

En memoria a Marta Ruiz

miro hacia el cielo y te busco, gracias...

te extraño siempre...

Agradecimientos

Gracias a mi compañero a mi amor que sin su apoyo incondicional no lo hubiese logrado.

A mi directora de Tesis Emma gracias infinitas por estar siempre y por apoyarme en todos los momentos que pasamos gracias querida Emma.

A Raúl gracias que sin tu empujón y apoyo no hubiese tenido esa fortaleza que me diste.

A mi mama gracias por estar siempre.

A Pablo siempre alentando y dándome fuerzas de optimismo, a Nancy gracias.

Gracias a todas las mujeres que me abrieron su casa, que me dieron su tiempo para contarme su historia, Rosario gracias por tan hermosa entrevista, a Pacha gracias...

INDICE

ANTROPOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN	7
LA NATURALEZA SOCIAL DEL PROCESO REPRODUCTIVO	8
LA FECUNDIDAD COMO VARIABLE DE ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO HUMANO	10
FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA REPRODUCCIÓN HUMANA	11
FACTORES BIOLÓGICOS	12
FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS	12
FACTORES DEMOGRÁFICOS	14
PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA FECUNDIDAD	15
LA FECUNDIDAD EN LAS POBLACIONES HUMANAS	16
DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD	18
NUPCIALIDAD.....	19
USO DE ANTICONCEPTIVOS	20
INFECUNDIDAD POST PARTO.....	21
EL ABORTO INDUCIDO.....	22
DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS INDIVIDUALES.....	23
EDUCACIÓN Y OCUPACIÓN FEMENINA	23
LUGAR DE RESIDENCIA	25
CONOCIMIENTO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	25
DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS CONTEXTUALES.....	26
STATUS DE LA MUJER	26
ROL ECONÓMICO DE LOS NIÑOS	27
MORTALIDAD INFANTIL	27
GRADO DE URBANIZACIÓN Y REGIÓN DE RESIDENCIA	27
DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y PROGRAMAS Y POLÍTICAS GUBERNAMENTALES	28
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
MARCO GEOGRÁFICO	32
SELECCIÓN DEL LUGAR.....	33
CARACTERIZACIÓN, DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE ABRA PAMPA	35
PROCEDENCIA Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	38
FUENTE DE DATOS:.....	38
PROCESO DE SELECCIÓN DE LAS MUJERES Y REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA	39
VARIABLES ANALIZADAS	40
FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS.....	40
MEDIDAS DE LA FECUNDIDAD	40
EVENTOS E INTERVALOS DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA POBLACIÓN	40
TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	43
TÉCNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACIÓN	43
ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	45
CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA	45
FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS RELEVADOS.....	45

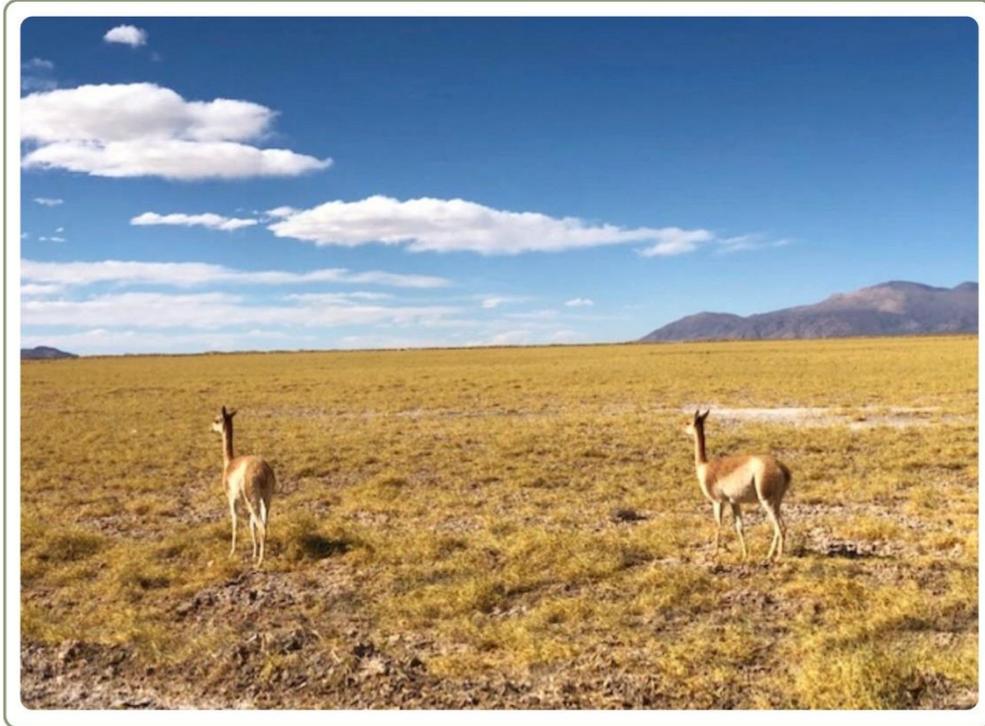
MEDIDAS DE LA FECUNDIDAD	46
DESCENDENCIA FINAL Y TAMAÑO DE LA PROGENIE	47
EMBARAZOS, ABORTOS E HIJOS NACIDOS MUERTOS	49
EVENTOS DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA POBLACIÓN	50
EDAD DE LA MENARCA	50
EDAD NUPCIAL	52
EDAD MATERNA AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO.....	52
EDAD MATERNA AL NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO	54
EDAD DE LA MENOPAUSIA	57
INTERVALOS DE LA VIDA REPRODUCTORA DE LAS MUJERES	59
INTERVALO FÉRTIL	59
INTERVALO ENTRE LA MENARCA Y LA EDAD NUPCIAL.....	61
INTERVALO PROTOGENÉSICO	62
INTERVALO GINECOLÓGICO	67
INTERVALO FECUNDO	68
INTERVALO POSFECUNDO	71
ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS	73
REFLEXIONES ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE ABRA PAMPA.....	73
LA RIQUEZA DE LAS SUBJETIVIDADES Y EL RECONOCIMIENTO DEL OTRO.....	74
EMBARAZOS: PARTOS, CONCEPCIÓN Y RECEPCIÓN	75
LOS PREPARATIVOS DEL PARTO	76
LOS CUIDADOS DEL POSPARTO	76
EL CORDÓN UMBILICAL, LA UÑA Y LA PLACENTA.....	77
ABORTO.....	78

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE ABRA PAMPA. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2001 (INDEC, 2001)	37
TABLA 2: TAMAÑO DE LA PROGENIE PARA DIVERSAS POBLACIONES HUMANAS	48
TABLA 3: EDAD PROMEDIO DE LA MENARCA EN DISTINTAS POBLACIONES AMERICANAS.....	51
TABLA 4: EDAD PROMEDIO AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO EN DIVERSAS POBLACIONES	54
TABLA 5: EDAD PROMEDIO AL NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO EN DIVERSAS POBLACIONES	56
TABLA 6: EDAD PROMEDIO DE MENOPAUSIA DE DIVERSAS POBLACIONES HUMANAS.....	59
TABLA 7: INTERVALOS FÉRTILES PROMEDIO EN DISTINTAS POBLACIONES	61
TABLA 8: LONGITUD PROMEDIO DEL INTERVALO PROTOGENÉSICO EN DISTINTAS POBLACIONES.....	66
TABLA 9: LONGITUD DEL INTERVALO FECUNDO PARA DIVERSAS POBLACIONES HUMANAS. ENTRE PARÉNTESIS EL AÑO DE NACIMIENTO DE LAS MUJERES ANALIZADAS)	70

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE ABRA PAMPA.....	35
FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO.....	46
FIGURA 3: EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA TASA BRUTA DE NATALIDAD Y DE LA TASA DE FECUNDIDAD GENERAL EN EL DEPARTAMENTO COCHINOCA Y EN LA PROVINCIA DE JUJUY (DATOS MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE JUJUY, 2017).....	47
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL TAMAÑO DE LA PROGENIE DE LAS MUJERES DE ABRA PAMPA	49
FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD DE LA MENARCA	50
FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LA UNIÓN MATRIMONIAL O CONSENSUAL	52
FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO	53
FIGURA 8: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO	55
FIGURA 9: DISTRIBUCIÓN DE LA LONGITUD DEL INTERVALO MENARCA-MATRIMONIO EN LAS MUJERES DE ABRA PAMPA..	62
FIGURA 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LONGITUD DEL INTERVALO GINECOLÓGICO EN LAS MUJERES ENCUESTADAS EN ABRA PAMPA (2007-2008).....	68
FIGURA 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DURACIÓN PROMEDIO DEL INTERVALO FECUNDO EN LAS MUJERES ENCUESTADAS EN ABRA PAMPA (2007-2008)	69
FIGURA 12: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DURACIÓN PROMEDIO DEL INTERVALO POSFECUNDO EN LAS MUJERES ENCUESTADAS EN ABRA PAMPA (2007-2008)	72



Ph: María Magdalena Sánchez de Bustamante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los seres humanos, a lo largo de su existencia, han establecido agrupamientos con diverso grado de estabilidad y número de integrantes, con una organización interna más o menos compleja que asegurara al máximo la supervivencia no sólo del individuo sino también del conjunto de la comunidad. Sin embargo, estos grupos humanos no son eternos ni invariables, las poblaciones se forman y se extinguen (Pascual-Sánchez, 2004).

A lo largo de la historia, las poblaciones humanas se han adaptado a los cambios culturales y de su ambiente natural y social (Follér et al., 1996). El proceso de adaptación de las poblaciones a su contexto ecológico se puede analizar desde distintas perspectivas que hacen énfasis en un aspecto particular de la población. Tenemos, por ejemplo, la respuesta de variables demográficas a cambios en el ambiente. En este contexto, la teoría de la transición demográfica representa una de las mayores contribuciones de la demografía, caracterizándose por un pasaje de una situación de crecimiento moderado con alta mortalidad y alta fecundidad a un patrón de crecimiento moderado pero con baja mortalidad y fecundidad (Kirk, 1999). Entre una etapa y la otra es cuando se producen crecimientos acelerados de las poblaciones.

La teoría de la transición demográfica postula que existe una ruptura histórica en las dinámicas demográficas tradicionales, ruptura que todas las poblaciones experimentan de la misma manera si se dan las condiciones adecuadas. El condicionante principal de las dinámicas demográficas tradicionales, fue la escasa supervivencia del ser humano (20% de los recién nacidos moría antes de cumplir el primer año de vida, y prácticamente el 50% no conseguía llegar con vida a la adolescencia). Repentinamente, el progreso económico habría alcanzado un umbral que desencadenó la ruptura de esta dinámica, el “antiguo régimen demográfico”, atravesando distintas fases, siempre en el mismo orden, y terminando en un régimen demográfico estable con características muy diferentes (elevada supervivencia y la escasa natalidad). La secuencia de cambios que describe y predice, es históricamente muy reciente. Los países europeos habrían sido los más adelantados en iniciarla en siglo XVIII, pero progresivamente se ha ido reproduciendo en todos los países del mundo. Los más retrasados habrían iniciado la transición apenas en la segunda mitad del siglo XX.

El antiguo régimen demográfico (el pretransicional) se caracteriza por tasas de mortalidad y de natalidad muy elevadas, con escaso crecimiento poblacional, con aumentos importantes pero esporádicos de mortalidad, por hambres, guerras y epidemias.

Esta situación abarca prácticamente toda la historia de la humanidad hasta muy recientemente y generalmente se identifica con la economía agraria preindustrial.

La transición propiamente dicha, está representada por el inicio de la disminución de la mortalidad (especialmente la infantil y la ocasionada por epidemias y hambrunas), aceleración del crecimiento demográfico y finalmente el comienzo del descenso de la natalidad. Esta etapa puede separarse en dos fases:

– la fase inicial, con la cual la mortalidad disminuye mucho y sin retrocesos, hasta niveles sin precedentes, pero la natalidad todavía se mantiene en los niveles tradicionales, produciéndose un crecimiento demográfico muy acelerado

– la fase final o de culminación, en la que la natalidad responde adaptativamente, bajando también hasta niveles sin precedentes, lo que reduce progresivamente el ritmo de crecimiento poblacional.

Finalmente, el nuevo régimen demográfico, o post-transicional, vuelve a recuperarse el equilibrio, con tasas reducidas de mortalidad y de natalidad, y nuevamente con un escaso crecimiento poblacional.

La teoría de la transición demográfica (TD) se basa en las transformaciones de los países desarrollados a lo largo del siglo XIX y principios del XX y que corresponden, históricamente, a los cambios económicos ligados al desarrollo industrial y a los procesos de modernización social (Pelaez y Argüello, 1982).

Antropología y reproducción

La reproducción humana ha sido objeto clásico de estudio dentro de la antropología aunque su interés ha estado más centrado en sus aspectos sociales y culturales que en los biológicos. En las etnografías de Malinowsky y Montagu, que formaban parte de estudios de la Antropología General, se describen los aspectos socioculturales más relevantes, como las normas, los tabúes y los valores en torno a la menstruación, el embarazo, el parto y el periodo posterior al nacimiento (Browner y Sargent, 1990).

A partir de los años setenta, surgen un conjunto de etnografías (Blázquez, 2005) dirigidas a mostrar cómo la procreación, aun cuando constituya un proceso biológico, no puede ser entendida al margen de las relaciones sociales ni de los sentidos y las

implicaciones que suponen para cada grupo social en cada contexto histórico. Los trabajos de Mead y Newton (1967) de comparación intercultural de distintos sistemas de parto, inician los estudios etnográficos sobre el tema. En la década de los ´70 aparece la denominada Antropología del Parto (Stoller Shaw; 1974; Cosminsky, 1977; Kitzinger, 1978; Annis, 1978) y, a partir de estos estudios se pone de manifiesto que aunque el embarazo y el parto son procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, nunca ocurren como un simple proceso biológico sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en los diferentes grupos sociales (Blázquez, 2005). A partir de los ´80 surgen nuevamente numerosos trabajos etnográficos que se dirigen a la atención obstétrica donde se incluye el estudio del aumento de la medicalización en la atención al embarazo y el parto en las sociedades industrializadas (Romalis, 1981; Arney, 1982; Leavitt; 1986; Michaelson, 1988; Sargent y Stark; 1989 entre otros). Limón y Castellote (1980) analizan la Encuesta del Ateneo de 1901-1902 realizada en España donde se plasman las creencias, supersticiones, incluso los «remedios» con los que los grupos sociales manejaban todo el proceso de la gestación, y en los que se muestran los roles, las normas y las expectativas establecidas para las mujeres y los hombres en esta etapa de la reproducción biológica.

La naturaleza social del proceso reproductivo

Para Pérez Díaz (2019) la población humana es un ente colectivo con continuidad en el tiempo, integrado por personas de las cuales interesan las características y comportamientos que condicionan la duración previa al fallecimiento y la reposición de las personas que fallecen por otras “nuevas”. En este sentido, las poblaciones son “sistemas reproductivos” (Pérez Díaz, 2019).

El término reproducción engloba diferentes dimensiones que, aun cuando guarden relación, son bien dispares y poseen significados bien distintos (Comas, 1998)). En este sentido, es necesario distinguir: la reproducción humana o biológica, la reproducción del trabajo y la reproducción social. La primera, la reproducción biológica o procreación, se refiere al hecho de aumentar el número de individuos de un grupo social; la segunda implica la reproducción del esquema de división sexual en el mundo del trabajo, por cuanto se asignan actividades diferentes a hombres y mujeres, lo que perpetúa la diferencia. Y la tercera, la reproducción social o sistémica, se refiere a la que transmite y da continuidad a un determinado sistema social repitiendo ideas, valores, normas, así

como estableciendo la organización del parentesco, de la economía y de cualquier otro ámbito.

No sólo tiene relevancia el aumentar el número de individuos de una sociedad (reproducción biológica) sino también las condiciones que garantizan que esta reproducción asegure la fuerza de trabajo, es decir, que se dé en situaciones óptimas y se vaya introduciendo dentro de una determinada dinámica social (reproducción social)

Los comportamientos reproductores de las poblaciones humanas, lejos de ser resultados del azar, son la expresión de estrategias reproductoras que se dirigen hacia un aumento de su eficacia en las relaciones que se establecen con el medio (Betzig, 1998; Pennington y Harpending, 1988; Harpending et al., 1990). Crognier (1994) retoma estos conceptos y evaluando su significación adaptativa propone dos niveles de fecundidad. El tamaño absoluto de la descendencia sería un indicador de “adaptación global” al medio, mientras que el tamaño de la progenie en relación al estándar de vida sería un indicador de “adaptación relativa” al contexto cultural y social (Crognier, 1994)

Desde la Economía Van Nort (1956) caracterizó particularmente dos conceptos de fecundidad, uno relacionado con el tamaño absoluto de la progenie y el otro ponderando este tamaño con la preocupación económica por el mantenimiento de un estándar de vida.

La investigación demográfica de la fecundidad ha puesto especial énfasis en establecer las relaciones causales entre los determinantes sociales de la historia reproductiva de las mujeres y sus resultados. Esto se ha hecho en un escenario en el cual se ha supuesto que el progreso económico está relacionado con la disminución en el número de hijos y en el que, además, los procesos macroeconómicos se ven influidos por los procesos demográficos observables a nivel individual, lo que en conjunto produce una determinada tasa de crecimiento poblacional. A partir de las relaciones mutuas entre proceso económico y proceso demográfico identificadas por diversos autores se planteó que el elevado crecimiento de la población constituye un obstáculo al crecimiento económico.

Las interrelaciones entre ambos niveles (lo biológico con lo sociocultural) indican que el cuerpo de la mujer no es solo una entidad consistente en un sustrato biológico, sino que sobre él actúan conceptualizaciones bien definidas, es decir, formas concretas de atenderlo y vivirlo que descansan, a su vez, sobre unas matrices políticas y

socioculturales. Algunos trabajos etnográficos sobre el tema que se focalizan en la fertilidad, el proceso del parto, el embarazo, la lactancia... muestran cómo todos estos procesos corporales femeninos son social y culturalmente regulados (desde los modelos de atención biomédica hasta los rituales y tabúes).

Si bien en este trabajo se analizarán aspectos relacionados con la reproducción biológica, tener en cuenta las distintas dimensiones de la reproducción permite indagar acerca de cuáles son sus dinámicas y la problemática actual que presenta cada una.

La fecundidad como variable de análisis del comportamiento reproductivo humano

La reproducción humana, como se mencionó previamente es un fenómeno complejo, en el que interactúan tanto factores biológicos y procesos socioambientales (en el que se incluyen las dimensiones sociales, económicas y culturales). La fecundidad, definida como el número de hijos nacidos vivos por mujer, evidentemente también depende de esa interacción, y está directamente relacionada con el bienestar fisiológico de las poblaciones y con los niveles de desarrollo de la comunidad, es decir, con las estructuras sociales, económicas y culturales del ambiente en el que viven las mujeres (Ibáñez de Novion et al., 2004).

En los individuos sin patologías existe una gran variabilidad del potencial reproductor con la edad, y en ciertas circunstancias una variabilidad debida a las condiciones de vida. Los hombres sanos, después de la pubertad son capaces de producir esperma con poder fecundante normal durante casi toda su vida (Schwartz et al., 1983). Las mujeres, por el contrario, tienen una vida fértil limitada por dos barreras ineludibles: menarquia y la menopausia, primera y última menstruación respectivamente. Durante su vida reproductora, la capacidad individual para producir un óvulo potencialmente fecundable puede variar en función de distintos aspectos ya que la reproducción es sensible a numerosas perturbaciones exteriores (Fuentes, 2010; Pascual-Sánchez, 2004).

La fecundidad es uno de los componentes de la dinámica demográfica que determina el estado, la estructura y el crecimiento de la población ya que la mayor o menor natalidad de una población es el resultado del comportamiento individual y colectivo que caracteriza la fecundidad de las mujeres de una población (Crognier et al., 1996; Pascual-Sánchez, 2004). Las diferencias en la fecundidad entre poblaciones afectan

su crecimiento y pueden haber jugado un papel significativo en la dinámica demográfica determinando que poblaciones se han extendido y cuales han disminuido su tamaño o se han extinguido.

Los cambios en fecundidad en las sociedades contemporáneas se caracterizan por la disminución de las tasas netas de reproducción, a consecuencia del uso de métodos modernos y eficaces de anticoncepción, que posibilitan llevar a cabo la planificación del tamaño familiar y el espaciamiento entre embarazos. El impacto de este factor sobre la dinámica demográfica debe contemplarse junto con el efecto de la inmigración, sin olvidar el envejecimiento cada vez mayor de la población.

El descenso del nivel de fecundidad ha sido analizado en numerosas ocasiones y se ha explicado de formas distintas, según la perspectiva teórica desde la cual se ha estudiado. En los países en desarrollo el aumento del uso de la anticoncepción ha sido la causa principal y directa de que la fertilidad haya descendido. También se ha asociado con la integración de las mujeres al mundo laboral y con la educación femenina, que es la variable que mejor explica las diferencias de fecundidad a escala individual, entre países y en el tiempo (Ibáñez de Novion *et al.*, 2004).

El papel clave que la fecundidad tiene en la dinámica de las poblaciones se intensifica al comprobar que son los integrantes de las poblaciones quienes la regulan. Aunque ambos miembros de la pareja están implicados en la intensidad y regulación de la fecundidad, su estudio suele referirse al análisis de la fecundidad femenina debido a que los principales sucesos limitantes en la reproducción se relacionan con la vida reproductiva de la mujer (Wood, 1994).

Factores que influyen sobre la reproducción humana

Los factores que influyen los comportamientos de fecundidad en un momento dado, en espacios geográficos diferentes y entre diversos grupos sociales son muy complejos. Generalmente es la combinación de uno o varios factores y las interrelaciones que se establecen entre ellos lo que explica parcialmente un hecho tan complejo como es la acción de tener hijos.

Los factores que influyen la fecundidad y la natalidad pueden ser divididos en las siguientes categorías (Foschiatti, 2010)

Factores biológicos

Estos factores son independientes del espacio y el más importante está representado por la edad. El período de procreación que se extiende desde la adolescencia hasta los 50 años aproximadamente para la mujer (menopausia) y hasta edades aún no exactamente determinadas para el hombre. A partir de aquí ambos sexos se convierten en estériles definitivos.

La definición de los patrones reproductores mayoritarios y el análisis de la fecundidad de las mujeres de una población requieren la consideración de los distintos eventos que caracterizan la vida reproductiva de las mujeres de la población (Fuentes, 2010; Pascual-Sánchez, 2004). Es fundamental conocer la historia completa de las mujeres definida por diversos hechos significativos en su vida reproductiva como la aparición y desaparición de la menstruación, las uniones de pareja y el primer y último alumbramiento. Estos eventos permiten definir una serie de intervalos que simplifican el análisis y comprensión del comportamiento reproductor de los individuos de una población (Pascual-Sánchez, 2004).

La edad de la menarca tiene especial interés en Antropología Biológica tanto a nivel individual como poblacional. En el primer caso representa un marcador accesible de la velocidad de maduración y desarrollo del sistema reproductor femenino. A nivel poblacional el interés reside en que la edad de la menarca está determinada simultáneamente por factores genéticos y ambientales tanto naturales como sociales. Su sensibilidad a estos últimos la convierte en un buen indicador del estado de salud de las poblaciones (Hernández y García-Moro, 1987; Pascual- Sánchez, 2004).

Entre los factores fisiológicos se mencionan el estado nutricional de las mujeres en edad fértil, la frecuencia de las relaciones, la práctica prolongada de la lactancia, use de métodos anticonceptivos.

Factores socio-económicos

Estos factores no son constantes ni en el tiempo ni en el espacio. Entre los principales tenemos (Foschiatti, 2010):

a) Las formas de matrimonio: Se ha comprobado que la forma de unión más prolífica es la monogamia que representa a la casi totalidad de la población mundial, tanto matrimonio como unión libre. Igualmente, en la mayoría de los países la fecundidad

dentro del matrimonio es muy superior a la que se da fuera del matrimonio. No obstante, en algunos países de América Latina y África sucede lo contrario, siendo la fecundidad de los matrimonios menor que la de las uniones libres.

b) La edad al matrimonio: La fecundidad está frecuentemente influida por la edad a la que tiene lugar el matrimonio (o la unión consensual) en la mujer, mientras más temprano se realice el matrimonio mayor será la fecundidad y a matrimonios tardíos corresponderá una menor fecundidad.

c) La duración del matrimonio: Si el matrimonio se interrumpe (viudez, separación o divorcio) antes de terminar el período fecundo de la mujer la fecundidad, obviamente, será más baja.

d) El hábitat: Las áreas rurales poseen niveles más elevados de fecundidad que las áreas urbanas. Por lo general, el campesino es más conservador que el ciudadano, mucho más religioso y que los hijos numerosos constituyen parte de la riqueza, como mano de obra, para las labores agropecuarias.

e) La religión: La religión católica es poblacionista y condena la casi totalidad de los métodos destinados a disminuir los nacimientos. El protestantismo acepta muchos de los métodos de control de natalidad. Es así, como en sociedades donde conviven católicos y protestantes los primeros poseen mayor fecundidad que los segundos. Las restantes religiones aceptan la casi totalidad de los métodos anticonceptivos y algunas en ciertas condiciones, hasta el aborto.

f) La lactancia: En algunas poblaciones las costumbres prohíben las relaciones sexuales en este período.

g) Factores políticos: políticas gubernamentales pro y antinatalistas, control de nacimientos, desarrollo de la planificación familiar, educación sexual obligatoria, aborto.

h) El nivel de ocupación (“clase social”): Existen diferenciales de fecundidad entre obreros, clase media y propietarios, se observa una relación inversa entre renta y fecundidad.

i) Factores económicos: como la incorporación de la mujer al mundo laboral, el tipo de actividad económica desarrollada y el rol económico de los hijos.

Factores demográficos

Estos factores incluyen fundamentalmente al matrimonio o unión consensual y la edad a la que ocurre como principales condicionantes de la fecundidad, en estrecha relación con los factores socioeconómicos previamente mencionados.

El matrimonio, formal o consensual, usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y como tal afecta la fecundidad directamente, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo.

La edad de las uniones es importante ya que mientras más temprana, más tiempo de exposición al riesgo de embarazo y empíricamente se verifica una asociación entre una iniciación más temprana y niveles más altos de embarazo/maternidad adolescente (Manlove et al., 2000). Mientras más tardía sea la edad de contraer matrimonio menor será la fecundidad global (Farooq y Simmons, 1985). El retraso en la edad de contraer matrimonio reduce los años potenciales de fecundidad, por tanto afecta la fecundidad total de la mujer. Por otro lado poblaciones donde la edad media de contraer matrimonio es mayor tienden a estar asociadas a mayor urbanización, mayores niveles de educación, y a mayores niveles de prevalencia anticonceptiva en la unión. Por lo tanto, la fecundidad global será baja porque la fecundidad marital es menor. Además, el retraso en la edad de contraer matrimonio permite a las mujeres adquirir niveles más elevados de educación y por tanto desarrollar mayores intereses por su inserción en el mundo laboral como profesionales. (McDevitt et al, 1996).

La unión (tanto formal, es decir, matrimonio, como informal, o sea, unión libre o convivencia) representa el contexto primario donde se practica la sexualidad, en particular, la que tiene propósitos reproductivos y, por lo mismo, es el ámbito donde suele acaecer la fecundidad en la mayoría de los países en desarrollo (McDevitt, 1996). Una iniciación nupcial tardía afecta directamente la fecundidad porque disminuye el intervalo de tiempo durante el cual la mujer puede tener hijos. De hecho, si toda la sexualidad se diese en el marco de las uniones, la edad de iniciación nupcial definiría el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo.

También se considera la edad de la última maternidad que depende de factores externos al propio calendario biológico de la mujer, de modo que la llegada de la esterilidad a edades avanzadas no se traduce en una última maternidad más tardía. Otros

factores como la unión matrimonial y/o el uso de diversas técnicas de anticoncepción de elevada eficacia (temporales o definitivas) además de la separación conyugal (por ruptura o viudez) determinan en gran medida la edad a la cual las mujeres tendrán su último hijo.

Principales fuentes de información para el estudio de la fecundidad

La principal fuente de información está representada por las estadísticas de nacimientos (nacidos vivos) provenientes de los registros civiles. Para poder realizar un estudio detallado sobre fecundidad, se requieren datos del recién nacido (sexo) y de la madre (edad, lugar de residencia habitual, situación conyugal, nacionalidad, etc.). De ser posible también se considerarán similares características del padre.

En segundo lugar, los censos de población aportan importante información, que permite estimar la fecundidad por medio de métodos indirectos a través de preguntas, sobre el número total de hijos, el de nacidos vivos, etc.

Otra opción la constituyen las encuestas demográficas, como las empleadas en esta tesis, que permiten estudiar en profundidad la reproducción en una población ya que permiten recolectar información de los principales determinantes que influyen en el comportamiento reproductivo: historia de embarazos, edad promedio de unión, prácticas anticonceptivas, acceso a servicios de salud, tradiciones culturales, etc. Mediante este tipo de encuestas, también es posible valorar el impacto de programas y de políticas tendientes a mejorar la salud reproductiva.

Algunas de las encuestas que, en este sentido se han realizado son las correspondientes al Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, que se aplicaron en los años sesenta, por medio del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y buscaban estimar los niveles de fecundidad por región y por grupos, además determinar otros elementos como nupcialidad, práctica anticonceptiva y su efecto sobre la fecundidad. En los años setenta, se aplicaron las encuestas WFS (World Fertility Survey), que corresponden a un programa de encuestas comparativas a nivel mundial que buscaban estimar los niveles de fecundidad y sus principales determinantes, así como efectuar comparaciones en el comportamiento de este determinante entre diferentes países. También se aplicaron Encuestas de Prevalencia Anticonceptiva cuyo principal objetivo consistía en analizar la práctica anticonceptiva. Un programa muy exitoso realizado entre los años ochenta y noventa, fue el de las encuestas DHS

(Demographic and Health Surveys) que, además de dar continuidad a los programas anteriores, incluía aspectos relacionados con la salud materno-infantil.

La fecundidad en las poblaciones humanas

En el amplio rango del nivel de fecundidad observable en las poblaciones humanas, se han descrito desde poblaciones con tasas de fecundidad inferiores a las necesarias para el reemplazo generacional, hasta poblaciones donde las mujeres tienen, en promedio, 9 ó 10 hijos (Fuentes, 2010). Sin embargo, la variación individual es tan importante como la variación interpoblacional. Hay casos de mujeres extremadamente fecundas pero también la esterilidad de las parejas o mujeres no es un hecho infrecuente.

Una de las cuestiones fundamentales en el análisis de la fecundidad es determinar si se trata de una población con fecundidad natural o si se ejerce algún tipo de control de la natalidad (Fuentes, 2010). La fecundidad natural se caracteriza porque no existe ningún mecanismo de control de la fertilidad dependiente de la paridad o del tamaño familiar alcanzado en cada momento de la etapa reproductora (Henry, 1961). En ausencia de control consciente y voluntario, la fecundidad estaría determinada, básicamente por factores de naturaleza estrictamente biológica como la edad de menarquia y menopausia, esterilidad, amenorrea postparto entre otros (Henry, 1961).

La regulación de la fecundidad se da como un intento de adaptación biológica y cultural del comportamiento reproductor de una comunidad a las condiciones ambientales, socioeconómicas y culturales que definen el medio en el que viven (Crognier et al., 1996; Fuentes, 2010; Pascual-Sánchez, 2004). Es así que esta regulación puede estar relacionada con el deseo de asegurar las condiciones ideales para el cuidado de la descendencia o la mejora de su supervivencia, con el freno al crecimiento de la población o como un ajuste del tamaño poblacional a los recursos disponibles, con la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias o como consecuencia de los cambios culturales o socioeconómicos en la población (Binstock y Cabella, 2011). La regulación de la fecundidad es posible en distintos niveles y en diferentes momentos de la vida reproductiva de las mujeres.

Un mecanismo de tipo cultural relacionado con la regulación de la fecundidad es el patrón de nupcialidad la población ya que la incorporación al matrimonio señala, en la mayoría de las poblaciones humanas, la entrada efectiva a la vida reproductiva femenina.

La edad nupcial es una pieza clave para comprender la transformación demográfica de las poblaciones (Binstock y Cabella, 2011; Quilodrán Salgado, 2011; Varea, 1990) y constituye uno de los determinantes principales del número de hijos que una mujer tendrá (Bongaarts y Potter, 1983). Otras características como la diferencia de edad entre los miembros de la pareja, el grado de disrupción marital (separación, divorcio o viudez) también inciden en la duración e intensidad del período reproductor femenino afectando los niveles de fecundidad de una población (Coale, 1977, Fuentes, 2010; Robinson, 1987).

Otro modo de regular la fecundidad femenina en una población está relacionado con la modificación de los patrones de lactancia materna, reduciendo o aumentando la duración e intensidad de la misma ya que se ha constatado que una reducción de la lactancia (sin aumento en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos) tiene como consecuencia un aumento en la fecundidad de las mujeres de la población. (Van Landingham et al., 1991). Amamantar de manera natural retrasa el regreso de la ovulación de la madre y, así, el riesgo de destete prematuro o de competencia entre hermanos por la nutrición y atención maternal que pudiera surgir de un nuevo embarazo temprano (Van Landingham et al., 1991).

El uso de métodos anticonceptivos también incide en la regulación de la fecundidad femenina de una población. La prevalencia del uso de anticonceptivos explica entre el 85 y 87% de la variación de la fecundidad de las poblaciones humanas (Freedman y Blanc, 1992). También los cambios culturales como la desaparición de tabús sexuales (prohibición de relaciones sexuales durante épocas determinadas o una temporada definida posterior al parto) pueden hacer variar los niveles de fecundidad.

En diferentes países asiáticos, los cambios en los patrones nupciales y en las prácticas de lactancia materna son los principales factores que estarían influyendo en la variación de los niveles de fecundidad. El papel de los cambios en los patrones de lactancia materna es preponderante en África donde se observan pequeños efectos de las variaciones en patrones nupciales o uso de métodos anticonceptivos. En América Latina el efecto de la anticoncepción es especialmente importante (Freedman y Blanc, 1992) y los recientes cambios en los patrones de nupcialidad y edad de entrada a las uniones (Binstock y Cabella, 2011, Quilodrán Salgado, 2011)

Entre los factores asociados con la variación de la fecundidad, el nivel educativo de las mujeres representa un importante determinante (Lopez-Ruiz et al., 2011). La

relación entre educación y fecundidad ha sido ampliamente reconocida y constatada mediante diversos estudios demográficos los cuales han mostrado la existencia de una relación inversa entre estas dos variables (CEPAL, 2008). En la mayoría de los países latinoamericanos, la fecundidad ha descendido significativamente en las últimas décadas, entre otras causas, por el aumento en los niveles educativos de las mujeres; además, se ha observado que este descenso presenta diferencias por áreas geográficas de residencia (Medina Hernández, 2012). Aunque inicialmente tuvo lugar entre las mujeres urbanas, más educadas y de mayores ingresos, en la actualidad también puede verse entre las mujeres rurales, de bajos ingresos y pocos años de estudio (Chackiel y Schkolnik 2003).

Para analizar la variación de la fecundidad es necesario considerar cada factor susceptible de afectar la fecundidad de una mujer como variables ambientales (disponibilidad de recursos), variables socioeconómicas (filiación religiosa o educación recibida), variables fisiológicas (estado nutricional, frecuencia de ovulación) entre otros. (Crognier et al., 1996) Aquellas variables relacionadas directamente con la fecundidad (edad nupcial, anticoncepción, abortos) se denominan determinantes próximos mientras que las variables ambientales, culturales y socioeconómicas constituyen los determinantes distantes de la fecundidad (Pascual-Sánchez, 2004).

Determinantes de la fecundidad

Aunque la reproducción humana tiene una base eminentemente biológica, desde el punto de vista demográfico, el interés de su investigación no se fundamenta en elementos biológicos, sino en su resultado final que son los nacimientos. Sin embargo, para estudiar la fecundidad, no se puede obviar el componente biológico y sus determinantes sociales, históricos y culturales que afectan todo el proceso reproductivo.

Los determinantes de la fecundidad son variables que intentan explicar los mecanismos responsables de variaciones en la fecundidad de una población. Estas variables afectan o intervienen en las tres etapas requeridas naturalmente para que ocurra la fecundidad: las relaciones íntimas entre varón y mujer (unión sexual), la concepción y el nacimiento vivo.

Se denominan determinantes *próximos* aquellos factores biológicos y comportamentales a través de los cuales las variables ambientales (incluidas las económicas, culturales y sociales) afectan la fecundidad (Wood, 1994). Los

determinantes próximos de la fecundidad explican de manera directa el nivel de la fecundidad y los diferenciales que se observan entre distintos grupos poblacionales. Es a través de factores biológicos (como la infertilidad post-parto) y de conducta (como el uso de anticonceptivos) que las variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad. Su característica principal es que actúan directamente. Un cambio en ellas implica también un cambio en la fecundidad. Por ejemplo, si la prevalencia anticonceptiva aumenta, el promedio de hijos disminuye, lo cual no es el caso de los determinantes indirectos (como el nivel de ingresos o el de educación) cuya influencia en el nivel de la fecundidad está mediatizada, por las variables intermedias.

Bongaarts (1978), demostró que la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe, mayormente, a la variación en por lo menos una de estas cuatro variables: nupcialidad, uso de anticonceptivos, infecundidad post parto y aborto inducido.

Nupcialidad

Los factores relacionados con la nupcialidad que afectan la fecundidad son el porcentaje de mujeres que se une y su contraparte, el porcentaje de mujeres que permanece soltera; la edad a la primera unión y la estabilidad de las uniones. En general, se dispone de mayor información sobre los dos primeros, pero es limitada sobre el tercero.

En la mayor parte de los países del mundo, especialmente en los menos desarrollados la familia es, por lo general, la unidad en la cual tiene lugar la reproducción. El matrimonio, formal o consensual, usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y como tal afecta la fecundidad directamente, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo. El modelo latinoamericano contrasta con los nuevos patrones de formación de uniones y de conformación de familias que surgió en los países desarrollados a partir de la década de 1960 y que se consideran propios de una segunda transición demográfica relacionado con la postergación cada vez mayor de las uniones, la mayor presencia de cohabitación, la procreación extramarital, así como el incremento de la disolución de uniones y las familias reconstruidas (García y Rojas, 2002).

Como se mencionó previamente, la edad de inicio de la unión es el factor más importante de la variable nupcialidad porque tiene mucho que ver con el período de exposición al embarazo. En Latinoamérica, aunque hay un leve incremento de la edad en que la mujer inicia su vida conyugal, éste es un proceso muy lento y se presenta de manera

diferencial no sólo por países sino también por áreas y grupos sociales al interior de ellos. Tradicionalmente la edad al primer matrimonio se considera el hito que marca el inicio de la actividad sexual de la mujer y, consecuentemente, la exposición al riesgo de embarazo; sin embargo, un porcentaje importante de mujeres llega a ser sexualmente activa antes del matrimonio.

La duración de la unión es un factor importante que influye en el nivel de la fecundidad por su vinculación directa con el cese de la exposición al riesgo de embarazo. La información sobre este aspecto en la mayor parte de los países latinoamericanos es escasa y no muy confiable tanto por la calidad de los registros en sí mismos como también porque la separación (forma más común de disolución de las uniones) no se reporta como parte de los registros de hechos vitales. Por otro lado, hasta 1985 siete países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Paraguay) no tenían una ley de divorcio (García y Rojas, 2002).

En resumen, la información sobre los tres factores relacionados con la nupcialidad (la unión, la edad de inicio de la unión y la estabilidad de las uniones) revelan que, en América Latina, ha habido una discreta disminución del porcentaje de mujeres que se une en matrimonio o unión consensual, que la edad a la cual comienza la vida conyugal se ha mantenido prácticamente estable en los últimos cuarenta años y que hay una tendencia al aumento de la disolución matrimonial. Resulta necesario profundizar el análisis de este último por tratarse de un factor de impacto importante en la fecundidad al influir directamente en la duración de la unión y, por ende, en las posibilidades de procrear.

Uso de anticonceptivos

La literatura sobre la transición de altos a bajos niveles de fecundidad abunda en evidencias de que se debe predominantemente al incremento en el uso de anticonceptivos. Farooq y Simmons (1985) afirman que “la contracepción es un tema central al control de la fecundidad: hay una fuerte correlación entre la prevalencia de anticonceptivos y el nivel de fecundidad”. El uso de anticoncepción está en función de dos factores principales: el interés y motivación (retrasar, espaciar o limitar embarazos); y el acceso a los anticonceptivos.

Farooq y Simmons (1985) explican que “en conjunto parece estar demostrado a nivel de países en desarrollo que el uso de anticonceptivos es un determinante de menor peso en la fecundidad que la edad de la primera unión”. Los países latinoamericanos de

mayor prevalencia de uso de métodos son los de más baja fecundidad (Cuba por ejemplo, aunque aquí el aborto es practicado legalmente lo que da la posibilidad a la mujer de utilizarlo como método de planificación familiar), o son aquellos en los que el promedio de hijos por mujer se ha reducido más aceleradamente (Brasil y México) en las últimas décadas. Sin embargo, hay diferencias sustanciales en las características del uso de métodos entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Por un lado, en estos últimos, el porcentaje de uso es poco homogéneo, y además es alta y creciente la proporción de esterilizaciones. En efecto, en latinoamérica es elevada la proporción de usuarias del método definitivo (y se insinúa un aumento de la esterilización masculina) revelando que lo que desean es cesar la procreación y no espaciar el nacimiento de los hijos.

El uso de métodos tradicionales se debe tener en cuenta en estudios de fecundidad, para Farooq y Simmons (1985) “mientras hay ventajas en los métodos modernos (y algunas desventajas), los medios tradicionales también pueden ser efectivos en la reducción de la fecundidad”. Entre las mujeres no unidas que utilizan anticonceptivos el uso es principalmente de métodos anticonceptivos modernos (McDevitt et al., 1996). En cambio, en las aquellas unidas el uso de anticonceptivos es un determinante de la fecundidad menos importante que la edad de entrada en unión, pues la prevalencia de uso de anticonceptivos entre ellas es baja, tanto para métodos modernos como tradicionales.

El uso de anticonceptivos se ha incrementado debido a la existencia de programas nacionales de planificación familiar, que han generalizado el acceso a métodos anticonceptivos modernos permitiendo que se logre el tamaño deseado de familia, a cambios en las aspiraciones sobre el tamaño de familia y al continuo desarrollo de nuevas formas anticonceptivas.

Infecundidad post parto

Después del parto y antes del retorno de la menstruación el riesgo de concebir es prácticamente inexistente y depende, en gran parte, de la duración e intensidad de la lactancia que, como se sabe, produce la supresión biológica de la menstruación y, en consecuencia, la postergación del regreso de la fertilidad.

En países con alta fecundidad, la duración de la lactancia es alta pero hay evidencias que más allá de cierto período, sus efectos inhibidores disminuyen e inclusive desaparecen. Así, se ha demostrado que la lactancia exclusiva (que el bebé se alimenta

sólo de leche materna) protege a la mujer por el tiempo que dure, por lo general, seis meses. Sin embargo, se ha observado que en distintas sociedades el intervalo intergenésico en mujeres urbanas y rurales nacidas antes de 1930 que no practicaron anticoncepción pero que sí amamantaron a sus hijos, es de poco más de 24 meses. Esto sugeriría una infecundidad debido a la lactancia de 15 meses en promedio.

Según Farooq y Simmons (1985), el principal efecto de la lactancia materna sobre la fecundidad consiste extender considerablemente los intervalos entre nacimientos.

El aborto inducido

Es indudable que el aborto puede tener un efecto potencial fuerte en la fecundidad global, especialmente donde es culturalmente aceptado. En donde no es aceptado y además es ilegal, se presentan serias dificultades en su valoración estadística e investigación (Farooq y Simmons, 1985).

En América Latina, salvo en Cuba, Uruguay, Guyana, Guayana Francesa y Puerto Rico, el aborto es penado por ley, salvo que se trate del único medio para salvar la vida de la mujer, con algunas excepciones en ciertos países. Su práctica es clandestina por lo que no se registra ni su número ni sus características. Los pocos datos disponibles son estimaciones indirectas que se aproximan al problema, pero no lo miden exactamente. Hay consenso que a pesar de ser ilegal es frecuente en todos los países.

Según Bongaarts (1978), cada una de estos determinantes próximos puede tener una influencia negativa o positiva sobre la fecundidad. Así, en una población en la que el uso de métodos anticonceptivos se practica con éxito, la variable intermedia anticoncepción tendrá un valor negativo en la natalidad. Si no se usa o se usa poco, tiene un valor positivo. La totalidad de las variables intermedias están presentes en todas las sociedades y pueden actuar ya sea para aumentar o para reducir la fecundidad. Si no se practica el aborto, el valor de esta variable en la fecundidad es positivo, porque esta misma ausencia es una forma de influencia. Distintas poblaciones pueden tener valores de una variable iguales o parecidos y tener distintos niveles de fecundidad, pero es improbable que dos sociedades presenten valores similares en todas las variables.

Existen también determinantes contextuales (tales como la mortalidad infantil, la urbanización y el nivel educativo) que ejercen su efecto sobre la fecundidad a través de los determinantes próximos (Bay et al., 2003). En América Latina, los principales

cambios ambientales estuvieron definidos por una modernización en el estilo de vida fundamentalmente desde la década de 1970. Este proceso de modernización determinó una revolución demográfica dada principalmente por un descenso de la fecundidad (CELADE, 2004). Existe acuerdo en que los determinantes que mayor efecto tuvieron fueron el descenso de la mortalidad, el uso de métodos modernos de anticoncepción y mejoras del nivel educativo (particularmente el materno) y socioeconómico de la población (Chackiel y Scholnik, 2003; Rodríguez Vignoli, 2004; Chackiel, 2004; di Cesare, 2007). Es interesante mencionar que en Latinoamérica el uso de métodos anticonceptivos se da principalmente en mujeres mayores de 30 años de edad, revelando un deseo de detener la reproducción, pero no espaciar los nacimientos (Bay et al., 2003; Rodríguez Vignoli, 2004; Ferrando, 2004; di Cesare, 2007). Sin embargo, la tendencia temporal de la fecundidad correspondiente a edades menores a los 20 años en Latinoamérica muestra un patrón diferente. La fecundidad adolescente ha ido en aumento con el tiempo debido a una disminución de la edad materna al primer hijo (Rodríguez Vignoli, 2004; Ferrando, 2004; di Cesare, 2007). Esta situación produjo una desvinculación entre el inicio de la vida reproductiva y la intensidad final.

Entre los determinantes contextuales se reconocen dos grandes categorías: los socioeconómicos individuales y los institucionales.

Determinantes socioeconómicos individuales

Farooq y Simmons (1985) proponen una serie de variables que corresponden a las características de las familias y su entorno inmediato y por tanto intervienen en la fecundidad a través de los determinantes próximos. En la investigación económica estas variables son principalmente: educación, ocupación femenina, lugar de residencia, acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos, y factores psicológicos y afectivos del comportamiento.

Educación y ocupación femenina

Existe una relación negativa y fuerte entre la educación y la fecundidad. La educación está asociada con pautas de comportamiento más moderno, amplía el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y el uso de los métodos más eficientes, posterga la edad de ingreso al matrimonio y, cuando se trata de estudios superiores, a menudo obliga a postergar largo tiempo los nacimientos (Singh et al., 1985; Ordóñez y

Jaramillo, 1998). La educación subyace a los diferenciales por zona de residencia y por status socioeconómico, además de ser un indicador fuerte de los niveles de ingreso. También hay una relación directa entre mayor educación y matrimonios más tardíos y con menor fecundidad marital (McDevitt et al, 1996). Según McDevitt et al (1996), hay tres vías por las cuales la educación incide en la fecundidad: la educación aminora la demanda de hijos, tiene efectos mezclados respecto a la oferta de hijos, y afecta el costo de la anticoncepción cuando es principalmente femenina.

Flórez y Méndez (2000) dicen que “la educación de la mujer es la variable individual con mayor efecto sobre la fecundidad, no sólo por las mejores oportunidades de empleo que abre la educación sino porque las mujeres educadas tienen ideas más amplias sobre la familia y la maternidad”.

La relación entre fecundidad y ocupación de la mujer no es tan clara en la teoría como la establecida con el nivel de educación (Farooq y Simmons, 1985). En las Encuestas Mundiales de Fecundidad (WFS) parece confirmarse una relación negativa, entre participación laboral de la mujer y fecundidad, sin embargo otros estudios más contradicen estas afirmaciones. Por otro lado, en áreas rurales se ha encontrado una mayor fecundidad en mujeres trabajadoras que en mujeres urbanas no ocupadas fuera del hogar (Farooq y Simmons, 1985). Esto se debería a que en los países en desarrollo no se encuentran claras relaciones inversas entre el trabajo de la mujer y la fecundidad, como sucede en los países desarrollados. Farooq y Simmons (1985) afirman que con frecuencia no se cumplen las condiciones para que haya una real incompatibilidad entre el rol de trabajadora y de madre, debido a factores que permiten desempeñar las dos funciones con cierto desahogo (hijos mayores de familias numerosas suelen cuidar de los hermanos más pequeños, el horario y tareas asignadas son más laxas que en sociedades desarrolladas). Por lo tanto, la relación entre fecundidad y empleo o educación de la mujer depende de circunstancias locales.

Sin embargo, según afirman Farooq y Simmons (1985), se pueden hacer algunas generalizaciones: el trabajo femenino en áreas rurales parece tener asociación con mayor fecundidad; una fuerte relación inversa entre trabajo y fecundidad en las mujeres en altos cargos profesionales, o en mujeres con trabajo en el sector terciario (servicios). Flórez (1994) sostiene que existe una fuerte relación negativa entre la actividad económica de la mujer y la fecundidad. Las tareas relacionadas con el sector moderno (profesionales y

técnicas) disminuyen la fecundidad mientras que las tareas agropecuarias están asociadas con altas tasas de fecundidad.

Por otro lado, McDevitt et al. (1996) exponen la relación negativa entre el embarazo adolescente y la ocupación futura de la mujer: La maternidad adolescente y las condiciones asociadas a ella (rol de madre) son factores fundamentales determinantes de la calidad de vida y del rol de la mujer en la sociedad pues un embarazo temprano puede suponer la interrupción o terminación del periodo educativo y por tanto reducir las opciones de empleo futuras; así como puede constituir una barrera a una carrera profesional y a las oportunidades económicas y status consiguientes. Según McDevitt et al., (1996) hay una relación directa negativa entre las expectativas de trabajar en el futuro y la fecundidad adolescente.

Lugar de residencia

El entorno general ejerce su influencia a través de otras variables sobre toda comunidad y por tanto sobre la familia y sus decisiones de fecundidad. Esta influencia es, por un lado, de las características inherentes a la sociedad (cultura, valores y normas de la comunidad, sistema político, circunstancias económicas, etc.) y por otro de las políticas públicas relacionadas con la fecundidad. Es así como el comportamiento respecto a la fecundidad varía entre residentes de la zona rural o la urbana (Farooq y Simmons, 1985). También se aprecia una diferencia de fecundidad en zonas urbanas y rurales debido a la influencia que tiene el efecto modernización sobre la fecundidad, que normalmente tiene una mayor influencia en las zonas urbanas. Según Singh et al. (2000) el lugar de residencia no es un factor significativo determinante de la edad de la primera relación íntima en adolescentes no unidos, tanto para mujeres como hombres. Por lo general, las adolescentes rurales tienen tasas de fecundidad superiores a las adolescentes urbanas (Ordóñez y Jaramillo, 1998; DHS 1995 y 2000).

Conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos

Hay una relación positiva entre el acceso a los métodos de anticoncepción y su uso (Flórez, 1994; McDevitt et al, 1996). Según McDevitt et al (1994) el acceso a métodos anticonceptivos está condicionado por el conocimiento de distintos métodos, proximidad al lugar donde se consiguen y posibles limitantes o barreras. Entre las limitantes principales a considerar están el costo, las barreras sociales y la calidad del servicio. La

relación entre proximidad a la fuente de distribución y utilización es positiva pero débil. El uso de métodos modernos es inverso al costo (principalmente para la píldora en el caso de adolescentes), sin embargo es necesario considerar otros factores en la relación. Varios autores afirman que el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos y de su adecuado uso por adolescentes es deficiente (Flórez y Núñez, 2000; Jaramillo, 1993; Wartenberg, 1999).

Además de los factores ya mencionados hay toda una serie de factores socioeconómicos y culturales individuales que afectan la fecundidad en diferente grado que hasta ahora se han estudiado, principalmente en países desarrollados. Saulog et al. (1997) han encontrado que “la pobreza, grupo étnico, religiosidad, edad de la pubertad, interacción con pares, el desempeño escolar, el comportamiento asociado a toma de riesgos y la composición familiar han sido todos identificados como determinantes de la fecundidad adolescente en los EEUU”.

Determinantes socioeconómicos contextuales

Flórez (1994) supone que la estructura social, expresada a través de variables contextuales e institucionales, precede y condiciona las decisiones individuales de fecundidad. Según la teoría de la transición de la fecundidad e información disponible, Flórez (1984) selecciona los siguientes: el status de la mujer, el rol económico de los niños, la mortalidad infantil, el grado de urbanización y las características de cada región, la distribución del ingreso regional y los programas políticos y gubernamentales sobre planificación familiar.

A continuación se analizan los determinantes de la fecundidad correspondientes al entorno socioeconómico e institucional.

Status de la mujer

El status corresponde al tratamiento desigual de la persona o grupos de personas en sociedad, ya sea por edad, sexo, según las funciones o trabajos que el individuo desempeña, etc. (Gómez Pérez, 2001). El status de la mujer es un concepto complejo y por tanto constituye un determinante de difícil medición. Frecuentemente viene asociado al nivel educativo y a la participación laboral. Farooq y Simmons (1985) afirman que no hay claridad en cuanto a la influencia de esta variable, en la dirección y magnitud,

respecto a la fecundidad, si se analiza el status como nivel educativo y la participación laboral. Según Flórez (1994). “A medida que una proporción importante de mujeres de la comunidad participa en actividades del sector moderno, se debilitan los roles tradicionales, entre los cuales está la alta fecundidad”. En algunas sociedades el status de la mujer se consigue precisamente a través de su maternidad (Singh, 1998).

Rol económico de los niños

Farooq y Simmons (1985) afirman que hay dificultades y desacuerdo sobre cómo medir el rol económico de los niños y exponen tres puntos principales: el costo de oportunidad de la participación de la madre en la crianza del hijo, los costos directos (comida, techo, educación, etc.) y la tercera, cómo el hijo es un activo económico para la unidad familiar. La relación entre el rol de los niños y la fecundidad total parte de la base del diferente valor económico de los hijos según su contribución económica al hogar en una sociedad agraria o urbana. En la sociedad agraria los niños pueden representar valor económico (trabajo) mientras en la urbana son improductivos hasta incorporarse al mercado laboral. De este modo, en la sociedad agraria se favorece la fecundidad alta mientras en la urbana no necesariamente.

Mortalidad infantil

La mortalidad afecta la fecundidad a través de tres mecanismos principales según Farooq y Simmons (1985): estructura de edad e índice de sexos en una población (incluye el tiempo de vida que permanece una pareja en unión y por tanto la fecundidad total de la pareja), mortalidad infantil y nivel general de la mortalidad en la sociedad. De estos factores, existen más antecedentes sobre la relación de la mortalidad infantil y la fecundidad, a través del concepto de “tamaño deseado de familia” y de “hijos sobrevivientes” (Farooq y Simmons, 1985). Davis (1963) y Flórez (1994), proponen una relación directa entre el número esperado de hijos y la mortalidad infantil, a mayor mortalidad infantil se tenderá a incrementar la fecundidad para asegurar la supervivencia del número esperado de hijos.

Grado de urbanización y región de residencia

El grado de urbanización es de interés en los estudios de fecundidad debido a la clara relación entre la zona de residencia y la fecundidad a nivel mundial. Por lo general

se asocia la urbanización como un entorno favorable a menores niveles de fecundidad (Singh, 1998). Algunos indicadores de aproximación al grado de urbanización son la proporción de la población que reside en lugares de alta densidad relativa (Flórez, 1990), la disponibilidad de ciertos servicios públicos; electrodomésticos por habitante; calidad de la vivienda según los materiales de construcción y el área construida; tipo de bienes y servicios disponibles en ese lugar, etc. (Casas Torres, 1982).

Al considerar la región se analiza la variable espacial de residencia de las mujeres ya que hay variaciones en los efectos de determinantes de la fecundidad como la nupcialidad; la edad a la primera unión y la proporción de uniones consensuales entre las mujeres (Flórez y Méndez, 2000). Un aspecto característico de la región es su identidad cultural y la cultura juega un papel importante en los niveles de fecundidad, especialmente en la difusión de ideas para el control de la fecundidad, como lo ha identificado Flórez (1994).

Distribución del ingreso y programas y políticas gubernamentales

El ingreso forma parte de los determinantes de la fecundidad, ya sea como característica de la unidad familiar como del entorno general (Farooq y Simmons, 1985). La mayoría de estudios de redistribución del ingreso indican la existencia de una relación modesta entre fecundidad y equidad, por tanto se refuerza la idea de que la mejor distribución del ingreso reduce la fecundidad. Sin embargo, la variable ingreso puede utilizarse para predecir la fecundidad sólo después de que se ha hecho un cuidadoso estudio de la naturaleza de su relación con la fecundidad en una región o país concreto.” (Farooq y Simmons, 1985). Farooq y Simmons (1985) consideran la importancia de las políticas gubernamentales relacionadas con la fecundidad en cuanto que pueden promover o desalentar los por tanto entraría como parte del entorno en el esquema de los determinantes de la fecundidad y no como parte de la unidad familiar.

Hace poco tiempo se propuso una nueva categoría de determinantes, los “no convencionales” (como la globalización, las cuestiones de género, el empoderamiento de la mujer, entre otros) como factores influyentes en el descenso de la fecundidad y por el momento su comprensión es un desafío para los investigadores.

Los elementos clave de los cambios demográficos han sido analizados en numerosas ocasiones y la explicación es distinta según el ámbito geográfico de análisis y el autor del estudio. Se ha asociado, entre otros motivos, con el colapso del antiguo

sistema rural (Caldwell et al. 1992), con la inadecuación entre las instituciones y el comportamiento de las parejas respecto a la desigualdad de género (McDonald, 2002), con la integración de las mujeres en el mundo laboral (Agadjanian, 2000) y, con la educación femenina, que para Yousif et al (1996), es la variable que mejor explica las diferencias de fecundidad a escala individual, entre países y en el tiempo

Los antecedentes bibliográficos sobre el análisis de la fecundidad femenina y las historias reproductivas son abundantes en numerosas poblaciones (Pascual-Sánchez, 2004). Sin embargo, la información disponible para poblaciones argentinas es menos numerosa y casi inexistente para poblaciones de altura.

Tomamos como hipótesis de investigación que la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa, en tanto población representativa de la puna de Jujuy, resulta particular a esta región, diferenciándose por lo tanto de otros ámbitos provinciales. Por esta razón, resulta importante alcanzar una mayor comprensión acerca de los diferentes hitos y fases que conforman la historia reproductiva de estas mujeres.

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo general de esta tesis es describir los distintos sucesos que caracterizan la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa y relacionarlos al contexto socioeconómico, cultural y geográfico de este ambiente de altura.

Objetivos específicos

- Caracterizar la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa (Departamento Cochinoca, Provincia de Jujuy) mediante una encuesta personal y directa;
- Identificar los sucesos biológicos y socioculturales que definen su vida reproductiva y los intervalos biológicos y biodemográficos que se pueden distinguir a lo largo de su período reproductivo;
- Cuantificar la fecundidad de las mujeres de Abra Pampa y conocer su patrón reproductor;
- Identificar los principales determinantes de la fecundidad en las mujeres encuestadas;
- Relacionar la información obtenida con los antecedentes demográficos, históricos, económicos y socioculturales de la región.



Ph: María Magdalena Sánchez de Bustamante

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Marco geográfico

La Provincia de Jujuy es la provincia más noroccidental de la Argentina; está ubicada en los Andes Centro Sur, que se extienden desde el sur del Perú y abarcan también el norte de Chile y la zona serrana boliviana. Esta región presenta características distintivas que la diferencian de los Andes Centrales. Como rasgo peculiar exhibe el vasto espacio altiplánico limitado al este y al oeste por dos elevadas cordilleras. A diferencia de los Andes Centrales, en los Andes Centro Sur, el altiplano impone la amplitud de su espacio y las distancias entre costa y selva se hacen sensiblemente mayores (Ruiz, 2003).

La inmensidad del altiplano surandino ha generado modelos de asentamientos ajenos a la urbanización y sistemas particulares de articulación en el tránsito de hombres y productos entre las diferentes zonas ecológicas: costa, puna, valles templados y selva. La exigencia de comunicación y conexión entre zonas ecológicas diferentes para lograr la complementariedad económica hizo que desde muy antiguo existieran caminos, que podían ser vías de acceso naturales como por ejemplo quebradas y abras (Ruiz, 2003.)

La provincia de Jujuy La provincia de Jujuy se ubica en la parte noroccidental de la República Argentina. Limita al norte con Bolivia, al oeste con Chile, al este y al sur con la provincia de Salta. Ocupa una superficie es de 53.220 Km², recostada casi totalmente sobre las estribaciones andinas por lo que participa de los más diversos relieves ya que sus alturas van descendiendo progresivamente hacia el Este. La orografía conjuntamente con las diferencias altitudinales determinan regiones diferentes que condicionan las áreas productivas y la concentración de población (Paleari, 1986).

La región de la Puna o altiplano corresponde a una gran zona de la provincia ubicada por encima de los 3000 m.s.n.m. que comprende a los departamentos de Cochinoca, Yavi, Santa Catalina, Rinconada y Susques. En su composición étnica es predominante la contribución de los nativos de la región que en el período prehispánico pertenecieron a un conjunto de etnias adscriptas al área cultural Noroeste, sub-área del área Andina Meridional (Hernández, 1992). En los años siguientes a la conquista la población original recibió un importante aporte europeo español y en muy baja proporción un aporte africano (Alfaro y Dipierri, 1996).

Demográficamente, las regiones de altura de la provincia de Jujuy presentan tasas de natalidad elevadas asociadas con tasas de mortalidad decrecientes, características que podrían relacionarse con las condiciones socioeconómicas y culturales de estas

poblaciones como altos porcentajes de población joven, elevado analfabetismo y escasa proporción de población con cobertura de obras sociales en esta región (Eichenberger et al., 2009).

Selección del lugar

Para seleccionar el lugar donde se llevó a cabo el trabajo de campo se tuvo en cuenta la baja densidad poblacional de la región (1.3 hab/km²) por lo que se optó por un centro urbano donde resultara más accesible el contacto con el mayor número de mujeres posibles.

Abra Pampa es una localidad urbana ubicada en el centro de la Puna de la Provincia de Jujuy. Esta zona es parte de la extensa planicie de altura (3800 m.sn.m) denominada Altiplano andino, que se extiende desde la parte sur del Perú, hasta el Norte de Argentina, abarcando parte del norte de Chile y el Occidente de Bolivia.

Abra Pampa alberga una trama de relaciones que vinculan el amplio espacio de la Puna tanto rural como urbano, en el cual las mujeres tienen una gran circulación. Esta dinámica posee una profundidad histórica y de permanencia que constituye una particular oportunidad para llevar a cabo la presente investigación.

Desde tiempos prehispánicos la Puna estuvo habitada por sociedades agropastoriles, durante la colonia fue parte del Altiplano Surandino que se conformó en torno al centro minero de Potosí. Con la creación del Estado argentino, este espacio sufre una importante transformación que implica entre muchas otras medidas la constitución de la frontera, la fundación de nuevos centros administrativos y la conformación de una nueva estructura económica agroexportadora articulada con el puerto de Buenos Aires, que dejó atrás el orden colonial (Ruiz, 2003).

En este escenario se fundó Abra Pampa sobre una extensa altiplanicie ubicada entre las Sierras de Cochinoca y las últimas estribaciones de la Sierra El Aguilar. El 14 de agosto de 1883, la Legislatura provincial decretó *“la necesidad de la fundación de un pueblo en el punto denominado Abra Pampa como capital del Departamento de Cochinoca”*. El día 31 de agosto de 1883, el Gobernador Eugenio Tello viajó a Abra Pampa y firmó el Decreto gubernamental que formalizó la fundación del nuevo pueblo, y donde se destinaban terrenos para la construcción de un centro administrativo. En el artículo 308 del mencionado Decreto se lo denominó como *“Siberia Argentina”*. Según

manifiesta Don Leopoldo Abán: “esta denominación no pudo adentrarse en la raíz afectiva de sus pobladores, por lo que prosiguió llamándose por su anterior nombre, o sea Abra Pampa” (Abán, 1983).

En la primera década del Siglo XX, con la construcción del tendido ferroviario que pasa por el lugar y la instalación de una estación de trenes se une la Puna con el puerto y transforma los circuitos mercantiles coloniales. En 1915, la localidad se convierte en la cabecera del departamento Cochino y comienza a constituirse como un centro urbano que concentra la actividad comercial y de intercambio, tanto para los comerciantes y mineros, como para las poblaciones rurales del altiplano jujeño. La sanción de la Ley provincial N° 3035/1973 que declara a Abra Pampa como Capital de la Puna fortalece desde lo gubernamental esta realidad que continúa hasta la actualidad. (Abán, 1983). La articulación de toda la región en torno a este centro, fue conformando un entramado de relaciones familiares y comunitarias que vincula intensamente el espacio rural y urbano de toda la región.

Durante la década de los 90 se registró una importante crisis minera en las tierras altas de Jujuy, que expulsó a miles de familias de trabajadores desde los centros mineros hacia diferentes lugares. Uno de los destinos fue Abra Pampa. En la mayoría de los casos, los hombres migraron en busca de trabajo a otros lugares del país, dejando a sus familias en el pueblo. Esta situación particular de mujeres a cargo de sus familias motivó en 1995 la constitución de la Asociación de Mujeres Warmi Sayajsunqo (**Mujeres Perseverantes**) con el objeto de buscar soluciones a las cuestiones más urgentes de manera solidaria.

Las mujeres en el pueblo participan de circuitos que les permiten comercializar o intercambiar la producción de sus campos (venta de lana y fibra, tejidos, quesos, carnes, etc.). Asimismo, acceden en los mercados a los insumos necesarios para su subsistencia, así como a los servicios públicos que incorporaron para el bienestar de sus hogares (hospital, escuela, etc.). Un aspecto relevante de estas relaciones es el mantenimiento de relaciones de parentesco en donde fluyen prácticas, rituales, conocimientos, etc., propios de su cultura.

Entre las cuestiones urgentes a resolver se destaca la problemática de salud sexual y reproductiva, razón por la cual la Asociación de Mujeres Warmi Sayajsunqo, instala una agenda de trabajo que permite a miles de mujeres puneñas tomar conciencia de la importancia del control y prevención de patologías vinculadas a su sexualidad.

Durante mi formación académica de grado tuve la oportunidad de trabajar temporariamente en esta Asociación, conocer sus temas de interés y establecer vínculos con sus miembros. Por este motivo, al momento de seleccionar el lugar donde realizar mi investigación, las características de Abra Pampa y las redes de la Asociación de Mujeres, se constituyeron en el lugar adecuado para llevar adelante el trabajo de campo, pues allí podía acceder a un relevamiento transversal de mujeres en edad fértil provenientes de diversos lugares de la Puna.

Caracterización, demográfica y socioeconómica de Abra Pampa

La ciudad de Abra Pampa es la segunda en importancia de la región, luego de La Quiaca, pero se la considera la “capital de la Puna” de Jujuy. Está situada a una altura de 3.484 metros sobre el nivel del mar en la margen izquierda del Río Miraflores y se encuentra a 222 km de San Salvador de Jujuy, ciudad capital de la Provincia de Jujuy (Figura 1).

Su principal actividad económica es el comercio, que se ve favorecido por su ubicación geográfica: siendo nexo de unión entre los cinco departamentos de la Puna jujeña. La ganadería que se desarrolla en la zona rural puneña, representada por ovinos, caprinos y camélidos, también reviste gran importancia para la vida económica de la ciudad. El clima, propio de la altiplanicie geográfica, es seco y frío. Los alrededores de la localidad son llanos, áridos y arenosos.

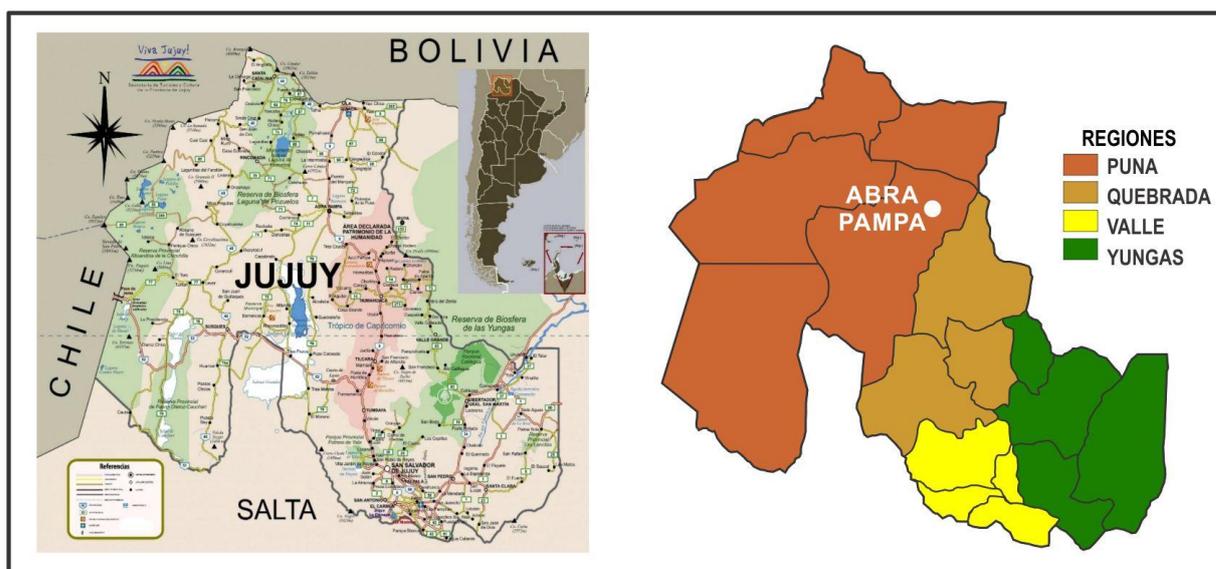


Figura 1: Localización geográfica de la ciudad de Abra Pampa

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 (INDEC, 2001) Abra Pampa cuenta con una población de 7496 habitantes en el área urbana, de los cuales el 48.3% son mujeres y el 51.7 % hombres (Tabla 1). Esta distribución sexual varía en función del grupo etario considerado, observándose un equilibrio en la población menor de 15 años y luego una mayoría femenina.

En cuanto a las características educativas en Abra Pampa a inicios del siglo XXI se aprecia, en general un buen nivel de escolarización. El 40% de los habitantes menores de 15 años ha completado el nivel primario, casi el 59% de la población entre 15 y 64 años tiene hasta secundario incompleto, mientras que en los mayores de 65 años la mayoría (57%) no ha completado la escuela primaria y un muy bajo porcentaje de población presenta estudios superiores (Tabla 1).

Entre las características socioeconómicas presentadas en la Tabla 1, la condición de actividad económica indica que el 32% de la población está Ocupada, el 17.7% desocupada y el 50% Inactiva. Al considerar los grupos de edad se observa que el 82% de los menores de 15 años se dedica al estudio mientras que en el grupo de 15 a 64 años, correspondiente a la población económicamente activa, el 35.8% se encuentra ocupado y el 44.91% aparece como Inactivo, categoría que representa el 88.6% entre los adultos mayores. Las categorías ocupacionales mayoritarias corresponden a los obreros-empleados del sector público (41.5%) y los trabajadores por cuenta propia (32.2%).

En cuanto a la cobertura de salud, se observan alarmantes valores de población que no cuenta con obra social o plan médico, superando el 70% en los menores de 65 años y llegando al 53% en los adultos mayores. Una situación inversa pero igualmente preocupante se advierte al considerar las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) donde los porcentajes son elevados en todos los grupos etarios alcanzando el 42% en los mayores de 65 años (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de Abra Pampa. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (INDEC, 2001)

Edad en grandes grupos		0 a 14 años		15 a 64 años		65 años y más		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Varón	1633	50,51	1833	46,86	152	43,30	3618	48,27
	Mujer	1600	49,49	2079	53,14	199	56,70	3878	51,73
	Total	3233		3912		351		7496	
Máximo nivel de instrucción alcanzado	Sin Instrucción	1687	52,18	165	4,22	91	25,93	1943	25,92
	Primario Incompleto	1355	41,91	689	17,61	201	57,26	2245	29,95
	Primario Completo	140	4,33	1071	27,38	48	13,68	1259	16,80
	Secundario Incompleto	51	1,58	1225	31,31	5	1,42	1281	17,09
	Secundario Completo	-		322	8,23	4	1,14	326	4,35
	Terciario Incompleto	-		155	3,96	-		155	2,07
	Terciario Completo	-		243	6,21	2	0,57	245	3,27
	Universitario Incompleto	-		29	0,74	-		29	0,39
	Universitario Completo	-		13	0,33	-		13	0,17
	Total	3233		3912		351		7496	
Condición de actividad agregada	Ocupado	5	2,81	1402	35,84	27	7,69	1434	32,29
	Desocupado	19	10,67	753	19,25	13	3,70	785	17,68
	Inactivo	154	86,52	1757	44,91	311	88,60	2222	50,03
	Total	178		3912		351		4441	
Categoría ocupacional	Obrero/empleado sector público	-		589	42,01	6	22,22	595	41,49
	Obrero/empleado sector privado	2	40,00	277	19,76	2	7,41	281	19,60
	Patrón	-		32	2,28	2	7,41	34	2,37
	Trabajador por cuenta propia	2	40,00	445	31,74	14	51,85	461	32,15
	Trabajador familiar con sueldo	-		10	0,71	-		10	0,70
	Trabajador familiar sin sueldo	1	20,00	49	3,50	3	11,11	53	3,70
	Total	5		1402		27		1434	
Obra social, plan médico	Tiene	927	28,67	1110	28,37	162	46,15	2199	29,34
	No tiene	2306	71,33	2802	71,63	189	53,85	5297	70,66
	Total	3233		3912		351		7496	
NBI	No	1995	61,75	2713	70,10	199	57,35	4907	65,88
	Si	1236	38,25	1157	29,90	148	42,65	2541	34,12
	Total	3231		3870		347		7448	
Índice de privación material de los hogares	Sin privación	240	7,43	427	11,03	32	9,22	699	9,39
	Solo de recursos corrientes	227	7,03	241	6,23	21	6,05	489	6,57
	Solo patrimonial	586	18,14	974	25,17	138	39,77	1698	22,80
	Convergente	2178	67,41	2228	57,57	156	44,96	4562	61,25
	Total	3231		3870		347		7448	

Otro indicador socioeconómico muy informativo está representado por el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Álvarez et al., 2003) y que permite conocer la distribución espacial de la pobreza y la variación de su intensidad (Bolsi et al., 2009). El IPMH combina la información sobre carencias estructurales (recursos patrimoniales) y coyunturales (recursos corrientes articulados con la educación formal).

El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Álvarez et al., 2003) combina la información sobre carencias estructurales (recursos patrimoniales) y coyunturales (recursos corrientes articulados con la educación formal) y permite estimar la intensidad de la pobreza en función de la proporción de hogares que tienen ambas privaciones sobre el total de hogares. En el caso de Abra Pampa se observa que este porcentaje asciende al 61.2% en el total de la población y que la situación de privaciones convergentes es la mayoritaria en todos los grupos de edad, seguida por las privaciones estructurales relacionadas con los recursos patrimoniales y que afecta a los hogares en forma más estable y dada su característica de persistencia se la considera de tipo estructural o crónico.

Según datos proporcionados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, el 19% de las familias de Abra Pampa fueron categorizadas como críticas en el año 2007. El dato de familia crítica es obtenido a través de una encuesta directa sobre 10 puntos, si la familia cumple al menos siete de ellos se la considera crítica. Los ítems que se relevan son: grupo familiar con integrantes menores de 18 años, ingresos económicos inestables, ausencia jefe de familia, carencia de obra social, enfermedades crónicas, desnutrición, desempleo, mujeres embarazada en el grupo, hacinamiento y/o promiscuidad, y nivel de instrucción.

El análisis de los aspectos demográficos, educativos y socioeconómicos revelan el grado de vulnerabilidad que presentaba la ciudad de Abra Pampa a fines de 2001.

Procedencia y tratamiento de los datos

Fuente de datos:

La información concerniente a los principales acontecimientos de la historia reproductiva de mujeres residentes en Abra Pampa se obtuvo a partir de la

implementación de una encuesta familiar, parcialmente modificada de Pascual-Sánchez (2004) realizada entre noviembre de 2007 y junio de 2008.

La misma comprende cuatro bloques en los que se registra la siguiente información:

- Datos de la mujer: fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia actual, nivel de educación alcanzado
- Datos de las uniones de pareja: uniones que la mujer haya podido establecer (matrimoniales, consensuales o esporádicas), fecha de inicio y finalización de la misma.
- Datos biológicos de la mujer: datos biológicos básicos para establecer las principales características de la vida reproductiva de la mujer (edad de la menarca y de la menopausia, uso de métodos anticonceptivos)
- Datos de la progenie: orden de paridad de la descendencia, sexo, fecha y lugar de nacimiento.

Proceso de selección de las mujeres y realización de la encuesta

La encuesta se implementó en mujeres que ya habían completado su ciclo reproductor por lo que se recurrió al método retrospectivo que consiste en solicitar a las mujeres que recuerden fechas, edades, etc. en relación a las variables incluidas en la encuesta. El método retrospectivo, a pesar de su limitación por la posible imprecisión en el recuerdo es válido si el objetivo es describir y comprender el comportamiento reproductivo en su dimensión histórica (Pascual-Sánchez, 2004).

Las mujeres entrevistadas debían cumplir las siguientes condiciones previas:

- 1) tener más de 45 años en el momento de la encuesta ya que el interés está centrado en mujeres que hayan finalizado su período reproductor.
- 2) haber nacido o residir desde su adolescencia en la región de la puna jujeña es decir mujeres que hayan experimentado su vida reproductiva en este territorio.

Los lugares donde se contactó a las mujeres participantes fueron el mercado municipal, las ferias aledañas, la plaza principal, la terminal de ómnibus, un comedor comunitario, en los que se constató, luego de unas visitas exploratorias, que eran los espacios donde circulaba una mayor cantidad de mujeres.

VARIABLES ANALIZADAS

Factores socio-demográficos

- Lugar y fecha de nacimiento de la mujer encuestada
- Lugar de residencia actual
- Nivel de educación alcanzado: ninguno, primario, secundario, terciario, universitario.

Medidas de la fecundidad

- Descendencia final y tamaño de la prole: Número de hijos e hijas nacidos vivos de cada mujer de la población que haya finalizado su período reproductor y se calcula como el promedio de la descendencia de cada una de las mujeres consideradas.
- Embarazos: Número de embarazos gestados por la mujer, completos o incompletos.
- Abortos: Número de abortos sufridos por la mujer, espontáneos o inducidos.
- Hijos nacidos muertos: Número de hijos nacidos muertos.

Eventos e intervalos de la historia reproductiva de las mujeres de la población

- **Edad de la menarquia (o menarca):** Edad de aparición de la primera menstruación. La aparición de la primera menstruación es considerada una de las manifestaciones de su maduración sexual y se suele estimar como el inicio de su período reproductor.

Existen tres métodos clásicos para obtener la edad de la menarca en un grupo de mujeres: el método prospectivo, el del status quo y el retrospectivo que fue el empleado en esta tesis. A pesar de su limitación por la imprecisión en el recuerdo, el método retrospectivo es válido para análisis descriptivos cronológicos que buscan comprender el comportamiento de una generación en su dimensión histórica. Diversos estudios revelan altas correlaciones entre las edades reales registradas y las recordadas años después que pueden ser consideradas suficientemente exactas, incluso en mujeres de edades avanzadas (Madrigal,

1991; Tryggvadóttir et al., 1994; Pascual-Sanchez, 2004). Esto puede deberse a que la menarca supone un cambio de gran importancia fisiológica y psicológica en la vida de una niña y por lo tanto es recordado de manera similar por mujeres jóvenes o mayores.

- **Edad nupcial:** Edad de establecimiento de la unión de pareja. La edad de inicio de la unión es el factor más importante de la variable nupcialidad porque tiene mucho que ver con el período de exposición al embarazo.
- **Edad de la primera maternidad:** Edad materna al nacimiento de su primer hijo determina el inicio del período fecundo de la mujer, marca el comienzo del intervalo temporal que la mujer destinará para tener descendencia. Está determinada por la edad de la menarca, edad nupcial, nivel de estudios de la mujer, entre otros factores.
- **Edad de la última maternidad:** Edad materna al nacimiento de su último hijo, determina el final del período temporal que la mujer destinó a tener descendencia. Edades tempranas representan un indicador del control voluntario de la natalidad en las poblaciones humanas y sugiere el control de la fecundidad mediante el uso de prácticas anticonceptivas para limitar el tamaño de la prole.
- **Edad de menopausia:** Edad de la mujer en que cesan las ovulaciones, desaparecen definitivamente las menstruaciones marcando el fin del período reproductivo. Se define como la edad a la que la mujer experimenta el último período menstrual seguido de 12 meses de amenorrea no resultante de embarazo, lactancia u otros factores. Es un indicador del envejecimiento del sistema reproductor femenino.
- **Intervalo fértil:** Diferencia entre la edad de la menopausia y la edad de la menarquia. Define la duración del período fértil teórico y potencial de la mujer ya que el inicio de los ciclos menstruales no significa que la mujer haya alcanzado su capacidad reproductora plena. Asimismo, la menopausia que representa el punto final de una progresiva reducción de la fertilidad fisiológica.
- **Intervalo menarquia-matrimonio:** estimado a partir de la diferencia entre la edad nupcial (o de la unión de pareja) y la edad de la menarquia.

Representa el período que se extiende desde la entrada teórica a la etapa reproductiva hasta el inicio real o práctico de la reproducción.

- **Intervalo protogenésico:** período temporal delimitado por la edad nupcial y la edad al nacimiento del primer hijo (de la primera maternidad). La duración de este intervalo determina el ritmo de incorporación efectiva de la mujer a la reproducción una vez contraído matrimonio o iniciada la unión de pareja (Varea, 1990, Pascual-Sanchez, 2004) y también influye en el espaciamiento y patrón de descendencia de una mujer (Nath et al., 1999). La importancia de este intervalo en el comportamiento reproductor está representada por su papel regulador sobre el tamaño familiar final debido a que el mayor número de descendientes se correspondería con intervalos protogenésicos más cortos y a un uso más eficiente del intervalo fértil (Luna y Fuster, 1999)
- **Intervalo ginecológico:** diferencia entre la edad materna al nacimiento de su primer hijo y la edad de la menarquia. Ambos extremos de este intervalo están representados por eventos biológicos aunque puede estar influido por parámetros socioculturales como la edad al matrimonio. Este intervalo indica el tiempo “perdido” en la fase inicial de la vida reproductiva en que la mujer podría haber tenido descendencia y no la tuvo.
- **Intervalo fecundo:** está representado por el período de tiempo que transcurre entre la fecha de nacimiento del primer y del último hijo y estima la fracción de la vida reproductiva que destinan las mujeres de una población a tener descendencia. Está definido por eventos biológicos y está íntimamente relacionado con el tamaño de la prole alcanzado y con la extensión de los intervalos intergenésicos.
- **Intervalo posfecundo:** longitud del período temporal que transcurre entre edad de la menopausia y la edad al nacimiento del último hijo. Este intervalo proporciona información sobre el tiempo teóricamente disponible para tener descendencia que no es utilizado en la etapa final del período reproductivo.

Tratamiento de la información

Las encuestas fueron informatizadas y se elaboraron bases de datos empleando el paquete informático SPSS 11.5 para Windows y la planilla de cálculo EXCEL XP.

Para las variables analizadas se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión comúnmente utilizadas en la estadística descriptiva. Se realizaron comparaciones y correlaciones entre distintas variables recurriendo a pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de cada una de las variables

Técnicas cualitativas de investigación

Con el fin de alcanzar una mayor comprensión de los datos obtenidos en las encuestas realizadas, y, de manera general, sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres de la Puna desde una posición émica, la investigación se completó por un abordaje cualitativo, como la observación participante y la entrevista en profundidad, que se rigieron por el método etnográfico. Siguiendo a Denzin y Lincoln entendemos que la investigación cualitativa es un campo amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas (Barragán, 2008)

La observación participante acompañó todas las etapas de la investigación. Siguiendo los preceptos formulados por Spradley (1980) y Geertz (1984), la misma implicó una familiarización estrecha, pasiva y activa, con varias de las mujeres que participaron en la encuesta.

En el caso de la entrevista, la misma fue abierta, profunda y semi-estructurada (la guía de preguntas se incluye en el Anexo I). La mujer entrevistada fue seleccionada por haber coordinado durante más de 20 años proyectos de salud sexual y reproductiva en la Puna de Jujuy, a la vez que es madre de diez hijos. Como técnica de investigación, la entrevista, abarca diversas dimensiones: amplía y verifica el conocimiento científico; obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y elaboración científica, y permite la reflexión del entrevistado de “ese algo” —objeto del estudio—, que quizás no tenía sistematizado y/o “concientizado. Aplicamos una entrevista en profundidad focalizada con la finalidad de, siguiendo a Kiske y Kendall (1956), de centrar la atención del entrevistado sobre la experiencia concreta que se quiere abordar.



Ph: María Magdalena Sánchez de Bustamante

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis de resultados cuantitativos

Caracterización general de la muestra

Se encuestaron 85 mujeres sin embargo, no todas aportaron información sobre todas las variables de interés para esta tesis, motivo por el cual la cantidad de datos varía según el parámetro analizado.

Factores socio-demográficos relevados

- **Lugar de nacimiento y de residencia actual de las mujeres encuestadas**

El lugar de nacimiento mayoritario (30.6%) fue la ciudad de Abra Pampa, seguido por Mina Pirquitas (11.8%) y Miraflores (4.7%), Casabindo, Nazareno, Pan de Azúcar y Pasajes registraron un 3.5% cada uno. Se registraron escasas mujeres nacidas fuera de la Puna. En cuanto al lugar de residencia actual el 70.6% de las mujeres encuestadas residía en Abra Pampa al momento de la realización de este trabajo.

- **Edad y nivel de educación alcanzado:**

La muestra registro un promedio de edad de 58.9 años \pm 10.5. La mujer más joven encuestada tuvo 39 años y la mayor alcanzó 86 años. Entre las mujeres integrantes de la muestra, el 51.8% curso el nivel primario (12.9% incompleto y 38.8% completo), 24.7% cursó el secundario (16.4% lo completó), 4.7 % tuvieron estudios superiores y el 18.8 fueron analfabetas (Figura 2).

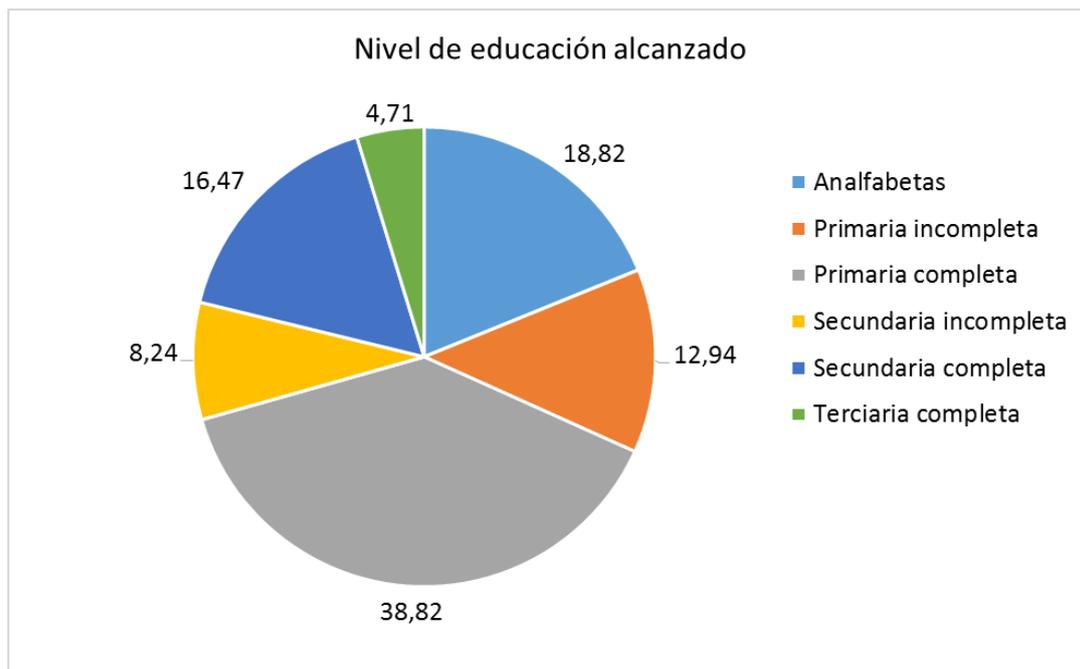


Figura 2: Distribución porcentual de la muestra de mujeres encuestadas según el nivel de educación alcanzado

Medidas de la fecundidad

La cuantificación de la fecundidad de una población puede realizarse desde distintas aproximaciones que dependen de los datos de base para su cálculo y de la información que proporcionan.

Se dispone de diversas medidas de fecundidad para estudios comparativos entre poblaciones humanas, entre las que se destacan la tasa bruta de natalidad (TBN) y la tasa de fecundidad general (TFG). La TBN es el N° de nacidos vivos en un año por 1000 personas de la población en la mitad del período considerado. La TFG es el N° de nacimientos vivos anuales por cada 1000 mujeres en edad reproductora (15 a 49 años).

En la Figura 3 se observa la evolución de la ambas medidas de fecundidad en la provincia de Jujuy y en el departamento Cochinoca donde se situa la ciudad de Abra Pampa, obtenidos a partir de información proporcionada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy. Puede observarse una tendencia al descenso de ambos indicadores y que Cochinoca siempre presenta valores significativamente superiores a los del total provincial. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por Eichenberger et al. (2003) al analizar la variación temporal y regional del comportamiento reproductivo en la provincia de Jujuy entre 1948 y 1997 observaron un descenso de la natalidad y la

fecundidad aunque, independientemente del período, la natalidad y la fecundidad en la Puna fueron las más altas de toda la provincia.

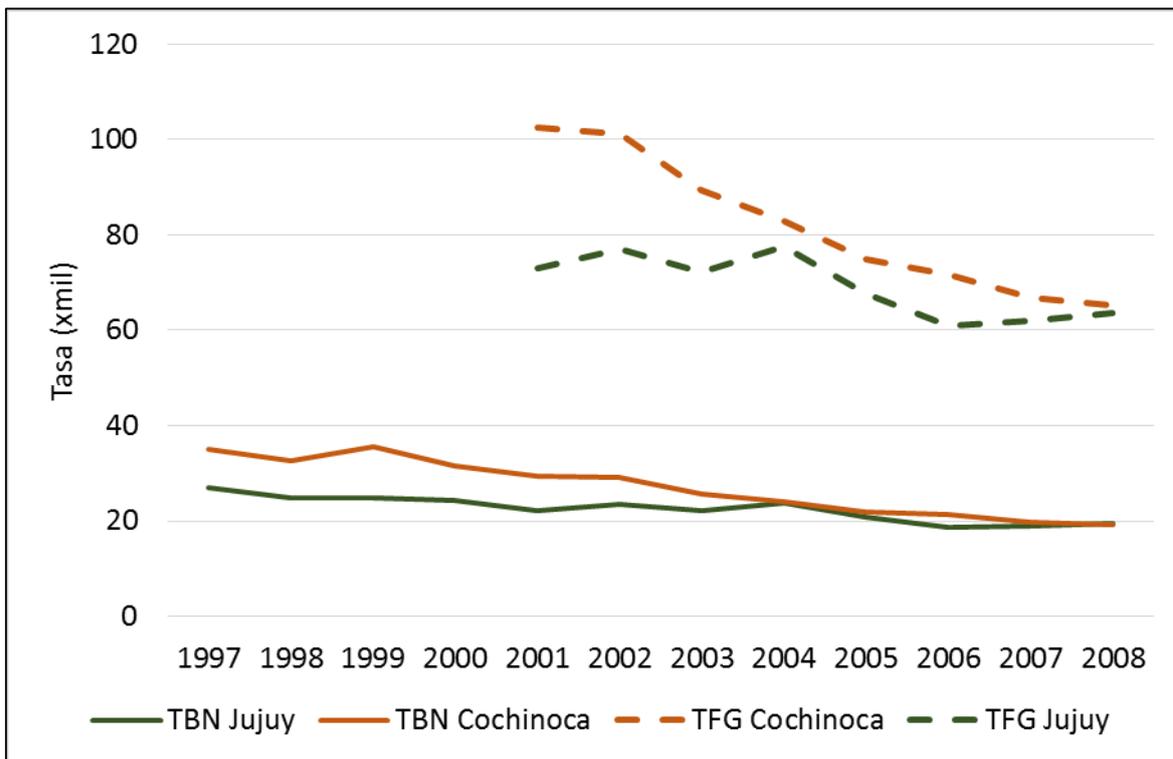


Figura 3: Evolución temporal de la Tasa Bruta de Natalidad y de la Tasa de Fecundidad General en el departamento Cochinocha y en la provincia de Jujuy (datos Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, 2017)

Descendencia final y tamaño de la progenie

Las medidas de fecundidad consideradas anteriormente son medidas indirectas ya que permiten conocer el potencial reproductor y la descendencia de las mujeres de una población sin conocer directamente la descendencia individual de cada mujer. Para salvar esta limitación, la información obtenida a partir de las encuestas realizadas a las mujeres de Abra Pampa que finalizaron su período reproductivo permite realizar un análisis más profundo y exacto de la fecundidad de la población.

En este sentido, el número de hijos nacidos vivos es una medida directa y precisa de la fecundidad poblacional. Consiste en el cómputo de la cantidad de hijas e hijos nacidos vivos de cada mujer de la población que haya finalizado su etapa reproductiva y se calcula como el promedio de la descendencia de cada una de las mujeres encuestadas.

En Abra Pampa el tamaño de la progenie encontrado fue de 3.96 hijos, siendo 4 el número de hijos vivos más frecuente. Comparado con otras poblaciones de la

bibliografía, el valor es intermedio pero inferior al de poblaciones indígenas muy cercanas geográfica y culturalmente como la aymara de Bolivia (Tabla 2).

Tabla 2: Tamaño de la progeie para diversas poblaciones humanas

Población	Promedio de hijos nacidos vivos	Bibliografía
Tierra del Fuego (1912-1956)	3.32	Pascual-Sánchez, 2004
Isla de Formentera, España (1872-1976)	3.52	Bertranpetit, 1981
La Cabrera, León, España (1880-1989)	3.86	Rodriguez-Otero et al., 2000
La Alpujarra, España (1900-1975)	3.90	Luna, 1981
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	3.96	Este trabajo
Maragatería, España (1880-1949)	4.33	Bernis, 1974
Indígenas Norte América (1910-1949)	5.3	North et al., 2000
Indígenas Aymara de Bolivia	5.4	Crognier et al., 2002
Pioneros franceses, Canadá (s. XVIII)	7.2	Charbonneau et al., 1987
Bereberes, Marruecos (1930-1980)	7.42	Crognier et al., 2001
Amish, EEUU (1908-1967)	7.7	Greksa, 2002
Mennonitas, México	9.51	Felt et al., 1990

Se supone que las mujeres de poblaciones de fecundidad natural tienen, en general más hijos que las mujeres de poblaciones de fecundidad controlada y que por lo tanto, según el tamaño de la progeie se puede inferir si la población controla o no su fecundidad. Sin embargo, Campbell y Wood (1988) demostraron que no es posible caracterizar de manera generalizada la fecundidad de las poblaciones de fecundidad natural, ya que la variabilidad entre poblaciones en el tamaño final de la progeie es muy elevada.

En el análisis del tamaño de la progeie no solamente es importante conocer el promedio sino también la distribución del N° de hijos nacidos vivos en la población, que solamente es posible analizar si se conoce, como en este caso, la historia reproductiva individual de las mujeres. En la Figura 4 se observa la distribución del N° de hijos nacidos

vivos de 85 mujeres encuestadas en Abra Pampa. Se destaca que las mujeres con entre 2 y 4 hijos nacidos vivos representan el 43.5% del total de mujeres encuestadas, valor que coincide con los disponibles para otras poblaciones donde representan el 43.5 y el 50.2% (Bertranpetit, 1981; Cavalli-Sforza y Bodmer, 1981; Luna, 1981). Es destacable la proporción de mujeres con 6 ó más hijos nacidos vivos que representan el 27% del total.

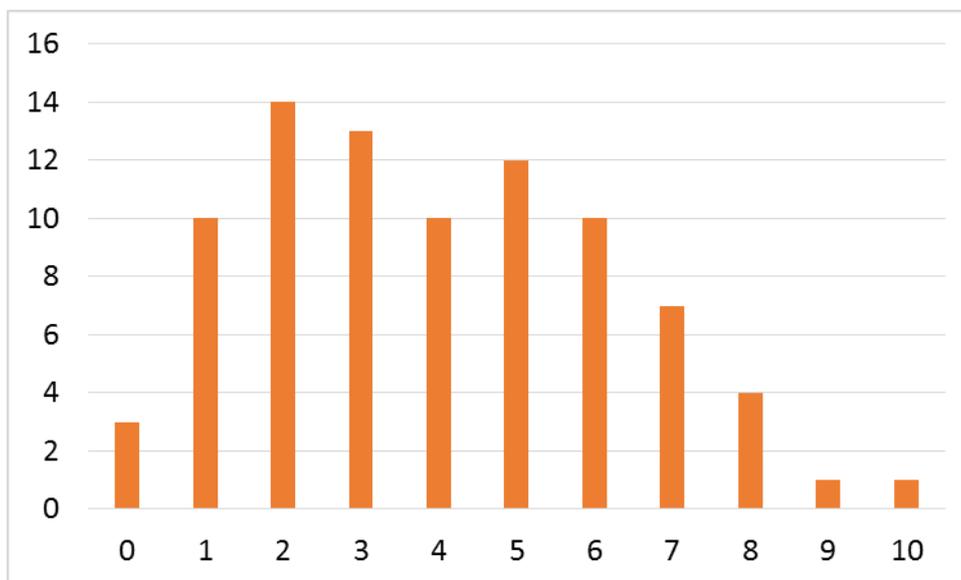


Figura 4: Distribución de frecuencias del tamaño de la progenie de las mujeres de Abra Pampa

Embarazos, abortos e hijos nacidos muertos

El número promedio de embarazos por mujer en las encuestadas en Abra Pampa fue de 4.1 coincidente con el N° de hijos nacidos vivos. Esta escasa diferencia se debe a la casi inexistencia de abortos (sólo 5 mujeres refieren haber sufrido uno) y nacidos muertos (solamente 2 casos).

Tratándose de un estudio retrospectivo es posible que se haya ocultado la información respecto a la existencia de abortos y del carácter espontáneo o provocado de los mismos, especialmente considerando que la práctica del aborto estaba impedida por ley al momento de realizarse la encuesta en Abra Pampa. Por este motivo, los bajos valores observados deben considerarse como mínimos. Numerosos trabajos han demostrado que la mortalidad intrauterina espontánea es más elevada de lo que aparentemente manifiestan las entrevistadas, debido a pérdidas fetales en etapas muy tempranas de la gestación que no son reconocidas como abortos espontáneos (Henry, 1961; Diamond, 1987).

Eventos de la historia reproductiva de las mujeres de la población

Edad de la menarca

La edad media y la mediana de la menarca en grupos humanos oscila mayoritariamente entre los 11 y 15 años y, en general, las edades medias más tempranas son más comunes en poblaciones desarrolladas, mayoritariamente occidentales, en las que las condiciones nutricionales y sanitarias son mejores. En Abra Pampa la edad media de la menarca de las mujeres encuestadas fue de 12.7 años (Tabla 3, Figura 5).

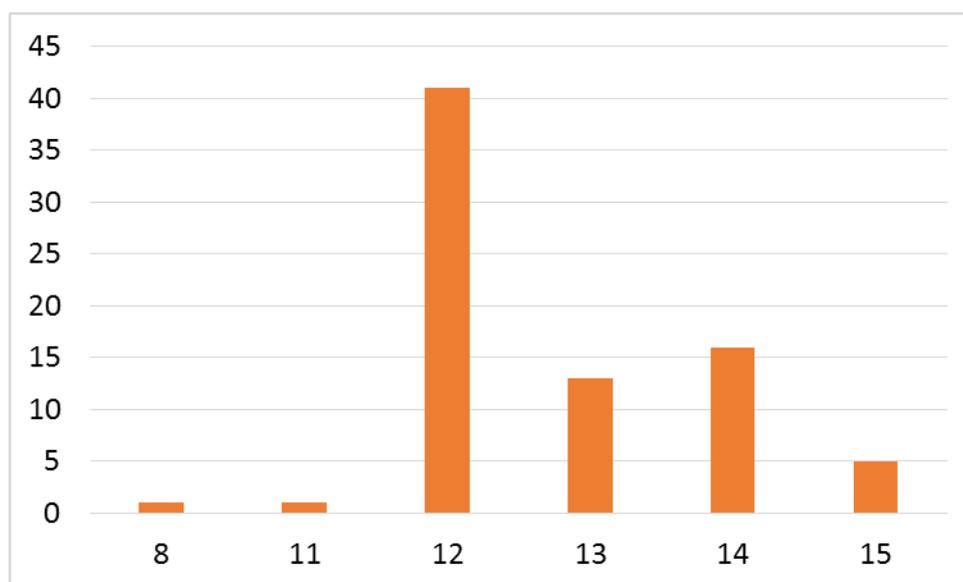


Figura 5: Distribución de la muestra según la edad de la menarca

Esta edad media es coincidente con las descriptas para Sudamérica. Ya sea por su herencia genética o por el mayor desarrollo socioeconómico y sanitario, las poblaciones sudamericanas de origen europeo presentan valores más tempranos que las poblaciones nativas, tal como puede observarse en la Tabla 3. Como excepción se distingue la población de la Isla de Pascua (García-Moro et al., 2000a), donde la población nativa y la mestiza registran una edad promedio de la menarca más temprana que las mujeres foráneas (en su mayoría chilenas del continente) lo cual se relaciona con una mayor adiposidad de las niñas de origen polinesio, fenómeno también descrito para otras poblaciones oceánicas (Brown et al., 1996). Los datos obtenidos para Abra Pampa son coincidentes con los publicados para Argentina y Colombia (Thomas et al., 2001).

El método retrospectivo empleado supone una mayor variabilidad de fechas asociada al promedio obtenido, y más si la información recogida no es la fecha exacta y

completa de la aparición de la menarca sino los años cumplidos que la mujer tenía cuando ocurrió. Pese a esto, el método retrospectivo no representa una estimación muy alejada de la realidad, como lo demuestran los estudios que cuantificaron los errores asociados a los métodos de recolección de la información (Pascual-Sánchez, 2004).

Tabla 3: Edad promedio de la menarca en distintas poblaciones americanas

	Población	Edad promedio (años)	Bibliografía
Principalmente de origen autóctono	Oaxaca, México	14.3	Malina et al., 1977
	Tierra del Fuego, Chile	14.2	Pascual-Sánchez, 2004
	Aymara, Bolivia	13.4	Greksa, 1990
	Mayas, Yucatán, México	13	Beyene y Martin, 2001
	Mapuches, Río Negro, Argentina	13	Crognier et al., 1996
	Shipibo, Perú	13	Hem, 1992
	Isla de Pascua, Chile	12.8	Gracia-Moro et al., 2000a
	Quechuas, Perú	13.97-14.5	Gonzalez y Ortiz, 1994
	Abra Pampa, Jujuy, Argentina	12.7	Este trabajo
Mestizas urbanas	Guatemala	13.75	Thomas et al., 2001
	Tierra del Fuego, Región Magallanes, Chile	13.47	Pascual-Sánchez, 2004
	Rio de Janeiro, Brasil (1920)	13.07	Kac et al., 2000
	Chile	13	Morabia y Costanza, 1998
	Colombia	12.8	Thomas et al., 2001
	Argentina	12.59	Thomas et al., 2001
	México	12.4	Thomas et al., 2001
	Cubanas inmigrantes en EEUU	12.4	Leidy, 1998
	Brasil	12.3	Junqueira Do Lago et al., 2003

Edad nupcial

La edad al matrimonio de las mujeres encuestadas fue de 20.03 años, una edad baja. La distribución de frecuencias muestra que el 49.4% se unen por primera vez antes de los 20 años, y 28.6% antes de los 18 años. En el otro extremo se encontró que sólo un 6.5% lo hizo con una edad de 25 años o más (Figura 6).

Por otro lado, el efecto del nivel de educación de las mujeres en la edad nupcial, no muestra diferencia en las mujeres encuestadas en Abra Pampa. Por otro lado, la comparación entre la edad nupcial y la edad de primera maternidad de las mujeres de Abra Pampa muestra que 8 estaban embarazadas antes de unirse.

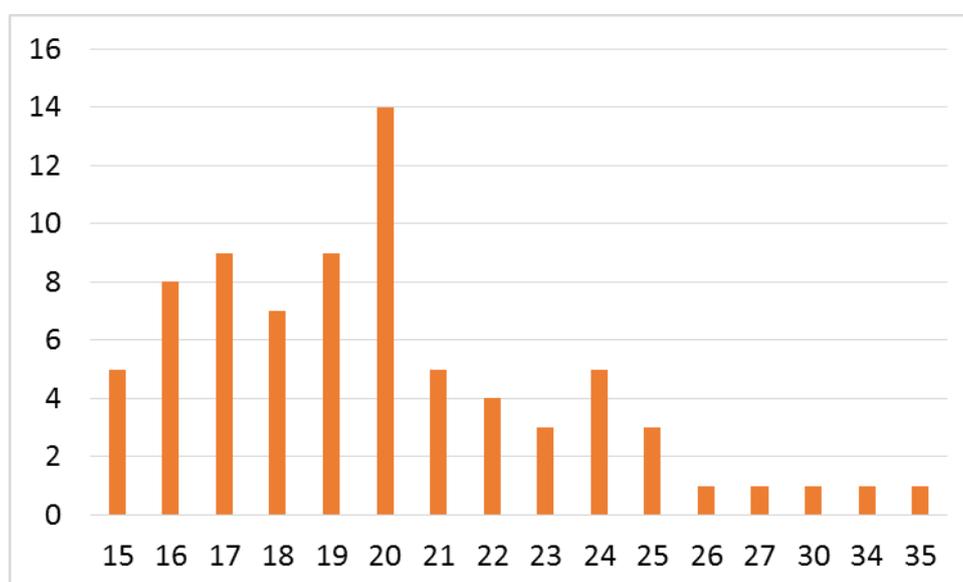


Figura 6: Distribución de la muestra según la edad de inicio de la unión matrimonial o consensual

Edad materna al nacimiento del primer hijo

La edad media a la primera maternidad determina el inicio del período fecundo de la mujer. Es decir marca el comienzo del intervalo temporal que la madre va a destinar para tener descendencia. La edad promedio para este parámetro en las mujeres encuestadas en Abra Pampa fue de 20.4 años, una edad intermedia comparada con la de otras poblaciones y que se corresponde a los patrones de temprana nupcialidad comentados anteriormente. La distribución de frecuencias de este evento de la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa muestra que el 46.2% tuvieron su primer hijo antes de los 20 años y solamente un 2.6% por encima de los 30 años (Figura 7).

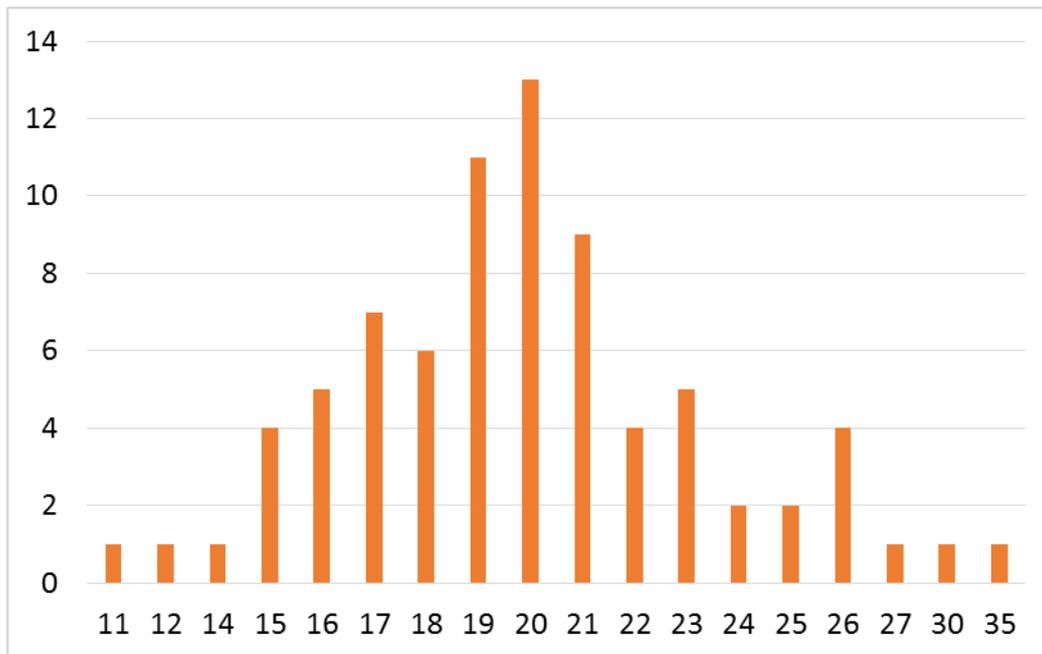


Figura 7: Distribución de la muestra según la edad de la madre al momento del nacimiento del primer hijo

La influencia del nivel de estudios de la mujer en la edad de inicio de la maternidad también se ha analizado ampliamente en la bibliografía y es de esperar que al tener relación con la edad nupcial también tenga alguna influencia en el inicio de la maternidad de las mujeres de Abra Pampa. El análisis de esta relación no muestra diferencias significativas entre los subgrupos considerados.

Al menos dos sucesos de la vida de las mujeres ocurren con anterioridad al nacimiento de su primer hijo, la edad de la menarca y la edad nupcial, y ambos se consideran entre los factores que pueden influenciar el momento en el cual nace el primer hijo.

Al analizar la variación de la edad materna al nacimiento del primer hijo y la edad de la menarca se observa que no existe correlación entre ambas mientras que, al aumentar la edad nupcial aumenta la edad a la primera maternidad ($r=0.55$, $p=0.0$).

Además, estas diferencias son muy marcadas, de manera que entre los subgrupos de edades extremas (mujeres casadas antes de los 20 y después de los 30 años) la diferencia de edades promedio al nacimiento del primer hijo es de 8 años. En este sentido, aunque los resultados obtenidos indicarían un posible efecto de la edad de maduración de las mujeres en su posterior inicio de la maternidad, la entrada en la vida conyugal se muestra determinante de la edad a la primera maternidad.

Tabla4: Edad promedio al nacimiento del primer hijo en diversas poblaciones

Población	Edad promedio primera maternidad (años)	Bibliografía
Esquimales, Canadá	17-18	Mc Alpine y Simpson, 1976
Etiopía	17.6	Gibson y Mace, 2002
Turkana	19	Gray, 1994
Bereberes (1930-1980)	19.8	Crognier et al., 2001
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	20.4	Este trabajo
Amish, Ohio, EEUU (1908-1967)	21.8-23	Greksa, 2002
Anabaptistas	22-22.8	Stevenson et al., 1989
Menonitas, México	22.97	Felt et al., 1990
Tamangs, Nepal	23.5	Masnick, 1979
Tierra del Fuego, Chile	23.7	Pascual-Sánchez, 2004
Aymaras, Bolivia	24.3	Crognier et al., 2002
EEUU (década 1940)	24.7	Wood, 1994
Españolas (1911-1937)	26.5	Hernández y Garcia-Moro, 1989
Maragatas, España	27.02	Bernis, 1990

Edad materna al nacimiento del último hijo

La edad media de la última maternidad determina el final del período temporal que la mujer destina a tener descendencia. En el caso de las mujeres encuestadas en Abra Pampa esta edad fue de 29.05 años. Este valor es una edad muy temprana, muy alejada de los valores tradicionalmente aceptados como propios de poblaciones con fecundidad natural. De esta manera, la edad materna a la última maternidad constituye un indicador del control voluntario de la natalidad en las poblaciones humanas y sugiere el control de la fecundidad entre las mujeres encuestadas en Abra Pampa. En la Figura 8 se observa como la edad de la última maternidad es muy temprana para la mayoría de las mujeres de Abra Pampa de manera que el 59.5% tuvieron su último hijo antes de los 30 años y este porcentaje aumenta al 78.5 para antes de los 35 años y al 89.9% antes de los 40 años.

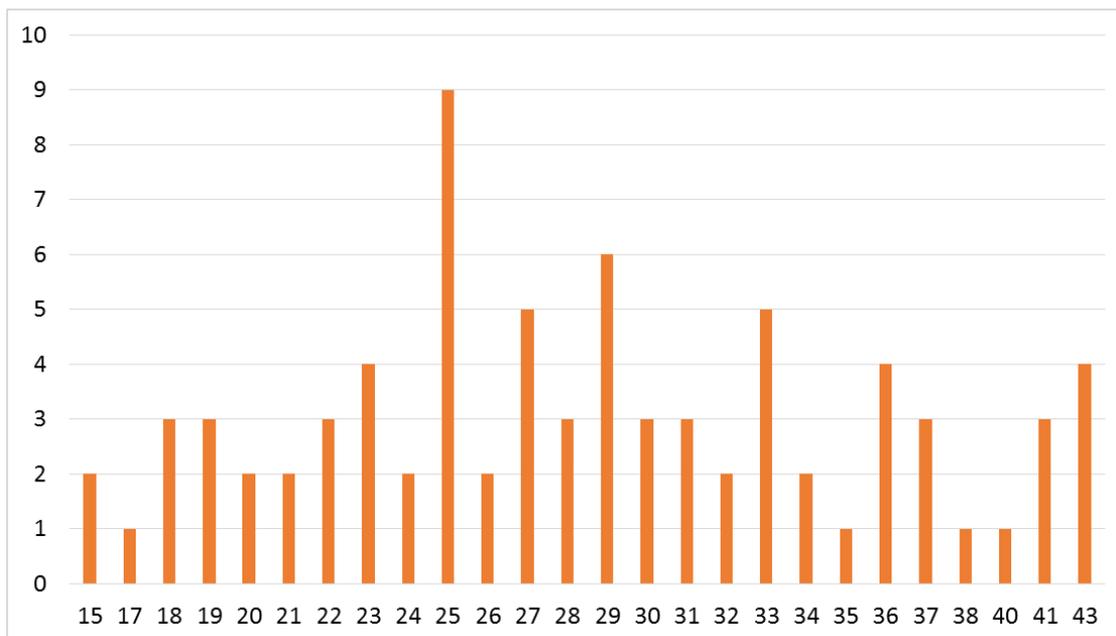


Figura 8: Distribución de la muestra según la edad de la madre al nacimiento del último hijo

Comparada con otras poblaciones puede observarse que las mujeres de Abra Pampa presentan uno de los promedios más bajos reportados en la bibliografía y como se comentó anteriormente muy alejados de aquellos correspondientes a poblaciones con fecundidad natural.

Con la intención de profundizar en las causas de esta baja edad a la última maternidad en Abra Pampa, se analizó la posible influencia de diversos factores. En este sentido, sería esperable que la baja edad promedio a la última maternidad estuviera asociada a mujeres que perdieron la fertilidad como consecuencia de una intervención quirúrgica o a aquellas que decidieron esterilizarse voluntariamente. Aunque se observaron diferencias entre la edad promedio a la última maternidad de las mujeres con menopausia natural y aquellas con menopausia quirúrgica estas no fueron estadísticamente significativas ($t= 0.595$ gdl= 77; $p=0.5$). La distribución de frecuencias por grupos de edad muestra que las mujeres esterilizadas tienen en su mayoría menos de 30 años. Entre las mujeres encuestadas se encontraron 5 que declaran haberse realizado una histerectomía (en 3 de ellas la edad a la última maternidad es inferior a 30 años, en una es de 35 años y en la restante no se cuenta con este dato), otras 4 informan haberse realizado una ligadura de trompas (3 antes de los 30 años y la restante a los 33 años luego de haber tenido 7 hijos). Las mujeres que tienen su último hijo con edades superiores a 34 años son principalmente aquellas con menopausia natural. Es destacable el elevado

porcentaje de mujeres (28.2%) dentro de este último grupo que finalizaron su período fecundo antes de los 25 años.

Tabla 5: Edad promedio al nacimiento del último hijo en diversas poblaciones

Población	Edad a la última maternidad (años)	Bibliografía
Mujeres Amish, Ohio, EEUU (1908-1967)	27.5-39.7	Greksa, 2002
Poblaciones anabaptistas	29.4-38.1	Stevenson et al., 1989
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	29.5	Este trabajo
Tierra del Fuego, Chile	32.11	Pascual-Sánchez, 2004
Españolas (1911-1937)	32.92	Hernández y Garcia-Moro, 1989
Tamang, Nepal	34.5	Masnack, 1979
Mujeres bereberes (1930-1980)	34.9	Crognier et al., 2001
Maragata, España	37.8	Bernis, 1990
Aymara, Bolivia	37.9	Crognier et al., 2002
Amizmiz, Marruecos	38.8	Bernis, 1990
Werdum, Alemania	39.4	Bongaarts y Potter, 1983
Canadá (s. XVII)	40.1	Bongaarts y Potter, 1983
Tourouvre au Perche, Francia	40.3	Bongaarts y Potter, 1983
3 pueblos bávaros, Alemania (antes de 1850)	40.6	Bongaarts y Potter, 1983
4 pueblos Waldeck, Alemania (antes de 1850)	40.7	Bongaarts y Potter, 1983
Hutteritas, Norteamérica	40.9	Bongaarts y Potter, 1983
Mennonitas, México	40.9	Felt et al., 1990
Población inglesa (mediados s. XIX)	41.7	Bongaarts y Potter, 1983

Los resultados encontrados confirman la independencia del final del período destinado a tener descendencia con el intervalo fértil de las mujeres, que se corrobora por la falta de correlación entre la edad materna al nacimiento del último hijo y el intervalo fértil o N° de años fértiles de la mujer ($r = -0.209$; $p = 0.08$; $n = 71$).

Se observan diferencias significativas de la edad a la última maternidad entre las mujeres que afirman no haber controlado su fecundidad y aquellas que si lo hicieron ($t = 2.37$; $gdl = 59$; $p = 0.02$) lo que refleja el efecto de la anticoncepción para limitar el tamaño de la progenie y no solamente para espaciar los nacimientos.

También se ha analizado la relación entre edad de la última maternidad y la edad nupcial encontrándose que a medida que aumenta la edad de entrada en unión de pareja, también aumenta la edad al nacimiento del último hijo ($r = 0.34$; $p = 0.003$) esta relación también se observa con la edad de la primera maternidad ($r = 0.4$; $p = 0.0$).

La edad al nacimiento del último hijo entre las mujeres encuestadas en Abra Pampa dependería de factores externos al propio calendario biológico femenino, de manera que la llegada de la esterilidad a edades avanzadas no se traduce en una última maternidad más tardía. Factores socioculturales como la duración de la unión matrimonial y/o el uso de distintos métodos anticonceptivos de elevada eficacia (temporales o definitivos) además de la posible disolución de las uniones determinarían en gran medida la edad a la cual las mujeres tendrán su último hijo.

Edad de la menopausia

La edad de la menopausia se define como la edad a la que la mujer experimenta el último período menstrual seguido de 12 meses de amenorrea no producida por embarazo, lactancia u otros factores. Entre las mujeres de Abra Pampa se encontró un promedio de este parámetro de 45 años obtenida por el método retrospectivo.

En general, la edad promedio de la menopausia varía entre 49 y 52 años en países desarrollados y son más tempranas, entre 39 y 48 años, en países menos desarrollados y en poblaciones con deficiencias nutricionales (Leidy, 2001; Thomas et al., 2001; Reynolds y Obermeyer, 2003). Dentro de una misma población las mujeres de niveles socioeconómicos más desfavorables presentan una menopausia más temprana (Pascual-Sánchez, 2004). En Abra Pampa la edad promedio de la menopausia natural fue de 45.3

años (± 02.9 años), la cual se encuentra entre las más bajas descritas en la bibliografía (Tabla 6).

Al analizar la distribución por edades se observó que el 37.3% de las mujeres encuestadas alcanzó la menopausia antes de los 45 años mientras que sólo el 8.4 lo hizo después de los 50 años.

En muchas mujeres, la menopausia indica el final del período reproductor y llega de manera natural. Sin embargo, las mujeres que han tenido una intervención quirúrgica (las más frecuentes son la histerectomía y la ligadura de trompas), pueden ver reducida o anulada su fertilidad antes de alcanzar la menopausia.

En Abra Pampa el 89.2% de las mujeres encuestadas ($n= 74$) refieren haber alcanzado la menopausia de manera natural. El 10.8% restante se sometieron a una intervención quirúrgica que tuvo como consecuencia la pérdida de la fertilidad y que fueron mencionadas al analizar la edad al nacimiento del último hijo.

El final de los ciclos menstruales marca el final de la fase reproductora de la vida femenina y está influenciada por factores bióticos, ambientales, culturales y socioeconómicos únicos para cada situación (Pascual-Sánchez, 2004).

El estado nutricional es un factor ambiental determinante de la edad de la menopausia. Las mujeres más delgadas tienden a presentar la menopausia más tempranamente que las de mayor peso corporal. En general se ha constatado que la edad de la menopausia ocurre más tardíamente en poblaciones desarrolladas que en aquellas en vías de desarrollo o que padecen problemas nutricionales generalizados (Johnston, 2001). También se sostiene que la historia reproductiva de las mujeres puede influir en la aparición de la menopausia (Thomas et al., 2001).

Tabla 6: Edad promedio de menopausia de diversas poblaciones humanas

Población	Edad promedio (años)	Bibliografía
Nueva Guinea	43.6	Gray, 1979
Punjab, India	44.6	Singh y Ahuja, 1980
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	45	Este trabajo
México	46.5	Garrido-Latorre et al., 1996
Reserva pies negros, EEUU	47	Johnston, 2001
Turquía	47.8	Thomas et al., 2001
Ghana	48.05	Kwawukume et al., 1993
Tierra del Fuego, Chile	48.4	Pascual-Sánchez, 2004
Nigeria	48.4	Thomas et al., 2001
Islas Canarias, España	48.6	Thomas et al., 2001
Rusia	49	Thomas et al., 2001
Sudáfrica	49.2	Thomas et al., 2001
Japón	49.3	Thomas et al., 2001
Suiza	50	Morabia et al., 1998
Chile	50	Morabia et al., 1998
Australia	50.4	Thomas et al., 2001
Suecia	50.9	Thomas et al., 2001
Checoslovaquia	51.2	Thomas et al., 2001
EEUU	51.3	Thomas et al., 1998
Alcobendas, España	51.7	Varea et al., 2000
Francia	52	Thomas et al., 2001

Intervalos de la vida reproductora de las mujeres

Intervalo fértil

La diferencia entre la edad de la menopausia y la de la menarca define el intervalo fértil teórico y potencial de la mujer, cuyo interés demográfico reside en ser una importante fuente de fecundidad diferencial de las poblaciones. De esta forma, de las edades descritas para las poblaciones humanas de entre 11 y 17 años para la edad promedio de la menarca y entre los 42 y 54 años promedio de la menopausia natural, se infiere que la longitud media del intervalo fértil en las poblaciones humanas puede oscilar

entre 25 y 43 años. Sin embargo, este intervalo teórico o potencial resulta más reducido en la práctica.

Aunque el inicio de los ciclos menstruales refleje una cierta madurez del útero, no significa que la mujer haya alcanzado la capacidad reproductora plena. Al mismo tiempo, la menarca solo en algunos casos corresponderá con la primera ovulación. Numerosos estudios sostienen que es necesario un tiempo para que el organismo ovule regularmente y que en cada caso hay un período de duración variable de esterilidad o subfecundidad adolescente después de la pubertad.

En el mismo sentido, aunque la menopausia represente la señal definitiva de la pérdida de la fertilidad, la capacidad de tener hijos termina bastante antes en la práctica. Se puede afirmar que la menopausia es el punto final de una progresiva reducción de la fertilidad fisiológica durante la década que la precede.

Tradicionalmente se considera que el intervalo fértil en poblaciones humanas suele ser de unos 35 años (Goodman et al., 1985).

No obstante, Livi-Bacci (1993) afirma que, en promedio, la duración de la vida fértil resulta inferior a los 30 años. Al comparar los resultados obtenidos en esta tesis para el total de mujeres encuestadas (32,4 años), con los de otras poblaciones resulta interesante comprobar que se encuentra en el rango medio de los descritos en la bibliografía. El intervalo fértil teórico depende en gran medida de la naturaleza del cese de la fertilidad de las mujeres. En Abra Pampa se registra una reducción de 3.25 años del intervalo fértil potencial en las mujeres con esterilidad quirúrgica.

Existe una influencia diferencial entre la edad promedio de la menarca y la de la menopausia natural, en la duración media del intervalo fértil. En general la misma está más influenciada por la edad de la menopausia que por la edad de la menarca. En efecto, se registra una correlación positiva, alta y estadísticamente significativa de la primera con la longitud del intervalo fértil ($r= 0.935$; $p= 0.0$) que coincide con la reportada en la bibliografía (Treloar, 1974; Beall, 1983).

Tabla 7: Intervalos fértiles promedio en distintas poblaciones

Población	Edad menarca (años)	Edad menopausia (años)	Intervalo fértil (meses)	Bibliografía
Barcelona, España	13.75	49.23	36.28	Hernández y Garcia-Moro, 1989
Esquimales, Canadá	13.4-14.3	51.5	36	Mc Alipine et al., 1976
Minnesota, EEUU	13.6	49.5	35.9	Treloar, 1974
Tierra del Fuego, Chile	13.8	48.2	34.12	Pascual-Sánchez, 2004
La Maragatería, España	14.6	47.5	32.9	Bernis, 1990
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	12.5	45	32.5	Este trabajo
Amizmiz, Marruecos	15.1	47.3	32.2	Bernis, 1990
Mayas, Yucatán, México	13	44.4	31.4	Beyene et al., 2001
Himalaya, Nepal	16.9	45.9	28.3	Beall, 1983
Agta, Filipinas	17.1	43.9	26.8	Goodman et al., 1985

Intervalo entre la menarca y la edad nupcial

Este intervalo pretende cuantificar el período que se extiende desde la entrada teórica al período reproductor hasta el inicio real del mismo, ya que en la mayoría de las poblaciones humanas la descendencia se circunscribe al matrimonio o unión consensual. En algunas sociedades humanas, donde la unión se celebra muy próxima (e incluso antes) a la aparición de la primera menstruación, la duración de este intervalo es mínima (Aryal, 1991; Nath et al., 1993). En una población como la de Abra Pampa, donde la entrada al

matrimonio es posterior a la menarca y, donde los patrones de nupcialidad condicionan la fecundidad de la población, este intervalo representa también el tiempo biológicamente disponible “perdido” que la mujer no destinó a tener descendencia antes de iniciar el período fecundo. Entre las mujeres de Abra Pampa este período, en promedio, fue de 8.4 años con una gran variabilidad ya que el mínimo fue de 0 y el máximo de 25 años. El intervalo más frecuente fue de 8 años (19.7%) seguidos por una duración de 3 y 5 años con el 11.8% cada uno, mientras que el 16.9% de los intervalos fértiles fue de 12 años o más (Figura 9).

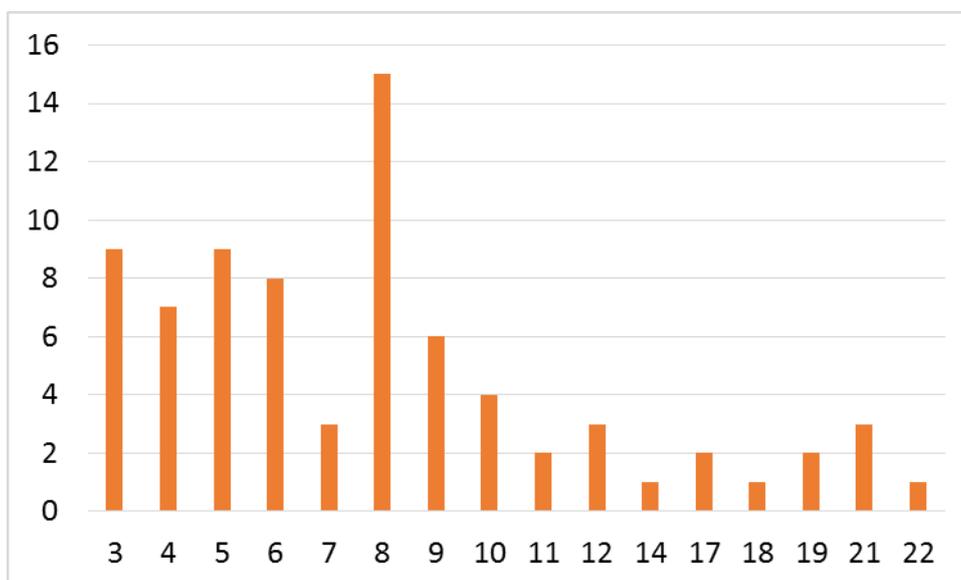


Figura 9: Distribución de la longitud del intervalo menarca-matrimonio en las mujeres de Abra Pampa

Intervalo protogenésico

El período temporal delimitado por la edad nupcial y la edad al nacimiento del primer hijo o intervalo protogenésico determina el ritmo de incorporación efectiva de las mujeres a la reproducción una vez iniciada la unión (Varea, 1990), aunque también influye en el espaciamiento y patrón de descendencia de una mujer (Nath et al., 1999). Además, la importancia del intervalo protogenésico en el comportamiento reproductor reside en su potencial papel regulador del tamaño familiar final, de manera que un tamaño mayor debería corresponder a intervalos protogenésicos más pequeños debido a un “uso más eficiente” del intervalo fértil (Luna y Fuster, 1999).

En la mayoría de poblaciones de fecundidad natural, la longitud promedio de este intervalo está mínimamente relacionada con la estimación de la fecundabilidad, mujeres con mayor fecundabilidad muestran menores longitudes promedio del intervalo protogenésico.

La fecundabilidad se entiende como “la probabilidad de que una mujer unida y con relaciones sexuales regulares conciba durante un ciclo menstrual sin uso de anticonceptivos y excluyendo los períodos durante los cuales es imposible la concepción como el embarazo o inmediatamente posterior a éste (Livi-Bacci, 1993).

El índice promedio de fecundabilidad se estima generalmente a partir de los valores calculados después de los 9, 10 y 11 meses posteriores al matrimonio. Los resultados obtenidos para diversas poblaciones humanas presentan valores comprendidos entre 0.15 y 0.30. La fecundabilidad no es homogénea entre mujeres y además varía a lo largo de la vida fértil de cada una.

Teniendo esto en cuenta, la duración del intervalo protogenésico dependerá de la frecuencia de relaciones sexuales (Khalifa, 1986) y de factores biológicos relacionados con la edad de la mujer. Así, un acceso inmediato al matrimonio tras la menarca puede conducir a una subfecundidad femenina durante el inicio de la relación que alargue el intervalo protogenésico promedio de la población (Gray, 1979; Bongaarts and Potter, 1983; Trussell y Wilson, 1985) por las razones comentadas previamente. Por otro lado, algunos autores (Udry y Cliquet, 1982; Komlos, 1989) consideran que las jóvenes de menarca temprana son más fecundas que las de menarca más tardía y eso afectaría a la longitud de su intervalo protogenésico.

Sin embargo, en poblaciones donde el uso de prácticas anticonceptivas está generalizado en la población, la longitud del intervalo protogenésico depende más de la planificación familiar que de la fecundabilidad de las mujeres. Así, longitudes promedio de este intervalo inferior a 20 meses suelen considerarse una rápida incorporación a la reproducción efectiva una vez iniciada la unión, ya que el tiempo de espera entre matrimonio y primer embarazo en poblaciones de fecundidad natural oscila entre 5 y 10 meses (Bongaarts y Potter, 1983) y a éste hay que añadir el tiempo de gestación promedio de 9 meses.

Entre las mujeres de Abra Pampa incluidas en esta tesis, este intervalo en promedio tuvo una duración de 2.2 años (26.6 meses) con valor mínimo de 0.6 años (7.3

meses) y un máximo de 12.5 años (150 meses). Para este cálculo se eliminaron los valores negativos que corresponden a mujeres que declaran el inicio de la relación posterior a la fecha de nacimiento del primer hijo lo que podría estar reflejando la necesidad burocrática que lleva a tomar la decisión de formalizar una unión mucho tiempo después de haber nacido uno o varios hijos. También se eliminaron 5 casos en los que los valores eran inferiores a 0.58 años (7 meses) considerado como límite inferior válido en la bibliografía (Pascual-Sánchez, 2004).

La observación de la distribución de las longitudes de los intervalos protogénicos aporta información para la comprensión de los resultados obtenidos. El 58.3% de las 48 mujeres con información válida para el cálculo de este parámetro, registra una longitud inferior a 20 meses (70.8% inferior a 24 meses es decir 2 años), lo que se considerara una incorporación rápida a la fecundidad. Sin embargo, existe en la población femenina de Abra Pampa A un sector (16.7) que entra tardíamente a la maternidad, después de los 48 meses (4 años) quizás debido al efecto de la edad en la fecundabilidad o tal vez debido al uso de anticonceptivos desde el inicio de la relación conyugal.

Comparados con las longitudes estimadas para diversas poblaciones, los valores obtenidos en Abra Pampa se encuentran entre los más elevados (Tabla 8).

El intervalo entre matrimonio y primer nacimiento es especialmente importante en poblaciones pretransicionales. En sociedades humanas donde tener un hijo contribuye de manera significativa a una identidad social de la mujer, un primer nacimiento prueba su fecundidad y reduce la ansiedad de la continuación familiar.

En poblaciones donde los hijos son el preludio de la fusión de hogares en una sociedad rural, un primer hijo inicia una nueva fase en el ciclo de la familia y en los procesos de formación de un nuevo hogar (Pascual-Sánchez, 2004). Finalmente, en aquellas poblaciones donde el matrimonio supone todo tipo de intercambios entre familias, un primer nacimiento crea las bases para futuros planes de establecimiento de nuevas alianzas (Fricke y Teachman, 1993).

Entre las variables más comúnmente relacionadas a la longitud del intervalo protogénico se destacan el nivel social, la ocupación, el nivel educativo de la mujer, las influencias culturales y de las tradiciones, la edad nupcial, el uso de anticonceptivos, la cantidad deseada de hijos, entre otros (Luna y Fuster, 1999; Clegg, 2001; Gibson y Mace, 2002; Pascual-Sánchez, 2004)

En el análisis de las variables que pueden determinar la longitud del intervalo protogenésico se distinguen inicialmente dos sucesos que definen este intervalo: la edad nupcial y la edad a la primera maternidad. Si se analiza la primera no se observa una correlación estadísticamente significativa con la duración del intervalo protogenésico. Por otro lado, al analizar este parámetro en función de la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo se observa una correlación positiva y altamente significativa ($r=0.7$; $p=0.0$) lo que significa que a mayor duración del intervalo protogenésico mayor será la edad de la mujer a la primera maternidad. Esto puede estar relacionado con la diferencia de fertilidad entre mujeres, de manera que al aumentar la edad se reduce la fecundabilidad lo que conlleva a un aumento de la longitud de este intervalo.

Una de las variables más comúnmente descriptas como determinante de la longitud media del intervalo protogenésico en las poblaciones humanas es el nivel de estudios de las mujeres. Al comparar la longitud de estos intervalos según el nivel de estudios de las mujeres encuestadas en Abra Pampa se observan los valores promedio más bajos para escolarización primaria y secundaria incompletas (9.5 y 11.9 meses respectivamente) y los más altos para los mismos niveles completos (23.6 y 39.6 meses). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos considerados posiblemente debido a la marcada dispersión de los valores dentro de cada uno de ellos que anularía la posible significación estadística de las diferencias observadas.

Se analizó también la duración del intervalo protogenésico en función de uso o no de anticonceptivos por parte de las mujeres encuestadas y tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8: Longitud promedio del intervalo protogenésico en distintas poblaciones

Población	Intervalo protogenésico medio (meses)	Bibliografía
Polonia (1975)	11.2	Rahim y Ram, 1993
Noruega (1975)	11.6	Rahim y Ram, 1993
Históricas europeas (s. XVII y XVIII)	12.4	Nath et al., 1993
Hutteritas	12.5	Nath et al., 1993
Quebec, Canadá (s. XVII-XIX)	13.7	Desjardin et al., 1991
Etiopía rural	14.8	Gibson y Mace, 2002
Haut-Jura, Francia (s. XVII-XX)	15.4	Desjardin et al., 1991
La Cabrera, León	15.48	Rodriguez Otero et al., 2000
Assam urbano, India	15.65	Nath et al., 1999
China	15.84	Zhenzhen, 2000
Alpujarra, Granada	15.58	Luna y Fuster, 1999
Mennonitas, México	17	Felt et al., 1990
3 comunidades históricas francesas	17	Bongaarts y Potter, 1983
2 comunidades históricas belgas	17	Bongaarts y Potter, 1983
13 pueblos históricos germánicos	17.9	Bongaarts y Potter, 1983
15 parroquias históricas inglesas	19	Bongaarts y Potter, 1983
Kerala, India	20.32	Singh et al., 1993
Japón	20.8	Nath et al., 1993
Tierra del Fuego, Chile	23.4	Pascual-Sánchez, 2004
Amish	24.4	Cross y McKusick, 1970
Bereberes, Marruecos	24.4	Crognier et al., 2001
Assam rural, India	24.87	Nath et al., 1993
Canadá (1975)	25	Rahim y Ram, 1993
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	26.6	Este trabajo
Gran Bretaña (1975)	27.2	Rahim y Ram, 1993
Uttar Pradesh, India	36.6	Nath et al., 1993

Intervalo ginecológico

Este intervalo equivale al tiempo transcurrido desde el inicio de los ciclos menstruales (inicio teórico de la etapa fértil) hasta la primera maternidad (inicio del intervalo fecundo) e indicaría el “tiempo perdido” en la fase inicial de la vida reproductiva femenina, el período que la mujer podría haber destinado a tener descendencia y no fue utilizado para tal fin.

Es un intervalo definido biológicamente en ambos extremos pero está determinado en gran medida por el parámetro sociocultural del matrimonio e íntimamente ligado al intervalo menarca-matrimonio comentado previamente. Por este motivo, en poblaciones donde el matrimonio es casi universal y la fecundidad se circunscribe al entorno conyugal, la duración de este intervalo está determinada en gran medida por la entrada a la unión matrimonial o consensual (Pascual-Sánchez, 2004). De esta manera, le edad nupcial se considera la entrada efectiva al período reproductor de la mujer y determinará en gran medida la mayor o menor longitud del intervalo ginecológico.

La longitud media estimada en Abra Pampa fue de 9.1 años con un mínimo de 0.84 años (10 meses) y un máximo de 23.2 años. En la Figura 10 se presenta la distribución de longitudes de este intervalo en las mujeres encuestadas en Abra Pampa y puede observarse que la longitud es elevada ya que sólo el 10% refiere intervalos ginecológicos menores a 4 años mientras que el 26.3% presenta longitudes superiores a los 10 años siendo las categorías intermedias entre 4 y 9 años las que reúnen al 63% restante. Esto estaría reflejando que el retraso de la unión conyugal sería el responsable del alargamiento del intervalo entre la menarca y el nacimiento del primer hijo, patrón propio de las sociedades occidentales (Pascual-Sánchez, 2004).

Al analizar la duración del intervalo ginecológico según la edad de la menarca en las mujeres encuestadas se observa que no existen diferencias significativas y que este resultado coincide con el descripto anteriormente donde tampoco se observa una influencia de la edad de la menarca en la longitud del intervalo menarca-matrimonio.

Por el contrario, se encontró una correlación positiva y altamente significativa entre la longitud del intervalo ginecológico y la edad materna al nacimiento del primer hijo, a medida que aumenta la edad a la primera maternidad también aumenta la longitud de este intervalo ($r= 0.6$; $p=0.0$), longitud que depende mayoritariamente del evento que define el final del intervalo.

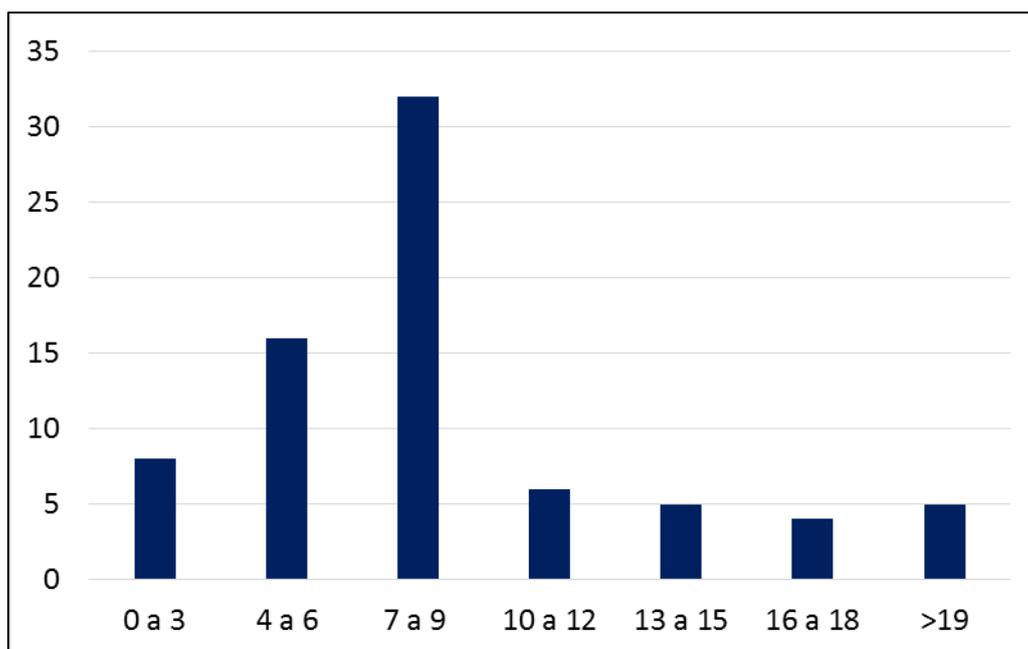


Figura 10: Distribución porcentual de la longitud del intervalo ginecológico en las mujeres encuestadas en Abra Pampa (2007-2008).

A pesar de que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la longitud del intervalo ginecológico según el nivel de estudios de las mujeres encuestadas, aquellas con mayor nivel educativo presentaron una diferencia de 3 años de diferencia con aquellas que solo declararon tener estudios primarios incompletos. Estos resultados se relacionarían con el retraso en la edad nupcial observado en las mujeres encuestadas con mayor nivel educativo y que fue comentado previamente.

Intervalo fecundo

Se considera como intervalo fecundo al tiempo transcurrido entre la edad materna al nacimiento del primero y el último hijo, su longitud informa sobre la fracción de la vida reproductiva que destinan las mujeres de una población a tener descendencia. La longitud del intervalo fértil teórico de la mujer es una significativa fuente de fecundidad diferencial entre las poblaciones humanas. Sin embargo, distintas poblaciones con intervalos reproductores potenciales similares pueden utilizarlo de manera muy diferente por distintas causas: biológicas, económicas, históricas o socioculturales. Por este motivo, el análisis del intervalo fecundo en las mujeres de una población suele ser muy informativo.

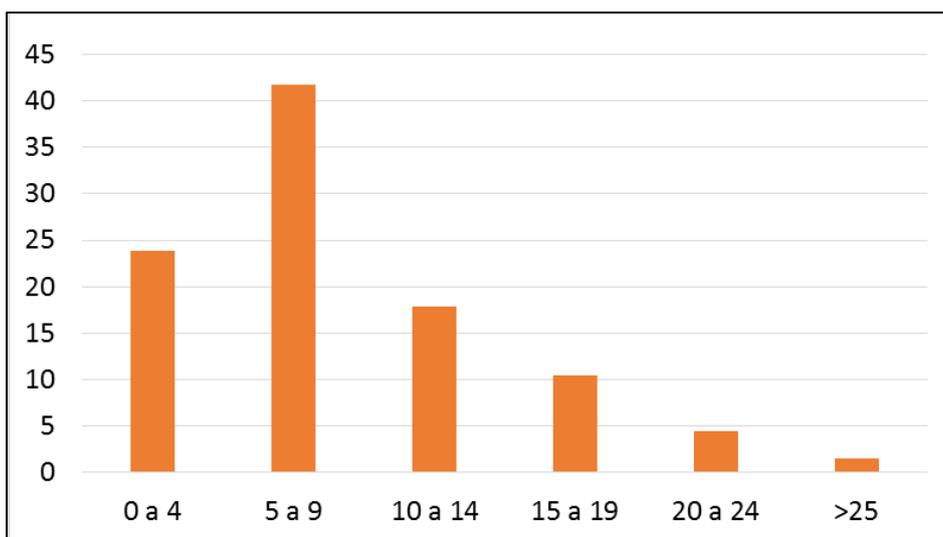


Figura 11: Distribución porcentual de la duración promedio del intervalo fecundo en las mujeres encuestadas en Abra Pampa (2007-2008)

En Abra Pampa la duración promedio de este intervalo es relativamente corta (9.6 años) si se la compara con las obtenidas en otras poblaciones humanas (Tabla 9). En la Figura 11 se observa que los intervalos fecundos más frecuentes son los que duran entre 5 y 9 años (41.8%) seguidos por los menores de 5 años (23.9%).

La longitud del intervalo fecundo está estrechamente relacionada con el tamaño de la progenie que alcanza corroborado por una correlación positiva y altamente significativa entre ambas variables ($r=0.71$; $p=0.0$). Esto es esperable ya que el aumento en la cantidad de hijos supone un alargamiento del intervalo fecundo. La longitud del intervalo fecundo depende en gran medida del tamaño final de la progenie alcanzado y del ritmo de concepción que la mujer adopte. Las mujeres que tienen más descendencia y las que separan más las concepciones es decir tienen intervalos intergenésicos más amplios (este tema se analizará más adelante), son aquellas que presentan mayores intervalos fecundos.

Al analizar la relación entre el intervalo fecundo y el fértil se observa que no existe relación entre las duraciones de ambos. La ausencia de correlación entre ambos intervalos indica que, entre las mujeres encuestadas en Abra Pampa, el intervalo fértil definido biológicamente no está relacionado con el tiempo que destina la mujer a tener su descendencia.

Tabla 9: Longitud del intervalo fecundo para diversas poblaciones humanas. Entre paréntesis el año de nacimiento de las mujeres analizadas)

Población	Longitud media (años)	Bibliografía
Anabaptistas, EEUU (1870-1949)	5.2 – 12.3	Stevenson et al., 1989
España (1911-1937)	6.27 – 8.07	Hernández y Garcia-Moro, 1989
Abra Pampa, Jujuy, Argentina	8.73	Este trabajo
Tierra del Fuego, Chile (1912-1956)	8.89	Pascual-Sánchez, 2004
Maragatería, España (1900-1970)	9.82	Bernis, 1990
Shipibo, Amazonas, Perú (antes de 1971)	13	Hem, 1994
Aymara, Bolivia (antes de 1955)	13.1	Crognier et al., 2002
Mapuches, Río Negro, Argentina (1915-1976)	14.9	Crognier et al., 1996
Amizmiz, Marruecos (antes de 1960)	16.6	Varea, 1990
Bereberes, Marruecos (antes de 1970)	17.1	Crognier et al., 2001

Se compararon las longitudes promedio de las mujeres que declararon usar métodos anticonceptivos (8.73 años) con las que afirmaron no hacerlo (10.8 años) y las diferencias no fueron estadísticamente significativas aunque existen 2 años de diferencia entre ambos subgrupos.

También se analizó la relación entre la duración del intervalo fecundo y la edad al nacimiento del primer hijo y se encontró una relación negativa aunque no significativa estadísticamente. Podría esperarse que el efecto de la edad materna en el intervalo fecundo fuera un reflejo de la disponibilidad temporal para tener un número determinado de hijos. Así, existiría una relación entre la edad a la primera maternidad que delimitaría el tamaño final de la progenie que podría alcanzar y la longitud del período fecundo necesaria para tener esa cantidad de hijos.

En contraposición, se analizó la relación entre el intervalo fecundo y la edad a la última maternidad encontrándose una correlación positiva y significativa ($r= 0.8$; $p= 0.0$)

que indica que cuanto mayor es la edad al nacer el último hijo mayor es la longitud del intervalo fecundo. Este resultado indica que la duración de este intervalo depende tanto del inicio como del final del período.

Intervalo posfecundo

La longitud del período que transcurre desde que la mujer tiene su último hijo hasta que finaliza teóricamente su etapa fértil representa el intervalo posfecundo y también resulta de interés para caracterizar la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa. El análisis de este intervalo, definido por dos eventos biológicos, proporciona información sobre el “tiempo perdido” en la parte final del período reproductor femenino, tiempo teóricamente disponible para tener descendencia que no ha sido utilizado.

Las longitudes de este intervalo entre 10 y 12 años se asocian principalmente a poblaciones de fecundidad natural, mientras que períodos mayores como el registrado en Abra Pampa (17.2 años en promedio) indican un final adelantado del período fecundo relacionado con algún tipo de control de la natalidad en la población (Pascual-Sánchez, 2004).

En la Figura 12 se presenta la distribución porcentual de los intervalos posfecundos de las mujeres de Abra Pampa y puede observarse que el 43.9% presentan longitudes inferiores a los 15 años a pesar de que el intervalo promedio encontrado excede al descripto para poblaciones de fecundidad natural. En la Figura 12 se destaca la distribución bimodal de este intervalo con tres máximos porcentuales, dos en longitudes contiguas (5 a 9 y 10 a 14 años) y el restante en una categoría no contigua (20 a 24 años). Esta última es la que registra el mayor valor con un 25.8%.

Al analizar la relación entre la edad de la madre al nacimiento del último hijo, que define el inicio del intervalo posfecundo, se encontró, como era esperable que a medida que aumenta la edad a la última maternidad se reduce la longitud del intervalo aunque la correlación quedó al borde de la significación estadística ($r = -0.23$; $p = 0.054$). Por otro, la longitud del intervalo posfecundo no presentó diferencias estadísticamente significativas según el uso o no de anticonceptivos.

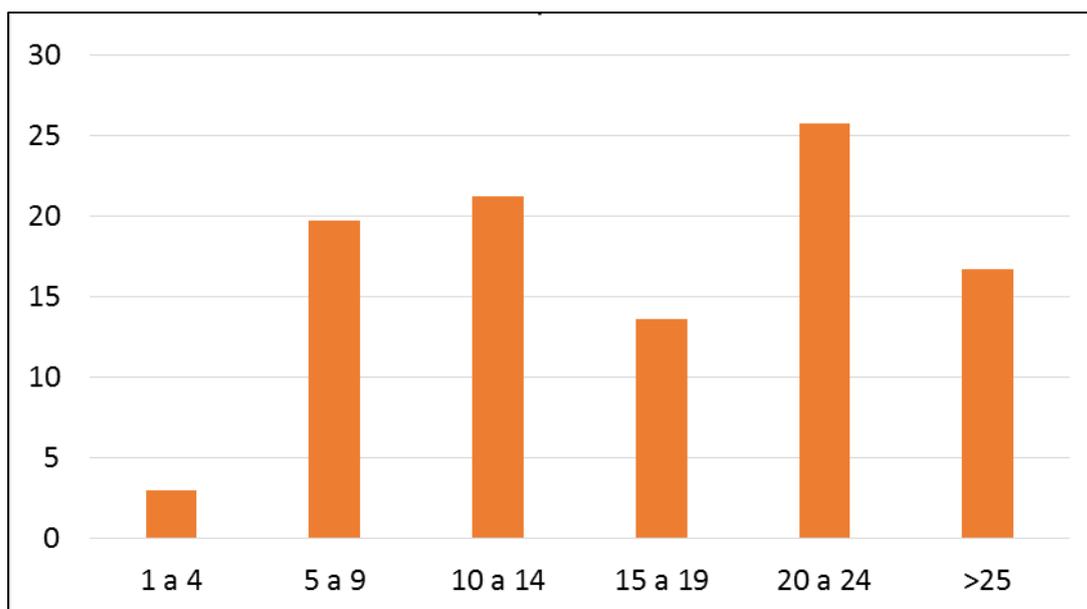


Figura 12: Distribución porcentual de la duración promedio del intervalo posfecundo en las mujeres encuestadas en Abra Pampa (2007-2008)

Los eventos e intervalos descriptos hasta aquí sintetizan la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa encuestadas entre 2007 y 2008. Las variaciones de los niveles de fecundidad están directamente relacionadas con el proceso de la transición demográfica. Si bien se ha hipotetizado que el estrés de la hipoxia, propio de los ambientes de altura, podría reducir la fertilidad, estudios comparativos realizados en poblaciones andinas crónicamente expuestas a la hipoxia no permiten verificar esta hipótesis (Vitzthum y Wiley, 2003). Por el contrario, los escasos resultados disponibles hasta el presente indican que las poblaciones andinas son muy fértiles y fecundas (Vitzthum, 2001; Eichenberger et al., 2003; Gonzáles, 2007). A nivel poblacional este comportamiento podría explicarse porque solo altas tasas de natalidad podrían compensar las pérdidas por las defunciones y la migración y mantener así equilibrado el crecimiento poblacional (Eckes, 1976). También la elevada fertilidad encontrada en los Andes podría deberse a estrategias económicas y de subsistencia familiar basadas en la descendencia (Volland, 1998).

Las tasas de natalidad y fecundidad son habitualmente altas en poblaciones que se dedican a actividades pastoriles, donde es importante la participación de niños y adolescentes (Eichenberger, 2009). Esta es una situación común en las tierras altas jujeñas donde las mujeres, con la asistencia de sus hijos, tienen a su cargo el cuidado de los animales (Pascual et al., 2002).

Análisis de resultados cualitativos

Aquí trataremos acerca de aquellos hitos que marcan la historia sexual y reproductiva de las mujeres de Abra Pampa desde sus propias miradas y elocuciones.

En una aproximación cualitativa, los mismos serán analizados desde un enfoque antropológico y andinista. Para ello, fueron realizadas 10 entrevistas semiestructuradas con mujeres de Abra Pampa de distintas edades y situaciones socioeconómicas. Por su amplitud y riqueza descriptiva sobresale la entrevista realizada a Doña Rosario, la cual adjuntamos en su totalidad en el Anexo II.

Como principal resultado de estas entrevistas y su consecutivo análisis, se encuentran las propias experiencias y percepciones que tienen las mujeres de Abra Pampa sobre aquellos eventos que marcan la vida sexual y reproductiva, la cual difiere sustancialmente -aunque no por ello presenta una contradicción, con la visión occidental, científica y de Salud Pública de los mismos hitos.

Reflexiones antropológicas en torno a la historia reproductiva de las mujeres de Abra Pampa

En esta tesis hemos abordado la caracterización del comportamiento reproductivo y fecundidad femenina de las mujeres de la Puna de Jujuy en Abra Pampa a partir de una amplia encuesta y su correspondiente análisis cuantitativo.

Sin embargo, durante todo el proceso de investigación fuimos constantemente contextualizando y completando los datos recogidos desde distintas aproximaciones cualitativas.

Esta dinámica nos permitió escuchar y comprender como las propias mujeres experimentan los distintos hitos que marcan su salud reproductiva, mostrándonos también varios aspectos que dado su carácter íntimo no pudieron ser abordados por la encuesta.

Estos aspectos tuvieron importancia en el desarrollo de la investigación.

Siguiendo la importancia que, desde su percepción, las mujeres entrevistadas dieron a las preguntas, reflexionaremos aquí sobre los aportes de las aproximaciones cualitativas surgidas de entrevistas en profundidad relacionados a las cualitativas de Embarazo y Aborto (subrayadas en el párrafo anterior).

En lo referido a embarazos las entrevistadas incluyen en embarazo tres momentos.

Por lo cual las variables enriquecidas en el análisis cualitativo son:

- **Embarazos:**
 - Parto
 - Concepción
 - Recepción
- **Aborto**

La riqueza de las subjetividades y el reconocimiento del otro.

En todos los campos disciplinares de las Ciencias Sociales, los enfoques cualitativos se concierne directamente con el método etnográfico, la etnometodología, la fenomenología y las historias de vida. De manera general, ellos permiten una mejor comprensión de las subjetividades, los modos de vida, las estructuras simbólicas y de las diferentes lógicas que estructuran las relaciones sociales.

Uno de los aspectos que surgieron en la encuesta y entrevistas realizadas es la pobre atención que reciben las mujeres en el servicio de salud local a momentos del parto. Esta carencia es formulada principalmente en referencia a las mejores condiciones de atención e infraestructura que existen en los centros hospitalarios de la capital y principales ciudades de la Provincia, tiene también que ver con el carácter “frío” y “despersonalizado” de los hospitales en contraste con los ámbitos y las relaciones vinculadas con la casa, los vecinos y la familia. A esta despersonalización alude directamente Doña Rosario cuando enfatiza que en los hospitales regionales “*nos tratan como a perros*”. Hay que señalar que, no obstante este destrato, las mujeres sostienen que los partos deben realizarse en los hospitales y centros de salud, donde hay mayores posibilidades de enfrentar un problema que en la intimidad de los hogares.

Este malestar generalizado en una escala macrorregional llevó a que desde el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) se pusieran énfasis en la necesidad de que se desarrollen y se apliquen en estas áreas con poblaciones originarias e indígenas “estándares de salud materna con enfoque intercultural” (UNFPA, 2016). Y si bien existe una toma de conciencia sobre esta necesidad de políticas interculturales, no todos los países y distritos administrativos se propusieron en camino de alcanzarlas. Un caso exitoso tuvo lugar en el departamento de Potosí (Bolivia), pionero en diseñar y poner en marcha un programa de Salud Intercultural tanto en los ámbitos rurales como urbanos (Tapia y Delgadillo, 2010). La amplitud del enfoque intercultural de la salud se muestra

claramente en el Hospital Bracamonte de la ciudad de Potosí donde, al mismo tiempo de brindar un servicio de “medicina tradicional”, se llevó a cabo una intensa capacitación del personal médico y de enfermería en temas referidos a la interculturalidad (Tapia y Delgadillo, 2010). Pero más aún, también se adecuaron las salas de parto para que sean más semejantes a los ambientes familiares, se revistieron las paredes con texturas y colores más cálidos, se reguló la iluminación, y se construyeron ambientes para alojar a los familiares durante la gestación.

Embarazos: Partos, concepción y recepción

De las entrevistas surge que el embarazo es percibido como un prolongado periodo crítico de la futura madre que denomina “enfermarse”.

Varios aspectos del embarazo intervienen simultáneamente para que se lo considere como un estado de enfermedad. Por un lado, los síntomas de malestar que experimenta la futura madre y su progresivo distanciamiento de las actividades económicas (agricultura, pastoreo, comercio) y sociales. Por otro lado, y vinculado con lo anterior, la necesidad de reposo, que lleva a la futura madre a alejarse también de muchas tareas domésticas, y en consecuencia, demandan una mayor participación del resto de la familia.

“Y para la mujeres enfermarse es si ya se va a enfermar una mujer en la puna todo el día tiene trabajo desde la 6 de la mañana hasta las 8 algunas duermen pero esos días antes de enfermarse no puede ver sus ovejas no puede ver sus niños no puede ver un montón de cosas que hace todos los días normales antes de enfermarse no puede hacer otras cosas”. Doña Rosario. Línea 39 a 43

Pero al mismo tiempo se vincula con una concepción indígena o tradicional del propio proceso de gestación y parto, los cuales resultan tan sagrado como peligroso. Sagrado porque, retomando las palabras de Xavier Albó, todo nacimiento “*es un momento clave para fijar las relaciones del nuevo ser traído al mundo y de quienes lo cobijan con todo el universo sagrado en que el recién nacido viene a insertarse*”. (Albó 1994). Peligroso porque, tal como lo señala Platt (2002), el embarazo no deja también de ser percibido y experimentado, con mayor o menor intensidad, como una lucha de la futura madre por sobrevivir a la voracidad de la entidad que lleva en el interior de su cuerpo, por entonces un ser no totalmente humano y que se alimenta de su sangre.

Los preparativos del parto

Dentro del mundo andino los preparativos del parto tienen que ver con toda una ceremonia de ritualidad que lo acompaña el pariente más cercano a la parturienta, siendo la madre principalmente, luego la abuela y en caso de no tenerlas entonces una hermana o una prima.

En los preparativos del parto la entrevistada se refiere a la importancia de los alimentos:

“... por ejemplo para apurar el parto cuando te atienden en la casa que algunas veces te dan es con el huevo de suri hay que molerlo bien hasta que se hace polvo la cascara bien molida con aceite y yo supongo que es bien cálido pero es impresionante como te apura, también puede ser un tecito caliente con orégano o perejil y es impresionante como apura el parto.

Aquí te dan té caliente de orégano o perejil bien caliente o salvia o romero también, como te da mucho frío quizás eso caliente te apura el parto, un huevo de suri con aceite es lo mejor”. Línea 79 a 86

Los cuidados del posparto

En la entrevista se expresa la importancia de la persona que recibe al bebé y la correlacionan con la importancia de tres momentos en la vida: nacimiento, bautismo y casamiento:

*“La mamá elige quien te agarra al bebé porque se dice que si se le chorrea la sangre de esa persona a tu bebé, él bebé que nace con la persona que lo agarra va a ser del mismo carácter misma personalidad del que te lo recibió, igual que el bautismo por eso se busca una persona especial para los bautismo no puede ser cualquier persona. Aquí sigue siendo así todavía están hasta el padrino de casamiento esas tres cosas, nacimiento, bautismo y casamiento **son como tres momentos especiales en la vida de los puneños**”. Línea 221 a 230*

Por ejemplo se refiere a su personalidad relacionada con la madrina de bautismo:

“Mi madrina de bautismo mi mamá siempre decía que era súper activa buena y se murió joven y mi padrino era más rebelde dice mi mamá que no le dejó que me agarre él. Mi mamá siempre me decía vos sos igual que tu madrina mira ese es tu padrino si te hubiera agarrado él mira lo que hubieras sido....

Y mi abuela me había agarrado a mí cuando nací Era una mujer súper amable buena nunca se pelió con nadie..... la otra era curandera la mamá de mi papá era curandera a lo mejor por eso yo presiento mucho cuando algo me va a pasar yo siento antes las cosas

siempre les digo a mis hijos que se cuiden, el año pasado mi hijo se volcó en la camioneta yo estaba en Pueblo viejo con mis llamas y yo les dije porque no me avisaron que uno de ustedes había viajado yo en la noche había soñado antes de pase”. Línea 230 a 240

El cordón umbilical, la uña y la placenta

En la entrevista le da especial importancia al manejo de estas partes. Respecto al cordón umbilical , respondiendo a la pregunta si se lo cortan, dice:

“Si lo cortan y lo guardan y además es remedio pero los abuelos siempre te hacían poner si tenías algún problema en los ojos los mojan con agua de rosas y te los pasan por los ojos y se cura al oído”. Línea 274 a 276

En su forma de entender el posparto al cordón le dan valor curativo. Incluso sugiere que este valor se mantiene a través del tiempo por que guardan el cordón. Responde a la pregunta si lo guardan de esta forma:

“Siempre se lo guardan hasta grande lo guardan”. Línea 310

A las uñas también le otorgan un valor curativo, que en este caso la relacionan con la fajada y la sahumada de la pieza.

“La mujer tiene que estar bien fajada y te sahúman para el aire la pieza esta sahumada después a los 9 días te lavan la cabeza con yuyos te cortan las uñas y las queman y te las dan de tomar, las uñas de los pies y de las manos te las cortan las queman las tuestan las muelen y te las dan de tomar con el té de yuyo de romero de ruda de orégano”.

La fuerza curativa y recomponedora de esta combinación es expresada con claridad en la entrevista:

“Te cortan las uñas te dan el tecito y las sopa con ruda y te meten en cama y ya al otro día te levantas feliz y ya de apoco vas a salir a trabajar, muy pocas son las mujeres que se pasan un mes sin hacer nada, normalmente están solas las mujeres así que tiene que levantarse y ya sola vas haciendo tus cosas”. Línea 296 a 300

Con respecto a la placenta, la relacionan directamente con la fertilidad, al enterrarla de una forma particular mantiene la matriz en buenas condiciones:

“La entierran debajo de alguna cocina... de la cocina normalmente.. o del fueguero... donde haya calor... porque ellos dicen que así se conserva la matriz Siempre tiene que estar debajo de algo caliente

.. yo siempre les digo que ni la vida misma ni la muerte, es parecida a la de Ustedes, porque para nosotros la muerte es otra cosa..

Para nosotros los muertos siguen estando, en nuestras vidas... en nuestras cosas...

Yo le decía a un antropólogo “ ni vos ni yo, somos iguales de ninguna manera” porque cuando vivimos somos distintos y cuando morimos también”. Línea 373 a 380

Aborto

De manera general, en el área andina, el aborto, sea cual sea el motivo, no significa la pérdida de un bebe en gestación, sino la liberación en el espacio social de una entidad no formada con características más cercanas al universo de los diablos y los muertos. En el sur de Bolivia, los espíritus de estos seres son llamados como qarawawas (Cruz, 2012), mientras que en noroeste argentino y norte de Chile se los identifica como duendes.

Sobre los duendes, Doña Rosario nos cuenta que:

“Son los niños no bautizados los niños no nacidos, hay gente que te dice que lo ha visto ellos dicen que es un niño, una vez un hermano de mi mama veníamos volviendo del campo a la ciudad veníamos por las vías y había un puesto cerca de las vías que nunca nadie quería cruzarlo porque ahí siempre jugaba un niño un duende y que cuando pasabas él te decía papa, él dice que le decía papa y lo seguía detrás de él y se daba vuelta y veía un niño pequeño, cuando llegaba al frente de la iglesia se quedó ahí quieto rezando y el niño desapareció”.

Llámense qarawawas, duendes, o duendecitos, se trata de entidades “no-humanas” que afectan particularmente a los niños pequeños. Por esta razón, en las áreas rurales del noroeste de Argentina y sur de Bolivia, se realizan determinadas prácticas rituales, que incluyen el bautismo post-mortem, para que un aborto o feto no se convierta en un qarawawa o duende, contrarrestar la condición maligna que es intrínseca a todo ser que se está gestando.

Doña Rosario también nos cuenta:

“los abuelos siempre te dicen que no hay que tirar a los niños (fetos), hay que llevarlos al cementerio con agua bendita, y siempre van acompañados por una persona mayor.”

El hecho que Doña Rosario se refiera a los fetos como “niños”, pone en evidencia como estos seres no-humanos, o no totalmente humanos, son considerados como personas a parte entera, en tanto poseen existencia y personalidad.

El análisis cualitativo realizado revela la manera particular en que las mujeres de Abra Pampa experimentan y perciben su y vida reproductiva, las cuales difieren en muchos aspectos, de las concepciones occidentales, científicas o de Salud Pública. Es importante señalar, no obstante, que estas diferentes maneras de concebir y experimentar sus cuerpos no son excluyentes ni implican una contradicción ontológica.

Las mujeres reflejan una capacidad de articular diferentes realidades, incluso de manera, simultánea, que a nuestros ojos muchas veces resultarían incompatibles. Escucharlas contar acerca de sus propias experiencias de vida y, de manera general, sobre el mundo, implica el reconocimiento pleno de sus pensamientos.



Ph: María Magdalena Sánchez de Bustamante

CONCLUSIONES

En esta tesis por primera vez se caracteriza el comportamiento reproductivo y la fecundidad en mujeres de la Puna de Jujuy, mediante una encuesta demográfica individual y exhaustiva.

El análisis de los distintos eventos e intervalos de la historia reproductiva de las mujeres encuestadas en Abra Pampa muestra valores bajos para las edades de la menarca, nupcial y del nacimiento del primer hijo y una reducción significativa del intervalo ginecológico definido por las dos primeras edades mencionadas. En contraposición, la naturaleza del cese de la fertilidad y el uso de métodos anticonceptivos condicionan algunos eventos e intervalos de la parte final de la historia reproductiva de las mujeres encuestadas en Abra Pampa.

Del análisis realizado sobre el intervalo protogenésico se observa que gran parte de las mujeres encuestadas en Abra Pampa se incorporan rápidamente a la reproducción una vez realizada la unión conyugal. No obstante, existen en la población mujeres que retrasan el inicio de su reproducción de manera voluntaria mediante el uso de métodos anticonceptivos. También se han identificado casos en que se han concebido e incluso han nacido hijos previos a las uniones matrimoniales o consensuales.

La duración del intervalo ginecológico en las mujeres encuestadas en Abra Pampa está fuertemente determinada por un suceso sociocultural como es la unión conyugal.

La duración del intervalo fecundo en las mujeres de Abra Pampa viene establecida principalmente por el tamaño final de la progenie y su ritmo de concepción; un número final de hijos más elevado y un mayor espaciamiento de la descendencia determinan una longitud mayor del intervalo fecundo. Las edades maternas que definen este intervalo (nacimiento del primer y último hijo) influyen en la duración del período que las mujeres destinan a tener su descendencia. Así, tener el último hijo a edades avanzadas está generalmente relacionado con un alargamiento del intervalo fecundo. Las prácticas anticonceptivas son variables que también modulan la longitud de este intervalo.

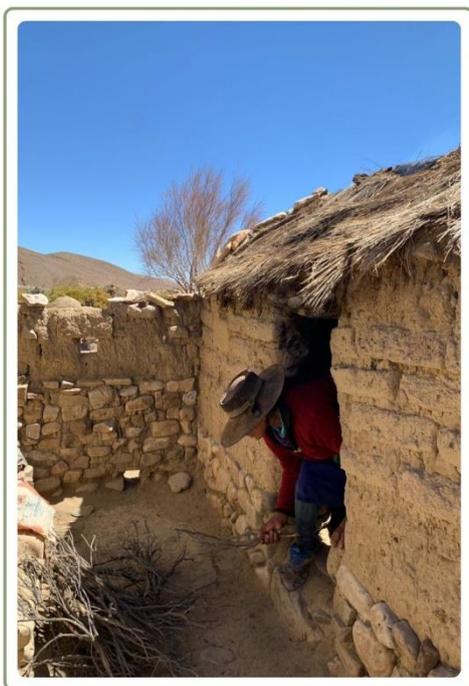
La duración del intervalo que va desde el final del período fecundo (última maternidad) hasta el final del intervalo fértil (menopausia) es elevada en la población de Abra Pampa. Este resultado evidencia el control de la fecundidad practicado por las mujeres encuestadas. Así, adelantan la llegada del último hijo con respecto a las poblaciones de fecundidad natural y, en consecuencia, alargan el intervalo posfecundo.

Entre los factores que podrían influir en la duración de este intervalo se destaca la edad a la última maternidad y el uso de métodos anticonceptivos.

No se descarta que estas características demográficas puedan representar una estrategia reproductiva relacionada al modelo de subsistencia familiar basado en la descendencia, característico de estas regiones y en estrecha relación con otras condiciones socioeconómicas y culturales de estas poblaciones.

Las encuestas de fecundidad incorporan cada vez un mayor componente de información en salud, pero si se desea mantener en la investigación sociodemográfica de la fecundidad una visión estructural, parece cada vez más importante pensar el comportamiento reproductivo a partir de una perspectiva más amplia de vinculaciones entre sexo y sociedad, poder y autonomía.

Es desde esta perspectiva que las temáticas de investigación sociodemográfica pueden hacer aportes para articular más claramente en las políticas y programas de población conceptos y prácticas ligadas a la condición social de la mujer e incorporar en el análisis de la fecundidad los procesos de diferenciación social que muchas veces se han ignorado. Esto resulta fundamental en la actualidad y puede constituir un verdadero aporte de la academia, en virtud de que la reproducción se encuentra en el centro de diversas problemáticas sociales.



Ph: Guadalupe Miles

BIBLIOGRAFÍA

- ABAN L (1983) Cien años de Abra Pampa. Biblioteca Popular
- AGADJANIA, V. 2000. Women's work and fertility in sub-Saharan urban setting: a social environment approach. *Journal of Biosocial Science*, 32, 17-35.
- ALBÓ, X. (1987). Formación y evolución de lo aymara en el espacio y el tiempo. *Coloquio Estado y Región en los Andes*, pp. 29-43. CBC, Cusco.
- ALFARO, EL; DIPIERRI, JE (1996) Isonimia, endogamia, exogamia y distancia marital en la Provincia de Jujuy. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 1(1): 41-56.
- ÁLVAREZ G, LUCARINI A, Y MARIO S, (2003) La pobreza a partir de los datos censales: nuevos desarrollados basados en la capacidad económica de los hogares. *Censo Experimental*, Pergamino, 1999. VI Jornadas Argentinas de Estudios de la Población. Asociación de Estudios de la Población Argentina (AEPA). Buenos Aires. Pp. 167-18
- ANNIS, LF. (1978) *The child before birth*. Cornell University Press. Ithaca.
- ARNEY, W (1982) *Power and the profession of Obstetrics*. University of Chicago Press: Chicago.
- ARNOLD, D. (1997). Introducción. En *Más allá del Silencio. Las Fronteras de Género en los Andes*, compilado por D. Arnold, pp. 13-52. CIASE/ILCA, La Paz.
- ARNOLD, D. (2006). Hacer al hombre a imagen de ella: aspectos de género en los textiles de Qaqachaka. *Chungara* 26:79-114.
- ARNOLD, D. Y J. YAPITA (1996). Los caminos de género en Qaqachaka: saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los andes. En *Ser Mujer Indígena, Chola o Birlocha en la Bolivia Postcolonial de los Años 90*, editado por S. Rivera Cusicanqui, pp. 303-392. Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz.
- ARNOLD, D. Y J. YAPITA (1998). Río de Vellón, Río de Canto. *Cantar a los Animales, Una Poética Andina de la Creación*. Colección Academia N° 8, Hisbol e ILCA, La Paz.
- ARNOLD, D. Y J. YAPITA (1999). *Vocabulario Aymara del Parto y de la Vida Reproductiva de la Mujer*. Family Health International e ILCA, La Paz
- ARYAL, R.H. (1991). Socioeconomic and cultural differentials in age at marriage and the effect on fertility in Nepal. *Journal of Biosocial Science* 23(2): 167-78.
- BARRAGÁN, R (2008) *Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación*. PIEB Editores.
- BAY, G., DEL POPOLO, F., FERRANDO, D. (2003), "Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a los países latinoamericanos", *Serie Población y Desarrollo*, num. 43, CEPAL, Santiago de Chile.
- BEALL, C.M. (1983). Ages at menopause and menarche in a high-altitude Himalayan population. *Annals of Human Biology* 10(4): 365-70.

BERNIS, C. (1974). Estudio biodemográfico de la población maragata. *Tesis doctoral*. Universidad Complutense de Madrid.

BERNIS, C. (1990). Canvis en els models de reproducció humana: fets i problemes teòrics. *En: Poblacions, societats i entorns*. 260-81. Barcanova. Barcelona.

BERTRANPETIT, J. (1981). Estructura demogràfica y genética de la población de Formentera. *Tesis doctoral*. Universitat de Barcelona.

BETZIG L. (1998) Mating and parenting in Darwinian perspective. EN. Human reproductive behavior. Betzig, Bojerhoff , Mulder and Turke . Eds. Cambridge University Press.

BEYENE, Y. AND MARTIN, M.C. (2001). Menopausal experiences and bone density of Mayan women in Yucatan, Mexico. *American Journal of Human Biology* 13: 505-11.

BINSTOCK, G Y CABELLA, W (2011) La nupcialidad en el Cono Sur: evolución reciente en la formación de uniones en Argentina, Chile y Uruguay. En: Nupcialidad y familia en la América Latina actual. Binstock, G y Melo Vieira, J (Coord). Serie Investigaciones N° 11. ALAP Editor. Rio de Janeiro, Brasil.

Blázquez, M., 2005. «Aproximación a la Antropología de la Reproducción». *Revista AIBR*, 42: julio-agosto.

BOLSI A, LONGHI F, Y PAOLASSO P, (2009) Pobreza y mortalidad infantil en el norte grande argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas. *BIBLID* [0210-5462 (2009-2); 45: 231-261.

BONGAARTS, J Y POTTER, RG (1983) Fertility, biology and behavior. An analysis of the proximate determinants. New York: Academic Press.

BONGAARTS, J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review* 4(1): 105-132.

BONGAARTS, J. AND POTTER, R. (1983). *Fertility, biology, and behavior. An analysis of the proximate determinants*. Academic Press. New York.

BROWNER, C Y SARGENT, C. (1990) *Anthropology and Studies of Human Reproduction*. En: *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Praeger: New York. Carolyn Sargent, Thomas Johnson.

BUGALLO, L Y VILCA, M (2011) Cuidando el ánimo: salud y enfermedad en el mundo andino (puna y quebrada de jujuy, argentina) , Nuevo Mundo Mundos Nuevos [<http://journals.openedition.org/nuevomundo/61781>; DOI : 10.4000/nuevomundo.61781

CALDWELL, R., ORUBULOYE, I.O., CALDWELL, P. (1992) Fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, 18 (2).

CASAS TORRES, J. M. (1982) Población, desarrollo y calidad de vida: curso de geografía de la población I, Madrid, Rialp.

CAVALLI-SFORZA, L.L. AND BODMER, W.F. (1981). Genética de las poblaciones humanas. Ediciones Omega. Barcelona.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008) La fecundidad en América Latina: Un descenso acelerado y heterogéneo con profundas transformaciones demográficas y sociales. Observatorio demográfico N° 5. Santiago de Chile.

CHACKIEL, J Y SCHKOLNIK, S (2003) América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. Población y Desarrollo, Serie 42: 1-41. CELADE Santiago de Chile.

CHACKIEL, J. (2004), "La transición de la fecundidad en America Latina 1950-2000", Papeles de Población, num. 41, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

CHARBONNEAU, H.; DESJARDINS, B.; GUILLEMETTE, A.; LANDRY, Y.; LEGARE,.; NAULT, F. (1987). *Naissance d'une population. Les Français établis au Canada au XVIIe siècle*. Institut National d'Études Démographiques. Presses de l'Université de Montréal.

CHAVEZ CHURA, NA (2006) Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal en el centro de salud - Pucarani durante el primer semestre gestión 2006. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica Unidad de Post-Grado Investigación y Propuesta de Intervención Para optar el título en ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD.

CLEGG, E. (2001). Starting, spacing and stopping in the reproductive histories of Outer Hebridean families. *Journal of Biosocial Science* 33(3): 405-26.

COALE, A. J. (1977) The development of new models of nupciality and fertility. *Population*. Especial Septiembre. 131-51.

COMAS, D., (1998) *Antropología económica*. Ariel. Barcelona.

COMINSKY, S (1977) *Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca*. En: Revista: "Medical Anthropology". No. 3, Vol.1, pp. 69-104.

CROGNIER, E (1994) DARWINIAN FITNESS AND REPRODUCTIVE STRATEGIES IN HUMAN POPULATIONS. THE CASE of Berber groups of Morocco. *Journal of Human Ecology* 4(1): 77-88.

CROGNIER, E.; BAALI, A.; HILALI, M.K. (2001). Do "helpers at the nest" increase their parents' reproductive success? *American Journal of Human Biology* 13(3): 365- 73.

CROGNIER, E.; ELIZONDO, S.; CARATINI, A.L.; ZUBIETA, N.I.; NIBORSKY, R.; CARNESE, R.F. (1996). Los comportamientos reproductivos de la población mapuche de la provincia de Río Negro. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 1(1): 86-97.

CROGNIER, E.; VILLENA, M.; VARGAS, E. (2002). Helping patterns and reproductive success in Aymara communities. *American Journal of Human Biology* 14(3): 372-9.

CROSS, H.E. AND MCKUSICK, V.A. (1970). Amish demography. *Social Biology* 17: 83-101.

CRUZ, P (2012) El mundo se explica al andar. Consideraciones en torno a la sacralización del paisaje en los Andes del sur de Bolivia (Potosí, Chuquisaca) Indiana, vol. 29, pp. 221-251 Ibero-Amerikanisches Institut Preußischer Kulturbesitz Berlin, Alemania

DENZIN, N y LINCOLN Y (2012). Manual de Investigación Cualitativa. GEDISA.

DESJARDINS, B.; BIDEAU, A.; HEYER, E.; BRUNET, G. (1991). Intervals between marriage and first birth in mothers and daughters. *Journal of Biosocial Science* 23(1): 49-54.

DI CESARE, M (2007), “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe”, serie Población y Desarrollo, N° 72 (LC/L.2652-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

ECKES L. (1976) Altitude adaptation. IV. Fertility and reproduction at high altitudes. *Gegenbaurs Morphol Jahrb* 122(5):761-770.

EICHENBERGER J, DIPIERRI JE, ALFARO EL. (2003) Evolución y variación regional de la fecundidad y natalidad en la provincia de Jujuy. *Rev Arg Antrop Biol* 5(1):122.

EICHENBERGER, J; ALFARO, EL; DIPIERRI, JE (2009) Transición demográfica en la provincia de Jujuy: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 11(1): 15-23.

FAROOQ, G., Y SIMMONS, G. (1985) *Fertility in Developing Countries*. 1a. ed. London, MacMillan.

FELT, J.C.; RIDLEY, J.C.; ALLEN, G.; REDEKOP, C. (1990). High fertility of old colony Mennonites in Mexico. *Human Biology* 62(5): 689-700.

FERRANDO, D. (2004), “La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras”, Serie Población y Desarrollo, num. 42, CEPAL, Santiago de Chile.

FLÓREZ, C. (1990). La transición demográfica en Colombia: efectos en la formación de la familia. Ediciones Uniandes-Universidad de Las Naciones Unidas. –

FLÓREZ, C. (1994) Los grupos de alta fecundidad en Colombia 1990. Documentos CELADE, edited by CELADE, LC\DEM\R.212 Serie A. 1a. ed. No. 292. Naciones Unidas. CELADE.

FLÓREZ, C. Y NÚÑEZ, J. (2002) "Teenage childbearing in latin 37merican countries". En Documentos CEDE, No. 1. Universidad de los Andes, Facultad de Economía.

FOLLÉR, M, GARRET, M., HANSSON, L. Human Ecology and Health: its Development and Central Themes. Human Ecology and Health. Foller, M., Hansson, L (eds). Göteborg University. 1996.

FOSCHIATTI, AM (2010) La natalidad y la fecundidad. Resúmenes. Revista Geográfica Digital IGUNNE. Facultad de Humanidades Año 7 N° 13. Disponible en hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/Geo13/archivos/natali.pdf.

FREEDMAN, R. AND BLANC, A.K. (1992). Fertility trasion: an update. *International Family Planning Perspectives*. 18 (2): 44 - 50

FRICKE, T. AND TEACHMAN, J.D. (1993). Writing the names: marriage style, living arrangements, and first birth interval in a Nepali society. *Demography* 30(2): 175-88.

FUENTES, A (2010) Fecundidad y fertilidad: Aspectos generales. Rev. Med. Clin. Condes 21 (3): 337-346.

GARCÍA, B y Rojas, OL (2002) "Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina", en Papeles de Población, Nueva época, núm. 32, México

GARCÍA-MORO, C.; COLET, M.; MORAL, P.; GONZÁLEZ-MARTÍN, A.; HERNÁNDEZ, M. (2000a). Edad de la menarquia en la Isla de Pascua. En: Varela, T.A.(ed). *Investigaciones en biodiversidad humana*.p. 485-90. Universidad de Santiago de Compostela. Sociedad Española de Antropología Biológica.

GARRIDO-LATORRE, F.; LAZCANO-PONCE, E.C.; LÓPEZ-CARRILLO, L.;HERNÁNDEZ-AVILA, M. (1996). Age of natural menopause among women in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet* 53(2): 159-66.

GEERTZ, C. (1984) From the native's point of view: On the nature off anthropological understanding. EN: Culture Theory; Essay on Mind, Self, and emotion. Edited by R.A. Shweder y R. Levine. Cambridge University Press NY.

GIBSON, M. AND MACE, R. (2002). The impact of labor-saving technology on first birth intervals in rural Ethiopia. *Human Biology* 74(1): 111-28.

GÓMEZ PÉREZ, R. (2001) Iguales y distintos. Introducción a la antropología cultural. Madrid, Eiunsa.

GONZALES, G.F. AND ORTIZ, I. (1994). Age at menarche at sea level and high altitude in Peruvian women of different ethnic background. *American Journal of Human Biology* 6: 637-40.

GONZALEZ GF. (2007) Peruvian contributions to the study on human reproduction at high altitude: From the chronicles of the Spanish conquest to the present. *Resp Physiol and Neurobiol* 158:172-179.

GOODMAN, M.J.; ESTIOKO-GRIFFIN, A.; BION GRIFFIN, P.; GROVE, J.S. (1985). Menarche, pregnancy, birth spacing and menopause among the Agta women foragers of Cagayan Province, Luzon, the Philippines. *Annals of Human Biology* 12(2): 169-77.

GRAY, S.J. (1994). Comparison of effects of breast-feeding practices on birth-spacing in three societies: Nomadic Turkana, Gainj, and Quechua. *Journal of Biosocial Science* 26(1): 69-90.

GREKSA, L.P. (1990). Age of menarche in Bolivian girls of European and Aymara ancestry. *Annals of Human Biology* 17(1): 49-53.

GREKSA, L.P. (2002). Population growth and fertility patterns in an Old Order Amish settlement. *Annals of Human Biology* 29(2): 192-201.

HARPENDING, HC; DRAPER, P; PENNINGTON, R (1990) Cultural evolution, parental care and mortality. En: Disease in populations in transition. Swedlund and Armelagos (eds). New York – London: Bergin & Garvey.

HENRY, L. (1961). Some data on natural fertility. *Eugenics Quarterly* 8: 81-91.
HENRY, L. (1964). Mortalité intra-utérine et fécondabilité. *Population* 19(5): 899-940.

HERN, W. (1992), “Polygyny and fertility among the Shipibo of the Peruvian Amazon”. Population Studies, vol. 46, num 1, Population Investigation Committee, London.

HERNÁNDEZ, I (1992) Los indios de Argentina. Colección Indios de América. MAPFRE. Madrid.

HERNÁNDEZ, M. AND GARCÍA-MORO, C. (1987). Evolución de la edad de menarquia en Cataluña (1909-1965). En: Antropología-Etnografía 4: 291-8. Ed. Eusko Ikaskuntza, S.A. Donostia.

IBÁÑEZ DE NOVION, H.P., NOGALES, A.M., OLIVEIRA, S. (2004) Estimaciones de fecundidad en poblaciones afro-descendientes rurales brasileñas. En: Biología de poblaciones humanas, diversidad, tiempo, espacio. Editado por J.E. Egocheaga (Oviedo: Universidad de Oviedo). p. 885- 896.

INDEC (2001) Censo Nacional de Población y Vivienda. Disponible en: www.indec.mecon.gov.ar.

JARAMILLO, L. (1993) Fecundidad de las Adolescentes. 1a. ed. Bogotá: INS, CCRP, PROFAMILIA.

JOHNSTON, S.L. (2001). Associations with age at natural menopause in Blackfeet women. *American Journal of Human Biology* 13: 512-20.

JUNQUEIRA DO LAGO, M.; FAERSTEIN, E.; DE SOUZA LOPES, C.; WERNECK, G.L. (2003). Family socio-economic background modified secular trends in age at menarche: evidence from the Pró-Saúde Study (Rio de Janeiro, Brazil). *Annals of Human Biology* 30(3): 347-52.

KAC, G.; COELHO, M.A.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G. (2000). Secular trend in age at menarche for women born between 1920 and 1979 in Rio de Janeiro, Brazil. *Annals of Human Biology* 27(4): 423-8.

KHALIFA, M.A. (1986). Determinants of natural fertility in Sudan. *Journal of Biosocial Science* 18: 325-36.

KIRK, D. Teoría de la Transición Demográfica. *Población & Sociedad*. 1999. 6/7. 317 – 368.

KITZINGER, SHEILA. (1978) *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*. Vintage Books: New York.

KOMLOS, J. (1989). The age at menarche and age at first birth in an undernourished population. *Annals of Human Biology* 16(5): 463-6.

KWAWUKUME, E.Y.; GHOSH, T.S.; WILSON, J.B. (1993). Menopausal age of Ghanaian women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 40: 151-5.

LEAVITT, J. (1986) *Brought to Bed: childbearing in America 1750-1950*. Oxford University Press: New York.

LEIDY, L.E. (1998). Menarche, menopause, and migration: implications for breast cancer research. *American Journal of Human Biology* 10(4): 451-7.

LEIDY, L.E. (2001). Menopause as a measure of population health: an overview. *American Journal of Human Biology* 13: 429-33.

LIMÓN, A. Y E. CASTELLOTE, 1980. «La medicina popular en torno al embarazo y parto a principios de siglo». En M. Kenny y J. De Miguel. *Antropología médica en España*. Anagrama. Barcelona.

LIVI-BACCI, M. (1993). *Introducción a la demografía*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.

LÓPEZ-RUIZ, L; SPIJKER, J; ESTEVE, A (2011) Edad de entrada en unión y expansión educativa en América Latina, 1970-2000. En: Nupcialidad y familia en la América Latina actual. Binstock, G y Melo Vieira, J (Coord). Serie Investigaciones N° 11. ALAP Editor. Rio de Janeiro, Brasil.

LUNA, F. (1981). *Biología de la población alpujarreña: evolución y estructura*. Universitat de Barcelona

LUNA, F. AND FUSTER, V. (1999). Determinants of protogenetic interval in a West Mediterranean rural population: La Alpujarra (Southeast Spain). *Anthrop Anz* 57(4): 319-24.

MADRIGAL, L. (1991b). The reliability of recalled estimates of menarcheal age in a sample of older women. *American Journal of Human Biology* 3(2): 105-10.

MALINA, R.M.; CHUMLEA, C.; DUTTON STEPICK, C.; GUTIERREZ LOPEZ, F. (1977). Age of menarche in Oaxaca, Mexico, schoolgirls, with comparative data for other areas of Mexico. *Annals of Human Biology* 4(6): 551-8.

MANLOVE, J., E. Terry, L. Gitelson, A.R. Papillo, y S. Russell, 2000, "Explaining demographic trends in teenage fertility 1980-1995", en *Family Planning Perspectives*, 32(4)

MASNICK, G.S. (1979). The demographic impact of breastfeeding: a critical review. *Human Biology* 51(2): 109-25.

MCALPINE, P.J. AND SIMPSON, N.E. (1976). Fertility and other demographic aspects of the Canadian Eskimo communities of Igloodik and Hall Beach. *Human Biology* 48(1): 113-38.

MCDEVITT, TH, ADLAKHA, A., FOWLER, T. Y HARRIS-BOURNE, V. (1996) ICP/95-1, Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World. 1a. ed. Washington, D.C., U.S. Bureau of the Census.

MEDINA HERNÁNDEZ, EJ (2012) Diferenciales regionales de la fecundidad según el nivel educativo de las mujeres colombianas en edad fértil. *Sociedad y Economía* 23: 205-234.

MICHAELSON, K (1988) *Childbirth in America: Anthropology perspectives*. Bergin and Garvey: South Hadley Mass.

MONTES, F. (1984). *La Máscara de Piedra. Simbolismo y Personalidad Aymaras en la Historia*. Editorial Quipus, La Paz.

MORABIA, A. AND COSTANZA, M.C. (1998). The World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives: International variability in ages at menarche, first livebirth and menopause. *American Journal of Epidemiology* 148: 1195-205.

NATH, D.C.; LAND, K.C.; GOSWAMI, G. (1999). Effects on the status of women on the first-birth interval in Indian urban society. *Journal of Biosocial Science* 31(1): 55- 69.

NATH, D.C.; LAND, K.C.; GOSWAMI, G. (1999). Effects on the status of women on the first-birth interval in Indian urban society. *Journal of Biosocial Science* 31(1): 55- 69.

NATH, D.C.; SINGH, K.K.; LAND, K.C.; TALUKDAR, P.K. (1993). Age of marriage and length of the first birth interval in a traditional indian society: life table and hazards model analysis. *Human Biology* 65(5): 783-97.

NORTH, K.E.; MACCLUER, J.W.; COWAN, L.D.; HOWARD, B.V. (2000). Gravidity and parity in postmenopausal American Indian women: The Strong Heart Study. *Human Biology* 72(3): 397-414.

PALEARI, A (1986) *Diccionario Geográfico de la Provincia de Jujuy*. Instituto Geográfico Militar. Buenos Aires.

Pascual-Sánchez, J (2004) *Caracterización de la historia reproductora y análisis de la fecundidad de las mujeres de Tierra del Fuego*. Tesis Doctoral. Departamento de

Biología Animal, Unidad de Antropología, Universidad de Barcelona. Disponible en: www.tesisenxarxa.net/TDX-0222107-111002.

PELÁEZ, CA; ARGÜELLO, O (1982) Envejecimiento de la población en América Latina: tendencias demográficas y situación socioeconómica. Notas de Población, Nro.30. San José, Costa Rica.

PENNINGTON, R Y HARPENDING, H (1988) Fitness and fertility among Kalahari Kung. *Am J Phys Anthropol* 77: 303-319.

PÉREZ DÍAZ (2019) <https://apuntesdedemografia.com/curso-de-demografia/que-es-poblacion-en-demografia/>

PLATT, T. (2002) El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. *Estudios Atacameños* 22:127-155.

QUILODRÁN SALGADO, J (2011) ¿Un modelo de nupcialidad postransicional en América Latina?. En: Nupcialidad y familia en la América Latina actual. Binstock, G y Melo Vieira, J (Coord). Serie Investigaciones N° 11. ALAP Editor. Rio de Janeiro, Brasil.

RAHIM, A. AND RAM, B. (1993). Emerging patterns of child-spacing in Canada. *Journal of Biosocial Science* 25(2): 155-67.

REYNOLDS, R.F. AND OBERMEYER, C.M. (2001). Age at natural menopause in Beirut, Lebanon: the role of reproductive and lifestyle factors. *Annals of Human Biology* 28(1): 21-9.

Robinson, W. C. (1987) Regional variation in the age- specific natural fertility curve. *Journal of Biosocial Science*. 19: 57- 64

RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. (2004), “La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición”, Serie Población y Desarrollo, num. 42, CEPAL, Santiago de Chile.

RODRÍGUEZ-OTERO, H.; BLANCO VILLEGAS, M.J.; CARO, L.; SÁNCHEZ COMPADRE, E.; LÓPEZ MARTÍNEZ, B. (2000). Factores asociados a la fertilidad en la comarca leonesa de La Cabrera. En: Caro Dobón, L. et al.(eds). *Tendencias actuales de Investigación en la Antropología Física Española* 273-80. Universidad de León.

ROMALIS, S (1981) *Childbirth: Alternative To Medical Control*. University of Texas Press: Austin.

RUIZ M.. (2003). *Articulación de las tierras altas de Jujuy*. Tesis de Maestría Centro Bartolomé de las Casas. FLACSO. Cusco, Peru.

SARGENT, C. Y STARK, N (1989) *Childbirth Education and Childbirth Model: Parental Perspectives on Control, Anaesthesia and Technological Intervention in the Birth Process*. En: Revista “Medical Anthropology Quarterly”. No 3, Vol. 1, pp. 36-51.

SCHWARTZ ET AL., (1983). A comparison of paging and scrolling for changing screen contents by inexperienced users. *Human Factors* 25 (3): 279-282

- SINGH, K.K.; SUCHINDRAN, C.M.; SINGH, V.; RAMAKUMAR, R. (1993a). Analysis of birth intervals in India's Uttar Pradesh and Kerala states. *Journal of Biosocial Science* 25(2): 143-53.
- SINGH, L. AND AHUJA, S. (1980). An estimation of reproductive performance in the women of Punjab. *Anthrop Anz* 37: 266-70.
- SINGH, S. (1998). Adolescent Childbearing in Developing Countries: a Global Review." *Studies in family Planning* 29 (1998): 117-36.
- SINGH, S.; CASTERLINE, J.B.; CLELAND, J. (1985). The proximate determinants of fertility: sub-national variations. *Population Studies* 39:113-35.
- STEVENSON, J. C., EVERSON, P. M. & CRAWFORD, M. H. (1989) Changes in completed family size and reproductive span in Anabaptist populations. *Human Biology* 61(1), 99–115.
- STOLLER SHAW, N (1974) *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. Pergamon studies in critical sociology: Oxford.
- THOMAS, F.; RENAUD, F.; BENEFICE, E.; DE MEEÛS, T.; GUEGAN, J.F. (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* 73(2): 271-90.
- TRELOAR, A.E. (1974). Menarche, menopause, and intervening fecundability. *Human Biology* 46(1): 89-107.
- TRUSSELL, J. AND WILSON, C. (1985). Sterility in a population with natural fertility. *Population Studies* 39: 269-86.
- TRYGGVADÓTTIR, L.; TULINIUS, H.; LARUSDÓTTIR, M. (1994). A decline and a half in mean age at menarche in Iceland. *Annals of Human Biology* 21(2): 179-86.
- UDRY, J.R. AND CLIQUET, R.L. (1982). A cross-cultural examination of the relationship between ages at menarche, marriage, and first birth. *Demography* 19(1): 53-63.
- VAN KESSEL, J. (1993). Pachamama, La Virgina: La que Creó el Mundo y Fundó el Pueblo. CIDA, Puno
- VAN LANDINGHAM, M.; TRUSSELL, J.; GRUMMER-STRAWN, L. (1991). Contraceptive and health benefits of breastfeeding: a review of the recent evidence. *International Family Planning Perspectives* 17(4): 131-6.
- VAN NORT, L (1956) Biology, Rationality and fertility. *Eugenics Quarterly* 3(3): 157-160.
- VAREA, C. (1990). Patrones reproductores y fertilidad en una población tradicional de Marruecos (Amizmiz, Marrakech). *Tesis doctoral*. Universidad Autónoma de Madrid.

VAREA, C.; BERNIS, C.; MONTERO, P.; ARIAS, S.; BARROSO, A.; GONZÁLEZ, B. (2000). Secular trend and intrapopulation variation in age at menopause in Spanish women. *Journal of Biosocial Science* 32(3): 383-93.

VASQUEZ SANTIBANEZ, MB Y CARRASCO GUTIERREZ, AM (2017) Significados y prácticas culturales de la menstruación en mujeres aymara del norte de Chile: un aporte desde el género a los estudios antropológicos de la sangre menstrual. Chungará (Arica) [online].

VITZTHUM VJ, WILEY AS. (2003) The proximate determinants of fertility in populations exposed to chronic hypoxia. *High Alt Med Biol* 4(2):125-139.

VITZTHUM VJ. (2001) The home team advantage: reproduction in women indigenous to high altitude. *J Exp Biol* 2004:3141-3150.

VOLAND E. (1998) Evolutionary ecology of human reproduction. *Annu Rev Anthropol* 27:347-374.

WARTENBERG, L. (1999) Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. 1a. ed. Bogotá: CIDS U. Externado de Colombia, UNFPA.

WOOD, J. W., (1994). Dynamics of human reproduction. Biology, biometry, demography. Aldine de Gruyter. New York.

YUOSIF, H., GOUJON, A., LUTZ, W. (1996) Future population and education trends in the countries of North Africa. (Laxenburg, Austria: International Institute for Applied System Analysis).



Ph: Guadalupe Miles

ANEXOS

ANEXO I

Guía de preguntas de la entrevista

- 1) ¿Cómo debería ser un parto adecuado?
- 2) ¿Qué es un parto normal?
- 3) ¿Qué significa: Hay que enfermarse para dar a luz?
- 4) ¿Cuáles son las causas de porque las mujeres se pueden llegar morir en los partos??
- 5) ¿Cuándo son más peligrosos los partos? ¿Hay un momento del día, del año donde pueden llegar a correr peligro los partos?
- 6) ¿Qué es dar a luz?
- 7) La sal se usa?
- 8) Qué comen después?
- 9) Cómo son los cuidados de la madre?
- 10) Ideas de la concepción
- 11) Cómo se sabe que está embarazada?
- 12) Qué se piensa del aborto?
- 13) Cómo se aborta?
- 14) Cuáles don las causas del aborto?
- 15) Qué se usa para hacer abortos? Algún yuyo?
- 16) Qué métodos utilizan? Qué hacen con el feto?
- 17) Hay abortos mecánicos? Hay aborteras?
- 18) Cómo se recibe la wawa o bebé?
- 19) Qué es el parto?
- 20) Quién los recibe?
- 21) Se lo dan a la madre?
- 22) Con qué se corta el cordón?
- 23) Qué hacen con el cordón?
- 24) Qué dicen de los cambios de color?
- 25) Lo hacen llorar?
- 26) Se les hace algún examen para ver si es sano?
- 27) Cómo les limpian la nariz?
- 28) Se le da de mamar apenas nace?
- 29) Cuándo se les da de mamar?
- 30) El calostro es importante? Se lo dan?
- 31) Les dan otra cosa para tomar? Qué cosa?
- 32) Se les hace algún recibimiento?
- 33) Qué se hace con la placenta?

ANEXO II

Transcripción de la entrevista a “Doña Rosario”

¿Cómo debería ser un parto adecuado?

A ver... depende de que posibilidades tengas....

un parto adecuado para una mujer.... debería ser en un hospital bien preparado en una sala con calefacción..

es un momento hermoso en la vida y a veces tienes que pasar por mucho inconvenientes.... y mucho dolor...

pero nada en la puna..... normalmente vas al hospital donde tienes a los médicos que te tratan peor que los perros.....

te tratan muy mal.... o si hay parteros de la zona.... generalmente el trato es muy malo.... donde vos necesitas todo lo contrario..

... no sé.... una mujer tienen tantos problemas en su casa.... y está en un momento difícil...

no por el part.....o pero encima te tratan mal..

además... la pieza es fría.... no tienes nada ..

no tienes una cama adecuada..... no te atienden..... bien es peor.

¿Y en la casa porqué se enferman muchas mujeres en la casa?

Porque ahí está tu familia... tu marido... o alguna persona que te ayude

ese es el lugar del parto adecuado

para algunas mujeres está en su piecita chiquita y está acompañada...

pero también hay mujeres que se atienden solas y por ahí hay un bebe chiquito un niño de 10 año que la ayuda a su mamá...

le pasa el agua o la madre sola que lo atiende sola lo bañan y se meten en cama por lo menos 3 días y a lo mejor para ella ese es un parto adecuado normal donde no te están gritando nadie y que te pongan en una posición incomoda como hacen en los hospitales. Por ej. A mi yo tuve a mi bebe en la clínica y en la cama porque la enfermera me había puesto una inyección y no me llevo a la sala de parto lo tuve en la cama, creo que los enfermeros no están preparados la sociedad no está preparada para este momento que es maravilloso entonces la pasas mal renegas como tienes la posibilidad que algunas veces hasta de algunas veces de querer a su hijo con eso.

¿A que llaman enfermarse para dar a luz?

Y para la mujeres enfermarse es si ya se va a enfermar una mujer en la puna todo el día tiene trabajo desde la 6 de la mañana hasta las 8 algunas duermen pero esos días antes de enfermarse no puede ver sus ovejas no puede ver sus niños no puede ver un montón de cosas que hace todos los días normales antes de enfermarse no puede hacer otras cosas

Usted sabe cuáles son las causas de porque las mujeres se pueden llegar morir en los partos??

Uuuuuu hay muchísimas y sobretodo aquí en la puna han muerto en las casas porque la placenta se le rompió el cordón y la placenta queda adentro y ya no tienes posibilidades y algunas han muerto en la ambulancia porque demoran como una hora hasta ir a La Quiaca y se mueren en el camino porque se le rompe los cordones los niños afuera, normalmente la mujeres se mueren por la mala atención.

Las mujeres dicen si yo me enfermo en mi casa lo tienen en la posición que viene el bebe de rodillas o cuclillas así no es tan posible que se te rompa el cordón sino más bien la placenta baja con rapidez, no acostada como en los hospitales, por eso las mujeres mayores que están acostumbradas a enfermarse en su casa es difícil de ir al hospital. Yo conocí un casa en Pan de azúcar que la enfermera quiso sacar al bebe y se le rompió el cordón y la mujer murió muy joven era 25 años es más bien descuido y no es la comodidades que quisieras tener en los hospitales.

Cuando son más peligrosos los partos?? Hay un momento del día, del año donde pueden llegar a correr peligro los partos?

Normalmente te dicen los abuelos que los niños llegan igual que cuando llegan las ovejas y las llamas dicen que es el ciclo de producción es luna llena a ver hay tantas cosas que los abuelos sabían, por ej. Un abuelo partero te decía tu bebe está mal y te ponchaba y lo acomodaba y listo a mí me paso con un hijo que te ponchan y se le dan vuelta el bebe te lo acomodan en la panza y ya queda bien ya puedes ir al hospital si quieres y normalmente por ej. nosotros sacamos una Sra. de Nazareno que llego con vida a La Quiaca y el bebe estaba cruzado se le veía la mano solamente, ella se había caído el día anterior y el bebe tenía la mano afuera tuvieron que sacar a La Quiaca en la comunidad no había nada para atenderla así que en La quiaca le dijeron que no podían atenderla porque no correspondía a la jurisdicción gendarmería tuvo que atenderla, teníamos un amigo gendarme que nos ayudó solo pudimos salvar la vida de la mujer pero no del niño, esos momentos son muy difíciles.

Ustedes usan la sal??

No, por ejemplo para apurar el parto cuando te atienden e la casa que aluganas veces te dan es con el huevo de suri hay que molerlo bien hasta que se hace polvo la cascara bien

molida con aceite y yo supongo que es bien cálido pero es impresionante como te apura, también puede ser un tecito caliente con orégano o perejil y es impresionante como apura el parto.

Aquí te dan té caliente de orégano o perejil bien caliente o salvia o romero también, como te da mucho frío quizás eso caliente te apura el parto, un huevo de suri con aceite es lo mejor.

Una vez que la mujer se enferma le dan algo de comer?? Algo especial??

Una buena sopa de chalonga con mucha ruda, la ruda tiene un sabor especial y es obligación que la sopa tiene que tener ruda porque es contra el aire no le agarre el aire sería para proteger las malas ondas, las sopas de arroz con mucho charqui son riquísimas muy buenas.

Te dan durante tres cuatro días en el campo no puedes estar tres meses o un mes en la cama tres días es lo máximo, si una mujer en el campo está sola con su mamá viejita y tiene un bebé al segundo día tiene que levantarse y seguir con sus actividades normalmente no se quedan en la cama.

Las sopas son ricas y especiales son especiales.....

Y esa sopa la prepara alguien en especial??

La mamá.... Si no está la mamá es el hijo mayor y a veces son niños de 10 años que tienen que hacerle esa sopita para la mamá ya saben.

Como se hace para lograr la concepción??

En realidad yo creo que en la puna es muy raro las familias que no puedan tener bebé creo que somos fértiles de alguna manera, yo no podía tener un bebé durante tres años y después tuve 7 bueno fueron 10 porque perdí los mellizos y otro bebé más yendo al baile y he vuelto y los perdí parece que la niña se había muerto tres días antes y el varoncito murió después.

Y como se sabe que las mujeres están embarazadas recién embarazadas???

Y normalmente no sabemos cuándo empieza a cambiar tu cuerpo o a desear cosas y tienes muchos sueños ya cuando está más avanzado pero no sabes de cuánto. Yo podía hacer de todo hasta el último día del parto.

En la puna que se piensa del aborto??

El aborto hay como el 90 % somos católicos, bueno ahora ya no tanto se supone que es tu ser en tu intimidad es malo pero la mamá aun sabiendo que es malo en estos últimos años colabora para hacerle el aborto a la hija, pero yo creo que es la situación

socioeconómica que les lleva a esto yo siempre les digo que generamos una cadena de pobreza continuamente yo no puedo estudiar mis hijos menos y mis nietos menos y así vamos armando la cadena para recibir la bolsa de mercadería por años, yo creo que las mamás que quieren que sus hijas estén mejor que tiene que ser mejores y en algunos casos creo que les hacen por eso, las chicas están estudiando y ellas les hacen para que no den sus estudios, la mamá han permitido igual las chicas buscan la plata y se van a la frontera, aquí en Abra Pampa hay un equipo de médicos que lo hace, se han perdido muchos valores aquí en la puna y eso hace que muchas chicas recurran al aborto le piden al tipo que le pague y van a algún médico y listo se ha perdido muchas cosas, hace 15 años atrás no te hubiera dicho lo mismo era como No se una mujer mayor que se hacía algo indebido en su casa y no podía tener el bebe era como una casualidad no eran muchas las mujeres hoy en día son muchas las que se hacen, se van a Villazon y se hacen un aborto con mucha facilidad porque ahí nadie las ven nadie sabe se van de compras y se hacen el aborto, hay mucho aborto el año pasado murieron dos chicas de 5 años por aborto a veces los padres se enteran.

Antes en la puna no se enseñaban todas estas cosas de educación sexual, nadie te hablaba solo te decían tienes que cuidarte para no tener un bebe y era tu responsabilidad de tenerlo o no, no se el año pasado con mucha tristeza uno de mis compañeros vino a decirme que su hija le dolía mucho el estómago y no sabían que tenía, y hablando con ella le pregunte que le pasaba y ella necesitaba ver a un ginecólogo porque ya tenía una infección que se moría tuvimos que llevarla de urgencia y ella nunca le dijo a los padres y le dije a la chica que tenía que avisarle a su padre y ella me dijo que el padre la iba a matar si se enteraba y una chica ya de 25 años y yo le decía que tenía que hablar con su padre son valores que te enseñaron y me decía que nunca lo iba a volver a hacer pero no le iba a decir, hoy ya no respetan a los padres llegan a tenerle miedo. Hay padres que son tan estrictos que para ellos se confunden le tienen terror a los padres gente estudiada que le tienen terror al padre, pero porque le tiene terror y no respeto porque siempre los reta y los tiene cortito pero gracias a eso sos un profesional y gracias a eso deberías tenerle respeto, pero no pueden tienen miedo.

Algunas veces en la puna no sabes que es el miedo y el respeto a la vez entonces una chica que se embaraza nunca le diría a su papa si se lo puede hacer ella lo paga.

Y que métodos utilizan ellas en caso que sea casero??

Yo no conocí un método casero, no hay método no se quizás hay alguna mujer muy débil que tomo te de perejil o de orégano fuerte o también la raíz de la yareta ellas dicen que así abortan, no creo que un té.

Y en el campo en las comunidades si una mujer aborta como la toma la comunidad??

Y en realidad si se ha caído la gente la acompaña eso es muy.... Pero si de última la mujer se hizo un aborto igual la comunidad la acompaña al cementerio y se tira mucho agua bendita así sea pequeñito de 5 o 6 meses ya se lo velan en ese sentido la gente es

muy cristiana quieren enterrarlo y siempre les encargan a las hijas que hay que enterrarlo sino aparece el duende no se debe tirar un feto en ningún lado, porque en Pan de azúcar las maestras estaban a en la escuela nueva y había dos maestras una de Tucumán y otra de salta y ellas decían que escuchaban llorar un niño fuera de la escuela había un pozo y ellas decían que llora llora pero también habían mama también que decía que sentían lloran al niño, así que un día lo llevamos al padre para que vaya a bendecir el lugar echarle agua bendita y sal y dijeron que nunca más sintieron llorar un niño y tal vez sea cierto por que los abuelitos les decías a los papas que siempre les decían que por más que hayan hecho un aborto hay que llevar a los cementerio en una cajita con mucho agua bendita y sal y no dejarlo tirado por ningún lado ellos siempre te enseñan esos es como sagrado hay que llevarlo al cementerio que no se deje.

Y el duende que es???

Son los niños no bautizados los niños no nacidos, hay gente que te dice que lo ha visto ellos dicen que es un niño, una vez un hermano de mi mama veníamos volviendo del campo a la ciudad veníamos por las vías y había un puesto cerca de las vías que nunca nadie quería cruzarlo porque ahí siempre jugaba un niño un duende y que cuando pasabas él te decía papa, él dice que le decía papa y lo seguía detrás de él y se daba vuelta y veía un niño pequeño, cuando llegaba al frente de la iglesia se quedó ahí quieto rezando y el niño desapareció.

Capaz que si existe por eso los abuelos siempre te dicen que no hay que tirar a los niños hay que llevar al cementerio agua bendita siempre buscan a las personas mayores para que los acompañe al cementerio, yo por ej. Cuando perdí mi hijito mi mama me lo llevo le hizo una cajita bien bonita forradita y la llamo a mi tía para que lo bendiga para que lo bautice y está en el cementerio y yo voy siempre a verlo.

Pero conozco caso de una chica muy triste el caso que se hizo un aborto hace tres años y el otro día la vi y me dijo mire sabe que sigo pensando en el aborto que me he hecho yo no sé qué hizo el medico con mi niño en cambio mi hermana lo enterró en el cementerio y eso les queda para siempre.

Los médicos del hospital cuando hacen el aborto le entregan el feto o no??

Y no y más si es un legrado no queda nada.

Yo no me olvido nunca habíamos ido a una comunidad a mostrar una película tan famosa que es no me acuerdo el derecho de nacer creo que es..... Es muy fuerte despues de vieron el documental muchas mujeres salieron y me dijeron entonces mi hijo quedo hecho pedazo tirado por ahí quedaron muy mal.

Siguen habiendo aborteras?

No no ya no ni las parteras ya no hay antes habia fulano de tal te cura los huesos fulano de tal te cura el susto ya no hay..... pero no escuche de aborto solo partera pero si habia en años modernos una enfermera que habia logrado recibir y ella se dedicaba a hacer

los abortos pero les colocaba las inyecciones, pero ya era como la medica de la comunidad algo superior para ellas.

Pasando al postarto hay alguna persona especial que recibe al bebe??

El que este en ese momento pero si es una familia numerosa por ahí la mama elige quien te lo agarra a tu bebe porque se dice que se le chorrea la sangre de esa persona a tu bebe el bebe que nace en tu casa con la persona va a ser del mismo carácter misma personalidad del que te lo recibie, igual cuando lo bautizan por eso se busca una persona especial para los bautismo no puede ser cualquier persona, mi abuela siempre decia que el que te recibe niño asi va a ser el bebe con ese mismo carácter.

Aquí sigue siendo asi todavia estan hasta el padrino de casamiento esas tres cosas el nacimiento, bautismo y casamiento son como tres momentos especiales en la vida nuestra, mi madrina de bautismo mi mama siempre decia que era super activa buena y se murio joven y mi padrino era mas rebelde dice mi mama que no le deajo que me agarre el. Mi mama siempre me deci vos sos igual que tu madrina mira ese es tu padrino si te hubiera agarrado el mira lo que hubiras sido....

Y mi abuela me habia agarrado a mi cuando naci Era una mujer super amable buena nunca se pelio con nadie..... la otra era curandera la mama de mi papa era curandera a lo mejor por eso yo presiento mucho cuando algo me va a pasar yo siento antes las cosas siempre les digo a mis hijos que se cuiden, el año pasado mi hijo se volco en la camioneta yo estaba en Pueblo viejo con mis llamas y yo les dije porque no me avisaron que uno de ustedes habia viajado yo en la noche habia soñado antes de pase.

En mi casamiento doña Agueda Cayata todavia eso sigue..... Todavia hay gente que me busca para que sea madrina de casamiento pero yo no quiero es mucha la responsabilidad no es solo tu ahijado es mas que eso, a ver yo ahora de grande descubri muchas cosas y les digo yo no puedo darte todo lo que quisieras yo sere famosa pero no tengo tanto para darte, tengo tres o cuatro ahijados no mas..... Cuando te buscan??? Te buscan cuando tienen problemas de pareja despues nunca mas vienen y me dicen su ahijada se porto muy mal mire lo encuentre a su ahijado en esta situacion.

Antes yo si lo vivi con mi abuela le agarraba un lazo y les pegaba frente a un oratorio por eso es muy importante los oratorios en las casas de las comunidades en todas las casitas hay un oratorio ese era el lugar donde se solucionaban los problemas y no como ahora que van al abogado al juez, ni los hijos veian lo que hacian llegaba el hermano mayor y le decia la mujer o el hombre se porto mal entoces al oratorio y ahí te pegaban te retaban te hacian de todo y salias muy bien de ahí o te separabas del todo, no andabas con vueltas y eso se sigue conservando todavia algunas personas mayores lo siguen haciendo yo tuve dos de mis ahijados que me vinieron a ver y decirme que tenain serios problemas y nos sentamos a hablar y me dicen que su ahijado tenia otra mujer y los hablas los retas les decis que nunca mas y salen de ahí y no lo vuelven a hacer nunca mas la confianza el repeto entre ellos nunca mas lo vuelve a hacer ahora los veo juntos

se compraron una camionetita se los ve muy bien. Cuando hay en la pareja este tipo de problemas lo resuelve la madrina de casamiento no los padres, la mama casi no se mete.

Al bebe cuando nace se lo dan directamente a la madre o no?

No si esta sola si pero sino lo tiene otra persona que lo baña inmediatamente y lo hacen dormir. Lo importante de ese nacimiento y si esta toda la familia en ese momento se le hecha agua bendita al bebe es como el recibimiento al bebe para ellos ya esta bautizado por las dudas se muera ya esta bautizado despues van al cura pero ya pa ellos esta protegido.

Al cordon se lo cortan?

Si lo cortan y lo guardan y ademas es remedio pero los abuelos siempre te hacian poner si tenias algun problema en los ojos los mojan con agua de rosas y te los pasan por los ojos y se cura al oido pasa.

Los cuidados de la madre??

La mujer tiene que estar bien fajada y te sahuman para el aire la pieza esta sahumada despues a los 9 dias te lavan la cabeza con yuyos te cortan las uñas y las queman y te las dan de tomar, las uñas de los pies y de las manos te las cortan las queman las tuestan las muelen y te las dan de tomar con el te de yuyo de romero de ruda de oregano.

Que hace la uña??

A ver se supone que es la ruda todos esos remedios se supone que es para que no te llegue el aire que no te agarre una recaida dicen ellos y cuando te lavan te bañan, a mi siempre me lo hizo mi mama gracias a dios hasta el ultimo hijo te lavan para atrás con yuyos muy caliente bien para atrás la cabeza y te tiran nueve veces el cabello bien para atrás se supone que con eso no te vuelves a enfermar ahí nomas no te agarra una recaida, ya te levantas bien de la cama ya no te enfermas te lavan los pies con muchos yuyos y te mandan a la cama y ese dia no te puedes levantar para nada.

Te cortan las uñas te dan el tecito y las sopa con ruda y te meten en cama y ya al otro dia te levantas feliz y ya de apoco vas a salir a trabajar, muy pocas son las mujeres que se pasan un mes sin hacer nada, normalmente estan solas las mujeres asi que tiene que levantarse y ya sola vas haciendo tus cosas.

En el parto la madre tiene una posición especial?

Queda como de rodillas entonces puedes hacer fuerza es mucho mas cómodo que estar acostada, yo me enfermaba de rodilla y era mas cómodo para empujar y la mama te agarra la cabeza y es mejor para empujar es mas intimo yo a uno de mis niños los tuve

con mi mama después me preguntaba como no tuve el resto así con ella, porque es tan incomodo de la otra forma y mas si es en una hospital

Al cordon lo guardan?

Siempre se lo guardan hasta grande lo guardan

Los bebes tienen cambios de color o la madre no, no hablan de los colores de los distintos momentos del parto?

No solo cuando demoran en salir salen morados sino algunos bebes nacían morda la cola y los abuelos decían que la virgen le había pegado en la cola.

Pero no después no y la mama se queda con manchas en la cara después del parto y la mama se pone la primer caca del bebe en la cara

Le ponen a la mama en la cara unos paños y desaparece....Se lo ponen unos dos o tres días y no queda nada...

Yo hice la prueba pero a mi nunca me salieron manchas así...

Pero hay gente a la que le sale mucho...mucha mancha.....

¿y al bebe cuando nace lo hacen llorar?

Si, llora....llora, ellos ya saben que cuando el bebe llora es porque está bien

¿Y al bebe lo miran, le hacen algún examen para ver si es sanito?

Si, eso si....

La señora que la hace enfermar, su mamá, su hermana, alguien que esté al lado.....

Le dicen que se fije y lo bañan después de eso.....

También tienen una agüita al lado con yuyos.....

Que ya está preparada para el bebecito, que ahí lo bañan y lo van revisando para ver que este todo bien

El agua siempre tiene agua de rosa, malva, raíz de molle, dicen que eso e fresco para el bebe

¿Y se les limpia la nariz??

No, no, no. no le tocan la nariz

¿Y apenas nace, se le da de mamar?

No, cuando ya llora, ahí sí

Apenas nace la mamá está muy dolorida, no tiene ninguna inyección, ningún calmante, queda muy dolorida

No te dejan dormir, te conversan, te conversan, no te dejan dormir...

Yo me acuerdo que me conversaban y no me dejaban dormir...

Aunque sea macanas te conversan, pero no te dejan dormir.....

No te dejan dormir, porque es como un momento de recuperación, que has tenido un choque

No te dejan dormir por un rato hasta que te recuperas.....

Ya cuando te recuperas, te dan un té..... te dan tu sopa....., y como a las dos tres horas te recién te dejan dormir.....

En el momento que te enfermas, y tenés sueño, no te dejan dormir, te torturan hablándote, hablándote.....

Le ponen a la mujer el mejor humor, para hablarte para que te rías.....

Siempre es como un momento alegre....., entonces no te molesta.....

¿Entonces cuando el bebé llora, recién se le da la primer mamada?

Siii.....sí.....

Además dicen que el bebé nace empachado.....

Entonces dicen que no es necesario que de inmediato le des de tomar la leche

¿Y el calostro, es importante?

Siiii... claaaro, para el bebé, sí... eso es lo más importante!...

Aparte con esa leche, si tienen a alguna persona enferma en la familia, le dan la leche esa ... a los viejitos, toman esa leche...cuando tienen mal de vista.....

Esa leche cuesta mucho... algunas veces te la compran...

Te lo venden como vasito para curar el pulmón...

A los viejitos, por ej, si tienen mal de pulmón. buscan esa leche para tomarse...

Y bueno..cuando... les duele la cabeza, vos le pones leche.....

Los ojitos sobre todo .. y no es necesario llevarlo al médico.

¿Al bebe, aparte de la leche, le dan otra cosa para tomar?

No.. no... solo leche

¿Y se les hace algún recibimiento?

No... no.... No.. tranquilo... cuando lo bautizan recién.. como una fiesta para la flia... un asado...

Pero cuando nace .. no

¿Y después que hacen con la placenta?

La entierran debajo de alguna cocina... de la cocina normalmente.. o del fueguero... donde haya calor... porque ellos dicen que así se conserva la matriz.... Siempre tiene que estar debajo de algo caliente

.. yo siempre les digo que ni la vida misma ni la muerte, es parecida a la de Ustedes, porque para nosotros la muerte es otra cosa..

Para nosotros los muertos siguen estando, en nuestras vidas.. en nuestras cosas...

Yo le decía a un antropólogo “ ni vos ni yo, somos iguales de ninguna manera” porque cuando vivimos somos distintos y cuando morimos también..

Cuando morimos llevamos nueve días..

Hacemos toda la noche el velorio... comida para todo el mundo...Tiene que sobrar comida...No tiene que faltarte nunca.. Porque dicen que si te falta comida es porque se va a morir alguien bien rápido de tu familia...

Entonces es todo un acontecimiento ir al cementerio, rezar la novena, despachar el cuerpo, matar el perro más grande....

Preparamos la bolsa de mercadería...

Le cargamos el perrito....El perrito es como el caballo...

Es como decían los abuelos .. es el que le va a ayudar a cruzar los ríos...Cargando las alforjas llenas de comida...

Se hace el despacho...

Ahí tenés que hacer la misa, la novena todos los días.... Durante nueve días..

Es una ceremonia especial...

Yo voy a los velorios de mis cuñados que han muerto por ejemplo: Hoy te has muerto .. mañana rápidamente te entierran, lo más rápidamente posible y chau

Nosotros todos los lunes vamos al cementerio

Yo por ejemplo cuando ha muerto mi mamá.... Yo me sentía angustiada y a la hora que sea yo iba al cementerio a verla.....

Sigo hablando con ella y cuando necesito la voy a ver.....

Yo la sueño alegre y me va bien.....

Sueño cuando esta triste me va malTengo noticias malas.....

Para mi sigue existiendo...Por ahí le digo “ayy mamá, me falta esto” ...

El otro dia cuando habíamos hecho la universidad, yo había decidido hacerla en 15 días y pasamos por donde habían fallecido los del malón...

Por ahí ...y recé.. y dije “Tomas ayúdame.. levántate y ayúdame por favor... a hacer la universidad.. y mi marido me decía: “estás loca Rosario”... es que yo creo que ellos me van a ayudar, no hay otras personas...

Para terminar este salón en quince días no hay otras personas....

Yo le decía “tomas levántate, ayúdame a hacer esta universidad, no hay otro mejor...

Y cuando la terminamos.... Mi marido me dijo “realmente ya no sé qué creer de lo que vos decís”.....

Esas cosas para mi existen...Esas fuerzas existen.....

Para mi siguen existiendo.. cuando yo me siento en dificultades distintas, yo les llamo , les pido y ellos están...
