
Nuevo León	11,333	11,233
Oaxaca	10,450	11,344
Puebla	10,815	12,851
Querétaro	9,819	9,195
Quintana Roo	2,670	3,537
San Luis Potosí	6,673	7,758
Sinaloa	3,241	3,512
Sonora	8,514	8,459
Tabasco	11,259	13,432
Tamaulipas	5,770	6,274
Tlaxcala	8,062	9,264
Veracruz	9,488	9,796
Yucatán	5,716	6,492
Zacatecas	8,717	8,929
Estados Unidos Mexicanos	297,792	319,815

Fuente: SSA. Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Información y Estadística. Sistema Estatal de Información Básica, Subsistema Servicios, México, 1988-1989.

## SEXUALIDAD

*Dra. Luz Alicia Huerta González*

La función sexual se encuentra condicionada por múltiples factores determinados por el instinto, una demanda subconsciente y un deseo consciente; regidos por las complejas funciones cerebrales o sublimadas por un anhelo espiritual conocido como «Amor»; pero que se centran en un acto primordial «El Coito».

Durante milenios la mujer ha jugado dos papeles principales indisociables, la procreación de hijos para la continuación de la estirpe y la satisfacción con el placer del instinto sexual masculino; pero muy frecuentemente se daba y aún se da, que estas funciones se obtienen en mujeres distintas, como se puede comprobar por los relatos históricos de la sojuzgación femenina.

La sexualidad en la mujer adulta es importante para su equilibrio emocional, mental y fisiológico. El deseo sexual (el cual existe durante el transcurso de toda la vida), cuando se reprime, es causa de neurosis (angustia, irritabilidad) o bien manifestaciones de tipo somático (neurodermatitis, dispareunia, algias sin motivo aparente). En tanto que una mujer está plenamente realizada con su pareja, generalmente tienen una relación sexual gratificante y al llegar al orgasmo hay una sensación de bienestar físico y mental, seguido de relajación ya que se pusieron en juego todos los sentidos.

Hay mujeres y hombres (más mujeres) que teniendo pareja y relaciones sexuales, nunca han llegado al climax del placer, es decir, al «orgasmo», en las mujeres la falta de éste es muchas veces mental ya que cuando tienen relaciones desconocen o ignoran todo el contexto de ellas y/o no se concentran en el acto mismo por estar

pensando «en un embarazo», «en el quehacer de la casa», «en los hijos»; o bien, el compañero es alcohólico, inexperto, incompetente, o con una eyaculación precoz; la falta de una estimulación adecuada contribuye para que la mujer tenga incapacidad orgásmica, pero no frigidez.

La tecnología anticonceptiva actual nos brinda un amplio margen de seguridad en el control efectivo de la natalidad que ha permitido una disociación entre las dos funciones principales de la relación sexual, la de la procreación y la de la obtención de placer sexual, hecho que ha permitido un nuevo enfoque a la sexualidad.

En base a lo anterior, la humanidad ha podido generar la llamada revolución sexual que ha permitido, entre otras cosas, el derecho de los individuos a una mayor expresión de su sexualidad, puesto que hay la posibilidad de que entre dos seres que se aman, elijan el número de hijos que deseen procrear y tener además una comunión sexual plena, lo que redundará en la integración de una familia feliz.

## USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

*Lic. Patricia Castro E.*

La práctica anticonceptiva que de manera generalizada se observa hoy en nuestro país, se atribuye fundamentalmente a las acciones emprendidas en este campo. Desde la iniciación de los servicios de planificación familiar hasta la fecha, el número de mujeres que se ha incorporado a la práctica de la anticoncepción se ha incrementado significativamente.

Las mujeres de mayor edad son las primeras en bajar su fecundidad y en aplicar métodos anticonceptivos.

Esto se corrobora al observar los mayores porcentajes y el incremento que experimenta la proporción de mujeres adultas que recurren al control de su natalidad desde 1976 hasta 1987, siendo actualmente del orden de 62.3% en el grupo de edad 30-40; del 61.3% en el de 35-39; del 60.2% en el de 40-44 y del 54.0% en el de 25-29 (cuadro 1); y en las reducciones significativas de las tasas de fecundidad que desde 1976 registran estas mujeres (cuadro 2).

El mayor uso de métodos anticonceptivos en el grupo de mujeres adultas mantienen una mayor correspondencia con sus intenciones reproductivas, ya que el «no deseo de tener más hijos», que es más alto en este grupo de mujeres, se relaciona con una práctica mayor y más efectiva de la anticoncepción.

Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES), el 31.8% de las mujeres unidas de 25-29 años; el 49.8% de las de 30-34; el 55.4% de las de 35-39 y el 55.9% de las de 40-44 años no deseaban tener más hijos y usaban métodos anticonceptivos (cuadro 3).

Sin embargo, una significativa proporción de mujeres en edades extremas del período reproductivo quedan sin protección anticonceptiva alguna y con riesgo de experimentar un nuevo embarazo en circunstancias no deseadas, aunque cabe anotar que el menor uso de métodos anticonceptivos en estas edades extremas puede estar reflejando una mayor presencia de mujeres menopáusicas o estériles o bien un descenso en la actividad sexual, situaciones que pueden llevar a la mujer a pensar que ya no necesita usar método anticonceptivo alguno para regular su fecundidad.

En estas edades, y contrariamente a lo que se observa entre las adolescentes y jóvenes que no desean más hijos, las principales razones del no uso tienen que ver con circunstancias más acordes con el advenimiento del período infértil. La oposición al uso de ellos tiene también un peso mayor, así como el temor a padecer efectos colaterales. El desconocimiento de los métodos es un factor que juega también un papel importante aunque su peso es menor comparado con el que se aprecia entre las adolescentes y jóvenes que no desean más hijos.

La ENFES al respecto muestra que un 27.6% de las mujeres de 25 a 34 años de edad no considera necesario usarlos, un 17.8% no los conoce o no sabe emplearlos u obtenerlos y un 12.6% teme a efectos colaterales. Algunos de estos porcentajes adquieren una mayor significación entre las de 35 años y más al observar, por ejemplo, que un 40.7% no considera necesario emplearlos. Un aspecto importante que se aprecia en este grupo de mujeres es el peso que registra el desacuerdo con su uso (ella o su esposo), pues un 16.5% declaró abiertamente su oposición (cuadro 4).

La proporción de mujeres que ha recurrido a la adopción de un método definitivo para el control de su fecundidad es mayor en éste grupo de mujeres; poco más de una quinta parte de las unidas de 30 a 49 años de edad se encuentran en esas condiciones, aunque cabe destacar que son también las de mayor paridad las que han recurrido a dicho método.

En 1987, la ENFES reportó un porcentaje mayor de operadas, del 28.4%, entre las mujeres unidas de 30 años y más, y del 29.5% entre las mujeres de 3 y más hijos (Cuadro 5).

Por el carácter irreversible del método es que el proceso de toma de decisiones adquiere particular relevancia. Este es un aspecto que debe ser cuidadosamente observado por quienes tienen a su cargo la prestación de servicios de planificación familiar, para brindar a quienes lo solicitan la información necesaria sobre las implicaciones del método a fin de evitar el trauma que podría ocasionar a la mujer el saber que se encuentra impedida para tener más hijos.

La demanda que ha adquirido este método y las características de la población que ha recurrido a él, nos hace pensar en que la operación femenina constituye verdaderamente una opción para quienes deciden no tener más hijos, pues un 90% del total de operadas admitieron que no deseaban más hijos en el momento de la operación, según datos de la información de la ENFES.

La efectividad de este método, así como la presencia de efectos colaterales por el uso de otros métodos y el no querer más hijos fueron las razones señaladas por las usuarias que recurrieron a la operación femenina (cuadro 6). Para este grupo de mujeres, la posibilidad de tener un hijo más es considerado por la mayor parte de ellas «ya no deseado», la presencia de un nacimiento más en estas circunstancias podría tener consecuencias psico-sociales de gran alcance; de ahí la importancia de reforzar las acciones de planificación familiar hasta ahora dirigidas a mujeres comprendidas en estas edades, sobre todo si tomamos en cuenta que suelen presentarse con suma frecuencia embarazos no planeados en este grupo o de mujeres de mayor edad y que en sí son consideradas como «embarazos de alto riesgo»: más del 50% de las mujeres de 25-34 y un 64% de las de 35 y más no pensó en tener otro hijo cuando se embarazó del último (cuadro 7).

La atención de la demanda de planificación familiar en mujeres adultas recae fundamentalmente en las instituciones del sector

público, pues son las instituciones del sector salud las que presentan una mayor cobertura de usuarias, sobresaliendo en este sector el Instituto Mexicano del Seguro Social. (Cuadros 8 y 9).

En esa etapa procreativa, las motivaciones, requerimientos biológicos y psicosociales toman un sentido cualitativamente diverso.

La implantación de nuevas acciones en planificación familiar para la atención de la demanda de mujeres adultas reclama un conocimiento mayor de sus necesidades, en particular en estos momentos en que el agravamiento de la crisis económica puede desencadenar una mayor necesidad de incorporación de la mujer al trabajo extra doméstico, lo cual traería como consecuencia una reorganización importante de su vida cotidiana al tener que delegar en otras personas las tareas de la casa o realizarlas a la par que las obligaciones ocupacionales con lo que esto supone un aumento en su carga de trabajo (9), que se complicaría si no ejerciese control alguno sobre su fecundidad. La decisión de regularla es, sin embargo, exclusiva de la pareja y este es un principio que debe ser respetado por quienes tienen a su cargo la promoción y la atención de la demanda de planificación familiar.

En la mujer de edad mediana (45-59) se aprecia un descenso importante en el uso de métodos anticonceptivos. Ello puede deberse a que un gran número de mujeres se encuentran en el período de los cambios metabólicos del climaterio, circunstancias que pueden motivar la creencia de que ya no es posible quedar embarazada.

De acuerdo con datos de la ENFES, una gran proporción de mujeres de 45 a 49 años de edad (63.6%) está sin protección anticonceptiva alguna, aún por medios naturales, lo que eleva la posibilidad de experimentar un embarazo, en la mayoría de los casos no deseado. En 1987 cerca del 1% de las mujeres unidas de 45 a 49 años de edad se encontraba embarazada, sin haberlo deseado (Cuadro 3).

(9) Citado en Brigada García y Oriandina de Oliveira. «Cambios en la presencia femenina en el mercado de Trabajo; 1976-1987» Trabajo presentado en la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México del 23 al 27 de Abril de 1990 México.

El fomento de la anticoncepción moderna debe tener en esta etapa de la vida de la mujer un mayor cuidado por parte de quienes tienen a su cargo la prestación de servicios de planificación familiar, pues es en este grupo de mujeres de edad mediana que los factores de riesgo para el uso de ciertos métodos anticonceptivos se acentúan y, en consecuencia, la presencia de efectos colaterales, de no tenerse una correcta observancia en la prescripción de los métodos, pudiera ocasionar serios problemas de salud a la mujer.

En este grupo de mujeres, desde el punto de vista vasomotor, pueden aumentar los bochornos, la temperatura, presentar cefálea y/o palpitaciones.

Se ha observado que se propicia la estásis venosa, con la cual hay el peligro de la aparición de várices; si las hay, éstas aumenten llegando a producir hasta úlceras varicosas.

Es indispensable que se informe sobre los problemas que provoca el uso indiscriminado de los métodos.

Ahora bien, desde el punto de vista psicológico, la mujer en esta etapa de su vida se resiste a saber que ya no está capacitada para procrear y en ocasiones decide prolongar el uso de algún método para demostrar y demostrarse a sí misma que no ha terminado su vida reproductiva. Con el uso de anticonceptivos hormonales se puede retardar la fecha de la menopausia.

Si la mujer está preparada para este tipo de cambios en su organismo, transcurrirá esta etapa sin problemas.

**Cuadro No. 1****PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPOS DE EDAD, 1976 - 1987**

GRUPOS DE EDAD	ENCUESTA MEXICANA DE FECUNDIDAD 1976	ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA 1978	ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFIA 1982	ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD 1987
15 - 19	14.2	19.2	20.8	30.2
20 - 24	26.7	37.4	45.7	46.8
25 - 29	28.6	44.5	56.5	54.0
30 - 34	38.0	49.6	58.8	62.3
35 - 39	37.9	42.8	57.6	61.3
40 - 44	25.1	33.3	42.9	60.2
45 - 49	11.8	16.3	22.1	34.2
USO TOTAL	30.2	37.8	47.7	52.7

**Cuadro No. 2****TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD  
1974, 1978, 1982, 1986**

GRUPOS DE EDAD	1974	1978	1982	1986
14 - 19	130	132	105	84
20 - 24	270	242	229	202
25 - 29	275	229	194	203
30 - 34	229	189	155	143
35 - 39	194	140	116	97
40 - 44	*	64	45	34
45 - 49	*	*	8	5
TASA GENERAL	215	182	151	127
TASA GLOBAL	*	*	4.26	3.84

Nota: Por mil. Las estimaciones provienen de ENFES.

**Cuadro No. 3****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS POR USO DE ANTICONCEPTIVOS Y DESEO O NO DE MAS HIJOS, POR GRUPOS DE EDAD**

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
<b>NO DESEAN (MAS) HIJOS</b>	14.1	30.7	47.2	66.3	77.9	87.4	89.2	58.9
Usan Métodos no Tradicionales	4.7	17.3	27.2	42.3	49.2	48.3	28.0	32.7
Usan Métodos tradicionales	1.2	1.7	4.6	7.5	6.2	7.6	4.6	5.0
No usan	8.2	11.5	15.4	16.5	22.5	31.5	56.6	21.2
<b>DESEAN MAS HIJOS</b>	54.8	47.1	34.2	21.2	12.7	8.6	8.4	26.8
Usan métodos no tradicionales	20.0	21.6	14.5	9.2	5.0	2.8	1.3	11.1
Usan métodos tradicionales	4.1	4.6	6.2	1.8	0.5	0.8	0.1	2.9
No usan	30.7	20.9	13.5	10.2	7.2	5.0	7.0	12.8
<b>EMBARAZADAS</b>	29.4	18.6	14.3	7.9	5.4	1.8	0.8	10.9
No desean más hijos	4.3	9.4	9.7	5.7	4.2	0.9	0.8	5.8
Desean más hijos	21.0	7.5	3.4	1.7	0.3	0.3	0.0	3.9
Indecisas/No responden	4.1	1.7	1.2	0.5	0.9	0.6	0.0	1.2
<b>INDECISAS</b>	1.7	3.6	4.2	4.5	4.1	2.1	1.5	3.5
<b>T o t a l</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Número de casos*</b>	335	892	1121	1062	862	667	508	5447

\*Sin ponderar

Fuente: ENFES, SSA. 1982

**Cuadro No. 4****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS QUE NO DESEAN MAS HIJOS Y NO USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR RAZON DE NO USO, SEGUN GRUPOS DE EDAD**

RAZON DE NO USO	GRUPOS DE EDAD			
	15 -24	25 - 34	35 Y MAS	TOTAL
No conoce métodos (no sabe usarlos u obtenerlos)	26.3	17.8	17.3	18.5
No está de acuerdo con su uso (ella o su esposo)	7.9	9.3	16.5	13.3
No considera necesario usarlos	15.9	27.6	40.7	33.8
Tiene temor a efectos colaterales	9.8	12.6	9.8	10.7
Tuvo efectos colaterales con algún método	4.6	7.0	4.3	5.2
Está dando el pecho a alguno de sus hijos	15.5	12.0	2.3	6.8
Otras razones	20.0	13.7	9.1	11.7
<b>T o t a l</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Número de casos*</b>	<b>103</b>	<b>293</b>	<b>532</b>	<b>1028</b>

\*Sin ponderar

FUENTE: ENcuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, SSA, DGPF. México, 1987

**Cuadro No. 5****PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS POR METODOS USADOS ACTUALMENTE, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS**

Método	Grupos de Edad		Número de hijos nacidos vivos				Total
	Menos de 30 Años	30 Años y más	0	1-2	3-4	5 y más	
Operación Femenina	7.0	28.4	0.0	7.2	29.5	26.7	18.6
DIU	13.3	7.7	1.1	18.4	8.6	4.5	10.2
Pastillas	12.3	7.6	5.6	13.8	10.1	5.6	9.7
Métodos tradicionales	8.3	7.8	5.6	9.4	8.5	6.6	8.1
Inyecciones	4.2	1.6	1.5	4.0	2.8	1.5	2.8
Preservativos	1.9	1.9	0.5	2.6	1.8	1.5	1.9
Operación masculina	0.2	1.2	0.0	0.5	1.1	0.8	0.8
Espermaticidas	0.4	0.7	0.6	0.6	0.7	0.5	0.6
Uso Total	47.6	56.9	14.9	56.5	63.1	47.7	52.7

FUENTE: Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. SSA. DGPF. México, 1987.

**Cuadro No. 6**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS DE OPERACION FEMENINA, POR RAZON PARA ESCOGER LA OPERACION, SEGUN LA EDAD A LA QUE SE OPERARON**

Razón para Escoger la Operación	Edad al momento de la operación			Usuaris de Operación Femenina
	15 -24	25 - 34	35 y más	
No intervino en la decisión	1.4	4.5	3.2	3.7
Por efectividad de la operación	41.5	37.1	35.7	36.4
Por causar menos daños a la salud	4.1	4.4	7.5	6.2
Por no querer más hijos (razones económicas y de bienestar)	3.1	10.5	14.8	12.7
Ya no quería otros métodos (no los toleraba, le fallaron, etc.)	32.6	22.8	22.4	22.9
Para evitar problemas de salud con otro embarazo	13.6	16.0	14.1	14.8
Otras razones	3.7	4.7	2.3	3.3
<b>T o t a l</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Número de casos sin ponderar	46	466	708	1220

Fuente: ENFES, SSA. 1987

**Cuadro No. 7****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, POR PLANEACION DEL ULTIMO EMBARAZO EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS POR EDAD**

Características de la Mujer	No pensó en Tener Hijos	Deseaba (más) Hijos			No Deseaba más Hijos	TOTAL
		En ese momento	Después de un tiempo	Sin Saber Cuándo		
Grupos de Edad						
15 - 24	35.0	40.2	19.2	0.6	5.0	100.0
25 - 34	51.5	32.9	11.3	0.5	3.8	100.0
35 y más	64.0	23.2	5.9	0.3	6.6	100.0

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, SSA. 1987

**Cuadro No. 8**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS ACTUALES DEL SECTOR SALUD, POR INSTITUCION Y METODOS, SEGUN DIVERSAS ENCUESTAS, 1979 - 1987**

Institución y Método	Encuesta Nacional de Prevalencia 1979	Encuesta Nacional Demográfica 1982	Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987
<b>IMSS</b>			
Pastillas	24.3	17.3	5.5
DIU	27.2	22.9	27.1
Quirúrgicos	46.5	53.6	65.8
Inyecciones y locales	2.0	6.2	1.6
<b>T o t a l</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ISSSTE</b>			
Pastillas	22.1	13.8	6.0
DIU	19.0	19.6	22.6
Quirúrgicos	55.3	55.0	66.8
Inyecciones y locales	3.6	11.6	4.6
<b>T o t a l</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

continúa

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS ACTUALES DEL SECTOR SALUD, POR INSTITUCION Y METODOS,  
SEGUN DIVERSAS ENCUESTAS, 1979 - 1987**

continuación

<b>SSA</b>			
Pastillas	42.1	38.9	26.2
DIU	36.7	28.5	35.4
Quirúrgicos	18.0	21.9	29.0
Inyecciones y locales	3.2	10.7	9.3
Total	100.0	100.0	100.0
<b>TOTAL DEL SECTOR SALUD</b>			
Pastillas	29.8	23.1	11.1
DIU	29.5	24.2	28.9
Quirúrgicos	38.2	44.7	56.1
Inyecciones y locales	2.5	8.0	3.9
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, SSA. DGPF. México, 1987.

**Cuadro No. 9****DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS ACTIVAS POR GRUPOS DE EDAD Y LUGAR DE OBTENCION DEL METODO ANTICONCEPTIVO USADO**

LUGAR DE OBTENCION	GRUPOS DE EDAD						
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
<b>PUBLICO</b>	52.7	59.2	55.3	64.7	66.7	65.5	64.6
IMSS	28.5	31.6	33.7	36.3	41.6	37.1	46.7
SSA	17.4	18.4	15.5	16.7	11.3	17.9	10.3
ISSSTE	—	3.6	3.2	6.8	9.2	5.8	3.2
DIF	4.1	1.3	0.4	0.5	0.7	0.8	0.6
OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO	2.7	4.2	2.4	4.4	3.9	3.9	3.8
<b>PRIVADO</b>	47.0	40.8	44.7	35.4	33.3	34.5	35.4
FARMACIA	32.1	31.4	28.7	19.6	15.3	16.2	8.4
CONSULTORIO	11.5	5.9	13.6	13.9	17.5	16.1	26.7
OTRO	3.7	3.6	2.4	1.8	0.5	2.2	0.3
<b>T O T A L</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1) Incluye: PEMEX, DEFENSA, CLINICA, CONASUPO y otras instituciones de Gobierno.

Fuente: ENFES, SSA, 1987

## SALUD REPRODUCTIVA Y TRABAJO

*Dra. María del Carmen González Cortés*

*Dra. María de Jesús Rodríguez Rivera*

*Dra. María Oralia Soto Navarro*

*Es susceptible determinar el grado de avance de una sociedad, por la situación social que es conferida a las mujeres.*

La salud y la integración de la mujer al desarrollo, conjuntamente con la protección a la niñez, constituyen una prioridad en México por lo que son suficientemente enfatizados dentro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.

El incremento de la industrialización en nuestro país se ha observado en forma patente en las últimas décadas de este siglo, producto de una actividad congruente que demanda satisfactores, previendo incrementar niveles de bienestar social y los conducentes a conservar un equilibrio; paralelamente a ello, las políticas de Salud y Seguridad Social que se llevan a cabo en México, conducen a afirmar con más énfasis las correspondientes a garantizar la salud del hombre en el trabajo constituyéndose como una de las prioridades de la política gubernamental que aceleran el óptimo desarrollo social, entendido este último como un proceso de transformación de la riqueza nacional en factor de justicia, reeditando los avances científicos y tecnológicos en mejoras efectivas para la calidad y género de vida de los mexicanos.

El establecimiento de acciones en el campo de la «Salud en el Trabajo» aportan resultados, los cuales se manifiestan positivamente en los indicadores de mortalidad y expectativas de vida. Sin embargo, es precisamente en esta época de acelerados cambios

tecnológicos y progresos social evidente, donde observamos que el desarrollo industrial se traduce no solo en un deterioro en la salud del trabajador, sino que existe un deterioro ecológico general.

La revolución tecno-científica con implicaciones de muy diversa índole, prevé la continuidad del progreso de la humanidad en condiciones diferentes, totalmente innovadas, establecidas por nuestro propio desarrollo social y también asimilando logros aportados tiempos atrás con la revolución industrial, la organización productiva del trabajo, la planificación de la economía, la organización política de la sociedad y la repercusión de los sistemas educativos que cumplen múltiples funciones, hacen que a esta época no pueda comparársele con ninguna otra.

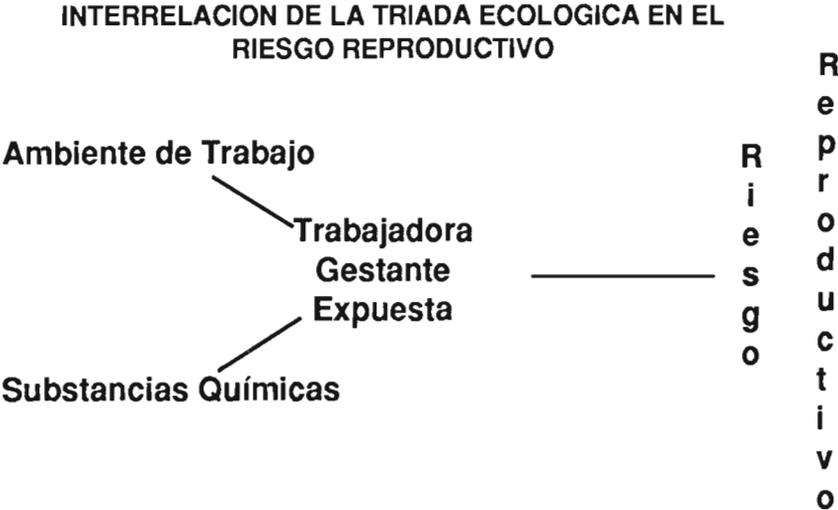
La creatividad y la investigación del hombre se ha multiplicado y perfeccionado, observando una infinita diversidad tanto en la producción de bienes materiales como en las formas de organización social y política, la multiplicación de las funciones de la técnica y los consecuentes cambios que ocurren en la naturaleza de la producción, afecta todos los órdenes de la vida humana y principalmente su salud: se trata, no de una revolución en la economía, en la política, en lo social o cultural, sino más aún, de una transformación profunda en donde todo se modifica, se altera, cambiando las estructuras de la existencia social e individual del hombre; es, en esencia, la compleja transformación cualitativa de la sociedad entera y en la cual, la educación desempeña un imprescindible papel. Esta transformación permitirá que el hombre pase de esta etapa en donde supuestamente aprovechamos a la naturaleza, a una etapa superior en la que podamos vivir en la estructura de una sociedad, cuya cualidad sea nueva y previsible y le permita así mismo, superar los problemas que hoy limitan nuestras posibilidades de sobrevivencia.

### **Salud Reproductiva en el Trabajo.**

Desde el punto de vista de la salud en el trabajo, a la mujer se le considera como beneficiaria activa de la atención a la salud, siendo preciso apoyar el incremento de sus acciones de promotora per-

manente del fomento a la salud, en la familia, en la comunidad y en los centros de trabajo donde presta sus servicios. Para lograr esta valiosa participación, es menester asimismo identificar y superar obstáculos que limitan las oportunidades de la mujer en el contexto socio-político y económico de nuestro país.

El riesgo reproductivo representa la probabilidad de afectar el desarrollo normal de la gestación, por el efecto de factores genéticos psicosociales y ambientales. De los factores de riesgo en la reproducción, la prioridad actual en el campo de la salud en el trabajo, la poseen aquellos que relacionan la ocupación y la exposición a sustancias químicas. Dichos compuestos tienen una utilización múltiple e indiscriminada en los centros de trabajo; su consumo se duplica cada 7 años y anualmente se sintetizan nuevos productos.



Las aplicaciones y ventajas de las sustancias químicas como elementos fundamentales para el bienestar y adecuado funcionamiento de la sociedad de nuestro tiempo, están bien documentadas; sin embargo, sabemos que existen efectos nocivos a mediano y largo plazo que pueden deteriorar la salud de las trabajadoras expuestas e incidir incluso, en alteraciones de diversa índole, en la reproducción. Al igual que la mujer, el hombre también sufre exposiciones nocivas a sustancias químicas, las cuales son susceptibles de causar en su organismo cambios potenciales en el momento de la fecundación. Particular atención reviste no únicamente el anticiparnos a prever alteraciones que pudiesen tener consecuencias en el producto de la gestación, es menester poner énfasis especial en los estados de preconcepción, gestación y en el período perinatal.

A nivel internacional existen diversos estudios de investigación que muestran una relación estrecha entre exposición laboral y reproducción, configurados como efectos mutagénicos, teratogénicos y carcinogénicos en los que resalta la variabilidad individual en cuanto a la respuesta a «Riesgo Reproductivo» requiriéndose su ratificación a través de otros estudios de Investigación; como sucede con los agentes químicos tales como: metales pesados (mercurio, cadmio y plomo) disolventes orgánicos; plaguicidas; cloruro de vinilo, por mencionar algunos. De los agentes físicos, vibraciones segmentarias y totales y sonidos de gran magnitud.

Las consideraciones siguientes, evidencian la importancia del personal femenino en el mundo del trabajo, así como las posibles repercusiones a la salud y a la del producto de la concepción expuesta a diversos agentes, físicos, químicos, biológicos y psicosociales en el ejercicio laboral.

#### **Participación femenina mundial en el trabajo. Estudios y proyecciones de la Organización Internacional del Trabajo.**

La trascendente participación femenina en el mundo del trabajo, ha obligado a que en la Organización Internacional del Trabajo prevalezca el interés al considerar relevante hacer frente a una

evolución política social orientada a obtener normas de protección similares para hombres y mujeres con las menores diferencias posibles. Lo anterior, es uno de los principales objetivos de la política internacional a este respecto.

Más de la tercera parte de la mano de obra mundial está constituida por mujeres y hay que admitir que la economía de ningún país podría prescindir de ellas; el mercado de trabajo es cada vez más amplio incrementando su acceso en la fuerza de trabajo laboral con una reafirmación en su autoestima y en las posibilidades de trascendencia. Al inicio del próximo siglo, más de 1000 millones de mujeres formarán parte de la población económicamente activa.

Comparando la parte de la población económicamente activa que constituía la mujer en 1950 con la prevista para el año 2000, se obtienen que: en los países industrializados era del 37% y se prevé que alcance el 41% en el año 2000, mientras que en los países en vías de desarrollo la proporción era y se prevé que continuará en un 34% aproximadamente, además, en estos países disminuirá a 23 años la oportunidad de preservar un trabajo, esta cifra se incrementará a 27 años en los países desarrollados. El mensaje del estudio de la Organización Internacional del Trabajo, es claro, invitando a redoblar esfuerzos en el plano nacional e internacional, a fin de conseguir que la mujer disfrute de igualdad de oportunidades en cuanto al urgente acceso a la capacitación y al empleo, mejorando las condiciones en el trabajo.

**POBLACION FEMENINA ECONOMICAMENTE ACTIVA  
SEGUN PROYECCIONES DE LA O.I.T.**

	<b>1950</b>	<b>2000</b>
Países industrializados	37%	41%
Países en vías de desarrollo	34%	34%

En el año 2000, mil millones de mujeres formarán parte de la población económicamente activa a nivel mundial.\*

**Trabajo femenino y maternidad.**

En materia de la preservación de la salud reproductiva merecen atención especial las Normas Internacionales que durante más de medio siglo, la Organización Internacional del Trabajo ha venido atendiendo en materia de higiene y seguridad laboral en relación con la embarazada, de ellas sobresalen: El Convenio 3 de 1919 y el 103 de 1952, de protección al producto de la concepción, la Recomendación 12 y 95 de protección a la maternidad en la agricultura; el Convenio 13 de 1921, protección contra las intoxicaciones por plomo en trabajos de pintura y la prohibición del empleo de mujeres; la Recomendación 4 de 1919, sobre la exclusión de la mujer en trabajos que entrañen la exposición a plomo; la Recomendación 114 de 1960, sobre protección de la mujer contra la radiación ionizante y el Convenio 136 de 1971, sobre protección contra los riesgos de intoxicaciones por derivados del benceno, señala que la mujer gestante y en período de lactancia no debe ser empleada en trabajos que entrañen esta exposición.

\*FUENTE: O.I.T. Mujeres al asalto laboral. 1988

## **Condición Social de la Mujer en México.**

Se ha gestado desde hace más de 3 décadas la posibilidad de cambios sociales en la mujer en diversas partes del mundo. Pero a partir de los 80's vislumbramos cambios de magnitud insospechada, estas transformaciones obedecen a ciertas tendencias e intereses fundamentales en la condición intrínseca de la población femenina ligada a su integración al desarrollo de México.

La mujer está indisolublemente ligada al proceso de desarrollo así como a los diversos componentes del cambio demográfico tomando en cuenta la mortalidad, la fecundidad y la migración.

La década de los 80's, ha dejado una honda huella en la aceleración de las tendencias que incorporan a la mujer al mercado de trabajo. Actualmente, la participación directa en el trabajo no lo conforman como antaño, las jóvenes solteras e hijas de familia sino que se incrementa, porque se incorporan paulatinamente mujeres casadas, madres de familia, etc. El doble rol social que desempeñan, tendría que ser analizado y detenidamente evaluado en las repercusiones en la salud ya que muchas ocasiones, estas mujeres trabajan entre 15 y 17 horas diarias, con el deterioro en la funcionalidad de su familia. La sociedad desafortunadamente continúa observando el trabajo doméstico como complementario, sin estímulos, conociendo de antemano su participación activa indirecta en el proceso productivo del país.

La promotora permanente de la educación de los futuros forjadores del México del mañana, tendrá que tener una participación individual, comunitaria, para la salud en el trabajo, que modifique actitudes en ella y de sus descendientes, en el incremento del respeto a su integridad biopsicosocial para el desempeño laboral futuro.

Con respecto a la participación por ramas de actividades económicas, la mayor proporción de la población económicamente activa habita en ciudades que tienen alto índice de urbanización (Distrito Federal, Nuevo León, Puebla). En las entidades donde existe un

predominio de la agricultura tradicional como principal fuente de empleo, se continúan subestimando las cifras de la participación de la mujer en la producción agropecuaria a nivel familiar, reflejando una defectuosa apreciación de la participación de la mujer como jornalera, en la recolección, selección y empaque de productos agrícolas.

En el análisis estadístico efectuado en la Jefatura de los Servicios de Salud en el Trabajo(\*) dependiente de la Subdirección General Médica, para la población femenina económicamente activa expuesta a riesgos de trabajo, se observa que en el año de 1989, de 2'330,791 mujeres trabajadoras afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, se presentaron 70,193 accidentes y 347 enfermedades relacionadas con el trabajo.

Las tasas de incidencia para el mismo año fue de 3.02 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadoras y de 1.49 enfermedades de trabajo por cada 10,000 trabajadoras. Las tres ocupaciones registradas con mayor número de accidentes de trabajo se situaron en primer lugar, en aquellas actividades diversas, clasificadas como peón general con 13,709 accidentes (19.53%); en segundo lugar, actividades de limpieza con 5,653 accidentes (8.05%) y en las enfermeras con 5,071 accidentes de trabajo (que representa el 7.22%); en sólo estas tres actividades se presenta el 34.80% del total de accidentes de trabajo acaecido en mujeres, (70,193 accidentes de trabajo en total).

En el rubro de enfermedades de trabajo relacionado con la ocupación figuran en los cuatro primeros lugares las categorías de: peón en general con 51 casos (14.70%); obrera agrícola en general con 22 enfermedades de trabajo (6.43%); enfermera con 20 casos (5.76%) y obrera que trabaja directamente en la conservación de alimentos con 18 casos (5.19%) representando estas cuatro ocupaciones el 31.47% del total de las enfermedades de trabajo.

(\*) Fuente: MT-5 Def. de Servicios de Salud en el Trabajo IMSS 1989.

Entre los diagnósticos por enfermedades de trabajo en mujeres figuran en primer lugar, los problemas dermatológicos con 231 casos (66.58%) las hipoacusias con 15 casos (4.32%), las bronquitis químicas 9 casos (2.59%) y los efectos tóxicos del plomo y sus compuestos con 9 casos, representando el 78.10% del total de las enfermedades de trabajo.

En el análisis comparativo de los años de 1988-1989 de riesgos de trabajo acaecido en personal femenino, observamos que la población trabajadora en general afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social ha aumentado discretamente, las tasas de incidencia de riesgos de trabajo en 1988 en personal femenino, fue de 4.1 por cada 100 trabajadoras, existiendo un decremento para el año de 1989 en que fue de 3.02.

#### **Riesgo Reproductivo y Actividad Laboral.**

El desafío de este campo para los científicos y organismos nacionales e internacionales, consiste en el diseño y aplicación de métodos adecuados, a fin de evaluar la toxicidad de compuestos químicos que implican un peligro potencial para la salud reproductiva, como las sustancias genotóxicas por su especial gravedad, ya que la exposición continuada a ellas puede ser origen del cáncer, así como la aparición de mutaciones y trastornos hereditarios.

El estudio de riesgo reproductivo debe abordarse en las diversas etapas de la evolución de este proceso e iniciar paralelamente modificaciones substanciales en nuestra legislación, así como propiciar la acción correctiva y preventiva de los factores de riesgo, precisando las características específicas de protección a los elementos de la unidad funcional.

En la literatura médica mundial existen diversos y muy amplios estudios que tratan de identificar los factores ocupacionales del riesgo reproductivo, por citar algunos: los que correlacionan la exposición a sonidos de gran magnitud con alta incidencia de aborto, aborto espontáneo y productos con malformaciones; los que asocian

los factores ergonómicos, tales como trabajo pesado, destajo, postura incómoda y esfuerzo físico intenso, obteniendo una tasa de riesgo aumentado para abortos espontáneos; los que analizan la alta incidencia de trastornos menstruales en personal aeronavegante; los estudios para la determinación de asociación entre peligros potenciales para el embarazo y su actividad específica, considerando abortos espontáneos, muertes perinatales, bajo peso al nacer, y malformaciones congénitas, no encontrando correlación directa, como otros autores, con estrés y trabajo físico intenso, pero sí con la exposición a disolventes orgánicos.

La exposición a mercurio en trabajadoras gestantes, determina que a mayor concentración de mercurio en el pelo, existe mayor número de abortos espontáneos, malformaciones congénitas y productos muertos en relación con el grupo control. Los estudios sobre Plomo-Dibromocloro Propano, Cloruro de Vinilo, Plaguicidas Organoclorados y Organofosforados, Benceno, etc., es menester que se inicien en nuestro medio los estudios con respecto a riesgo reproductivo con un enfoque integral. El daño de algunos agentes químicos catalogados a nivel internacional como teratogénicos, será preciso identificarlos en los diversos procesos de trabajo a fin de plantear estrategias epidemiológicas, que prevengan muertes embrionarias, malformaciones congénitas mayores, menores, anomalías funcionales y/o retardos en el crecimiento del recién nacido con énfasis en los períodos críticos de la órgano-génesis humana.

#### **Acciones concretas para la mujer en el ámbito de trabajo.**

Una tercera parte de la población trabajadora en México es de sexo femenino. Con motivo del trabajo están expuestas a factores de riesgo diverso, cuyos efectos pueden incidir en la reproducción. La anticipación pertinente a los efectos mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos, dependen de las acciones específicas que adoptemos en relación con hombres y mujeres expuestos a agentes con riesgo para la reproducción.

Las proposiciones que debemos efectuar con un esfuerzo sostenido y amplio en el Sector Salud de nuestro país, se dividen en proposiciones asistenciales, docentes y de investigación, sin olvidar paralelamente las proposiciones legales.

En cuanto a las asistenciales, figura de una manera relevante las de incorporar sistemas de control de riesgo reproductivo en relación a la exposición a agentes físicos, químicos, etc., en los centros de trabajo con potencialidad de efecto en la unidad funcional en los estados de preconcepción, desarrollo intrauterino y período perinatal. A fin de introducirlos paulatinamente en programas de vigilancia epidemiológica; apoyo y asesoría en los comités de salud a la mujer trabajadora en las etapas mencionadas anteriormente, en relación con la exposición a sustancias químicas en los centros de trabajo.

Con respecto a las docentes y de investigación, nos parecería fundamental el diagnóstico situacional de la mujer trabajadora en México. Conocemos de antemano que han existido en diferentes momentos encuestas dirigidas para tal efecto, nuestro propósito, sería relacionar estos resultados con la posibilidad de riesgo reproductivo; proponemos una encuesta a fin de ser enriquecida y avalada por el Sector Salud; esta sería requisitada por la mujer trabajadora, posterior a su análisis permitiría efectuar un diagnóstico situacional del trabajo de la mujer, en las actividades económicas representativas de México, con énfasis principal en la Industria Maquiladora, a fin de actuar programáticamente en cuanto corresponda a asistencia y opciones de capacitación y retomar, asimismo, experiencias pasadas en la habilitación de instructoras en los centros de trabajo, con objeto de proporcionar el autocuidado y la preservación de la salud reproductiva; coadyuvar en la incorporación de contenidos temáticos y adiestramiento clínico dirigido en relación con el riesgo reproductivo y la ocupación específica, tanto en Licenciaturas como en cursos médicos de Posgrado. Y por último, incidir desde el nivel de Pregrado en la currícula de escuelas y facultades de Medicina para la incorporación adecuada en sus planes de estudio de materias de salud en el trabajo; riesgo reproductivo y actividad laboral que permita a las futuras generaciones abordar integralmente estos problemas.

De suma importancia y trascendencia son los proyectos de reincorporación en el marco legislativo, la protección específica al producto de la concepción de las mujeres trabajadoras de México y la ratificación de los convenios de la Organización Internacional del Trabajo, que coadyuve a la disminución de los factores de riesgo reproductivo en la mujer trabajadora.

Podríamos concluir que en el Sistema Nacional de Salud será relevante el atender el riesgo reproductivo en el trabajo, conjuntamente con el incremento de los niveles educativos, y la satisfacción de las expectativas de capacitación y desarrollo profesional para el trabajo. De suma importancia, son los programas de fomento a la salud, educación para la salud en el trabajo, capacitación para el puesto en las esferas sociales, laborales y familiares dirigidos a los sectores involucrados (trabajadores, empleadores, sindicatos y confederaciones), a fin de obtener una transformación social.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ley Federal del Trabajo.  
Estados Unidos Mexicanos, 1989.
2. Ley del Seguro Social.  
México, 1988.
3. Convenios y Recomendaciones Internacionales del Trabajo 1919-1984. O.I.T. Oficina Internacional del Trabajo.  
Ginebra, Suiza. P.E. 1985.
4. Situación de la mujer en México.  
Año Internacional de la Mujer.  
Programa de México, 1975.
5. Mujeres que Trabajan. Una lucha por la igualdad.  
O.I.T. Ginebra, Suiza. 1975
6. Igualdad de la mujer. Año Internacional de la mujer.  
Consejo Nacional de Población.  
México, 1975.
7. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.  
México.
8. La mujer en la salud y el desarrollo.  
Organización Panamericana de la Salud. Guía Organización Mundial de la Salud para el plan quinquenal regional de acción sobre la mujer y el desarrollo de las Américas.  
(Publicación Científica No. 448). 1985.

9. Características de la demanda de mano de obra femenina en sectores seleccionados de la Industria de Transformación. Instituto Nacional de Estudios de Trabajo. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
10. Mark Blaug. La educación y el problema del empleo en los países en desarrollo. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra 1973.
11. Pastides H. Et Al. Spontaneous abortion and general illness symptoms among semiconductor manufactures. J. Of. Occup. Merd. 30 (1988) 7: 543-551.
12. Mujeres al asalto laboral. Información de la O.I.T. Ginebra. Volumen 25, No. 4, Octubre 1989.
13. Nurminem T. Kari K. Occupational Noise Exposure and Course of Pregnancy. Scand J. Work Environ Health 1989; 15:117-24.
14. Gulet L. and Therlault G. Association between spontaneous abortion and ergonomic factors. Scand J. Work Environ Health 13 (1987) 339-403.
15. Ahlborg G. Et Al. Pregnancy outcome among working women. Scand J. Work Environ Health 1989; 15:227-233.
16. McDonald A.D., Et Al. Work with visual display units in pregnancy. Brit. J. of. Ind. Med. 1988; 45:509-515.
17. Coleman M. Beralt U.A. Review of Epidemiological studies of the health effects of living near or working with electricity generation and transmission equipment. Int. J. Of. Epidem. 1988; 17(1):1-12.

18. Neuhauser A. Mutagenic and Teratogenic Effects of Acrylamide in Mammalian Spot Test. *Mutat Res.* 226 (1989), 157-162.
19. Leonard A. and Gerber G.B. Mutagenicity, carcinogenicity and teratogenicity of aluminium. *Mutat. Res.* 196 (1988): 247-257.
20. Sikorski R. Et Al. women in dental surgeries, reproductive hazards in occupational exposure to metallic mercury. *Int. Arch. Occup. Environ Health* (1987); 59:551-557.
21. Yardley A. Et Al. Genotoxic effects in peripheral blood and urine of workers exposed to low level benzene. *Brit. J. of Ind. Med.* (1988); 45: 694-700.
22. La Salud de la mujer en México. Cifras comentadas. Programa Nacional «Mujer, Salud y Desarrollo» Sistema Nacional de Salud. México, 1990.
23. Pines A. Cucos S., Ever-Hadani P. Ron M. Some organochlorine insecticides and biphenyl blood residues in fertile males in the general Israeli population of the middle 1980's. *Arch environ contam toxicol* 16,587-597, 1987.
24. Ando M. Saito H. Wakisaka I. Transfer of polychlorinated biphenyls to newborn infants through the placenta and mothers milk *arch environ contam toxicol.* 14:51-57, 1985.
25. Unte SJ, Morten JT, Andres H S. Organochlorine Pesticides and Polychlorinated biphenyls in maternal adipose tissue, blood, Milk and Cord Blood from mothers and their infants living in Norway. *Arch Environ Contam Toxicol* 17: 55-63, 1988.
26. Takagi Y. Aburada S. Hashimoto K. Kitaura T. Transfer and Distribution of Accumulated Polychlorinated biphenyls from maternal to fetal and suckling rats. *Arch environ contam toxicol.* 15,709-715, 1986.

27. Mason RW, Edwards I R. Ficher LC. Teratogenicity of combinations of Sodium dichromate, Sodium Arsenate y Cooper sulphate in Therat. *Comp biochem physiol* 93 (2) 407-11, 1989.
28. Hiraka Y, Imada A. Tanaka J. Okuda H. Effects of a diphenyl ether herbicide on mouse fetuses. *J. Med Sci* 138 (3) 1250-129, sep 1989.
29. Blakley Fm. Kim JS. Firneisz Gd. Effects of Gestational exposure to tordon 202 C on Fetal Growth and development in cd-mice. *J. Toxicol environ health* 28 (3) 309-16, 1989.
30. Sircar S. and Lahiri F. Lindane causes reproductive failure and fetotoxicity in mice. *Toxicology* 59 (2) 171-7, 1989.
31. Ji y J, Cui Mz Toxicological studies on safety of rare earths used in agriculture. *Biomed environ sci* 1 (3) 270.6, 1988.
32. Ema M. Et Al. Evaluation of the teratogenec potential of the rubber acelerator dibenzthiayl disulphie in rats. *J. Appl Toxicol* 9 (6) 417-7, 1989.
33. Chen Th, Kavanagh T.J., Chang CC, Trosko J.E. Inhibition Organic Metabolic Cooperation in Chinese hamsterv79 cells by various organic solvents and simple compounds. *Cell biol toxicol* 1 (1)155-71, 1984.
34. Zangar Rc Et Al. Comparison of fetotoxic effects of a dermally applied complex organic mixture in rats and mice. *Fundam in mice. Fundam appl toxicol* 13 (4) 662-9, 1989.
35. Agarwal K Et Al. Effects of. copper on mammalian cell components *chen biol interact* 69 (1) 1-16, 1989.

36. Marks Ta, Kimmel Gl, Stables Re. Influence of asymmetrical polychlorinated biphenyl isomers on embryo and fetal development in mice. *Fundam appl toxicol* 13 (4), 681-93, 1989.
37. Munk R, Schulz V. Study of Possible teratogenic Effects of the Fungicide mancozeb on chicken embryos. *Ecotoxicol environ safety* 17 (1) 112-8, 1989.
38. Arias E, Zaffaroni Nf, Zavanella t. Teratological evaluation the phenoxyacid herbicide in the regenerating forelimb of the adult newt. *Ecotoxicol environ safety* 17 (1) 30-7. 1989.
39. Tyl Rw, Ballantine B. Et Al. Evaluation of the development toxicity of ethylene glycol monoethyl ether vapor in Fischer 344 rats and white rabbits. *Fundam Appl toxicol* 12 (2) 269-80, 1989.
40. Renault J. Et Al. Limb Budcell culture for in vitro teratogen screening validation of an improved assessment method using 51 compounds. *teratogenesis carcinog mutagen* 9 (2) 83-96, 1989.
41. Seifert J. Teratogenesis of polychlorocycloalkane insecticides in chicken embryos resulting from their interactions. *Bull environ contan toxicol* 42 (5) 707-15, 1989.
42. Crebelli R. Genetic Toxicology of 1,1,2 Trichloroethylene *mutat res* 221 (1) 11-37, 1989.
43. Saillenfait am. Effects of inhalation exposure to carbon disulfide and its combination with hydrogen sulfide on embryonal and fetal development in rats. *Toxicol. Lett* 48 (1) 57-66, 1989.

## SALUD MENTAL

*Dra. Susana Cuevas Córdoba*

El período entre los 20 a 44 años de edad, se caracteriza por un mayor grado de estabilidad y definición de las áreas involucradas en los procesos de cambio de la adolescencia. Es el inicio de la vida adulta durante la cual se concretan los objetivos de la etapa previa: La función reproductora, la vida profesional y laboral, las relaciones afectivas a través de la vida en pareja, etc.

Para la mujer promedio en nuestra sociedad, las actividades intrafamiliares, como esposa y madre, adquieren la mayor relevancia y en los núcleos sociales medios urbanos las actividades como profesionista o trabajadora, comparten tiempo e intereses con las primeras.

Durante este período dos tipos de factores pueden ocasionar psicopatología: los factores sociales y del medio ambiente en general y los inherentes a la condición biológica femenina. Cabe aclarar que varios de estos factores no son específicos de esta edad, pero se exponen en este apartado porque son mucho más frecuentes.

Los factores del medio que pueden generar algún grado de patología no funcionan solo para las mujeres sino en la medida en que adquieren mayor importancia al interactuar con otras determinaciones sociales del papel femenino. Factores como el inicio de la vida en pareja, el nacimiento del primer hijo, una mala relación con el cónyuge, el divorcio ó la separación, con ser problemas en sí mismos, afectan diferencialmente a cada sexo. De esta forma, se ha hablado de una necesidad neurótica y sobrevaloración del amor de pareja por parte de la mujer, de los conflictos maternos, de los problemas de masoquismo femenino, etc. Las teorías psicoanalíticas brindan amplias explicaciones de estos problemas, en este docu-

mento, baste decir que tienen una importante relación con la formación de la mujer desde su infancia y con componentes psíquicos intrínsecos.

Los daños a la salud mental que producen los factores externos repercuten sobre todo, aunque no únicamente, en el área afectiva. Así, es un dato bien conocido que las mujeres presentan con mayor frecuencia que los hombres trastornos depresivos y aunque globalmente estos trastornos aparecen a cualquier edad, algunas formas específicas (depresión mayor y depresión neurótica), se inician durante esta etapa, en la mayoría de los casos.

Al igual que la depresión, la ansiedad es más común en las mujeres y ambas pueden presentarse como componentes de las crisis de identidad cuando estas se inician o prolongan hasta las etapas tempranas o medias de la edad adulta, o bien pueden constituir entidades individuales de tipo reactivo a factores del medio ó en otras ocasiones a factores internos como se expondrá más adelante.

Los trastornos somatoformes en general, es decir, aquellos que se presentan como síntomas físicos que afectan algún órgano o función, pero en los que no existe en realidad ninguna base orgánica funcional, sino que traducen un conflicto psicógeno, como por ejemplo: dolor psicógeno, conversiones, hipocondrias, etc., son mucho más frecuentes en mujeres y se inician casi siempre en los primeros años de la vida adulta. Su presencia ha sido asociada con estrés psicosocial.

En México, las muertes por suicidio ocurren en mayor proporción a esta edad, pero son menos frecuentes en mujeres que en hombres. En las mujeres se presenta mayor número de intentos de suicidio, los cuales se han interpretado como la necesidad de la protagonista de llamar la atención sobre sí.

Los problemas derivados de la condición sexual femenina son:  
a) Síndrome premenstrual. Consiste en un conjunto de perturba-

ciones físicas y emocionales que anteceden al inicio del flujo menstrual y que ceden una vez que éste se presenta. Los síntomas físicos son: adolorimiento e hinchazón de los senos, dolor de cabeza y espalda e inflamación del bajo vientre; psicológicamente se observan: diversos grados de tensión, irritabilidad e inquietud, depresión, cansancio y falta de energía.

Este cuadro se puede dar en mujeres sanas y en raras ocasiones se relaciona con problemas psicológicos o histeria conversiva. Las causas a las que se atribuye son de tipo endocrinológico, pero la gama de síntomas psicológicos que se observan, su repetitividad y en algunas ocasiones su gravedad, ameritan su consideración como un síndrome psiquiátrico. El tratamiento es sintomático y en algunos casos de psicoterapia.

b) Los síntomas psiquiátricos que aparecen durante el embarazo, son más frecuentes durante el primero y último trimestres. Los más comunes son: ansiedad, irritabilidad y cambios de humor.

c) Se ha observado que una proporción de aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas presentan cuadros depresivos intensos durante el primer trimestre, con una duración no mayor a doce semanas. En estos casos se pueden detectar cuadros previos de depresión, en ocasiones historia de aborto(s), embarazo no deseado, conflictos maritales y preocupación por el futuro hijo. El cuadro se acompaña de síntomas de irritabilidad y fatiga.

Cuando la depresión aparece en el último trimestre del embarazo, puede prolongarse hasta las primeras semanas después del nacimiento del bebé.

El tratamiento dependerá de la severidad del trastorno. En los casos leves, será suficiente con el apoyo médico de vigilancia del embarazo y el familiar. Se deberá evitar el consumo de medicamentos para combatir el problema, sin prescripción médica, por los efectos que pueden tener en el niño. En los casos severos se deberá asistir al psiquiatra.

Durante el período posterior al nacimiento (post-parto), se presentan tres clases de trastornos: psicosis puerperal, depresión puerperal y trastornos emocionales del post-parto.

d) Se ha estimado que las psicosis puerperales se presentan en 1.5 de cada 1000 partos, especialmente en mujeres de primer embarazo.

En este grupo se incluyen varios tipos de psicosis: psicosis afectivas, las más frecuentes (75% de los casos), esquizofrenia (25%) y psicosis orgánicas.

Cuando existen antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, el riesgo de presentar psicosis puerperal aumenta. Con frecuencia se han propuesto factores bioquímicos como causa de la psicosis. Los factores psicodinámicos como la relación de la paciente con su madre, sus sentimientos hacia la responsabilidad que sobreviene con la maternidad, la relación conyugal y la personalidad de la paciente, parecen intervenir en la génesis del padecimiento.

Estas psicosis se inician aproximadamente a los dos días del parto con insomnio, irritabilidad, inquietud, rechazo a comer y depresión, a continuación aparecen confusión, excitabilidad, alucinaciones, humor lábil y preocupaciones y delirios respecto al bebé. El cuadro completo aparece aproximadamente a las dos semanas.

El 70% de los casos de psicosis puerperal se recupera, pero se desarrolla un riesgo a sufrir psicosis puerperales futuras del 14 al 20% y de psicosis en general del 50%. Una consecuencia grave de las psicosis puerperales es la separación de la madre y el bebé.

Cualquier tipo de psicosis puerperal debe ser manejada por el psiquiatra.

e) Alrededor de un 10% de las mujeres desarrollan depresión en el post-parto. Esta se inicia durante el primer mes, una vez en casa. Se ha observado asociación con múltiples problemas como: proble-

mas familiares, conyugales, sentimientos ambiguos hacia el bebé, problemas en el embarazo y personalidad introvertida.

Como causa del trastorno se han postulado tanto factores bioquímicos, como sociales y familiares. Los síntomas son los característicos del cuadro depresivo: irritabilidad, cansancio, preocupación acerca de la relación y el manejo del bebé, sensación de inadecuación; también se presenta falta de apetito, disminución del deseo sexual, dificultad para dormir y para concentrarse, todos ellos acompañados de ansiedad. En el 90% de los casos el cuadro desaparece al mes sin tratamiento; solo un 4% dura mas de un año, lo cual es una clara indicación para buscar tratamiento psiquiátrico.

f) Finalmente, las «tristezas» post-parto son frecuentes en un 50% de las mujeres. Se inician al tercer día más o menos y duran no mas de dos. Este síndrome parece tener origen bioquímico. Se presentan episodios de llanto, sentimientos de tristeza, irritabilidad, sensación de separación y distancia del niño, insomnio y concentración deficiente. No requieren de tratamiento, solo el apoyo familiar.

Otros eventos de vida que son mas comunes durante esta etapa y que pueden ocasionar trastornos de tipo emocional son: la interrupción del embarazo, la anticoncepción hormonal, la esterilización y la histerectomía.

g) La interrupción del embarazo por indicación médico psiquiátrica se practica rara vez. La decisión debe ser tomada por acuerdo con la mujer, en aquellos casos en los que haya psicosis puerperal o que se hayan presentado remisiones de esquizofrenia a raíz del parto.

La frecuencia de trastornos psiquiátricos serios, a consecuencia de la interrupción del embarazo es baja y los síntomas mas frecuentes son los sentimientos de culpa y la depresión leve; sin embargo, es necesario tener en cuenta que dado que las interrupciones son, en la mayor parte de los casos, situaciones ilegales, existe ocultamiento al respecto, el cual ocasiona un desconocimiento o subregistro de las cifras reales.

Cuando existe indicación médica y se realiza la interrupción, se ha observado que mientras más grave sea la causa de la indicación, el riesgo de padecer depresión posterior a la interrupción es más alto. Cuando la interrupción se hace en contra de la voluntad de la mujer, alrededor de un 40% de los casos presentan depresión.

h) La anticoncepción hormonal, es decir el uso de anticonceptivos, es una práctica que se ha asociado con depresión en un 30% de los casos. Se atribuye a las altas dosis de progesterona.

No existe evidencia de que otro tipo de trastornos psiquiátricos se asocien con estos fármacos.

i) La histerectomía o extracción del útero, se asocia principalmente con depresión, en un 7% de las mujeres, pero se ha observado que esto sucede cuando las causas de histerectomía no son muy graves; en contraste, cuando las causas si lo son, lo frecuente es que después de la operación haya un mejoramiento general, incluyendo a los síntomas psiquiátricos presentes antes de la cirugía; la relación es obvia.

En México, los efectos de la esterilización sobre la salud mental no están documentados sino a partir de la experiencia clínica, según la cual tanto la histerectomía como métodos anticonceptivos del tipo de la ligadura de trompas, afectan emocionalmente en mayor o menor grado a las mujeres que las viven. Las causas de estas reacciones muy probablemente estén relacionadas con las creencias religiosas y los valores tradicionales alrededor de la función reproductora. En la sociedad mexicana, la maternidad para la mujer es un asunto en torno al cual gira la mayor parte de su vida e intereses y mediante el cual alcanza la realización femenina («una mujer que no ha tenido hijos no es una mujer»), la vinculación conyugal y el respeto y reconocimiento social. De aquí que la terminación de esta función, sobre todo cuando no es por causas de vital importancia, se asocie a la negación de todos esos valores y a sentimientos de depresión y autodevaluación.

j) De los trastornos psicosexuales en la mujer, los más frecuentes son: el deseo sexual inhibido, el dolor durante el coito, y el orgasmo inhibido. El diagnóstico de estos trastornos solo debe hacerse después de un estudio meticoloso, el cual considere, dentro de una evaluación integral de la sexualidad, todos los factores involucrados en la función psicosexual, el diagnóstico diferencial con otros posibles trastornos y exámenes diagnósticos. En México, la experiencia clínica indica que estos trastornos son frecuentes, pero raras veces son motivo de consulta.

k) Los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes, son trastornos psicóticos (es decir que hay pérdida del contacto con la realidad), se inician en la adolescencia o al principio de la vida adulta, pero no son especialmente más frecuentes en mujeres. La sintomatología es muy compleja y dependerá del trastorno del que se trate.

La mujer entre 45 y 59 años de edad, es una mujer que ha consolidado buena parte de sus proyectos de vida. Durante este período existen múltiples factores internos y externos que favorecen su salud mental, por ejem.: la madurez intelectual y psicosexual, la estabilidad de los lazos afectivos familiares y amistosos, etc., pero al mismo tiempo, algunos factores de riesgo a la salud se incrementan durante esta etapa.

Como madre de familia, la mujer se encuentra con que en esta época sobrevienen, de manera natural, cambios en la estructura y dinámica del grupo, al presentarse la pérdida de alguno de sus miembros por muerte y los procesos de emancipación de los hijos como parte de la adolescencia ó en forma definitiva con el matrimonio son situaciones que a pesar de ser naturales pueden representar una fuente de conflicto emocional por el sentimiento de pérdida que conllevan; su intensidad y resolución dependerán de los antecedentes en salud mental de la madre y de la calidad de la relación materno-filial que se haya fundado. Los casos de mujeres con desequilibrios emocionales, con trastornos psicológicos, las que hayan constituido

una relación sobreprotectora, de dependencia, quienes no hayan podido realizar un plan de vida propio y que lo hayan proyectado hacia los hijos, etc., serán incapaces de aceptar y asumir en forma natural la independencia filial, ocasionando trastornos tanto para los hijos como para sí mismas.

Otros factores de riesgo intrafamiliares que se incrementan en esta época son los de enfermedad y muerte del cónyuge o de los padres. Para los hombres entre 50 y 60 años de edad, que corresponderían a los cónyuges de la mujer madura, en nuestro país se ha notado un incremento en las cifras de morbi-mortalidad por padecimientos cardiovasculares y degenerativos. Aunque en ocasiones, los problemas de infarto al miocardio tienen un desenlace fatal inmediato, ésto no siempre es así y el resto de padecimientos vascular-cerebrales y oncológicos (cánceres), tiene una evolución larga y deteriorante.

Es claro como estas situaciones, particularmente más frecuentes en la vida de la mujer madura, son fuentes de estrés y duelo.

Se ha observado que la problemática psicoemocional relacionada con el climaterio es relativamente dependiente de factores socio-culturales particulares a la mujer; en aquellos casos en los que ha realizado un proyecto de vida personal más completo y satisfactorio la sintomatología suele ser menos acentuada que en los casos opuestos. Es necesario subrayar que este fenómeno presenta un efecto cohorte relativo al contexto socio-cultural en el que la mujer se desarrolla.

La menopausia, es una condición biológica que se ha visto como un factor importante relacionado con la presentación de cuadros depresivos de diversa intensidad. Si es un factor causal debido a descompensaciones hormonales o no lo es, es una discusión que aún no se acuerda.

Es difícil separar los aspectos bioquímicos de los aspectos psicodinámicos como el de la percepción alterada de la propia

persona como mujer y en su relación conyugal; además se deben recordar los eventos mencionados en el párrafo previo que confunden más la situación. La realidad es que en la experiencia clínica, esta asociación es frecuente y las mujeres bajo tratamiento presentan una notable mejoría.

Los síntomas esenciales de los trastornos depresivos que pueden presentarse como consecuencia o en asociación a los factores mencionados son los mismos que se presentan en otras épocas de la vida, solo difieren los síntomas asociados. El cuadro básico comprende: sentimiento de tristeza, desesperanza, desánimo, pérdida de interés por las actividades y pasatiempos habituales, alteraciones del apetito y del sueño, disminución de la energía, irritabilidad, sentimientos de inutilidad o culpa, ideas de muerte o suicidio y dificultad para concentrarse.

En nuestro país, la búsqueda de atención psiquiátrica es mucho menos frecuente que la de otras especialidades médicas; existen creencias, prejuicios y tabúes muy difundidos en relación a los trastornos mentales que propician dicha situación. En particular, con respecto a los trastornos afectivos y otros no psicóticos, el problema es más marcado, pues aunada a la mayor frecuencia con que se presentan, la gente no los reconoce como verdaderos padecimientos dignos de atención médica, asumiéndolos simplemente como cuestiones naturales y pasajeras, comúnmente identificados como «nervios».

Los trastornos de demencia presenil se inician en esta época y son más frecuentes en mujeres. Son debidos a procesos degenerativos del tejido nervioso y se caracterizan por un comienzo insidioso, con deterioro progresivo, en el que se ven afectadas las capacidades intelectuales tales como: memoria, capacidad de juicio, pensamiento abstracto, etc., también se presentan modificaciones en la personalidad y en la conducta, depresión, ansiedad e irritabilidad.

Existe una predisposición hereditaria más elevada en los descendientes de primer grado.

**Cuadro No. 1**

**TRASTORNOS MENTALES EN LA MUJER ADULTA JOVEN**

TRASTORNO	FRECUENCIA	FACTORES ASOCIADOS
TRASTORNOS AFECTIVOS REACTIVOS		
Depresión mayor	18-23%	Factores del medio familiar y matrimonial
Depresión neurótica	Es común	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
Trastornos somatoformes	No. inf	Estrés psicosocial
Somatizaciones	1%	" "
Ansiedad generalizada	No inf.	" "
TRASTORNOS EMOCIONALES «ENDOGENOS»		
Síndrome premenstrual	Es común	Relacionados con el embarazo y otras situaciones derivadas de la condición femenina.
Cuadros depresivos	10%	
Depresión puerperal	10%	
Trastornos emocionales del post-parto (tristezas)	50%	
TRASTORNOS PSICOTICOS		
Psicosis puerperales	1.5 de 1000 nacimientos	Idem.
TRASTORNOS PSICOSEXUALES		
Dolor durante las relaciones sexuales	No existe información	Factores socio-culturales
Deseo sexual inhibido	las formas leves son	Idem
Orgasmo inhibido	comunes.	Idem

\* Las cifras de frecuencia fueron obtenidas de datos internacionales.

**Cuadro No. 2**

**TRASTORNOS MENTALES EN LA MUJER DE EDAD MEDIANA**

TRASTORNO	FRECUENCIA	FACTORES ASOCIADOS
TRASTORNOS EMOCIONALES Depresión mayor Depresión neurótica	18-23% Es común	Cambios en la estructura y en la dinámica familiar que generan estrés y duelo. Cambios derivados de la menopausia.
TRASTORNOS DEMENCIALES  Demencia presenil	  Menos del 1%	  Factores heredo-familiares.

\* Las cifras de frecuencia fueron obtenidas a partir de datos internacionales.

## CANCER

*Dra. María Teresa Cisneros*

Al analizar el grupo de mujeres jóvenes (20 a 44 años) los cánceres de mayor mortalidad en orden de frecuencia son: cuello del útero, mama, leucemias y linfomas, estómago y tráquea, bronquios y pulmón.

El total de defunciones registradas por cáncer en la mujer en este grupo etario, de acuerdo a estadísticas correspondientes a 1987 fueron 2,945; muertes que en su mayoría podrían haberse evitado mediante acciones educativas dirigidas a modificar los factores de riesgo conocidos para estos cánceres y por la práctica de estudios de detección oportuna de la enfermedad. (Cuadro 1).

La frecuencia con la que se presentan estos cánceres es variable, de acuerdo a datos del Registro Nacional del Cáncer de la Secretaría de Salud en la población usuaria de la propia Secretaría (población abierta) y en aquella con Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.), el cáncer más frecuente fue el del cuello del útero, a diferencia del sector privado donde es el mamario.

El registro informa en el área metropolitana estudiada 2,810 casos de los cuales el 44% le corresponden al cérvix uterino, 17.7 a glándula mamaria, y a 5.5% a tiroides (Cuadro 2).

### **Cáncer del Cuello Uterino.**

El cáncer cérvico uterino es el más frecuente en Latinoamérica, es característico de países en vías de desarrollo, donde su población es considerada de alto riesgo. Este riesgo elevado es consecuencia de una serie de factores como son la edad temprana de la mujer al iniciar

relaciones sexuales, la multiparidad (más de 4 embarazos), el tener promiscuidad, tanto la mujer como su compañero sexual, antecedentes de enfermedades venéreas especialmente la presencia del papiloma virus (16-18), además de historia del uso prolongado de anticonceptivos orales hormonales, añadido a estos riesgos el cada vez más frecuente el tabaquismo y la ingestión baja de nutrientes especialmente ácido fólico y vitamina A (Cuadro 3).

Las mujeres que nunca se han realizado el estudio citológico de «Papanicolaou» son las que se encuentran con mayor riesgo, por lo tanto deben recibir prioridad en los programas de detección.

El cáncer del cuello uterino actualmente se considera una enfermedad de transmisión sexual, no se presenta en la mujer nubil, su incidencia, de acuerdo al estudio del Registro Nacional del Cáncer, demuestra que eleva considerablemente a partir de la 3a. década de la vida; en este grupo estudiado representa el 38.5% del total de casos.

En relación a las defunciones su frecuencia, se incrementa a partir de la 4a. década, sin embargo, ya desde la 2a. hay casos registrados (Cuadro 4).

Para 1990, se calcula morirán en México 4,535 mujeres por este cáncer, de las cuales 1,424 (31.4%) tendrían al momento de morir entre 25 y 49 años de edad (Cuadro 5).

Como ya se describió previamente, el cáncer del cuello del útero tiene una historia natural bien identificada con la presencia de lesiones pre-invasoras denominadas «displasias» (leve, moderada, severa); estas lesiones evolucionan, según estudios ampliamente publicados, al cáncer invasor, en un período de 10 a 15 años. Hay que hacer notar que no todas las displasias evolucionarán al cáncer; se estima que el 35% regresan espontáneamente, sin embargo, hasta el momento, con los recursos disponibles actualmente, no es posible identificar cuáles de los casos pasarán al cáncer, y cuáles regresan, por lo tanto está obligado en el 100% de los casos su tratamiento y control estricto.

Los casos de displasias y el cáncer en sus etapas iniciales (In situ y microinvasor) suelen no dar ninguna sintomatología que haga sospechar su presencia, la única forma de diagnosticarlos es mediante el estudio citológico de papanicolaou.

Los síntomas y signos que pueden presentarse son: Leucorrea, flujo sanguinolento fuera de la menstruación y dolor o sangrado durante las relaciones sexuales.

El objetivo principal del Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino es descubrir las lesiones precursoras o el cáncer en su etapa inicial, cuando es 100% curable; en las etapas avanzadas invasoras, el pronóstico es malo.

El método citológico «Papanicolaou» sigue siendo hasta la fecha el método ideal, por la buena certeza diagnóstica (98%); es inocuo, de bajo costo y gratuito en las Instituciones del Sector Salud.

Las contraindicaciones para practicárselo son haberse realizado lavado vaginal, o aplicado óvulos o jaleas, y no estar menstruando en el momento de la toma de la muestra.

En México, en la población estudiada se detectan por cada 1000 mujeres examinadas, 4 casos de lesiones precursoras «displasias», y 4 casos de cáncer. De estos casos de cáncer se descubren solo el 30% en etapas iniciales como consecuencia de la poca cobertura lograda en el Programa.

Para abatir la mortalidad por este cáncer se requiere la atención del 50% de la población en riesgo.

Como conclusión podemos afirmar que el cáncer cérvico uterino es curable si se diagnostica a tiempo, siendo la única forma mediante el estudio citológico de papanicolaou, anualmente, en toda mujer que ha iniciado vida sexual; con prioridad en aquellas que se encuentran en el grupo de mayor riesgo, entre 35 y 60 años de edad.

## **Cáncer mamario.**

El cáncer mamario es la segunda causa de muerte, en la mujer mexicana, por este padecimiento; su incidencia se presenta desde la segunda década de la vida, incrementándose con la edad.

En las últimas estadísticas oficiales correspondientes a 1987, murieron por este cáncer 1,941 mujeres, de las cuales 442 tenían al fallecer entre 20 y 44 años, lo que corresponde al 22.7% del total de defunciones por cáncer mamario.

El Registro Nacional del Cáncer en ese mismo año, reportó en el área metropolitana de la Ciudad de México 1,787 casos de cáncer mamario (2o. más frecuente) correspondiente al 17% del total de casos de cáncer en la mujer. En el grupo de mujeres jóvenes (20 a 44 años) se reportaron 509 casos (28.5%). En este mismo estudio se puede observar la importancia que tiene la detección oportuna de la enfermedad; en la población usuaria de la Secretaría de Salud, el cáncer se encontró localizado en un 45.9% de los casos, a diferencia de la población asegurada y privada donde los porcentajes son mayores 74.6% y 71.6% respectivamente.

Todas las mujeres están expuestas a presentar un cáncer mamario; sin embargo, existen varios factores conocidos de «alto riesgo» que a continuación se señalan:

- Antecedente familiar de cáncer mamario (madre, abuela, tía, hermana).
- Ser mayor de 35 años.
- Primera menstruación antes de los 11 años de edad.
- Menopausia tardía (después de los 50 años).
- Primer parto después de los 35 años (edad tardía)
- Uso de anticonceptivos orales a temprana edad (antes de los 25 años de edad).
- Ser obesa
- No haber tenido hijos «nuliparidad»

La prevención del cáncer mamario consiste en la revisión clínica realizada por el médico una vez al año y por el auto examen que se debe practicar la mujer, mensualmente, desde la edad de la adolescencia hasta la vejez.

Cuando la mujer aún menstrúa el auto-examen se practica entre el 5º y 10º día del ciclo; una vez en la menopausia, se realizará un día fijo cada mes. (Cuadro de la técnica del autoexamen).

Los síntomas y signos de alarma para el cáncer mamario son:

- Presencia de «bola» tumor en mama o en axila.
- Cambios de tamaño o forma de las mamas.
- Secreción sero sanguinolenta por pezón.
- Retracción, «hundimiento», del pezón.

Estudios previos han demostrado que cerca del 80% de los casos de cáncer mamario son descubiertos por la propia mujer, el diagnóstico temprano de la enfermedad, dará un mejor pronóstico de supervivencia.

### **Cáncer de estómago.**

En el grupo de mujeres entre 20 y 44 años de edad, el tumor maligno de estómago ocupó el 4º lugar como causa de muerte por cáncer; si bien en este grupo etáreo la incidencia no es alta, si lo es para la presentación de las lesiones precursoras como son la gastritis y la úlcera gástrica.

Un hecho importante es que en mujeres jóvenes, el cáncer predominante es el adenocarcinoma difuso, cuyo perfil biológico es altamente agresivo, su crecimiento es rápido y muy invasivo, lo que determina su alta letalidad.

Las entidades federativas con mayor mortalidad para este cáncer son: Yucatán, Aguascalientes, Michoacán, Colima, Sonora, Coahuila,

Morelos y Baja California Sur. Por la magnitud y trascendencia se considera un problema de Salud Pública en México, por lo que requiere de acciones preventivas encaminadas a la educación para la salud, dirigidas a la población en general, identificando los factores de riesgo que participan en la enfermedad y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras.

Los factores de alto riesgo para cáncer de estómago son:

**Dietéticos:**

- Alimentación deficiente en aporte protéico, con predominio de alimentos industrializados o de hidratos de carbono.
- Alimentos fritos o asados directamente a las brasas, productos ahumados, en salmuera e irritantes. Ejemplo: condimentos, chiles, etc.

**Laborales:**

- Obreras de industrias químicas, extractivas como carbón y cantera. Agricultores y campesinos.

**Ambientales:**

- Suelos ricos en caliza, salinas y turba, polución por nitritos, nitratos, asbestos (en aire, agua y suelo).

**Genéticos:**

- Ser del grupo sanguíneo A, antecedente de anemia perniciosa y vitiligo.

**Hábitos y costumbres:**

- Alcoholismo, tabaquismo, ayuno y estrés.

Las manifestaciones clínicas son las mismas de un síndrome ulceroso caracterizado por dolor en epigastrio (boca del estómago) de tipo urente o vacío que se acompaña o no de náuseas, vómitos y manifestaciones hemorrágicas.

#### **Recomendaciones si se tiene síndrome ulceroso**

- No fumar
- No tomar bebidas alcohólicas en exceso
- Comer sentado
- Hacer sobremesa
- Comer en horas fijas
- Masticar bien y despacio
- Tomar los líquidos a tragos pequeños
- Evitar las bebidas muy calientes
- Separar 6 horas entre una comida y otra
- Cenar alimentos de origen animal
- No acostarse después de consumir alimentos
- No usar ropa apretada en la cintura
- No levantar objetos pesados

#### **Las medidas recomendadas para prevenir el cáncer de estómago son:**

- Hacer tres comidas al día
- Comer diariamente alimentos frescos (carne, pollo, pescado, huevos, queso, cereales, verduras y frutas cítricas).
- Disminuir el consumo de alimentos industrializados (embutidos, carnes frías, enlatados o envasados).
- Limitar el consumo de irritantes, condimentos, chiles, café, bebidas alcohólicas y sal.
- No fumar
- Examen médico periódico.

#### **Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.**

Los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón ocupan en la mujer el 4º lugar como causa de muerte por cáncer; en el año 1987

se registraron 1,374 defunciones, de las cuales correspondieron a las mujeres entre 20 y 44 años de edad 122 (8.8%).

El Registro Nacional del Cáncer, en ese mismo año, informa en el área metropolitana de la ciudad de México, de 44 casos, de los cuales fueron mujeres 182, y de ellas el 12.6% en este grupo de edad.

Si bien el incremento de la morbi-mortalidad es a partir de la 5a. década de la vida, es en esta etapa cuando participan los factores de riesgo en la génesis del cáncer.

El principal factor de riesgo es el tabaquismo, el fumador tiene cien veces más el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón que una persona que no fuma.

La mujer mexicana entre los 20 y 44 años observa los mayores porcentajes del «hábito de fumar» con respecto a otros grupos de edad; el nivel de escolaridad que tiene es superior a profesional mostrando mayor dependencia psicológica que física, motivo que hace difícil de suspender el hábito. El consumo de cigarrillos es en promedio de uno a 10 al día.

Otros factores de riesgo son la exposición a medios industriales, a fuentes de radiación, cromatos, níquel, asbesto, éter metílico-clorometil y uranio.

Hasta el momento no existe un método idóneo de detección oportuna para este cáncer; los estudios radiológicos y citológicos de espueto no han dado resultados satisfactorios para su aplicación masiva; por lo tanto, la prevención del cáncer pulmonar es la prevención primaria, mediante el conocimiento de los factores de riesgo que participan en la enfermedad.

De acuerdo a las últimas estadísticas (1987), el cáncer como causa de muerte ocupa los primeros lugares en la mujer adulta. En el grupo de 45 a 59 años, el 25.2% del total de defunciones ocurrieron en este grupo etéreo (5,203).

Al analizar las localizaciones según su frecuencia, el cáncer del cuello de la matriz predomina, ocupando el primer lugar con 1,283 defunciones (33% del total de defunciones por cáncer cérvico uterino en este grupo de edad), siguiéndole el cáncer de mama, estómago, pulmón y cuerpo uterino (Cuadro 6).

El Registro Nacional del Cáncer reporta en ambos sexos 16,256 casos de cáncer, en la mujer 10,486 (65.5) de los cuales ocurrieron en mujeres de 45 a 59 años un total de 2,883 (27.4%); estas cifras elevadas confirman la aceveración que la morbi-mortalidad por cáncer se incrementa con la edad.

Las localizaciones más frecuentes fueron: los cánceres del cuello de la matriz, mama, ovario, estómago y linfomas (Cuadro 7). Ya previamente se mencionó la importancia de la prevención y detección oportuna de estos cánceres.

El cáncer del cuello de la matriz causa en promedio 4,535 muertes anuales (1990) en mujeres de 45 a 64 años, este grupo etéreo constituye uno de los grupos de «mayor riesgo» para morir por este cáncer, son muertes no comprensibles ya que podrían haber sido evitadas mediante la detección oportuna.

El grupo de mujeres en la menopausia debe ser el prioritario en los programas de detección, el diagnóstico de un cáncer en etapas iniciales asegura su curación.

Los datos captados por el Registro Nacional del Cáncer confirman la importancia de la detección oportuna al observar las diferencias encontradas en el número de cánceres entre la población abierta, asegurada y la privada; mientras que en la población abierta usuaria de la Secretaría de Salud el cáncer del cuello del útero representa el 24% de los cánceres en la mujer, en la privada en quienes se efectúa con más frecuencia la detección (papanicolaou), solo se presenta en 9% (Cuadro 8).

Con respecto al cáncer mamario, de igual forma su mayor frecuencia es a partir de los 45 años, muriendo en promedio cada año 2,100 mujeres.

Es indispensable que la mujer conozca el procedimiento para el auto-examen mensual de sus senos, el 80% de los casos son descubiertos por la misma mujer mediante este método (Figura 1).

Otro de los cánceres importantes en este grupo de mujeres es el cáncer del cuerpo de la matriz, se presenta más frecuentemente en mujeres nulíparas (sin hijos), con antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes, y con tratamientos prolongados de estrógenos.

Los síntomas que suelen presentarse son: flujo sanguinolento, hemorragias irregulares y dolor.

**Cuadro No. 1**

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
**1987**  
**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR CANCER SEGUN SEXO**  
**EN EL GRUPO DE 20 A 44 AÑOS DE EDAD**

MASCULINO	No. de Defunciones	%	FEMENINO	No. de Defunciones	%
-Leucemias y Linfomas	428	25.0	-Cuello del útero	817	27.7
-Estómago	182	10.6	-Mama	442	15.0
-Tráquea, bronquios y pulmón	141	8.2	-Leucemias y Linfomas	352	12.0
-Testículo	107	6.2	-Estómago	165	5.6
-Encéfalo	74	4.3	-Tráquea, bronquios y pulmón	122	4.1
Total de cánceres en este grupo de edad	1,712	100%		2,945	100%

FUENTE: S.P.P. 1987

Subdirec. de Pre. y Control del Cáncer,  
Dirección General de Medicina Preventiva.  
Secretaría de Salud

**Cuadro No. 2**

**REGISTRO NACIONAL DEL CANCER  
1987  
TRES PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE CASOS DE CANCER SEGUN SEXO, EN  
EL GRUPO DE 20 A 44 AÑOS DE EDAD**

<b>MASCULINO</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
Testículo	148	15.3	Cérvix Uterino	1,239	44.1
Linfomas	121	12.5	Mama	499	17.7
Leucemias	109	11.2	Tiroides	156	5.5
Todas las localizaciones	968	100%		2,810	100%

### **Cuadro No. 3**

#### **FACTORES DE RIESGO EN CANCER CERVICO UTERINO**

- Edad mayor de 35 años.
- Antecedente familiar de cáncer.
- Inicio de relaciones sexuales a edad temprana.
- Promiscuidad sexual.
- Multiparidad.
- Falta de higiene genital en la pareja e infecciones genitales frecuentes.
- Tabaquismo.

#### **FACTORES DE RIESGO EN CANCER MAMARIO**

- Edad mayor de 40 años.
- Antecedente familiar de cáncer mamario.
- Menarca a edad temprana.
- Nubilidad.
- Nuliparidad.
- Falta de lactancia.
- Menopausia tardía y
- Utilización prolongada de estrógeno

**Cuadro No. 5**

**MUERTES ESPERADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD  
CANCERES CERVICO UTERINO Y MAMARIO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1990**

CERVICO UTERINO: 4.535

de 24	25 - 49	50 - 64	65 y más
36	1,424	1,496	1,579

MAMARIO: 2.102

11	691	720	680
----	-----	-----	-----

**Cuadro No. 8**

**PORCENTAJE DE CASOS DE CANCER  
CERVICO UTERINO Y MAMARIO  
SEGUN TIPO DE POBLACION**

	POBLACION ABIERTA	POBLACION CON SEGURIDAD SOCIAL	POBLACION PRIVADA
CA. MAMARIO	11.3	10.1	14.6
CA. C.U.	24.0	19.6	9.0

**Cuadro No. 6****CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR CANCER SEGUN SEXO EN EL GRUPO DE 45 a 59 AÑOS**

<b>MASCULINO</b>	<b>No. de Defunc.</b>	<b>%</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>No. de Defunc.</b>	<b>%</b>
-Tráquea, bronquios y pulmón	621	21.0	-Cuello del útero	1,283	24.6
-Estómago	375	12.7	-Mama	653	12.5
-Leucemias y Linfomas	264	8.9	-Estómago	303	5.8
-Páncreas	158	5.3	-Tráquea, bronquios y pulmón	301	5.7
-Laringe	101	3.4	-Cuerpo del útero	223	4.2
Todas las localizaciones	2,948	100%	Todas las localizaciones	5,203	100%

**Cuadro No. 7****PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE CASOS DE CANCER EN LA MUJER DE 45 A 59 AÑOS**

LOCALIZACION	No. de casos	%
1. Cuello del útero	1,008	34.9
2. Mama	543	18.8
3. Ovario	88	3.0
4. Estómago	86	2.9
5. Linfomas	78	2.7
Todas las localizaciones	2,883	100%

FUENTE: Registro Nacional del Cáncer, 1987  
Direc. Gral. de Epidemiología, SSA

**MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO  
POR GRUPOS DE EDAD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1987**

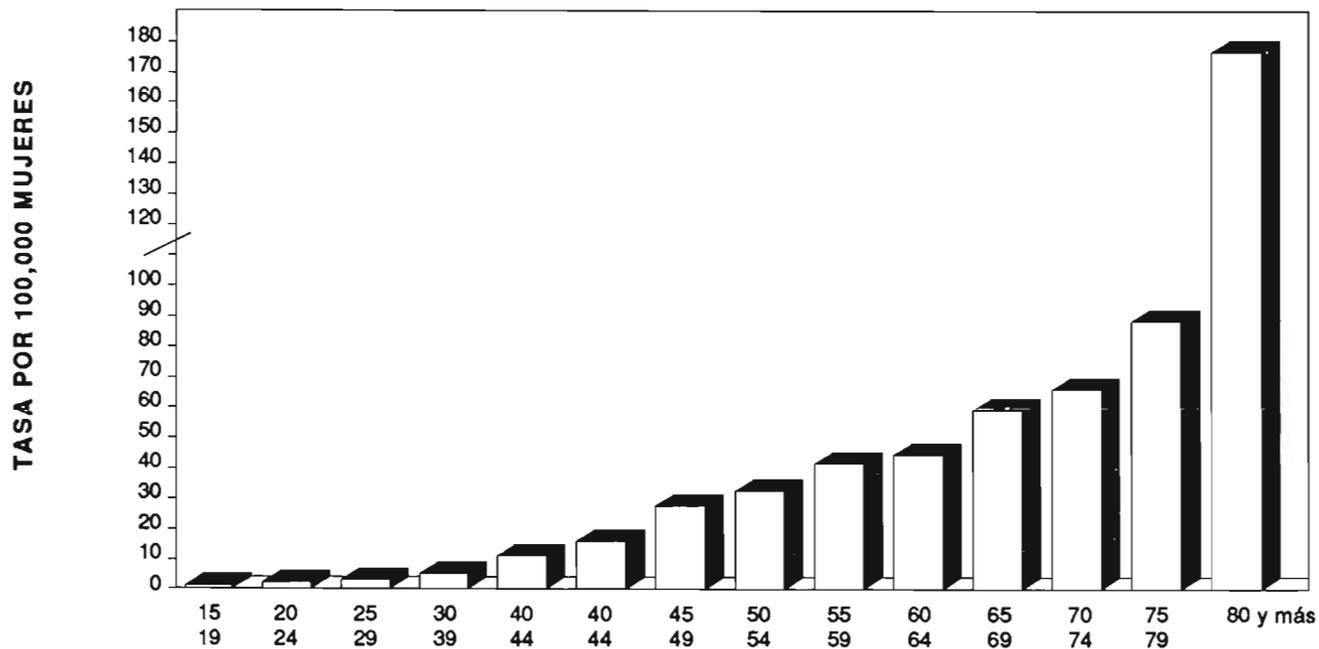


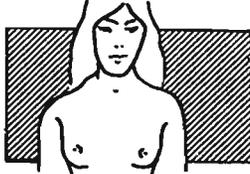
Figura No. 1

## TECNICA DE EXPLORACION DE MAMA

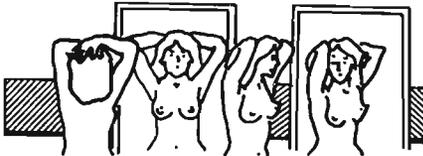
### TU PUEDES DESCUBRIR EL CANCER MAMARIO A TIEMPO

#### SIGUE CUIDADOSAMENTE ESTAS INDICACIONES

Examina tus senos una vez al mes; elige entre el séptimo y décimo día después de que se inicia tu menstruación; si ya no reglas escoge un día fijo cada mes; obsérvalos, pálpalos y conócelos para descubrir cualquier alteración.



- 1.-Frente a un espejo y con los brazos sueltos observa si hay cambios de formas o tamaños, en especial, en los pezones para ver si hay desviaciones, lesiones o retracciones.



- 2.-Levanta los brazos sobre la cabeza y busca si se forman arrugas, hundimientos, cambios de color o de consistencia en la piel.



- 3.-Acostada boca arriba y con una toalla bajo el hombro izquierdo, coloca tu mano izquierda debajo de tu cabeza, con la mano derecha y con los dedos un poco doblados, toca suavemente tu seno izquierdo tratando de buscar cualquier bolita o algún lugar duro. Empieza siempre en el pliegue de la axila y recorre en espiral todo el seno.



- 4.-Con tu mano izquierda sobre el vientre y vuólvete a explorar con la mano derecha la mama izquierda.



- 5.-Para examinar la mama derecha repite los pasos 3 y 4, con la otra mano y la toalla debajo del hombro derecho.



- 6.-Presiona entre tus dedos los pezones como exprimiéndolos y observa si existe alguna secreción o sangrado.

Si descubres cualquier anomalía, observas o palpas cualquier bolita o existe alguna secreción, acude al médico.

**CUALQUIER CAMBIO POR PEQUEÑO QUE SEA REQUIERE DE CONSULTA INMEDIATA**

## BIBLIOGRAFIA

- Estudios Epidemiológicos de la Carcinogénesis Perinatal  
S. Preston - Morten  
Lyon International for Research on Cancer, IARC 1989
- Neoplasias Malignas en los Niños  
Maximiliano Salas Martínez  
Interamericana S.A. de C.V. 1988
- Enfermedades Ocupacionales  
Organización Panamericana de la Salud 1986.
- Registro Nacional del Cáncer  
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud 1989
- Human Papillomavirus and Cervical Cancer  
International Agency for Research on Cancer  
Scientific Publications No. 94. Lyon 1989
- Oncología Clínica  
Gregory Sarna M.D.  
Limusa S.A. de C.V. 1986
- Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino  
y Mamario  
Dirección General de Medicina Preventiva SSA 1990
- Registro Nacional del Cáncer 1987  
Dirección General de Epidemiología SSA

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

*Dra. Gloria Ornelas Hall*

*Dra. Virginia Alcántara Rodríguez*

Hasta el 31 de octubre de 1991, en México se tenían registrados 8,720 casos de SIDA de los cuales 1,171 casos corresponden a mujeres 13% del total de casos, con una relación de 6:1. De continuar este incremento se esperaría que en un futuro cercano, las mujeres constituyan la cuarta parte de los enfermos de SIDA.

La mayoría de los casos de SIDA tanto en hombres como en mujeres se concentran en el grupo de edad de los 25 a 44 años, con 5,748 enfermos (66%) siguiendo el grupo de 45 a 64 años con 1,260 casos (14%).

Existen algunos estudios que han señalado que tanto el SIDA como otras enfermedades de transmisión sexual, afectan a edades mas tempranas a las mujeres, en comparación con los hombres.

En un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, ubicado en la ciudad de México y en donde se han atendido a 117 mujeres enfermas de SIDA, se ha encontrado que su sobrevida es mas breve de uno a cinco meses, en comparación con la sobrevida de los varones que es de 1 año o más.

El hecho de que la mayoría de las mujeres enfermas y probablemente también las infectadas que aún no han presentado síntomas (portador asintomático) se concentran en las edades económicamente activas y reproductivas, nos hablan del importante impacto que esta enfermedad tiene y tendrá en la economía del país y entre la población infantil, ya que las tendencias del SIDA en la mujer, es factor de predicción de las tendencias de la enfermedad en los niños.

En las mujeres, el principal mecanismo de transmisión es por la vía sanguínea a través de transfusiones, la mayoría administradas antes de 1986, ya que a partir de este año, ante el incremento de los casos de SIDA, se estipuló por ley que todos los paquetes sanguíneos que fueran utilizados para transfusión, deberían ser analizados para corroborar que estuvieran libres del VIH. Se espera que en un futuro la transmisión por transfusiones disminuya, sin embargo se espera un incremento en la transmisión sexual ya que actualmente esta vía es el mecanismo de transmisión del 34% de los casos de mujeres, el 63% adquirió la infección por transfusiones sanguíneas. En las edades extremas de la vida los casos de SIDA, no son tan numerosos tanto en hombres como en mujeres.

A diferencia de otros países como Estados Unidos, Italia, Argentina, en donde la transmisión a través de drogadicción intravenosa que, entre mujeres es muy elevada, en México es extremadamente baja, sólo se han registrado 3 casos y en mujeres jóvenes. En los Estados Unidos la transmisión asociada a drogadicción intravenosa ha sido la causa de aproximadamente la mitad de los casos de SIDA en la población femenina.

Con respecto a la ocupación de las enfermas, la mayoría son amas de casa como sería de esperarse ya que la población femenina que se dedica a las labores del hogar es la gran mayoría. Actualmente se tienen registrados 697 casos entre amas de casa que corresponden al 9.5% del total de casos, sin embargo por lo anteriormente mencionado, la tasa es de 44 casos por cada millón de amas de casa, lo cual está abajo de la tasa nacional que es de 154 casos de SIDA por cada millón de habitantes. Se tienen registrados 30 casos entre donadoras profesionales.

También se han presentado casos entre profesionistas o técnicas, trabajadoras domésticas, vendedoras ambulantes, estudiantes y prostitutas.

Las prostitutas merecen mención aparte, entre otros hechos porque en ellas se han realizado una serie de encuestas sobre la prevalencia de la infección por VIH, al ser considerado un grupo de alto riesgo.

En México de 1987 a 1989 la Dirección General de Epidemiología DGE ha realizado diversos estudios entre prostitutas en más de 18 ciudades, encontrándose que la prevalencia en este grupo continúa siendo baja, en comparación con otros países, sin embargo en los últimos meses se ha observado un incremento importante en algunas áreas del Distrito federal. Los rangos de prevalencia de la infección por VIH han variado entre 0.3% a 1.0% en algunas ciudades del interior de la República y hasta 5.2% en el Distrito Federal, asimismo se han encontrado que a pesar de que las prácticas sexuales conllevan un alto riesgo, algunas de ellas no se consideran con riesgo al no ubicar al SIDA como una enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, la gran mayoría si está muy preocupada por la posibilidad de transmitir la enfermedad a sus hijos.

Recientemente se han documentado sólo dos casos de transmisión ocupacional en personal de salud por exposición al VIH en el ambiente laboral, uno de estos casos corresponde a una mujer.

Por otro lado fuera del hospital podríamos decir que en su mayoría las personas que prestan atención más directa al paciente son mujeres (esposas, madres, hermanas), por lo que es importante considerar el papel de la mujer como cuidadoras de pacientes con SIDA o con infectados anteponiendo, el bienestar familiar a sus propios intereses.

Con los datos obtenidos en la actualidad podemos decir que la epidemiología del SIDA es diferente entre el hombre y la mujer, el cuadro clínico puede ser variable, como menor incidencia de sarcoma de kaposi en la mujer, el peso de los factores de riesgo es diferente, en la mujer cofactores tales como: enfermedades de transmisión sexual, úlceras o cualquier otro proceso inflamatorio facilita la penetración del virus, así como la desnutrición y el embarazo.

El SIDA se presenta en edades más tempranas en la mujer y en algunos estudios científicos se ha encontrado que en las mujeres una vez instalada la fase terminal, la sobrevida es más breve.

Esto no se ha estudiado ampliamente en México, en lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 43% continúan vivos y el 49% han fallecido, se desconoce el estado del restante 8.0%.

Por otro lado, el SIDA plantea problemas muy específicos para la mujer como son: la anticoncepción, el embarazo, la lactancia, la menstruación, la inseminación artificial y la violación entre otros aspectos.

Asimismo la repercusión que la enfermedad tiene en el aspecto físico de la mujer es más importante en una sociedad en donde el estatus social, está determinado en parte por la apariencia física, lo cual repercute en la autoestima de la paciente. El SIDA se ha utilizado para legitimizar temores y prejuicios que no existían en la sociedad, o como una forma de represión y control de grupos marginados.

Al hablar de SIDA hay que hablar de sexualidad, en México como en todo el mundo, la transmisión sexual es la más importante entre un 80 y 90% del total de casos están asociados a la transmisión por esta vía, la sexualidad por sí misma es tema difícil de abordar, principalmente en una sociedad puritana y sexista con una doble moral sexual, en donde el hombre tienen gran libertad sexual, no aconteciendo lo mismo para las mujeres, más sin embargo en forma tradicional la responsabilidad de la sexualidad como podría ser un embarazo no deseado, recae principalmente en las mujeres, por lo que ellas en su gran mayoría participan más activamente en la planificación familiar.

La dificultad de las parejas de establecer una comunicación más amplia en el aspecto sexual, dificulta el realizar prácticas de sexo más seguro o sea todas aquellas medidas que se tomen durante las

relaciones sexuales y que evite el ponerse en contacto directo con las secreciones de la pareja, principalmente semen, sangre o secreciones vaginales, ya que la concentración del virus en estos fluidos es importante y por lo tanto son infectantes a diferencia de otros que no lo son como saliva, lágrimas que aunque tienen virus estas no son infecciosas dada la baja concentración que podría existir de virus.

La eficacia de la transmisión sexual, no se puede precisar ya que intervienen diversos aspectos, en un estudio de Calabrese L H y cols. en donde se estudió la transmisión de hombre a mujer basado en la duración y la frecuencia de la exposición sexual, se estimó que el riesgo de transmisión es de 1 en 1000 contactos, más sin embargo otras investigaciones han demostrado que el contagio sexual se dio en un solo contacto.

El sexo anal es una conducta de muy alto riesgo de transmitir el VIH tanto para la persona pasiva como la activa, debido a que las relaciones por esta vía habitualmente son traumáticas y fácilmente puede haber pequeños desgarros o laceraciones lo que facilita la penetración del virus aunado a que la mucosa del recto está muy vascularizada. La transmisión se da independientemente si la pareja está integrada por hombres o bien por hombre y mujer.

Algunas investigaciones han demostrado que la transmisión de mujer a hombre es más difícil. Sin embargo en un estudio prospectivo, llevado a cabo por un grupo de investigadores y realizado entre parejas de pacientes con SIDA, se encontró que el 48% de los hombres observados se infectó (seroconvirtió) en un período de 1 a 3 años, y las parejas femeninas en un 38% se infectaron durante este mismo período, lo que sugiere que la eficacia de la transmisión es similar en ambas direcciones.

Dado que durante la menstruación se pueden excretar mayor cantidad de virus en el sangrado catamenial, el tener relaciones durante este período puede implicar un mayor riesgo para ambos, por lo que se recomienda tener precauciones.

Ante esta situación es conveniente tener cuidado con las toallas y tampones sanitarios, una vez ya utilizados deben eliminarse o colocarse en bolsas plásticas cerradas y desecharse con seguridad.

Un problema que merece especial atención es el embarazo y el SIDA y/o infección por el VIH.

En México el primer reporte de transmisión perinatal, madre a hijo, se notificó en octubre de 1987. Actualmente se han reportado 126 casos en niños que adquirieron la infección por esta vía y constituyen el 49% de los niños con SIDA cifras similares a los asociados a transmisión sanguínea en los casos pediátricos. De los pacientes en que se conoce su estado de salud, 29% han fallecido y 70% continúan vivos.

En 1987 la Dirección General de Epidemiología, realizó diversas encuestas sobre seroprevalencia del VIH entre mujeres embarazadas a término, en diversos Hospitales de la Ciudad de México. No se detectó ninguna mujer infectada. De las mujeres que acudieron a un Centro de Información sobre SIDA, de 1987 a 1989 en la Ciudad de México y que se les detectó como seropositivas al VIH, el 6.6% se encontraban embarazadas.

Las mujeres infectadas asintomáticas seropositivas que se embarazan pueden tener un mayor riesgo de desarrollar SIDA, por la misma inmunodeficiencia que el propio embarazo causa.

Si una mujer o su compañero, tienen la probabilidad de haber adquirido la infección, deben de considerar seriamente la conveniencia de hacerse una prueba para detección de anticuerpos, previo al embarazo para conocer su estado. Estas pruebas se recomiendan en general que se efectúen una vez que se conozca y haya comprendido su significado y las repercusiones de una prueba positiva, tanto para la pareja como para el bebé.

Por diversos estudios se estima que el riesgo de que una madre transmita la infección a su hijo varía entre un 30 y 70% de probabi-



lidades, aunque la mayoría de estos manejan un rango de 30 a 50% de probabilidades, o sea que de 1 de cada 2 niños de madres infectadas nacerán también infectados o enfermos de SIDA.

Como ya se mencionó previamente la madre puede transmitir la infección al producto a través de la placenta en útero, al nacimiento o posterior al nacimiento a través de la lactancia materna ya que el virus también se ha encontrado en la leche materna, por lo que se ha recomendado que las mujeres infectadas valoren esta práctica con su médico.

Aunque las relaciones sexuales es la forma más común de embarazarse, no es el único medio, existen también la inseminación artificial a través de un donador. En la actualidad un gran número de niños han nacido por este mecanismo.

Durante algún tiempo no se consideró esta posibilidad como medio de transmisión más sin embargo, en 1985 se encontró que 4 mujeres australianas que se inseminaron artificialmente tenían anticuerpos contra el virus del SIDA. Todas habían sido inseminadas con semen de un donador infectado. En México no se han documentado casos por esta vía.

Son frecuentes en nuestro medio los casos de mujeres, que desconocen su estado de portadoras de infección, lo cual se hace evidente cuando tienen un hijo al cual se le hace el diagnóstico de SIDA, y súbitamente tienen que enfrentar dos terribles realidades: su hijo tiene SIDA y va a morir y ella si aún no presenta síntomas, con elevada probabilidad, en un futuro puede padecer la enfermedad que también tendrá irremediamente un desenlace fatal.

Otras situaciones al que se enfrenta la madre es al sentimiento de culpa por haber transmitido a su hijo la enfermedad vía perinatal, el rencor hacia el marido en el caso de que este la hubiera contagiado y es frecuente observar la desintegración de los hogares ante esta situación.

En un estudio realizado en un Centro de Información sobre SIDA en la Ciudad de México se encontró que el denominador común de las mujeres infectadas que acudieron al centro, era el pertenecer a un estrato social bajo, de baja escolaridad, tienen varios hijos y la mayoría son abandonadas por su pareja sexual. Otro dato interesante es que de las 60 mujeres infectadas que se detectaron ahí, solo 20 aceptaron apoyo psicológico y sólo una cuarta parte de las que aceptaron acudieron a recibir este apoyo, observándose que las mujeres con hijos, la mayoría le dan prioridad a sus hijos, relegándose ellas a un segundo lugar.

Por otro lado, la desinformación sobre la enfermedad, aún continúa siendo importante; al parecer esta es aún más entre mujeres. En una encuesta realizada entre la población femenina mexicana se encontró que el 84% tenían actividad sexual, pero sólo el 65% conocían el condón.

En un estudio internacional se detectó que las mujeres comparadas con los hombres, tienen menos conocimientos sobre el SIDA, se enteran más tarde, y las probabilidades son más bajas de que oigan hablar del SIDA en los medios de difusión. Según las encuestas realizadas en Kenya, Uganda y Zaire, las mujeres suelen enterarse del SIDA a través de otras personas, mientras que los hombres obtienen la información de la radio y los periódicos. Aunque la labor de cuidar personas con SIDA corresponde principalmente a las mujeres, ellas en si carecen de servicios de apoyos del SIDA. Hay que recordar que, como en un inicio, la mayoría de los pacientes eran masculinos. Estos servicios se planearon principalmente para hombres; por otra parte se ha señalado la baja prioridad que la sociedad en general otorga a los problemas de salud de la mujer; esto podría ser, en parte, porque la mayoría de las personas que dirigen las políticas a un alto nivel, o sea los que tienen el poder de decisión, son hombres, por ello la Dirección General de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Salud, ha dado prioridad a la problemática de la salud en la mujer.

El SIDA también se ha utilizado para discriminar a las personas no sólo en cuanto se refiere a la atención en los servicios médicos, sino también en el trabajo. La aparición del SIDA, ha hecho más difícil que los haitianos encuentren trabajo en los Estados Unidos, en particular los trabajadores domésticos, que en su mayoría son mujeres.

En México, como en la mayor parte del mundo, los servicios de apoyo y la atención de clínicas especializadas, dada la historia de la enfermedad están planeadas principalmente para varones y sólo recientemente se ha hecho más énfasis a la problemática de la mujer en general, ya que en un inicio de la pandemia y hasta fechas recientes, los estudios sobre mujer y SIDA iban enfocados principalmente a las trabajadoras del sexo y no a la población en general. Asimismo, el apoyo de las organizaciones gubernamentales iba dirigida a varones homosexuales y sólo más recientemente algunos grupos universitarios y feministas están proporcionando apoyo a mujeres infectadas y enfermas de SIDA.

A nivel internacional se han hecho algunos esfuerzos para analizar y combatir el problema, en Noviembre de 1989, en París, Francia, la OMS, organizó la Primera Conferencia Internacional sobre las implicaciones del SIDA en las Mujeres y Niños. En 1990 la atención de la lucha contra el SIDA fue enfocada principalmente a mujeres y en México se llevó a cabo una jornada de solidaridad, de control y prevención del SIDA; que concluyó el 1o. de diciembre con el «Día Internacional de Información sobre SIDA» con énfasis en las mujeres.

#### **Sugerencias:**

La problemática del SIDA en la mujer obliga a realizar campañas dirigidas a mujeres en edad reproductiva y embarazadas a revisar la legislación en cuanto al aborto, será indispensable que las mujeres desarrollen la capacidad social requerida para insistir entre sus parejas sexuales, que actúen de manera que no las ponga en peligro y además resaltar el autocuidado.

- Por los posibles riesgos para la madre y el niño, debe existir personal especializado, a nivel institucional, para dar la asesoría necesaria en lo referente a las cuestiones sobre embarazo y SIDA.
- Realizar más estudios sobre prevalencia de la infección en población femenina en general y no solo dirigidos a las trabajadoras del sexo.
- Fomentar e implementar redes solidarias de apoyo a la mujer infectada y/o enferma.

## CLIMATERIO

*Dra. Luz Alicia Huerta González*

### **Introducción.**

Se define al «Climaterio femenino» como «el período transicional de la vida de la mujer, comprendido entre los 45 y los 59 años de edad, durante el cual su función reproductiva disminuye gradualmente hasta perderse y que se caracteriza por la pérdida de la secreción cíclica de estrógenos».

Durante esta etapa ocurren en la mujer cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y de comportamiento que pueden influir en su nivel socioeconómico y se acompañan de manifestaciones clínicas que varían individualmente para cada mujer.

Aún cuando los síntomas físicos sean mínimos o controlables, suelen causar experiencias desagradables, en relación a los cambios de actitud de la sociedad (principalmente de los hombres) hacia la mujer climatérica.

Se designa con el término «Menopausia» a la fecha en la que ocurre la última menstruación de la mujer y más correctamente se considera que una mujer llegó a la menopausia, cuando por causas fisiológicas ha dejado de menstruar durante un año o más. La menopausia puede ocurrir en cualquier momento dentro de la etapa del climaterio, por lo que ambos términos no son sinónimos.

En el hombre también ocurre una etapa de transición, más tardía y menos ostensible que igualmente se designa como climaterio masculino.

Los cambios fisiológicos del climaterio son principalmente a nivel hormonal, ya que disminuye la secreción de las glándulas endocrinas, es decir, hay un desequilibrio hormonal y por lo tanto metabólico que afecta al estado general.

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en este lapso son: afecciones cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus, padecimientos osteoarticulares y trastornos de la personalidad.

### **Características Clínicas.**

Las manifestaciones clínicas del climaterio femenino son las de un síndrome de carencia hormonal. Se clasifican en tempranas, intermedias y tardías.

Tempranas	Trastornos en la menstruación Bochornos, Sudoración, Inestabilidad vasomotora Insomnio Síntomas nerviosos asociados
Intermedias	Atrofia vaginal, caída del vello axilar y púbico. Disminución del tamaño de la glándula mamaria y del útero Dispareunia Síntomas urogenitales Trastornos metabólicos de los lípidos y distribución de la grasa Síndrome psico-emocional del climaterio
Tardías	Osteoporosis Alteraciones cardiovasculares Aparición de manchas oscuras en la piel Aparición de verrugas Disminución de la agudeza visual

La rapidez con que se presenta la declinación hormonal está en relación directa con la agudeza de estos síntomas por lo que hay mujeres en las que son muy leves y en otras son tan agudos que requieren atención médica.

Al climaterio desde el punto de vista clásico se divide en dos etapas la «Premenopáusica» y la «Postmenopáusica».

Una de las características de la premenopausia desde el punto de vista fisiopatológico es que hay reducción de la fertilidad y de los ciclos ovulatorios con las consecuentes alteraciones en las menstruación; ciclos prolongados seguidos de disminución del sangrado en cantidad y duración o bien se presentan hemorragias o amenorreas.

Otras de las manifestaciones son los trastornos vasomotores como los bochornos (calor ascendente de la mitad del cuerpo hacia la cabeza con aumento de rubicundez), palpitaciones y diaforesis (sudación); además de estos síntomas pueden presentarse otros como cefalea continua de tipo opresivo o bien migraña, neuralgias principalmente supra orbitarias, del trigémino, a nivel de articulaciones del hombro y espacios intercostales: sensación de hormigueo en dedos de manos y pies; manchas rojas fugaces en la cara, relacionadas con las emociones, que se acompañan de palpitaciones, sensación de vértigo, astenia y temblor de manos.

Se produce un aumento ponderal (promedio 10 Kg.), y la distribución de grasa tiene cambio significativos, tiende a acumularse en abdomen, tórax y cara.

Durante esta temporada aunados a los síntomas vasomotores hay alteraciones como la hipertensión arterial, algunas veces muy importantes. Se modifican los parámetros de lípidos que están asociados con la elevación del colesterol total y del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL colesterol), en los vasos sanguíneos hay pérdida de células epiteliales y de músculo liso, siendo en estas pequeñas lesiones donde tiende a depositarse el colesterol

y según el grado de la lesión y la cantidad de colesterol es el pronóstico de la enfermedad; también la aterosclerosis tiene su inicio en el climaterio, es progresiva e irreversible. Respecto a la cardiopatía coronaria se desconoce su relación con esta etapa en la vida de la mujer. En ocasiones se presentan palpitaciones y arritmias de intensidad variable sin que lleguen a ser trastornos orgánicos.

Las alteraciones osteomusculares características de esta época son del tipo de poliartralgia, principalmente a nivel de hombro, muñeca, rodilla y en región lumbosacra de la columna.

Una de las manifestaciones más frecuentes es la Osteoporosis (es el resultado de un desequilibrio del remodelamiento óseo, que sucede por disminución de la formación del hueso); desde los 35 años hay pérdidas de cierta cantidad de hueso pero es más ostensible 5 ó 6 años después de la menopausia, ya que es de 1 a 2% por año y nuevamente baja, pasados los 65 años aproximadamente.

En el hombre la masa ósea es mayor y la pérdida de hueso es más lenta que en la mujer, en ésta la pérdida es más ostensible en vértebras, muñecas y cadera, y en menor proporción en todos los demás huesos, excepto el cráneo, esto hace que se presente una disminución de la fuerza y también predispone a las fracturas.

Durante la postmenopausia se presentan una gran cantidad de síntomas, muchos de ellos de tipo psicológico, que constituyen el «Síndrome Psico-emocional del Climaterio» y al que se le consideran 3 etapas: a) Inicial, cuando se percata que ha llegado la ausencia del ciclo menstrual; b) Acondicionamiento (que puede durar desde semanas hasta meses) tanto fisiológico como de aceptación mental; c) Reacondicionamiento (de duración variable, meses o años) en ésta etapa influyen las condiciones ambientales, familiares, laborales y sobre todo la autoestima de la mujer. En términos generales, los síntomas más característicos son:

- Depresión
- Irritabilidad
- Llanto fácil

- Ansiedad
- Sensación de angustia
- Aislamiento
- Insomnio
- Falta de comunicación con la pareja y los hijos
- Disminución de la libido (por autocontrol)
- Sentimiento de minusvalía y devaluación
- Estrés

Estas son las características clínicas más ostensibles que se presentan durante esta temporada de la vida de la mujer.

Los cambios socio-económicos importantes que se presentan más frecuentemente son:

- Falta de adaptación social
- Segregación laboral
- Jubilación próxima
- Viudez
- Separación de la pareja (divorcio)
- Abandono económico de la pareja

Es indispensable que a esta etapa en la vida de la mujer se le de la importancia que realmente tiene, siendo prudente que ella misma esté enterada de los cambios que se van a presentar y pueda enfrentarlo con serenidad y sobre todo con dignidad.

## MALTRATO

*Dra. Sara Elena Izazola Licea  
Dra. Patricia Mar Velasco*

### **Palabras preliminares.**

Por qué incluir a la mujer golpeada en esta categoría de edad si abarca todas las edades?

Efectivamente, el estudio al que se referirá en este acápite (1) muestra que una diversidad de edades es la característica de este fenómeno; si bien esto es cierto, el fenómeno específico de la mujer golpeada por la pareja es, por la concentración en cierto rango de edades y por la esencia misma del problema específico, de la edad en que la mujer inicia una vida en pareja y no dura mucho más allá de su ciclo productivo.

El maltrato a la mujer, con golpes, corresponde a su iniciación en la vida de pareja y en los primeros años de vida marital.

### **El problema.**

El universo de estudio se conformó de mujeres que en el Distrito Federal iniciaron una averiguación previa por golpes producidos por la pareja y consta de 502 casos.

La escala de edades de las mujeres entrevistadas abarca de los 14 a los 57 años de edad; sin embargo, las frecuencias más elevadas se encuentran entre los 22 y los 29 años de edad.

Esta información permite plantear que el nivel de maltrato disminuye con la edad y que las edades en las que está dispuesta a la denuncia corresponde la tercera y cuarta década de vida.

(1) En adelante, todos los datos que se mencionen sobre la mujer golpeada, serán tomados de este documento: Tocaven y Rodríguez Manzanera ed. s/f.

Dos de cada tres mujeres fueron golpeadas antes de cumplir el año de vivir como pareja. Estos datos coinciden con estudios realizados en otros países, en los que se ha demostrado que la cadena de violencia empieza recién iniciada la vida en pareja; puede ser incluso durante el noviazgo, el viaje de boda, el primer embarazo o después del nacimiento del primer hijo.

Los datos obtenidos en el estudio aquí presentado muestran que hay una tendencia a la disminución de frecuencias en el inicio de la violencia después de 11 años de vivir como pareja. Ello significa que la violencia conyugal se inicia al principio de la vida en pareja y en mínima proporción después de la primera década de convivencia y que por lo tanto, la edad en que las mujeres son más vulnerables a la violencia es la de la tercera década de vida. Ya una vez iniciado el círculo de violencia parece difícil detenerlo.

Pareciera como si el binomio «inicio de vida en pareja-violencia hacia la mujer», indicara la forma en que socialmente termina de construirse la posición de género en la sociedad: la subordinación de la mujer al hombre.

Por otro lado, tres de cada cuatro víctimas están unidas en matrimonio mientras una de cada tres viven en concubinato. Esto parece indicar que la existencia de un documento respaldando esta unión, refuerza los roles y actitudes: sujeta a la mujer a tolerar el maltrato y «autoriza» en igual sentido al cónyuge a maltratarla (1).

La presencia de los hijos es una constante: sólo el 8% no tienen hijos. Y la gran mayoría tiene de uno a tres. Si se toma en cuenta que el 90% señaló ser golpeada en presencia de otras personas, en particular de los hijos y que el 97% vive la violencia interior de su propia casa, se puede asegurar que una vez disparado el estímulo por el cual el agresor decide golpear a su compañera parece imposible frenarlo. Esto es, la presencia de los hijos o de otras

(1) Aunque también puede significar que las mujeres que viven en unión libre se atreven menos a denunciar. Para responder esta duda sería necesario un estudio encaminado a cubrir las llamadas cifras negras, es decir, las mujeres que no denuncian.

personas no inhibe y sí, al parecer, estimula al agresor, quien funcionaliza esta conducta al exhibir su fuerza, logrando con ello intimidar a los hijos y creer que gana reconocimiento social ante al grupo («observen si soy capaz de golpear a mi mujer lo que podría hacer con los otros»). De esta forma, el agresor se autoafirma y refuerza la intimidación y subordinación de la mujer.

Hay algunos mitos en relación al tipo de mujeres que son golpeadas. Se dice que son aquellas de clases populares y con una mínima escolaridad. Nada más alejado de la realidad, resulta absurdo tomar un indicador global de las características de la población al mismo tiempo hacerlo elemento explicador de una conducta. Por ello asegurar que el maltrato de la mujer es, fundamentalmente, un problema de personas con poca educación resulta no sólo absurdo sino también tramposo, pues ello, en vez de explicar el problema le obscurece aún más.

La realidad, de acuerdo al estudio aquí referido, es que el 22% de las mujeres golpeadas o es analfabeta o tienen primaria incompleta, el 44% tiene primaria completa y/o secundaria y el resto estudios comerciales y profesionales.

Es común que las conductas así llamadas antisociales se proyectan a cierto grupo social y que con ello se busque eliminar su presencia en los grupos económica y socialmente dominantes. Sin embargo, los resultados que aquí se presentan demuestran claramente que este fenómeno abarca todas las capas de la sociedad negándose al juego de la proyección.

Situación análoga a la anterior se registra con la variable ocupación. Las mujeres susceptibles a la violencia no son sólo las que se dedican a las labores del hogar, sino también aquellas que trabajan por un sueldo o salario fuera de casa. Esto rompe el mito de que la independencia económica, proporciona a la mujer una posición en el matrimonio que le garantiza el respeto a su integridad como persona. Respecto a los grupos de ocupación, abarcan, todo el espectro posible, desde la trabajadora doméstica hasta la profesionista.

En general, la violencia física se inicia generalmente con una discusión que se torna en riña y termina en golpes y según reportó casi la mitad de las encuestadas, se inicia por motivos de dinero. De este grupo, las mujeres que no realizan labores en forma asalariada, pelean más por este motivo que las que trabajan, lo cual significa que aún cuando las mujeres que trabajan fuera de casa son golpeadas en igual medida que las que no trabajan por un sueldo, la naturaleza de la discusión iniciadora del conflicto, es diferente.

Los celos son el segundo motivo de la discusión y la exigencia de relaciones sexuales no deseadas por la mujer, el motivo que se presenta en tercer lugar.

Independientemente de los tres motivos anteriores, se reportó toda una variedad de pretextos que desencadenan la violencia masculina, por ejemplo, el abuso de consumo de bebidas alcohólicas por parte del hombre, la familia, tanto de él como de ella; los malos tratos; la renuencia a trabajar por parte del hombre, etc. De igual manera, el reproche de que la mujer ya no era virgen al momento del matrimonio, que ella trabaja fuera de casa, la falta de limpieza en el hogar, la falta de obediencia por parte de ella, etc. Parece ser que cualquier motivo es suficiente para desencadenar la violencia.

Las razones señaladas por las mujeres golpeadas como el detonador de la violencia intrafamiliar, parecen ser la expresión de una relación desigual en la cual hay expectativas de relación diferente; uno quiere el control y el poder y otra espera una relación más compartida y autónoma.

Ahora bien, ¿quiénes son estos hombres que golpean? Los datos que se refieren a la edad y la escolaridad indican que al 78% tienen entre 22 y 41 años, que el 15% son analfabetas o tienen la primaria incompleta; que el 54% tienen la primaria completa o secundaria y que el 29% han hecho estudios técnicos o superiores. La posición que estos hombres ocupan en el trabajo va desde el obrero hasta el profesionalista. Aquí se registra la diversidad social del hombre golpeador paralelamente al de la mujer golpeada.

Por lo anteriormente señalado es posible concluir que el síndrome de la mujer golpeada y del hombre golpeador rebasa las fronteras de clases y de nivel de escolaridad. (1) La explicación al fenómeno debe abandonar, por lo tanto, estas referencias y buscar otras aproximaciones al tema.

La mujer violada.- En cuanto a la violencia en pareja, existen también una serie de malentendidos. Se dice que es difícil demostrarla porque incluso las leyes determinan el derecho a la cohabitación bajo el rubro de «débito conyugal». (2) La consecuencia de este tipo de pensamiento es que el hombre está en derecho de «tomar» a la mujer aún por la fuerza cuando ella se niega a cumplir con sus obligaciones conyugales.

Cuando una mujer se niega a continuar en una relación de pareja y el marido no lo quiere aceptar, se generan situaciones propicias para la violencia que van desde los insultos, golpes hasta la violación. En algunos casos este tipo de situaciones encuentran la salida en la muerte de la mujer.

De los casos de violación por el cónyuge.- Una relación en crisis. La mujer quiere la separación, quiere que él se vaya de la casa, pero éste se niega. En una ocasión llega borracho, la golpea en el estómago (para no dejar huellas, dice) y como ella se niega a tener relaciones con él, la obliga, «no me importa que tu no quieras», le dice.

- (1) Ya en el VII Congreso de la ONU sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (Millán 1986), se describen la victimización femenina como un problema sin fronteras; va desde las analfabetas hasta las mujeres con postgrado, desde habitantes de países tercermundistas hasta mujeres de los llamados países desarrollados, como la anterior Alemania Federal, «país que arroja quizás una de las cifras más alarmantes (Rodríguez Manzanera, 1988 p. 209).
- (2) Derecho que atañe solo al marido, no a la esposa, o, ¿se ha escuchado de la violación de un hombre por su pareja porque aquél se niega a cumplir con el débito conyugal?

De acuerdo al Código Civil del Distrito Federal, esta obligación no está ni nunca estuvo estipulada. El «débito conyugal», de origen medieval, es una costumbre ajena a las leyes, la cual en todo caso nombra una expectativa, pero nunca justifica la comisión de un delito, a saber, el de la violación. En todo caso el no cumplimiento de este aspecto lo que justificaría es la terminación del contrato matrimonial.

La idea del «débito conyugal» justifica ante los hombres la idea de que la mujer es un objeto de su propiedad y que en el momento en que acepta ser su pareja, automáticamente acepta cubrir todas sus necesidades. Un violador le decía a su esposa después de violarla que «si tantas veces había sido suya, por qué se ponía ahora así».

Una lectura crítica de los casos de violación al interior de la familia nos muestra claramente a la posición social de la mujer como objeto, como propiedad sobre la que se dispone libremente de acuerdo a las necesidades y fantasías de aquella persona que detenta el poder. El aspecto que se refiere a la situación criminógena adquiere en este caso, una menor relevancia pues lo que esta situación desenmascara es precisamente una relación de dominación de género, que en la violación adquiere su más cruda expresión.

**Cuadro No. 1****EDAD DE LA VICTIMA**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 - 17	7	1.39
18 - 21	68	13.55
22 - 25	101	20.12
26 - 29	119	23.71
30 - 33	76	15.14
34 - 37	52	10.36
38 - 41	39	7.77
42 - 45	27	5.38
46 - 49	6	1.20
50 - 53	5	0.99
54 - 57	2	0.39
58 - 61	0	0.00
62 - 65	0	0.00
66 - 69	0	0.00
TOTAL	502	100 %

**Cuadro No. 2****ESCOLARIDAD DE LA VICTIMA**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	24	4.78
PRIMARIA INCOMPLETA	87	17.34
PRIMARIA COMPLETA	132	26.30
SECUNDARIA INCOMPLETA	30	4.98
SECUNDARIA COMPLETA	61	12.15
COMERCIAL INCOMPLETA	8	1.60
COMERCIAL COMPLETA	60	11.95
PREPARATORIA INCOMPLETA O EQUIVALENTE	9	1.80
PREPARATORIA COMPLETA O EQUIVALENTE	21	4.18
TECNICA INCOMPLETA	3	0.59
TECNICA COMPLETA	23	4.58
PROFESIONAL INCOMPLETA	9	1.79
PROFESIONAL COMPLETA	34	6.77
DOCTORADO	1	0.19
T O T A L	502	100 %

**Cuadro No. 3**

**OCUPACION DE LA VICTIMA**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	307	61.15
EMPLEADA	63	12.55
PROFESIONISTA	26	5.18
SECRETARIA	24	4.79
COMERCIANTE	21	4.18
OBRERA	18	3.58
EMPLEADA DOMESTICA	14	2.78
TECNICA	6	1.20
OTRAS	23	4.59
TOTAL	502	100 %

**Cuadro No. 4****EDAD DEL AUTOR**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 - 17	2	0.40
18 - 21	24	4.78
22 - 25	84	16.74
26 - 29	98	19.52
30 - 33	103	20.52
34 - 37	64	12.74
38 - 41	51	10.15
42 - 45	27	5.38
46 - 49	26	5.17
50 - 53	9	1.80
54 - 57	9	1.80
58 - 61	4	0.80
62 - 65	0	0.00
65 - 69	1	0.20
TOTAL	502	100 %

**Cuadro No. 5****ESCOLARIDAD DEL AUTOR**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DATO	10	2.00
ANALFABETA	12	2.40
PRIMARIA INCOMPLETA	63	12.55
PRIMARIA COMPLETA	141	28.08
SECUNDARIA INCOMPLETA	36	7.18
SECUNDARIA COMPLETA	97	19.33
COMERCIAL INCOMPLETA	0	0.00
COMERCIAL COMPLETA	0	0.00
PREPARATORIA INCOMPLETA O EQUIVALENTE	12	2.39
PREPARATORIA COMPLETA O EQUIVALENTE	43	8.56
TECNICA INCOMPLETA	3	0.59
TECNICA COMPLETA	24	4.78
PROFESIONAL INCOMPLETA	14	2.78
PROFESIONAL COMPLETA	47	9.36
DOCTORADO	0	0.00
T O T A L	502	100 %

**Cuadro No. 6**

**¿CUANTO TIEMPO TIENE DE VIVIR CON SU COMPAÑERO?**

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hasta 3 años	133	26.50
4 - 6	111	22.12
7 - 9	76	15.13
10 -12	63	12.54
13 -15	43	8.56
16 -18	35	6.97
19 -21	15	2.98
22 -24	10	2.00
25 -27	7	1.40
28 -30	2	0.40
31 -33	5	1.00
34 -36	1	0.20
37 -39	1	0.20
TOTAL	502	100 %

**Cuadro No. 7**

**¿A LOS CUANTOS AÑOS DE VIVIR JUNTOS O DE CASADA LE GOLPEO POR VEZ PRIMERA?**

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hasta 1 año	346	68.93
2	52	10.35
3	25	4.98
4	17	3.38
5	14	2.78
6	9	1.79
7	6	1.20
8	5	1.00
9	5	1.00
10	9	1.79
11	1	0.20
12	3	0.60
13	1	0.20
14	1	0.20
15	3	0.60
16	1	0.20
20	1	0.20
22	1	0.20
35	1	0.20
SIN DATOS	1	0.20
TOTAL	502	100 %

**Cuadro No. 8****CAUSAS DIVERSAS DE DISCUSION**

MOTIVO	FRECUENCIA
Por el alcoholismo de él	26
Por la familia de él	22
Por el carácter de él	16
Insignificancias	14
Malos tratos	9
Incompatibilidad de caracteres	7
Motivos personales	4
Porque él no quiere trabajar	4
Falta de atención de parte de él	4
Le reprocha su vida anterior (porque no era virgen)	4
Porque ella trabaja	3
Por problemas (?)	3
Por la limpieza del hogar	2
Porque insulta a la familia de ella	2
Porque ella no obedece	2
Chismes	1
Porque el matrimonio fue obligado	1
Porque él no ayuda al aseo	1
Porque él es drogadicto	1
El no le permite visitar a sus padres	1
El dice que es descuidada	1
Porque el no quiere reanudar su relación (divorciada)	1
Por la diferencia de niveles educativos y culturales	1
Porque ella no visita a su suegra	1
El no la deja salir	1
T o t a l	133

## MINUSVALIA

*Dra. Sadot de la Cruz Vera  
Dra. Cecilia Castro Nieto*

La etapa adulta se caracteriza por la terminación de la educación formal, el inicio de la vida laboral, el constituirse en un ser económicamente productivo, establecerse socialmente y formar una familia. Todas estas expectativas de vida previsibles y normales se ven afectadas por la presencia de una secuela invalidante.

La respuesta de cada mujer ante este problema es diferente según personalidad, actitudes, conflictos, cultura y forma de hacer frente a las circunstancias. Cuando una mujer adulta sufre la pérdida de una parte de su cuerpo o de una función importante se encuentra ante una situación inesperada que le exige un proceso de adaptación física, emocional y social. Su imagen corporal se altera, ya sea como producto de los cambios que causa el proceso morboso o porque tiene que incorporar a esta imagen aparatos ortopédicos, prótesis o ayudas funcionales. (13)

Las mujeres adultas pasan por etapas de adaptación similares a las que presentan las adolescentes minusválidas. El período de depresión se puede prolongar y es posible que tengan reacciones de agresión dirigidas hacia sus familiares, amigos y personal de salud que las atiende, como parte de la respuesta emocional ante el problema. La ansiedad, la depresión y el abuso de fármacos interfieren con el proceso de rehabilitación. (6)

Es frecuente que la mujer minusválida esté lejos del estereotipo de salud y belleza aceptado socialmente, lo que debilita su autoestima, propicia su aislamiento social y repercute en la búsqueda de pareja. (7)

La mujer minusválida debe ser informada acerca del impacto de la secuela en relación a su sexualidad, ya que existen problemas invalidantes que afectan esta área, como en las lesiones medulares, en las que la falta de sensibilidad y control de esfínteres puede hacerlas rechazar el contacto sexual o en las mujeres sometidas a mastectomía, en las que puede resultar desagradable y doloroso ser acariciadas en el tórax. La minusválida tiene que estar preparada para pensar en su función sexual, hablar acerca de su sexualidad y estar dispuesta a manifestarla. A las minusválidas se les deben sugerir métodos que les permitan manejar en la práctica este problema, y señalarles la importancia que tiene la comunicación con su pareja para el logro de su adaptación. (10,14,15)

Para muchas mujeres la maternidad representa uno de los logros más importantes en su vida. Existen secuelas invalidantes que imposibilitan o dificultan un embarazo por lo que en tales casos las mujeres minusválidas deben ser informadas acerca de su capacidad para procrear y del riesgo que implican el embarazo y el parto. Hay mujeres minusválidas que son capaces de concebir y criar hijos normalmente pero que no se sienten con seguridad para ello, por lo que deben ser orientadas al respecto. (16) Por otra parte cuando la invalidez es causada por un trastorno hereditario es imprescindible el consejo genético para que la minusválida conozca cual es el riesgo potencial de tener un hijo con la misma alteración.

Tradicionalmente se le han asignado a la mujer tareas relacionadas con el cuidado y protección de otros miembros de la familia, situación que puede cambiar radicalmente cuando una secuela la convierte en sujeto de atención. El considerarse una carga para los demás puede producir desajustes emocionales en la mujer minusválida. (17)

Cuando una mujer queda inválida otros miembros de la familia, en particular su esposo e hijos, se ven afectados por esa situación, cambiando los papeles previamente establecidos para cada miembro del grupo, su forma de interactuar y sus lazos emocionales.

El cónyuge experimenta ajustes y pérdidas, siendo de los primeros sentimientos el temor ante la muerte de su compañera, posteriormente el miedo a vivir junto a una inválida y la ansiedad que le producen los cambios físicos por ella sufridos. (6) También puede sentir asco, deseos de escapar, pérdida de excitación sexual, miedo a que la minusválida dependa totalmente de él, enojo ante la necesidad de tener que asumir nuevos papeles funcionales en la familia, pérdida del orgullo que sentía por el aspecto físico de su mujer, que formaba parte de su imagen de hombre, e inclusive puede sentirse socialmente devaluado al estar casado con una inválida. Los hijos pueden experimentar asombro, temor y tristeza ante los cambios que ha sufrido la madre, por lo que es necesario informarles de acuerdo con su edad y permitirles que expresen sus sentimientos, dándoles la oportunidad de satisfacer su curiosidad ante el problema. (6)

En el aspecto socioeconómico las mujeres minusválidas están en desventaja tanto por ser mujeres como por ser minusválidas. Las mujeres tienen desventajas económicas y políticas que son más evidentes en los países en desarrollo. Son condicionadas por la familia y la sociedad a esperar menos de la vida que los hombres, su nivel educativo es inferior constituyendo el 75% de los 800 millones de analfabetas en el mundo, su educación está básicamente orientada a labores domésticas y a la agricultura de subsistencia, sólo un bajo porcentaje de mujeres tiene acceso a la educación superior y por lo general se dedican a unas cuantas ramas del quehacer humano. El acceso a la industria es difícil para las mujeres. No son sólo los hombres quienes ven peligrar sus campos exclusivos sino las propias mujeres las que prefieren contratar personal masculino argumentando su mayor resistencia y menor necesidad de ausentarse de su área de trabajo. (18,19,20)

En los países subdesarrollados las tasas de desempleo suelen ser altas y la oferta de mano de obra es abundante por lo que la mujer está en una situación de mayor desventaja. (18)

Por otra parte, la recesión económica genera la necesidad de un segundo ingreso familiar para garantizar su subsistencia, lo que ha modificado el esquema de hombre proveedor y mujer administradora. A pesar de ello, la mayor parte del trabajo doméstico continúa recayendo en las mujeres duplicando con esto sus actividades y responsabilidades. Mientras que los hombres al regresar a casa después de la jornada laboral utilizan su tiempo en actividades recreativas o para continuar sus estudios, las mujeres, en cambio se ocupan de actividades rutinarias de casa. (18)

Las mujeres constituyen el 58% de la población mundial y el 28% de la fuerza laboral formal, pero reciben solo el 10% del producto del ingreso y poseen solo el 1% de la riqueza del mundo. (18)

Añadida a problemas de analfabetismo, bajo nivel escolar y pobreza, la invalidez puede convertirse en una barrera infranqueable para muchas mujeres en el mundo. Esto es especialmente dramático en los países menos desarrollados donde los recursos están muy limitados y el apoyo a las minusválidas es insuficiente. Los servicios de rehabilitación para el trabajo son escasos y pocos países cuentan con una política de capacitación laboral que permita a los minusválidos integrarse a la vida productiva con remuneraciones económicas dignas. Los minusválidos en general y las mujeres minusválidas en particular, frecuentemente están desempleadas o subempleadas, sus salarios son exageradamente bajos pues se considera como un favor tenerlas empleadas. (21,22,23)

Las familias de mujeres minusválidas desalientan su búsqueda de empleo y cuando lo obtienen, se muestran inseguras y a pesar de tener la misma capacidad que los hombres para desempeñar los puestos, sus expectativas son menores. La ayuda económica que otorga la asistencia pública a las mujeres minusválidas en algunos países, lejos de ser un incentivo, se constituye en un motivo más para no buscar trabajo. (24)

Un estudio realizado en Estados Unidos en 1981 mostró que solo el 3% de mujeres severamente incapacitadas trabajan en compara-

ción con el 21% de los hombres en las mismas circunstancias. Otro estudio reveló que de cada 100 minusválidos que trabajan solo 29 eran mujeres. (5,16)

Las mujeres minusválidas perciben solo la mitad del salario que ganan hombres minusválidos en las mismas condiciones.

Para lograr la integración social de las mujeres minusválidas son necesarios programas de rehabilitación que incluyan el manejo de los aspectos físicos, psicológicos y sociales del problema, la terapia psicológica debe proporcionarse tanto a la minusválida como a su familia, las oportunidades de educación y empleo deben ampliarse y los estereotipos con que se etiqueta a la mujer y a los minusválidos deben desecharse. (25) La invalidez no solo limita a la persona que la sufre sino que representa un elevado costo social, no solo por el monto de los servicios de atención, sino también por lo que la inválida deja de aportar a su comunidad.

Nota: En relación con los números entre paréntesis, ver página 231.

## V. MUJER ANCIANA

### ASPECTOS GENERALES

*Lic. Alma Mireya Catalán Domínguez  
Dra. Luz Esther Rangel López*

El siglo XX se considera como el de la supervivencia, del envejecimiento y de la familia multigeneracional, como resultado de la suma de esfuerzos, cada vez más eficaces, por mejorar la calidad de vida de los seres humanos y de la regulación de su fecundidad.

La Organización de las Naciones Unidas prevee que para el año 2025, una de cada siete personas tendrá 60 años o más. Se calcula que para ese año habrá en el mundo 1,121 millones de personas senectas (1), lo que constituirá un aumento de 225 millones respecto a 1975 (cuadro 1). México es un país con crecimiento rápido de población, durante el decenio 1960-1970, la población aumentó de 35 a 48 millones de habitantes. En tanto, el censo de 1980 reportó un total de población de 69,392,835 habitantes. La población senecta femenina de nuestro país, casi se ha triplicado en términos absolutos durante las décadas 1930 a 1980, esperándose que siga esta línea ascendente, pues las proyecciones demográficas señalan que para el año 2,000, la población de mujeres ancianas será de 3,770,328, que comparada con el mismo grupo de población en 1990 que es de 2,677,462, representa un incremento anual promedio de 109,286 ancianas (Cuadro 2).

La esperanza de vida se ha incrementado, durante el quinquenio comprendido entre 1985 y 1989, su valor fue de 64.88 años para los hombres y de 69.57 años para las mujeres; para el año 2,000, este indicador será de 67.1 años para los hombres y para las mujeres de

72.1 años (cuadro 3). Es un hecho demográfico que a medida que avanza la edad, el número de mujeres es mayor que el de hombres. En el grupo etáreo de 60 y más años, se espera un crecimiento del 4.74 en el número de mujeres para el año 2,000 y de 3.72 en el número de hombres.

La proporción es más evidente en el grupo quinquenal de 60 a 64 años.

Esto refuerza la certeza de que alcanzar edades avanzadas no constituye como antes la excepción, sino que se convierte en hecho frecuente. Ahora los ancianos representan en nuestra sociedad, un grupo proporcionalmente más importante, con demandas y necesidades propias de su realidad. El incremento del número de ancianos y de la esperanza de vida, son expresión del cambio por el progreso y constituyen premisas para apuntar hacia nuevas formas de organización social, ocupacional, educativa y cultural, con la mejoría de la salud.

Es importante considerar que el interés por preservar la vida humana no debe girar sólo en torno a los aspectos biológicos, ya que la mujer necesita además de satisfactores psicosociales y afectivos que le ayuden a obtener seguridad, confianza y refuercen su autoestima.

Respecto a la mujer anciana, su número es mayor que el de hombres ancianos, a pesar de los eventos de la historia de vida donde con frecuencia concurren embarazos múltiples, desnutrición crónica, doble jornada de trabajo, atención preventiva insuficiente, tensión física y emocional y haber enfrentado un sistema patriarcal donde no tiene control sobre eventos básicos de su existencia, como el uso de su cuerpo, la distribución del tiempo, el producto de su trabajo y las decisiones de su vida cotidiana.

Además, es necesario tomar en cuenta otros factores determinantes de la realidad de la mujer anciana en nuestra sociedad, como son:

su participación en el sistema productivo, su educación, su familia y la cultura predominante.

En nuestro país, se educa a la mujer para una etapa vital reproductiva más allá de la cual se le concibe por lo general como un elemento social ineficaz.

La mujer, después de cumplir con su función culturalmente determinada de tener hijos, tiene que buscar mecanismos diferentes que le permitan mantener su autoestima, convirtiéndose a menudo en proveedora de atención a los nietos, a sus padres ancianos y en general a toda la familia.

Su educación, por lo general restringida, le relega a posiciones poco calificadas y a los trabajos con menor remuneración.

En cuanto a su inserción en el sistema productivo, la mujer nunca ha dejado de colaborar en el proceso de desarrollo de nuestro país, pero tal participación no se ha hecho tan notoria, pues los indicadores para medir las actividades económicas no son lo suficientemente precisos para contabilizar su trabajo, lo que se refleja en la información referente a la posición laboral y en la relación porcentual femenina económicamente activa mayor de 60 años (Cuadro 4), se tiene que el 35.59% se ocupa en trabajo no remunerado, un 28% en actividades no especificadas y un 29.32% lo constituyen mujeres desocupadas que no han trabajado, de esto se deduce que la participación de la mujer anciana en rubros económicos extrafamiliares es muy limitada.

De las mujeres mayores de 60 años, para 1980 se reportaban sólo 390,977 como económicamente activas, significaban el 23.25% de la población económicamente activa de esa edad (Cuadro 5). De éstas, sólo el 63.69% se ocupaba en actividades bien especificadas, con predominio lógico del sector terciario, con 115,729 mujeres, seguido del sector primario con 84,642 mujeres y finalmente el sector secundario con sólo 47,255 mujeres. El impacto de la edad se observa claramente en el considerable decremento de la participa-

ción de la mujer en el sistema productivo, pues para 1987 en el D.F., el grupo de mujeres de 55-64 años representaba con 13.6% el grupo etario con mejor participación, la misma situación se encontró en Guadalajara, Jal., con el 15% (gráficas 1,2) lo que ilustra la escasez de oportunidades para mujeres en edad avanzada.

La educación determina en gran medida las posibilidades laborales y la forma de acceder al mercado de trabajo. Por otra parte la cultura establece la definición y mantenimiento de funciones por sexo, apoya y refuerza las restricciones al desarrollo femenino, mediante la reproducción de patrones de relación y de poder desigual entre hombre y mujer.

La composición del sistema familiar se ha modificado con la inserción de la mujer al trabajo asalariado y ahora se asigna a la abuela la responsabilidad de cuidar a los nietos, además de ser con frecuencia la ejecutora de los trabajos domésticos.

El problema de la vejez en la mujer, se agudiza porque la mayor parte de ellas laboró toda su vida para permitir que sus hijos se desarrollaran y que sus esposos trabajaran en ocupaciones que les gustaran o que al menos les permitieran obtener un salario para subsistir, pero a este trabajo femenino no se le ha reconocido derecho propio por carecer de remuneración, mucho menos la posibilidad de la jubilación. Cuando el esposo jubilado muere, ellas reciben una pensión que tienen como fuente primordial de ingresos y que con el tiempo resulta insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, debido al deterioro del poder adquisitivo. Esto enfatiza al ingreso económico como un aspecto que preocupa particularmente a las personas senectas, pues si bien pudiera no ser el factor principal, su suficiencia en este renglón es uno de los factores básicos para permitir la autosuficiencia de vida. Las modalidades de participación económica de la mujer en el ámbito doméstico y social están dados no sólo por factores que pueden ubicarse dentro del terreno estrictamente económico, sino que dependen de otros mecanismos entre los que pueden mencionarse el acceso a la educación y el modelo cultural prevaleciente.

A pesar de las desventajas antes mencionadas la mujer senecta tiene una función muy importante en la sociedad, pues significa la base emocional y en ocasiones económica de la familia, pues mantiene y refuerza los nexos entre el esposo, los padres, los hermanos, los hijos y los nietos.

Pretende equilibrar las necesidades de unidad familiar con los requerimientos individuales de sus integrantes. Por su parte, mantiene una posición subordinada a los hombres del hogar. Provee y recibe apoyo de la familia, cumple con sus funciones de ama de casa, es fuente de atención y con frecuencia, el elemento principal de la organización familiar.

Es necesario que la sociedad considere al envejecimiento como un proceso natural de todos sus miembros, para que muchas de las circunstancias aquí planteadas, tengan un cambio que se oriente al establecimiento de programas sociales innovadores favorables a la preparación psicosocial y económica, adaptada a nuestra cultura.

De no hacer las modificaciones necesarias en la organización del sistema social, la situación de la mujer se perpetuará como una condición de doble desgaste laboral.

También es importante observar que las relaciones familiares constituyen el eje principal del desarrollo psicosocial de la anciana. Cuando la convivencia familiar no es agradable, la senecta se aísla, lo que acelera su deterioro mental por la falta de estímulos apropiados. Las relaciones familiares constituyen un factor estimulante en la mujer anciana, que favorecen su desarrollo y significan la ampliación de la capacidad de ser feliz y de enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, pues mientras mejor sea su autoestima, se incrementan las posibilidades de creatividad y de entablar relaciones interpersonales enriquecedoras.

## **Aspectos biológicos.**

El envejecimiento forma parte del proceso vital. Se inicia en el instante mismo en que el núcleo del óvulo y del espermatozoide se unen, continúa con el crecimiento y el desarrollo hasta alcanzar la madurez, para declinar y finalizar con el cese de las funciones vitales.

La vejez trae consigo una propensión a las enfermedades, pero no es lo mismo admitir que en la vejez se presentan enfermedades que afirmar que la vejez sea por sí misma una enfermedad.

El envejecimiento del organismo plantea problemas específicos que afectan al individuo, a la familia y a la comunidad. A medida que envejece la persona se reducen sus capacidades para la vida activa debido a tres factores principales: la reducción progresiva de potencialidades físicas producida por el proceso normal de envejecimiento sin relación con procesos patológicos; la acentuación de los efectos de enfermedades que ya eran importantes en los períodos anteriores y los problemas psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas a la senectud. No obstante, envejecer es un proceso individual, cada persona envejece a un ritmo propio y de manera diferente.

Dentro de las modificaciones más apreciables que se encuentran en la mujer anciana se presentan: cambios en su apariencia y en su expresión corporal, en la postura se aprecia un tronco corto con extremidades comparativamente más largas. La estatura disminuye por adelgazamiento de los cuerpos vertebrales, el peso tiende a aumentar entre la sexta y la séptima década. La grasa es el tejido corporal que sufre mayores fluctuaciones. El agua corporal disminuye, las fibras musculares reducen su diámetro o bien existe franca degeneración. El esqueleto sufre atrofia generalizada por descalcificación, la corteza ósea se adelgaza, las vértebras se angostan por la osteoporosis y los discos intervertebrales se adelgazan.

La piel y el tejido graso sufren atrofia principalmente de la epidermis que se abrevia, hay disminución del agua, lo que produce resequedad, aparecen manchas pigmentadas (pecas seniles), se reduce la elasticidad, la sensibilidad cutánea disminuye y aparecen arrugas. Las mamas disminuyen de tamaño por pérdida de grasa. El pelo presenta caída progresiva que se precede de encanecimiento. Los sentidos se ven disminuidos en sus funciones, así como en general los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, nervioso, los aparatos genitourinario, respiratorio y las glándulas endócrinas.

### **Aspectos psicológicos.**

Investigaciones sobre inteligencia, aprendizaje, aptitud psicomotora y personalidad, han refutado el «modelo deficitario», es decir, la concepción generalizada de que con el aumento de la edad todas las capacidades y funciones declinan.

En cuanto a la inteligencia se observa por una parte que no ocurre una decadencia en general, sino que las capacidades intelectuales siguen diferentes modificaciones.

Aquellas que suponen una fluidez de adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación y orientación en nuevas situaciones, disminuyen con el avance de la edad, en cambio, aquellas capacidades que implican conocimientos generales, el saber basado en la experiencia, el caudal del vocabulario y la comprensión del lenguaje, permanecen constantes y en algunas ocasiones, incluso, se observa un incremento.

Múltiples factores como la formación escolar, entrenamiento profesional, estimulación ambiental, estado de salud y otros aspectos biográficos, influyen más decisivamente en el desarrollo de las capacidades intelectuales que la edad misma.

El coeficiente intelectual alcanzado en la juventud es determinante en el envejecimiento intelectual. También el tipo de actividad profesional tiene un efecto modificador en el rendimiento intelectual.

Incluso la estimulación ambiental repercute en el desarrollo del intelecto, así como en la biología y en la medicina se destaca la importancia del entrenamiento físico, en la psicología también es válida la sentencia de que aquellas aptitudes y facultades mentales que no se ejercitan, se deterioran.

Si se consideran estos aspectos, es inevitable contravenir la concepción generalizada de que la edad acaba con toda capacidad y función. Es necesario considerar que la edad es sólo una de las múltiples variables que condicionaban el desarrollo intelectual en la senectud; las diversas capacidades intelectivas pueden seguir diferente curso (disminuir, mantenerse o mejorar), lo que limita la generalización sobre el rendimiento intelectual en la anciana. En cuanto al aprendizaje, se ha comprobado que la memoria a corto plazo se debilita. En la aptitud psicomotora las reacciones se tornan más lentas.

En cuanto a la personalidad de la mujer anciana existe un sinnúmero de estereotipos que han contribuido a que la vejez sea considerada como una etapa vital caracterizada por pasividad, soledad, rigidez, dependencia. Ante estas situaciones la mujer anciana tiene que lograr una adaptación individual y difícil a los cambios de orden físico, psicológico, familiar y social del proceso de envejecimiento, lo que le permitirá evitar que le produzcan desórdenes de la personalidad. En este proceso de adaptación los fenómenos que con mayor frecuencia aparecen son:

#### **La Ansiedad.**

Las ancianas la presentan porque su papel en la sociedad se va perdiendo y en muchas ocasiones se convierte en una persona aislada con profundo sentimiento de rechazo.

#### **La Angustia.**

Es un sentimiento caracterizado por aprehensión, incertidumbre y desamparo, se genera principalmente por situaciones como la pér-

da de amistades, familiares, declinación de la salud, disminución de la capacidad productiva y de remuneración; reducción de los ingresos, sentimiento de inutilidad, de rechazo y principalmente la pérdida del status adquirido y del prestigio ganado.

### **La Depresión.**

Estado emocional acompañado de disminución de la actividad, se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad y aislamiento. Está relacionado con la pérdida de la propia estimación para satisfacer sus necesidades. La causa más importante es la pérdida de la pareja, del empleo al jubilarse, de la salud y los cambios en su imagen corporal.

### **La Hipocondría.**

Expresa y refleja temores en supuesta enfermedad. Los fenómenos mencionados cuando no son canalizados adecuadamente por la anciana le pueden ocasionar neurosis, que se caracteriza porque la persona siente ansiedad y diversas molestias que le incapacitan para sostener relaciones armónicas con otras personas o para desempeñar gustosa y eficazmente sus actividades.

**Cuadro No. 1****NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS O MAS EN EL MUNDO Y EN LAS REGIONES MAS DESARROLLADAS Y MENOS DESARROLLADAS, 1950-2025**

AREA	GRUPO DE EDAD	1950	1975	2000	2025
	A. Número (en millones)				
El mundo	60 años o más	214	346	590	1,121
	60 - 69	133	208	338	656
	70 - 79	65	106	193	354
	80 +	15	32	60	111
Regiones más desarrolladas	60 años o más	95	166	230	315
	60 - 69	56	93	119	162
	70 - 79	31	53	81	109
	80 +	8	19	30	44
Regiones menos desarrolladas	60 años o más	119	180	360	806
	60 - 69	78	115	219	494
	70 - 79	35	53	111	245
	80 +	7	13	29	67
	B. Porcentaje de población de 60 años y más				
El mundo		100	100	100	100
Regiones más desarrolladas		44	48	39	28
Regiones menos desarrolladas		56	52	61	72

Fuente: En base a estimaciones y proyecciones demográficas por sexo y por edad.1950-2025, preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas.

**Cuadro No. 2**

**POBLACION Y DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES PERIODO 1990-2000  
HIPOTESIS ALTERNATIVA**

EDAD	AÑO					
	1990	(%)	1995	(%)	2000	(%)
<b>MUJERES</b>						
60 - 64	841,448	(1.89)	1,034,719	(2.09)	1,194,818	(2.19)
65 - 69	691,678	(1.56)	769,153	(1.55)	950,778	(1.74)
70 - 74	469,752	(1.06)	603,580	(1.22)	675,820	(1.24)
75 - 79	353,063	(0.79)	383,701	(0.77)	495,993	(0.91)
80 y +	321,521	(0.72)	391,042	(0.79)	452,919	(0.83)
<b>HOMBRES</b>						
60 - 64	746,771	(1.68)	913,349	(1.84)	1,050,261	(1.92)
65 - 69	591,786	(1.33)	657,100	(1.32)	806,349	(1.48)
70 - 74	383,661	(0.86)	490,423	(0.99)	546,477	(1.00)
75 - 79	272,773	(0.61)	291,777	(0.59)	374,390	(0.69)
80 Y +	230,448	(0.52)	270,888	(0.55)	304,185	(0.56)

FUENTE: México Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2000  
S.P.P., INEGI, CONAPO, CELADE.

**Cuadro No. 3****INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADOS POR QUINQUENIOS PERIODO 1990 - 2000  
HIPOTESIS ALTERNATIVA**

INDICADORES DEMOGRAFICOS	QUINQUENIOS	
	1990- 1995	1995-2000
<b>MORTALIDAD</b> TASA BRUTA DE MORTALIDAD (POR MIL)	6.02	5.71
<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER:</b> HOMBRES	66.08	67.14
MUJERES	70.90	72.10
<b>CRECIMIENTO NATURAL</b> CRECIMIENTO ANUAL: (EN MILES)	2,101	2,074
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL (POR MIL)	22.33	19.90
<b>CRECIMIENTO TOTAL</b> CRECIMIENTO ANUAL: (EN MILES)	2,031	2,004
TASA DE CRECIMIENTO TOTAL (POR MIL)	21.60	19.23

FUENTE: México, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2000  
S.P.P., INEGI, CONAPO, CELADE.

**Cuadro No. 4**

**INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD**  
**POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA MAYOR DE 60 AÑOS, POR SEXO, POSICION EN EL TRABAJO Y**  
**RELACION PORCENTUAL, 1980**

	TOTAL	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE
Población Econ. Activa	1'681,188	1'290,211	76.74	390,977	23.26
Patrón o Empresario	114,051	94,240	82.63	19,811	17.37
Empleado, Obrero o Peón	437,619	358,275	81.87	79,344	18.33
Miembro de una Cooperativa de Producción	17,763	14,809	83.37	2,954	16.63
Trabajador por su cuenta	630,686	486,149	77.08	144,537	22.92
Trabajador no remunerado	98,473	63,422	64.41	35,051	35.59
No especificada	377,923	270,013	71.45	107,910	28.55
Desocupados que no han trabajado	4,673	3,303	70.68	1,370	29.32

FUENTE: S.P.P. "X Censo General de Población y Vivienda, 1980. Resumen General Abreviado". México, D.F., 1984, p. 191

**Cuadro No. 5**

**INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD  
POBLACION MEXICANA CON MAS DE 60 AÑOS, POR SEXO Y SECTORES ECONOMICOS, 1980**

SEXO	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA		SECTOR PRIMARIO(*)		SECTOR SECUNDARIO(**)		SECTOR TERCIARIO(***)		ACTIVIDADES INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS		DESOCUPADOS	
TOTAL	1'681,188	100	698,392	41.54	221,813	13.19	332,747	19.79	423,563	25.19	4,673	0.29
HOMBRES	1'290,211	100	613,750	47.56	174,558	13.52	217,018	16.82	281,582	21.82	3,303	0.28
MUJERES	390,977	100	84,642	21.64	47,255	12.08	115,729	29.60	141,981	36.31	1,370	0.37

\* Incluye agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca.

\*\* Incluye explotación de minas y canteras, industrias manufactureras; electricidad, gas, agua; construcción

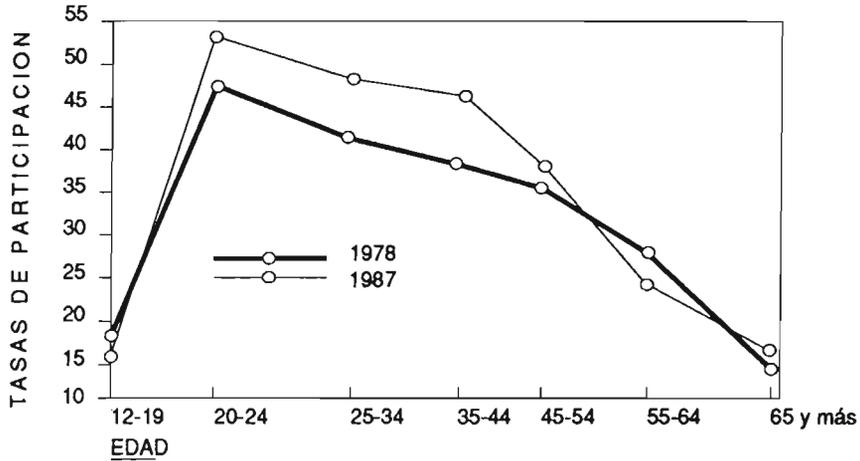
\*\*\* Incluye comercio; transporte, comunicaciones; establecimientos financieros, servicios comunales.

FUENTE: S.P.P. "X Censo General de Población y Vivienda, 1980".  
Resumen General Abreviado. México, D.F., 1984, p. 75

## PARTICIPACION ECONOMICA FEMENINA

GRAFICA No. 1

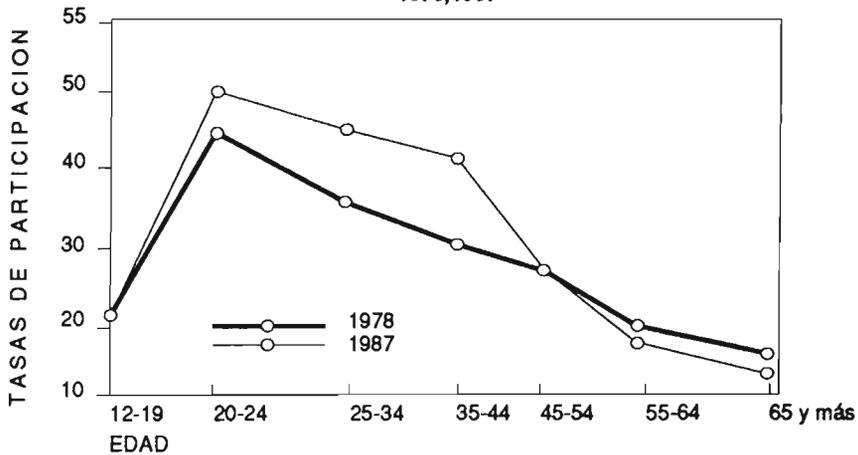
### MEXICO: TASAS DE PARTICIPACION FEMENINA POR GRUPOS DE EDAD; 1978, 1987



FUENTES: Las del cuadro 1

GRAFICA No. 2

### GUADALAJARA: TASAS DE PARTICIPACION FEMENINA POR GRUPOS DE EDAD; 1978, 1987



FUENTES: Coordinación General del Sistema Nacional de Información (ahora INEGI). Información básica Sobre la Estructura y Características del Empleo y Desempleo en las Áreas Metropolitanas de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, SPP, México, 1979

## SEXUALIDAD

*Dra. Luz Alicia Huerta González*

La sexualidad es un aspecto importante de la mujer en todas las etapas del ciclo vital.

En nuestra sociedad se ha caracterizado a la mujer anciana como un ser sin sexualidad, sin derecho a sentir amor o satisfacción física. Sin embargo, las manifestaciones sexuales tienen un carácter universal, pueden adoptar ciertas formas, producto de factores como: la cultura, educación y las costumbres. Estos factores han orientado el rol social de la mujer, inclusive el de la mujer anciana. A la sexualidad humana, desde el punto de vista biológico, se le continúan determinando dos funciones:

1. La conservación de la especie y
2. La satisfacción y el placer sexual.

En la vejez, como en todas las etapas del ciclo evolutivo, la sexualidad se determina por factores socioculturales perpetuados por la educación, donde se asigna a la mujer un segundo plano, que le reserva como función sublime y única la maternidad. Solo vinculado a dicha finalidad el sexo para la mujer se considera como bueno y aceptable, lo que determina roles sexuales rígidos y estereotipados. Tal parece que al presentarse la menopausia que pone fin a esta función, se presenta al mismo tiempo el término de la vida sexual de la mujer o su derecho a ejercerla.

Esto es resultado de la educación, que no brinda los conocimientos necesarios acerca de los cambios fisiológicos que se presentan con el proceso de envejecimiento y que le permitan ejercer una sexualidad satisfactoria que dirija sus acciones a modificar actitudes

y conductas en esta etapa, de manera que no tenga repercusiones en los campos social y psicológico.

Es un hecho fisiológico que en la vejez se presenta disminución de la hidratación tisular, la piel se reseca y se dificulta la lubricación vaginal, impidiéndole una respuesta favorable para realizar la relación sexual, con conocimiento adecuado de esta situación de ninguna manera debe ser limitante para realizarlo y obtener la satisfacción y el gozo del ejercicio de su sexualidad.

El disfrute sexual no es exclusivo de la mujer en edad reproductiva, es continuación de la vida sexual previa. Una mujer que ha tenido vida sexual plena y satisfactoria con seguridad va a continuarla; sin embargo, las mujeres que alcanzan la vejez y su vida sexual nunca ha sido placentera, buscan como pretexto esta situación para terminar con una etapa de su vida que no ha sido agradable.

Esto se debe a que en nuestra sociedad se utilizan como sinónimos los términos sexo y sexualidad. El primero está determinado por el conjunto de características biológicas que distinguen a los seres humanos en masculino y femenino; y el segundo, es la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación y forma parte del desarrollo, de la evolución de la personalidad y en el que se incluyen el placer y la satisfacción en la relación interpersonal, sus expresiones van más allá de las respuestas genitales.

En la Tercera Edad se cuenta con la experiencia para ejercer con plenitud la sexualidad, sólo se requiere de un cambio de mentalidad. En la mujer anciana la educación sexual debe dirigirse a desarrollar al máximo sus capacidades, enseñarle las posibilidades de la respuesta sexual en esta etapa de la vida que le puedan brindar salud y bienestar, debe incluirse también información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físico, mental, emocional y social, incluyendo la información anatómica y fisiológica, se debe enfatizar el desarrollo de actitudes positivas. Desafortunadamente la historia de la mujer anciana no cuenta con una base sólida, pues estuvo muy limitada en el pasado en el acceso

a la educación y esto condicionó su sexualidad a roles socialmente esperados.

Incluso, revisando información, no se han podido encontrar datos de la mujer anciana referentes a su vida sexual; estos hechos se pueden observar en el estudio realizado en la Encuesta Nacional de Fecundidad, en donde después de los 50 años este grupo de mujeres senectas queda fuera, como si no tuvieran vida sexual.

Si bien es cierto que la vida sexual en la mujer anciana disminuye considerablemente, es importante también tener en cuenta que la sexualidad en todas las etapas de la vida humana es necesaria para lograr un equilibrio emocional, mental y psicológico. Y la mujer después de los 60 años de edad continúa con deseo sexual, el cual existe durante todo el transcurso de su vida y cuando se reprime es causa de neurosis o bien manifestaciones de ansiedad, angustia, irritabilidad o de tipo somático (neurodermatitis, despareumia, cefalea, migrañas, sordera, algias sin motivo aparente entre otras). En tanto que una mujer que está plenamente realizada con su pareja, generalmente tiene una relación gratificante y al llegar al orgasmo hay una sensación de bienestar físico y mental seguido de relajación.

Debe estimularse a la mujer anciana a tomar la iniciativa para vivir su vida en forma integral (ocupacional, afectiva, social y sexual), sin temor a la crítica familiar o de la comunidad.

## SALUD MENTAL

*Dra. Susana Cuevas Córdoba*

La frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes geriátricos está aumentando debido al incremento del número de personas que alcanzan y sobrepasan los 60 años de edad. En México, la esperanza de vida al nacer en 1940 era de 40.4 años para la población total, de 39.5 años para los hombres y 41.5 para las mujeres; en 1980, esta cifra ascendió a 66.8 años para la población total, 63.7 para hombres y 69.9 para mujeres, con una diferencia de 7 años más para las mujeres. Por esta razón, es de esperarse que en nuestro país los trastornos psiquiátricos en la mujer en edad geriátrica, se presenten con mayor frecuencia.

En general durante el período de envejecimiento, cuya edad de inicio varía debido a factores biológicos y sociales, se observa una declinación de algunos aspectos psicológicos tales como: inteligencia, memoria, funciones sensoriales y cambios en el carácter y la personalidad. Estos cambios, es necesario aclarar que no se dan en forma paralela a la edad y pueden variar considerablemente entre individuos.

En la población de edad avanzada, es frecuente la presencia de síntomas psiquiátricos como: síntomas depresivos, hipocondriacos y dificultades en el sueño, los cuales no significan que esté presente un trastorno psiquiátrico específico. Por el contrario, estos síntomas se pueden derivar de diversas entidades, ser parte de más de un diagnóstico, o bien, incluso no estar asociados a algún trastorno específico.

Los trastornos de depresión mayor, esquizofrenia, psicosis paranoide y estados de ansiedad, pueden iniciarse a edad avanzada, pero a excepción de los trastornos mentales orgánicos crónicos degenerativos, los demás trastornos psiquiátricos, no son más frecuentes en los ancianos, incluso para algunos investigadores, la incidencia (frecuencia de inicio) de trastornos como la ansiedad y la esquizofrenia disminuye con la edad, aunque cuando se han presentado en la vida del sujeto con anterioridad, continúan hasta edades avanzadas.

Los trastornos orgánicos demenciales (Ej. la enfermedad de Alzheimer y de Pick), son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en adultos en edad geriátrica. Son trastornos con base orgánica, en los cuales se presenta un daño al tejido cerebral de tipo degenerativo crónico como en la enfermedad de Alzheimer que es más común en las mujeres o por problemas en la irrigación sanguínea cerebral, más frecuente en los hombres. Los rasgos generales de este grupo de padecimientos son: la alteración transitoria o permanente de la función cerebral y las anomalías psicológicas y conductuales asociadas. El grupo de síntomas centrales en los trastornos demenciales son los relacionados con la pérdida de las capacidades intelectuales, la cual se presenta paulatinamente, hasta llegar a interferir con el funcionamiento social y laboral.

Los síntomas asociados son múltiples y variados, pudiendo presentarse entre otros: ansiedad, depresión, irritabilidad y sentimientos de vergüenza en grados variables. Algunas personas pueden presentar una mala tolerancia a las deficiencias que notan, presentar miedo, depresión intensa con intentos de suicidio, otras personas pueden tolerar mejor los cambios y sobrellevarlos ajustando su vida y los medios para controlar mejor sus carencias; algunos otros pueden volverse suspicaces, mostrar actitudes paranoides (sentirse perseguidos), irritabilidad, mal genio, etc.; otros pueden mostrar euforia, apatía, etc., etc. La sintomatología asociada será reflejo de la personalidad.

El curso de estos padecimientos puede ser progresivo, estático o puede remitir en algún grado; esto dependerá de la patología que se asocie y de la oportunidad y eficacia del tratamiento.

Los riesgos de los trastornos psiquiátricos mas frecuentes a esta edad, son en su gran mayoría inherentes al proceso de envejecimiento de orden degenerativo crónico: sin embargo, no hay que olvidar los factores externos que pueden confundir y agravar éstas condiciones, tales como el conjunto de pérdidas que se presenta en la vida familiar, social, económica y laboral, de las personas en edad avanzada.

**Cuadro No. 1**

**TRASTORNOS MENTALES EN LA MUJER DE EDAD AVANZADA**

TRASTORNO	FRECUENCIA	FACTORES ASOCIADOS
<b>SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA</b> Depresiva Hipocondrias Declinación de algunas funciones intelectuales  (todos estos síntomas pueden estar presentes sin constituir un trastorno psiquiátrico específico)	*** *** ***	Condiciones de vida de la mujer de edad avanzada
<b>TRASTORNOS ORGANICOS DEMENCIALES</b> Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick	** *	Factores heredo-familiares

**FRECUENCIA:**

- \*\*\* Frecuente en mujeres de edad avanzada.
- \*\* Poco frecuente en mujeres de edad avanzada.
- \* Infrecuente en mujeres de edad avanzada.

## CANCER

*Dra. María Teresa Cisneros*

En México, se ha logrado incrementar en los últimos años la esperanza de vida de sus habitantes, como sucede en muchos otros países del mundo, el promedio de años es mayor en las mujeres que en los hombres.

A medida que se incrementa la edad, se eleva la frecuencia de las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus.

Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población mayores de 65 años correspondiendo al 11.5% del total de defunciones por todas las causas.

En el año 1987, se registraron en la mujer 20,643 muertes por cáncer, de las cuales ocurrieron en mayores de 60 años, el 55.6% (11,498 defunciones) constituyendo así el grupo de mayor riesgo para morir por este padecimiento.

Las localizaciones más frecuentes fueron los del cuello del útero, estómago, traquea, bronquios y pulmón, mama y páncreas (cuadro 1).

En relación a la morbilidad, el Registro Nacional del Cáncer en 1987, reportó que de 10,486 casos de cáncer en la mujer, al grupo de 60 años y más, correspondió el 31.3% predominando los casos del cuello del útero, mama, estómago, linfomas y de pulmón (cuadro 2). Ya en capítulos anteriores se ha mencionado la importancia de la detección oportuna del cáncer, así como la identificación de los factores de riesgo que, al ser modificados, evitan la ocurrencia de la enfermedad.

Algunos de estos factores son: tabaco, alcohol, dieta, aditivos para alimentos, ocupación, contaminación por sustancias químicas, productos industriales, factores geofísicos, conductas sexuales, infecciones, hormonas, estilo de vida, etc.

La utilidad de la detección del cáncer en etapas iniciales ha sido comprobada para los cánceres cérvico uterino y mamario; en el primero el método de papanicolaou tiene gran porcentaje de certeza (98%) y para el cáncer mamario la exploración clínica anual como la auto-exploración mensual logran descubrir más del 80% de los cánceres en etapas iniciales.

Cualquiera que sea el origen del cáncer, tiene un largo período de latencia, lo que facilita en cierta manera la detección precoz.

Al analizar los cánceres más frecuentes en la mujer anciana podemos afirmar que cerca del 35% de estas muertes podían haber sido evitadas; la práctica del papanicolaou anual habría descubierto lesiones precursoras o cánceres iniciales entre la tercera y cuarta década de la vida, al no efectuarse la detección, la mujer muere al llegar a la quinta y sexta década de la vida. Lo mismo ocurre con el cáncer mamario, al no practicar la autoexploración mensual, da por resultado el diagnóstico del cáncer en etapas avanzadas, disminuyendo considerablemente las posibilidades de curación.

El hábito de fumar desde etapas tempranas de la vida ocasiona la alta mortalidad por cáncer de pulmón en la edad adulta.

El cáncer gástrico, segundo lugar como causa de muerte por cáncer, podría haber sido abatido mediante cambios de estilo de vida y alimentación, así como por el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras que anteceden a la enfermedad.

En conclusión, la morbimortalidad del cáncer en la mujer anciana puede ser abatida mediante acciones educativas que señalen la importancia de riesgo y la práctica de procedimientos de detección oportuna.

**Cuadro No. 1**

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR CANCER EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MAS**

LOCALIZACION	NUM. DE CASOS	%
Cuello del útero	1,729	15.0%
Estómago	1,365	11.8%
Tráquea, Bronquios y Pulmón	936	8.1%
Mama	844	7.3%
Páncreas	507	4.4%
Todas las localizaciones	11,498	100.0%

S.P.P. 1990

**Cuadro No. 2**

**PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE CANCER EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MAS**

Cáncer cérvico uterino	686	20.8%
Mama	469	14.2%
Estómago	151	4.5%
Linfomas	113	3.4%
Pulmón	83	2.5%
Todas las localizaciones	3,285	100.0%

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

*Dra. Gloria Ornelas Hall  
Dra. Virginia Alcántara Rodríguez*

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, también ha cobrado sus víctimas en las personas maduras; para octubre de 1987 se tenían registrados en individuos de más de 65 años, 12 casos de SIDA en hombres y 5 en mujeres en las que todas habían adquirido la infección a través de transfusiones; a diferencia de los hombres, quienes en un 50% habían adquirido la infección por transfusiones y el otro 50% a través de relaciones sexuales.

Hasta el 31 de octubre de 1991, se tenían registrados 113 casos en personas por arriba de los 65 años, los que contribuyen con el 1.2% del total de casos. 84 casos se presentan en hombres con tasa 68.0 y 29 en mujeres con tasa de 20 (tasa por 1,000,000 habitantes), siendo la relación de 3 hombres por cada mujer. Al manejar tasas o sea una población determinada tenemos que de cada millón de habitantes de nuestro país, 68 hombres mayores de 65 años se encuentran enfermos.

Es conveniente considerar que aquí nos estamos refiriendo a los enfermos de SIDA y no a los infectados; si consideramos que la Organización Mundial de la Salud estima que por cada enfermo existen de 50 a 100 infectados, podríamos calcular que existen más de medio millón de ancianos infectados de ambos sexos; lo cual nos indica la importancia de la enfermedad.

De las 29 pacientes con SIDA, 20 (69%) adquirieron la infección a través de transfusiones y sólo 5 (17%) a través de relaciones sexuales; si hablamos de la población general ésta relación básica-

mente se invertiría ya que la gran mayoría de los casos de SIDA están asociados a transmisión sexual.

Esta situación nos indica que la transmisión sexual en los pacientes mayores de 65 años, no es importante no así la transmisión por transfusiones ya que la gran mayoría de estas mujeres se infectaron por esta vía, al referirnos exclusivamente a las mujeres de cualquier edad tenemos que el 63% adquirieron la infección a través de transfusiones y el 36% a través de relaciones sexuales.

El cuadro clínico de las mujeres ancianas con SIDA, se esperaría que fuera similar al cuadro clínico que presentan las mujeres y que se diferencia del hombre, como ha sido reportado en algunos estudios, por otro lado la sobrevivencia de las mujeres se considera que es menor que la de los hombres en general.

En las mujeres se ha encontrado con poca frecuencia el Sarcoma de Kaposi, tipo de cáncer en la piel, que es más frecuente entre hombres y principalmente entre homosexuales. El cuadro clínico del SIDA en las mujeres mexicanas, se va a caracterizar por una serie de infecciones ocasionadas por gérmenes oportunistas y de amplia diseminación en nuestro medio. O infecciones por candida albicans, por bacilo tuberculosos y baja prevalencia de neumonía por P. Carini que sería una de las principales infecciones que prevalecen en los pacientes de los Estados Unidos.

Al referirnos al SIDA en mujeres de la 3a. edad, es conveniente abordar la transmisión sanguínea ya que es la principal causa de infección en este grupo; es bien conocido que el período de incubación de la enfermedad en un paciente que adquirió la infección por esta vía, es mucho más corto en relación a otros mecanismos de transmisión como a través de relaciones sexuales. El tiempo que transcurre entre que una persona se infecta y aparecen los primeros síntomas (período de incubación), en promedio se conoce que para esta enfermedad es de 5 años; más sin embargo en las pacientes que adquirieron la infección por transfusiones el período de incubación puede ser más corto inclusive sólo algunos meses, esto se explica en

parte porque la cantidad de virus que penetran directamente a través de una transfusión es mucho mayor en comparación con otros mecanismos.

Ante esta situación la prevención de infección entre mujeres ancianas, estará muy ligado a la prevención de la transmisión sanguínea, que por otro lado es la más fácil de prevenir, dado que existe una prueba para detectar la presencia indirecta del virus en la sangre y a partir de 1986 por Ley todas las sangres que se utilizan para transfusión deben de haber sido probadas previamente a su utilización.

En un futuro se espera que disminuya en forma importante la incidencia de casos asociados a transmisión sanguínea y que se incremente la transmisión sexual.

## MALTRATO

*Dra. Luz Esther Rangel López*

El maltrato a la mujer anciana es un hecho injusto difícil de razonarlo y parece imposible cuando se piensa que a quien se agrede es a una persona desamparada y marginada por sus condiciones físicas o por circunstancias sociales. Sin embargo ocurre y su frecuencia no se sabe ni se sabrá. Este problema que no sólo es físico sino también psicológico escapa a los límites de la estadística por alguna de las razones que a continuación se expresan:

En cuanto a las agresiones físicas hay un subregistro que puede deberse al desconocimiento del trámite legal, al costo económico, a sentimientos de vergüenza o al menosprecio de la personalidad de la anciana, por ella misma o por la sociedad. Es decir, la mujer que se ha desempeñado toda su vida en un plano secundario, aceptando sin discutir las nociones culturales negativas de feminidad como son: la mujer como ser inferior, la mujer como ser pasivo, la mujer como objeto bello y la mujer como esposa y madre exclusivamente, apoyando inconscientemente los valores sexistas de superioridad masculina, que la hace resignada a un pasado injusto y a la sumisión al padre, al hermano, al esposo, al suegro y hasta al hijo. En esa condición no acudirá ante la justicia a denunciar actos violentos en su contra, aún cuando lleguen a ser tan graves y pongan en peligro su vida que tenga que ser hospitalizada. Probablemente serán los familiares los que ocasionalmente hagan la denuncia.

### **Del maltrato en el hogar.**

El peor abuso físico que suelen sufrir las ancianas ocurre en su propio hogar. Es más común de lo que se pueda imaginar, que los maridos e incluso los hijos golpeen a las ancianas. Es un problema

que comparten mujeres de todas las clases sociales, de todas las razas y en todos los tiempos. El «machismo» tiene un significado real en la dinámica de la relación entre hombres y mujeres, sostenido por las mujeres y aceptado por las ancianas desde siempre. «Macho» es el que permite o niega, el que impone reglas, el que exige obediencia y si no... castiga, maltrata y golpea. Bajo el «machismo» la forma de expresión de la mujer es pasividad y la del hombre es la agresividad.

De ahí el maltrato que es un acto que condena a la anciana a la forma más extrema de pasividad y humillación, con golpes y maltrato psicológico en su propio hogar. Entre alguna de las razones por las que se produce esta injuria, están las siguientes: los factores económicos como la dependencia del salario del varón y la no solvencia económica; la disminución de las capacidades físicas e intelectuales; que los hombres consideren a sus esposas como propiedad personal, con mayor razón si han permanecido unidos mucho tiempo; y que cuando la anciana trata de dejar a un hombre violento no tiene a quien acudir o no tiene manera de mantenerse económicamente.

Hay otra forma más sutil que no se manifiesta, ni se detecta y, es más, que la anciana la soporta sin protestar, es la sobrecarga del trabajo del hogar que la convierte en sirvienta sin sueldo, lo que ocurre cuando queda viuda o sola y llega a vivir con los hijos. Se le encomiendan los quehaceres que en ocasiones sobrepasan su capacidad física. Cuando las mujeres jóvenes o adultas tienen que trabajar, es la abuela quien tiene que cuidar a los niños, hacer la comida, la limpieza, las compras, lavar la ropa y servir al resto de la familia.

#### **Del maltrato en los asilos.**

No es muy frecuente, pero hay que mencionarlo. Estas instituciones existen para solucionar graves deficiencias de salud, de vida familiar y de vida social. Quienes ahí acuden ya llegan con una carga muy importante de tipo emocional o físico. El personal que los atiende,

sean oficiales o privados, siempre será insuficiente y muy pocos de sus miembros han recibido capacitación específica. Los recursos económicos son limitados para dar satisfacción a las necesidades crecientes de los ancianos que se acogen a estos servicios.

### **De la violación.**

Es un crimen contra las mujeres y es la expresión más ruin de las actitudes negativas contra las ancianas. Cuando estos actos injustificables suceden las víctimas se quedan calladas y los victimarios sin castigo.

El hecho es vergonzoso en sí para la anciana; el pudor, el dolor, la humillación, el horror y la rabia de sentirse ultrajada van a impedir que se denuncie. Además, la expectativa de someterse a un examen ginecológico (exploración física de genitales), que en ocasiones constituye una segunda violación; y el llevar el caso a los tribunales, en donde tendrá que someterse a un sin fin de procedimientos humillantes, e interrogatorios y enfrentamientos con el violador y a la burla en general, ya que la anciana no es precisamente «provocativa o provocadora» como pudiera serlo una mujer joven. Por otro lado serán pocas las personas que la apoyen. La mujer joven tiene padres, hermanos, novio, esposo, amigos y la mujer anciana ha perdido a gran parte de su familia.

### **De los trámites legales.**

Como se mencionó anteriormente, hay muchos casos que no se denuncian por las siguientes circunstancias: quienes hacen cumplir las leyes son mayoritariamente hombres que practican los valores patriarcales; la violencia contra la esposa, a pesar de ser un hecho punible por la ley, es generalmente ignorado y si el hombre siempre ha maltratado a su mujer, cuando ésta es anciana «ya no tiene ni por qué quejarse» y en un tribunal probablemente no le hagan caso; los juicios son muy costosos y las ancianas no cuentan con los recursos para solventarlos; los procedimientos son difíciles, lentos y humillantes y un gran número de ancianas son analfabetas; finalmente, los castigos a quienes maltratan son ocasionalmente irrisorios.

## **Del maltrato social.**

Ahora bien, es tiempo de tocar el punto que a todos nos atañe: el maltrato que la sociedad realiza constantemente a las ancianas y que, aunque no es físico, no por ello es menos doloroso.

El concepto actual de nuestra sociedad deriva de una cultura orientada hacia la juventud y sus valores, por lo que agrade constantemente a la mujer anciana. Nuestra civilización es la del trabajo, la del rendimiento, la del consumo y las ancianas son especialmente las menos productivas y con las menores posibilidades de consumo; son rechazadas laboralmente, han estado excluidas de la educación formal, han estado sometidas al apoyo económico del varón, han sufrido los cambios de la modernización, que van desde una aculturación vivida como imposición, como desorganización de sus propias costumbres, hasta el abandono de sus lugares de origen para ubicarse en ciudades sumamente agresivas; todas ellas circunstancias que limitan su función hasta como seres humanos. En este sentido cabe fundamentalmente una reflexión: estamos todos involucrados en el maltrato a la mujer anciana para quien el pasado no es consuelo, el futuro nada representa y el presente es intolerable.

## MINUSVALIA

*Dra. Sadot de la Cruz Vera  
Dra. Cecilia Castro Nieto*

La pérdida o deterioro de algunas funciones corporales presentes desde la edad adulta se acelera en la vejez, esta última etapa se caracteriza por cambios involutivos progresivos cuyas manifestaciones se observan en mayor o menor grado en diversos sistemas orgánicos y varían de un individuo a otro (27).

Los cambios fisiológicos y psicológicos repercuten en la conducta del individuo que debe realizar sus tareas cotidianas en forma diferente. Los cambios sociales como la partida de los hijos de casa, la viudez o la jubilación tienen un enorme impacto emocional (28).

Vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, esta etapa se acompaña frecuentemente de enfermedades crónicas y de problemas de salud que se manifiestan desde los últimos años de la edad adulta los que se exacerban y agudizan (25). Aparecen secuelas de enfermedades crónicas como la artritis o la diabetes mellitus. Los accidentes vasculares cerebrales, la arterioesclerosis y la demencia senil afectan la forma de pensar y comportarse de la persona incapacitándola progresivamente y acortando su vida (27).

Cada anciana asume los cambios fisiológicos y patológicos que se presentan en la vejez de una manera diferente, lo que en mucho depende de la forma de interpretar la vida. Las personas más estables y las de edad más avanzada presentan menos trastornos emocionales ante las pérdidas físicas. El impacto de una secuela estará en relación con el grado de invalidez que produce (6). Las expectativas de las ancianas minusválidas se ven influenciadas por las expectativas de su familia y de la sociedad. En el mundo de

occidente la juventud es considerada un valor, por ello las personas viejas se sienten devaluadas y actúan en consecuencia, sus expectativas se reducen; esperan menos de sí mismas porque la sociedad espera menos de ellas (28).

La dependencia física producto de una secuela, representa una carga importante para la anciana y su familia. Generalmente existe poca disposición en la familia para hacerse cargo de una anciana minusválida, su presencia en el núcleo familiar representa un desajuste en la forma en la que se realizan las actividades domésticas y en la economía del grupo. La tensión emocional también aumenta especialmente entre las hijas de las minusválidas (30, 31).

La respuesta al tratamiento de terapia física es lenta y la ganancia puede no ser muy aparente, pero cuando éste se suspende, el retroceso es notable (29).

La anciana minusválida puede aceptar la invalidez como un preámbulo a su muerte, si se da cuenta de que las secuelas son el producto de las fallas de su organismo por lo que sus expectativas ante los programas de rehabilitación son pobres.

En fin, la anciana minusválida tiene desventajas físicas, psicológicas y sociales que exigen y hacen necesarios los programas de rehabilitación integral (29).

Nota: En relación con los números entre paréntesis, ver página 231.

## VI. CONCLUSION GENERAL

El conocimiento de las características de la salud en tres diferentes etapas de la vida de la mujer –adolescente, adulta y anciana– constituye un sólido apoyo para la proyección y ejecución de los planes y programas destinados al fomento y conservación de la salud, no sólo de la mujer sino de toda la población.

La información contenida en los capítulos precedentes es un signo inequívoco de que la salud de la mujer, examinada en diversos aspectos y en tres etapas importantes de su vida, constituye un interés vital para el desarrollo integral del país.

El Programa "Salud para Todos en el Año 2000" de la Organización Mundial de la Salud, en el que México participa e impulsa con singular decisión y, particularmente el Programa "Mujer, Salud y Desarrollo" de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Atención Materno Infantil, encontrarán, en este libro, una fuente sustancial de referencias y apoyos informativos de primer orden.

La creciente y saludable participación de la mujer en el ámbito de la vida social, reclama al mismo tiempo cada día con mayor intensidad, la realización de acciones conducentes a la conservación y al fomento de su salud, por lo que puede conceptuarse del mayor interés la información y los datos que se contienen en los capítulos del libro.

Los artículos que integran esta publicación fueron  
revisados y son de la responsabilidad de los autores.

---

La presente edición se terminó de imprimir en  
mayo de 1992, con un tiraje de 3,000 ejemplares.  
El diseño y la impresión fue realizada por  
ATT Diseño.

**SECRETARIA DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD  
DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL**

