

CLAUDIO STERN Y CARLOS JAVIER ECHARRI
COMPILADORES

SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN



363.960972
S181

EL COLEGIO DE MÉXICO

SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

**PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
Y DE DESARROLLO URBANO
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO
DE ESTUDIOS DE LA MUJER**

**SALUD REPRODUCTIVA
Y SOCIEDAD
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

*Claudio Stern y Carlos Javier Echarri
(coordinadores)*

*con la colaboración de
Gloria Elizabeth García Hernández*



EL COLEGIO DE MÉXICO

301.426
S181

Salud reproductiva y sociedad : resultados de investigación / Claudio Stern y Carlos Javier Echarri, coordinadores ; con la colaboración de Gloria Elizabeth García Hernández. — México : El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 2000.
403 p. ; 21 cm.

ISBN 968-12-0964-8

1. Salud reproductiva-México-Evaluación. 2. Salud pública rural-México-Evaluación.

I. Stern, Claudio, coord. II. Echarri, Carlos Javier, coord. III. García Hernández, Gloria Elizabeth.

363.160772
S181

N. 23/01/2012

Portada de Carlos Javier Echarri.
Ilustración de Santiago Mejía

Primera edición, 2000

D.R. © El Colegio de México
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
14200 México, D.F.

ISBN 968-12-0964-8

Impreso en México

ÍNDICE

Presentación. <i>Claudio Stern</i>	9
Una visión general. <i>Carlos Javier Echarri Cánovas</i>	15

PRIMERA PARTE

La vivencia de la reproducción

Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. <i>Roberto Castro</i>	33
Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro. <i>Teresita Gómez Fernández y Silvana Forti</i>	67
A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. <i>Mónica Jasis Silberg</i>	97

SEGUNDA PARTE

Noviazgo, sexualidad y embarazo en adolescentes

Noviazgo y embarazo: una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas. <i>Rosario Román Pérez, Ma. Esthela Carrasco, Elba Abril Valdez, Ma. José Cubillas</i>	147
Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas. <i>Laura A. Pedrosa Islas y Maite Vallejo Allende</i>	177
La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal. <i>Ana Leticia Salcedo Rocha</i>	199

TERCERA PARTE

Experiencias alrededor del embarazo y el parto

La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales. <i>Ana Elizabeth Núñez Interiano</i>	235
Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, <i>doulas</i> y el personal clínico del hospital. <i>Lourdes Campero Cuenca, Carmen Díaz Méndez, Olivia Ortiz Ramírez, Cecilia García Barrios, Sofía Reynoso Delgado, Ana Langer Glas</i>	263
La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México. <i>Rosario Cárdenas</i>	301
Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso en la Sierra Norte de Puebla. <i>María Eugenia D'Aubeterre Buznego</i>	329
Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en Los Altos de Chiapas. <i>Anna María Garza y Graciela Freyermuth</i>	363
Anexo 1. Lista de autores y adscripción institucional al momento de realizar la investigación	393
Anexo 2. Asesores de los proyectos de investigación	395
Anexo 3. Primera convocatoria para apoyo técnico y financiero a proyectos de investigación (1993-1995)	397

PRESENTACIÓN

En este libro se presentan resultados de investigaciones apoyadas por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, que dio inicio en marzo de 1993. Uno de sus objetivos principales es promover la investigación en el campo de la salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales.

La "salud reproductiva" pertenecía hasta hace algunos años básicamente al ámbito de la medicina y de las "ciencias de la salud". La denotación del término se reducía principalmente a los problemas de salud vinculados con el embarazo, el parto y el puerperio incluyendo, por extensión, a la infertilidad, el aborto, la esterilización femenina y, en algunos casos, a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Así, el ámbito de acción de la salud reproductiva se ubicaba principalmente en el campo de la salud materno-infantil. Sin embargo, en función de la estrecha relación existente entre la elevada morbi-mortalidad materna e infantil y la elevada fecundidad de la población, pronto se incluyó también bajo el término a las metodologías anticonceptivas y a la "planificación familiar", insistiéndose así en la necesidad de vincular estrechamente ambos campos de acción. Al campo de la salud reproductiva concurrieron también la demografía y las ciencias de la población, que desde hace tiempo han trabajado sobre los determinantes de la fecundidad, la utilización de anticonceptivos, etcétera.

Hasta entonces el objeto de estudio y de acción en el campo de la salud reproductiva era casi exclusivamente la mujer, a pesar de la insistencia por parte de muchos demógrafos de la necesidad de incluir a los varones, particularmente por el importante papel que, como se sabe, desempeñan en las decisiones relacionadas con la reproducción. Además, la aparición del Sida a principios de los años ochenta y la rápida extensión de la pandemia a partir de la segunda mitad de esa década, no sólo dieron mucha mayor visibilidad e importancia a la sexualidad como uno de los ejes principales de análisis y a los varones como otro de los actores importantes involu-

crados, sino que también estimularon la demanda para que muchos otros especialistas se involucraran en este campo de estudio y de acción. En particular, se vio la necesidad de que los científicos sociales —psicólogos sociales, sociólogos, antropólogos— contribuyeran a esclarecer algunos de los procesos involucrados en la ahora extendida problemática de la salud reproductiva. Empezó a reconocerse, de manera creciente, que la salud de la población trasciende los campos de especialización de las “ciencias de la salud” y requiere del conocimiento de importantes procesos sociales tales como las relaciones entre los géneros, las redes familiares y sociales, las relaciones de la población con las instituciones y los agentes de salud, etcétera.

En este contexto surge la demanda para que El Colegio de México, institución abocada a la investigación y a la formación de recursos humanos en el nivel de posgrado para algunos campos de las ciencias sociales y de las humanidades, participara en el impulso y desarrollo del conocimiento sobre la salud reproductiva y sus relaciones con los fenómenos y procesos sociales. Durante la primera etapa del Programa Salud Reproductiva y Sociedad (marzo de 1993-agosto de 1995), la coordinación de investigación a mi cargo se dedicó principalmente a tres tareas: *a*) la discusión conceptual sobre la salud reproductiva y la posible contribución de las ciencias sociales a la misma;¹ *b*) la definición de prioridades de investigación para el programa,² y *c*) dar un primer impulso a la investigación de la salud reproductiva con un enfoque de ciencias sociales.

Para esta última tarea se optó por emitir dos convocatorias abiertas a todos los interesados: una para apoyar proyectos de investigación de corta duración y otra para apoyar la terminación de tesis de maestría y doctorado (en ambos casos los subsidios

¹ Como un primer producto de esta tarea puede consultarse el trabajo de Vania Salles y Rodolfo Tuirán (1995), “Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México”, en *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6.

² Para mayores detalles sobre la definición de prioridades de investigación puede consultarse Claudio Stern (coord.) (1995), “Prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva”, *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 5.

fueron por periodos anuales).³ La respuesta a la convocatoria para el apoyo a proyectos de investigación fue numerosa y muy variada: se recibieron 98 propuestas, de las cuales cerca de la mitad provenía de entidades federativas distintas al Distrito Federal; muchas de ellas de personas o grupos que no trabajaban en instituciones de investigación, sino en organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Después de una primera instancia de revisión de las propuestas recibidas, para eliminar aquellas que no cumplían con los requisitos establecidos, se inició el proceso de selección, que se dividió en dos fases. En la primera se pidieron evaluaciones de dos profesionales externos a El Colegio de México para cada propuesta y, con base en los resultados, se convocó a los investigadores principales de las propuestas seleccionadas —24 en total— a un taller de capacitación y discusión. En éste se ofreció apoyo profesional para la elaboración de los proyectos definitivos, tarea para la cual se elaboró también una guía para la presentación de proyectos.⁴ Para la segunda fase de selección de proyectos terminados —se recibieron 21 de los 24 esperados— se contó también con dos evaluaciones externas por proyecto. Con base en este procedimiento se aprobaron finalmente 11 proyectos de investigación y cinco becas para la terminación de tesis de maestría y doctorado. El programa designó a un asesor para el desarrollo de cada una de las investigaciones.⁵ Se organizó también un taller de medio camino para discutir colectivamente los resultados preliminares de los proyectos.

Entre las condiciones para el otorgamiento de los subsidios se estableció el compromiso de la entrega de un artículo publicable que reflejara los resultados de la investigación realizada. Este volumen contiene 11 de dichos trabajos,⁶ y un capítulo introductorio

³ La convocatoria para la presentación de proyectos de investigación se incluye al final del libro (anexo 3), con el objeto de que los lectores tengan un marco de referencia del contexto en el que fueron promovidos los proyectos cuyos resultados se presentan parcialmente en este libro.

⁴ Esta guía puede consultarse también en la publicación mencionada en la nota anterior.

⁵ Véase la lista de asesores en el anexo 2.

⁶ Uno de los trabajos incluidos, el de Laura Pedrosa y Maite Vallejo, es producto de la convocatoria de apoyo para la terminación de tesis. Un segundo trabajo, el de María Eugenia D'Aubeterre, es producto de un modesto apoyo otorgado a un proyecto sobre violencia doméstica coordinado por Soledad González, que no formó

que ofrece una idea de conjunto de los artículos incluidos, así como algunas reflexiones sobre los mismos y sobre los resultados de este primer apoyo para incentivar el avance de la investigación en este campo, desde la perspectiva mencionada. Respecto a esto último, vale la pena subrayar que la calidad de los trabajos incluidos en este volumen es heterogénea. Dado el muy incipiente desarrollo de la investigación sobre temas del campo de la salud reproductiva realizada bajo el enfoque de las ciencias sociales, así como el hecho de que muchas personas interesadas en hacer este tipo de estudios tenían una formación incipiente en la metodología y en las teorías de las ciencias sociales,⁷ el Comité Ejecutivo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad decidió, para esta etapa inicial de promoción de la investigación, otorgar apoyos no solamente a investigadores con una larga trayectoria y experiencia, sino también a otros que plantearan proyectos innovadores y prometedores. Ello se hizo con la idea de que los apoyos sirvieran no sólo para producir resultados de investigación, sino también para contribuir a la formación de investigadores en este campo (de ahí que se haya decidido asignar un asesor a cada proyecto, lo cual no hubiera sido necesario de tratarse únicamente de investigadores renombrados).

Como resultado de lo arriba mencionado, el lector avezado podrá percatarse de ciertas insuficiencias y limitaciones en algunos de los trabajos, las cuales subsisten a pesar de las recomendaciones hechas a los autores respectivos ya sea por los asesores, por los evaluadores o por los coordinadores de esta edición, quienes hemos preferido no modificar el contenido de los trabajos, excepto por motivos de corrección o estilo. En resumen, el libro muestra los resultados de un esfuerzo institucional por promover la investigación en un campo de estudio incipiente y desde una perspectiva novedosa y no pretende más que eso. Con todas las limitaciones que

parte de la convocatoria. Los nueve trabajos restantes incluidos son producto de los proyectos de investigación apoyados. Dos de los investigadores responsables de proyectos no cumplieron con el compromiso asumido con el programa de entregar un artículo publicable.

⁷ El Programa Salud Reproductiva y Sociedad había realizado, con anterioridad a la convocatoria, un diagnóstico de la situación existente en el país, del que se desprende la situación descrita. Puede verse al respecto el resumen de dicho diagnóstico, elaborado por Viviane Brachet (1995), "La investigación en salud reproductiva en México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 1.

pueda tener, pensamos que contiene resultados importantes de investigación que, como todo producto de un esfuerzo de esta naturaleza, deberán ser constatados, aclarados, afinados o completados mediante otros estudios y reflexiones.

Una tarea como la emprendida y aquí reflejada es resultado de la colaboración de muchas personas. Además de la de los autores y las autoras de los trabajos incluidos, así como de los asesores y asesoras de las investigaciones y de los evaluadores y evaluadoras de los trabajos, quiero agradecer la participación de mis colegas del Comité Ejecutivo del programa durante su primera etapa: Susana Lerner, Ivonne Szasz, Soledad González e Irma Saucedo; a Vania Salles y Waleska Vivas, quienes me asistieron en la coordinación de investigación cuando se pusieron en marcha estos proyectos; a Juan Guillermo Figueroa, coordinador general del Programa a partir de septiembre de 1996 y, particularmente, el apoyo de mi asistente durante los últimos cuatro años, Elizabeth García, gracias a cuya buena voluntad y persistencia se ha podido llevar a término esta tarea que nos propusimos. Mi agradecimiento también a Carlos Javier Echarri, quien se incorporó al programa a partir de su segunda etapa y quien aceptó mi invitación para escribir el capítulo introductorio, así como para relevarme en la edición de los trabajos durante la última fase del proceso.

Nuestro agradecimiento también a la Fundación Ford por el apoyo financiero que ha hecho posible el desarrollo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, del que este esfuerzo forma parte. Espero que el contenido de este volumen constituya no sólo una contribución al desarrollo de este campo de estudio, sino también al debate requerido para mejorar la investigación y las condiciones sociales de nuestra población en los aspectos aquí tratados.

CLAUDIO STERN
México, D.F., junio de 1999

UNA VISIÓN GENERAL

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS

La selección de trabajos que se presenta en este volumen responde a uno de los objetivos de la Coordinación de Investigación del Programa Salud Reproductiva y Sociedad: impulsar, fortalecer y apoyar la investigación en salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales. El cumplimiento de estos objetivos se realizó basándose en trabajos previos en los que se planteaba tanto un diagnóstico y revisión del estado del conocimiento¹ como, de manera muy importante, un esfuerzo de sistematización conceptual del área de interés del programa.²

Estas aclaraciones resultan pertinentes puesto que, además de situarnos en el contexto en el que surgen las investigaciones, nos aclaran que, más que encontrar la última palabra respecto al estado del conocimiento del vasto campo de la salud reproductiva, las personas que se adentren en la lectura de este libro se encontrarán ante importantes resultados de investigación que tienen en común varias características: primero, el responder a necesidades de investigación en líneas concretas, identificadas como prioritarias mediante procesos de socialización y discusión grupal en un seminario teórico metodológico; después, reaccionar a la propuesta de ejes temáticos plasmados en documentos que han funcionado como

¹ Langer, Ana y Mariana Romero (1995), "Diagnóstico en salud reproductiva en México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 3; Bronfman, Mario, Héctor Gómez Dantés y Carlos Magis Rodríguez (1995), "Sida, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 7, y Figueroa, Juan Guillermo (1995), "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 8.

² Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1995), "Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6.

base del programa y, en tercer lugar, haber recibido apoyo, no sólo financiero, sino también técnico de parte del programa, en una primera etapa de selección, mediante un taller de investigación, con una duración de tres días y la participación de un grupo de asesores (anexo 2).

Presentamos entonces los resultados de 11 proyectos, en cuyos temas, si bien no encontramos todo el espectro de posibilidades que nos ofrece la conceptualización de la salud reproductiva, sí hallamos aspectos cuya pertinencia ha sido ampliamente documentada. Las poblaciones estudiadas se refieren a adolescentes, grupos indígenas, poblaciones urbanas, proveedores de servicios de salud y de manera particular, a mujeres que viven el proceso reproductivo. De la misma manera, los acercamientos metodológicos son variados: entrevistas a profundidad, observación participante, encuestas directas, análisis de archivos y análisis secundario de encuestas nacionales de fecundidad. Se trata, por lo tanto, de trabajos heterogéneos, que reflejan el estado de la investigación en nuestro país, con sus riquezas, pero también con deficiencias, especialmente en lo que se refiere a desarrollos teóricos que, en algunos casos, pueden ser superficiales.

Para facilitar la presentación de los 11 trabajos que componen este libro, los hemos agrupado en tres partes, basándonos en las temáticas abordadas. La primera la hemos titulado *La vivencia de la reproducción*, y agrupa tres trabajos alrededor de cómo viven las mujeres el proceso reproductivo, las prácticas de atención a la salud reproductiva y las necesidades de la misma. La segunda parte, *Noviazgo, sexualidad y embarazo en adolescentes*, agrupa tres investigaciones sobre adolescentes, el noviazgo, la vivencia de la primera relación sexual y del embarazo, así como su atención. Finalmente, cinco trabajos que tratan temas como apoyo psicosocial, percepción de la maternidad, violencia sexual, mortalidad materna y práctica de la cesárea integran la tercera parte: *Experiencias alrededor del embarazo y el parto*.

En el primer bloque se encuentra el trabajo de Roberto Castro, "Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos", el de Teresita Gómez y Silvana Forti, "Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro", y el de

Mónica Jasis, "A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur".

El objetivo del trabajo de Roberto Castro es el de interpretar, desde una perspectiva sociológica, la experiencia subjetiva de la reproducción de las mujeres de Ocuituco, comunidad rural de aproximadamente 3 500 habitantes, situada al noreste del estado de Morelos. Se basa en la hipótesis de que dicha experiencia pueda ser "observada" en el lenguaje cotidiano, que a su vez puede ser comprendido en conexión con los rasgos más importantes del contexto de la comunidad: la pobreza en que vive la mayoría de sus habitantes, las relaciones de género opresivas sobre todo para las mujeres, la medicalización y la tradición. La investigación se basa en el análisis de entrevistas a profundidad a 74 informantes de tres grupos: informantes clave, mujeres y hombres, recolectadas en Ocuituco entre 1988 y 1992. El autor llega a la conclusión de que, en el nivel más general, la experiencia subjetiva de las mujeres de Ocuituco sobre la reproducción es interpretable como un fenómeno estrechamente asociado a la estructura social y a la visión que sus actores tienen de ella. Esto es, la manera en que los individuos explican —narran— sus experiencias de reproducción dejan entrever las determinaciones de orden estructural a las que están sujetos, así como los principales recursos del sentido común de que disponen.

Dentro de las vivencias aparece de manera importante la medicalización del embarazo. Las relaciones de género están presentes, por ejemplo, en la negativa de muchos hombres de reconocer su responsabilidad en el embarazo de una mujer y en la violencia a la que muchas embarazadas son sometidas. En el terreno de recomendaciones y sugerencias para la investigación y la acción, se hace hincapié en la redefinición del parto como un problema *público*, tanto desde el punto de vista de la salud como en relación con el tipo de valores y derechos que modelan las relaciones entre los géneros. En particular, Castro propone avanzar en la investigación de varios aspectos: primero, basándose en la expresión de las propias mujeres, sobre la verdadera naturaleza de sus experiencias en relación con el parto. En segundo término, sobre las condiciones sociales que hacen posible el autoritarismo del personal médico, y

las razones por las que las expresiones de dicho autoritarismo se vinculan abiertamente, en el ámbito del discurso, a la sexualidad de las pacientes. Finalmente, señala la necesidad de profundizar en la investigación sobre la posible ausencia de *depresión posparto* entre las mujeres de esta comunidad, ya que se ha argumentado la necesidad de entender este fenómeno como un producto histórico, estrechamente asociado al estilo de prestación de servicios de salud, más que como un fenómeno meramente biológico, aparentemente transcultural.

Teresita Gómez Fernández y Silvana Forti, en su trabajo "Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro", abordan una temática muy similar, pero desde una perspectiva diferente. Estas investigadoras están interesadas en el análisis de las prácticas médicas que se realizan con respecto a la reproducción, como elemento indispensable para esclarecer la lógica que subyace a las prácticas reproductivas, así como a los aspectos sociales y la manera en que se relacionan e inciden en la reproducción de los habitantes de Santiago Mexquititlán, localidad del estado de Querétaro.

Para desarrollar tal análisis, realizaron entrevistas a profundidad a siete médicos, tanto del servicio público como del privado, que es la totalidad de los médicos existentes en la comunidad. Las entrevistas fueron no estructuradas, pero siguieron una guía que comprendía tres ejes: la comunidad, prácticas reproductivas en la población (embarazo, parto, puerperio y anticoncepción) y prácticas médicas. Paralelo a este trabajo se llevó a cabo la observación participante en la comunidad, entrevistas a informantes de calidad y la recolección de información demográfica y de salud para la elaboración del contexto. Las autoras concluyen que, si bien los médicos reconocen la situación de pobreza de la población que atienden, son propensos a atribuir las dificultades a las que se enfrentan para la atención a la salud, a las características étnicas de la población, citando aspectos de carácter negativo, calificándola como de "difícil", "tradicional" y con "poca cultura". Para la población indígena, uno de los motivos principales de demanda de atención son los problemas de salud de los niños y en segundo lugar los de las mujeres.

En la investigación se recurrió también a los datos sobre causas de muerte recogidos en el Registro Civil, los cuales coinciden con

los principales padecimientos: la gastroenteritis, las infecciones respiratorias y la desnutrición. Sin embargo, un hallazgo importante es que a pesar de que el alcoholismo sea la principal causa de muerte en adultos varones, los médicos no lo reconocen como una enfermedad y más bien lo ubican como un problema social. Las entrevistas con los médicos muestran que éstos admiten la práctica de la automedicación, pero sin considerar su origen y modalidades y mucho menos sus riesgos; esto es, evitan un cuestionamiento sobre su propia práctica médica, la cual tiende a sobervalorar el medicamento como vehículo de salud. Lo anterior lleva a las autoras a pensar que la racionalidad de la acción en los médicos se limita a analizar las condiciones que un sujeto-paciente tiene que cumplir para poder proponerse fines (la cura) y realizarlos (la medicación). En las entrevistas a los médicos tiende a valorarse la transmisión de información en la relación médico-paciente, principalmente en el tema de los anticonceptivos. Sin embargo, la racionalidad que aparece en la argumentación en defensa del uso de ciertos métodos como el DIU, no se muestra abierta a los argumentos de los pacientes. Finalmente, consideran que si bien las acciones están orientadas al entendimiento, exigen un proceso de autorreflexión de los sujetos implicados (médico-paciente). Mientras el diálogo en la consulta esté distribuido asimétricamente entre proponente y oponente, será difícil que pueda llevarse a cabo o esperar que se dé, en los consultorios médicos, una educación para la salud edificada en actos de entendimiento y no en objetivos a cumplir.

Para finalizar este primer bloque se presenta el trabajo desarrollado por Mónica Jasis, "A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur". En él se muestran los resultados de la investigación que se llevó a cabo en 1995 en el Hospital General de la ciudad de La Paz, Baja California Sur, donde se aborda la atención a la salud de las mujeres durante el periodo del embarazo-parto y posparto, considerando de manera especial las percepciones y opiniones, tanto de usuarias como de los proveedores, con respecto a las variables cuantitativas y cualitativas que intervienen en la calidad de los servicios de salud. Además, brinda especial importancia a la relación interpersonal proveedor-usuaria,

como elemento de análisis para entender el contexto de la calidad de la atención que rodea al embarazo y al parto.

La autora se basa en la aplicación de una encuesta directa a proveedores y usuarias, con reactivos cuantitativos y cualitativos. Puede acercarse así al pensamiento y la vivencia de las usuarias acerca de la atención a su salud: qué necesidades sienten, cómo las expresan, qué tan satisfechas están con la atención que reciben, cómo establecen la relación con los proveedores. Asimismo, cómo responden los médicos a las necesidades de atención de las mujeres, cómo entienden ellos las deficiencias en la atención y sus causas y qué tan dispuestos están a cambiar su manera de atender para mejorar la calidad. En el trabajo se utiliza la *visión de género* como una herramienta útil en la identificación de los factores mencionados. En este sentido, para la autora analizar la calidad desde la perspectiva de género incluye la visión crítica no sólo del acceso a los servicios, sino también de en qué condiciones se da ese acceso, cómo se dan las relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores, el grado de conocimiento de los derechos y responsabilidades de las usuarias, así como el estado de la competencia técnica de los proveedores, entre otras categorías.

El trabajo se basa en tres hipótesis: 1) La relación proveedor-usuaria en los servicios de atención a la mujer está mediatizada por conceptos de valoración social *a priori* que dificultan la comunicación directa entre los dos actores de la transacción; 2) existen necesidades sentidas y expresadas que tienen las mujeres con respecto a la atención de su salud física y emocional durante el proceso de embarazo-parto-posparto, las cuales no son advertidas por los proveedores de los servicios, y 3) existe un grado de insatisfacción por parte de las usuarias con los servicios recibidos (prenatales y del parto).

En los resultados se comprueba que el reconocimiento de los problemas de comunicación por parte de los proveedores de atención médica dependen de los conceptos de *valoración social* que ellos tienen *a priori* con respecto a las usuarias. Otras constataciones son la gran diferencia de expectativas que tiene uno del otro con respecto a las consultas prenatales, así como la diversidad de las necesidades básicas de atención de las mujeres —físicas y emocionales— durante el proceso de embarazo-parto-posparto. Estas nece-

sidades pueden referirse a información, comunicación, compañía y privacidad durante la etapa de labor y parto, así como de comprensión durante la etapa de posparto.

Otro hallazgo es que, a excepción de las necesidades básicas apremiantes, ellas *no expresan* todas sus necesidades a los médicos. Los proveedores, por su parte, aunque reconocen que las usuarias tienen necesidades de atención médica, de comunicación y emocionales, *no advierten* necesidades de *información específica* donde ellos sean los principales responsables de brindarla. Por otra parte, los médicos tampoco advierten que las usuarias tienen ciertas necesidades emocionales, de compañía y de comprensión, así como necesidades físicas específicas diferentes a las que ellos suponen o aprendieron en sus entrenamientos. Finalmente, las usuarias expresaron que no estaban totalmente satisfechas con los servicios recibidos en el hospital o con los proveedores que las atendieron. La autora lo relaciona con su desempoderamiento en la comunicación con los proveedores, con el ambiente incómodo que se crea en el servicio y con el poco beneficio que ellas sienten obtener en el trato que reciben de los médicos.

La segunda parte, *Noviazgo, sexualidad y embarazo en adolescentes*, comprende los trabajos "Noviazgo y embarazo: una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas", elaborado por Rosario Román Pérez, Ma. Esthela Carrasco, Elba Abril Valdez y Ma. José Cubillas; "Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas" de Laura Pedrosa y Maite Vallejo, y "La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal" de Ana Leticia Salcedo.

El primero de ellos tiene como objetivo analizar el noviazgo y el embarazo en adolescentes a partir de entrevistas realizadas con seis mujeres de 16 a 18 años de edad, habitantes de colonias populares de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Las entrevistas fueron individuales aplicando una guía con preguntas abiertas sobre los siguientes temas: encuentro con la pareja, noviazgo, relaciones sexuales, embarazo y desenlace. Con tales temas se intentó reconstruir sus historias desde el primer encuentro de la adolescente con el padre de su hijo(a), hasta el momento de la entrevista, una vez

que su embarazo fue confirmado. Así, el trabajo se propone describir cómo las experiencias y comportamientos femeninos observados en esas trayectorias, del noviazgo al embarazo, se entrelazan con la condición de ser mujer y con los contextos historicosociales de las informantes.

En el grupo estudiado, el equipo de investigadoras halló que el embarazo marcó un hito en su transición hacia los comportamientos femeninos socialmente aceptables en las mujeres adultas, haciendo visible el ejercicio de su sexualidad. Fue también un medio para tener cónyuge, empezar a formar una familia y con ello promover el tránsito de niña a mujer. El análisis de las entrevistas muestra cómo todo el proceso está rodeado de mitos y conflictos sobre el amor, los hombres, el sexo, la anticoncepción, el matrimonio y la familia. En él, las adolescentes asumen como legítima la actividad sexual sólo a través de su expresión reproductiva.

Las autoras resaltan la necesidad de reconsiderar la importancia social del noviazgo como parte de la estructura de relaciones en la formación de parejas heterosexuales. Proponen que la investigación sobre el embarazo en las adolescentes debe reorientarse hacia el contexto social de su actividad sexual, y que también es necesario tomar en cuenta el análisis del noviazgo desde la perspectiva del varón. Tampoco pueden olvidarse las opciones que existen en los distintos contextos para ser mujer adolescente y las limitaciones para el reconocimiento y aceptación de su actividad sexual, dentro de una sociedad que pretende hacerla invisible durante este periodo de la vida. Todo ello contribuiría a la comprensión del complejo proceso de socialización del rol de género durante la adolescencia y de la sexualización del poder en la formación de las parejas.

Preocupaciones similares en cuanto al problema de investigación, condujeron a Laura Pedrosa y Maite Vallejo a plantear relaciones entre diversas características sociodemográficas, el tipo de escuela y el inicio sexual entre estudiantes de nivel medio superior de la Ciudad de México en su trabajo titulado "Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas". Uno de los supuestos iniciales —que fue contradicho por la investigación— se refiere a encontrar niveles menores de información en

las escuelas religiosas. Ello conduce a las autoras a reflexionar en el impacto que tiene la información sobre la autonomía, puesto que los estudiantes de estas escuelas fueron quienes reportaron mayor protección contra embarazos no deseados e información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), a pesar de la normatividad moral inculcada en esas instituciones.

Las autoras presentan una comparación de sus hallazgos con los de otras fuentes, para tratar de establecer tendencias de inicio sexual en tres aspectos: la diferencia de años entre el inicio sexual de los varones respecto de las mujeres, la cual parece conservarse desde 1985; la edad de inicio, la cual parece disminuir para ambos, y la proporción de adolescentes que reportan haber tenido relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, que pasó de 27% en 1988 a 32% en 1994. Entre las conclusiones del trabajo, destaca que el inicio sexual en la mujer sucede por causas menos relacionadas con factores biológicos y más con una mayor complejidad sociocultural. En los varones quizá el condicionamiento social de su sexualidad tienda más a resaltar los factores biológicos.

En el tercer trabajo de este bloque referido a la población adolescente, "La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal", Ana Leticia Salcedo investiga si las adolescentes perciben al embarazo como un problema que requiere atención y si esta atención debe provenir de la medicina. Para ello asume que la consideración que hace la adolescente sobre la gestación se encuentra dentro de un contexto de relaciones e interacciones, donde se recrean percepciones, conocimientos y valorizaciones que no se limitan al embarazo, sino que también aluden a la interpretación cotidiana del bienestar-malestar y a la búsqueda de atención. La autora también considera que al estudiar condicionantes socioeconómicos no es posible dejar de lado los referentes culturales y las interpretaciones individuales que la adolescente lleva a cabo en torno a su embarazo.

El objetivo del trabajo fue acercarse a los mecanismos que pueden ayudarnos a comprender los comportamientos que siguen las adolescentes de diferentes grupos sociales para la atención de su embarazo. Primero se describe brevemente el proceso de la investigación, resaltando el uso de entrevistas a profundidad construidas a partir de una guía de temas. Éstas fueron aplicadas a 15 adolescen-

tes de Guadalajara, pertenecientes a los sectores marginal, popular y medio. El análisis de las entrevistas se organizó en dos escenarios: a) el embarazo en el curso de vida de la adolescente en relación con los ámbitos escolar, laboral, familiar, de pareja y los antecedentes más cercanos al embarazo: anticoncepción y motivos del embarazo-maternidad, y b) el transcurso del embarazo y su atención en una secuencia de diferentes ciclos, donde confluyen percepciones, interacciones y acciones, que incluyen la utilización del servicio médico de atención prenatal.

Por lo que toca al marco de lectura común, se analizan primero los motivos de la adolescente para optar por el embarazo, considerando su perspectiva, el juicio o la evaluación que hace de esa experiencia. Posteriormente, se aborda el desarrollo de la gestación y sus procesos de atención, los cambios psicosociales experimentados por la adolescente encinta, sus redes sociales y la utilización de la atención médica prenatal. Después, se presentan las divergencias de la experiencia del embarazo por grupo social: marginal, popular y medio. Finalmente, se presentan una serie de reflexiones sobre algunas conclusiones relevantes del trabajo, siempre dentro del marco de convergencias y divergencias.

La tercera y última parte, *Experiencias alrededor del embarazo y el parto*, la integran cinco trabajos: se trata de "La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales" de Ana Elizabeth Núñez Interiano; "Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, *doulas* y el personal clínico del hospital" de Lourdes Campero, Carmen Díaz, Olivia Ortiz, Cecilia García, Sofía Reynoso y Ana Langer; "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México" de Rosario Cárdenas; "Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso en la Sierra Norte de Puebla" de María Eugenia D'Aubeterre, y finalmente, "Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en Los Altos de Chiapas" de Anna María Garza y Graciela Freyermuth.

El interés de Ana Elizabeth Núñez se centra en comparar los aspectos subjetivos de la vinculación de la maternidad con la identidad genérica de las mujeres y con su estatus. El estudio se realizó entre dos grupos de mujeres, unas participantes y otras no, en proyectos de desarrollo promovidos por organismos no gubernamentales.

mentales en zonas rurales del estado de Tlaxcala. Ante los cambios socioeconómicos que ha sufrido el campo mexicano, la autora se pregunta si ha sido modificada la percepción de la maternidad y, en caso afirmativo, si estos cambios son más perceptibles en las generaciones jóvenes, y si los nuevos roles que asumen las mujeres son también generadores de estatus. La investigación se basa en la hipótesis de que si ya se empiezan a vislumbrar cambios en las percepciones de las mujeres jóvenes, estos cambios llevan una fuerte carga de ambigüedad. Para contrastar esta hipótesis, se trabajó tanto con una encuesta como con entrevistas a profundidad realizadas a mujeres menores y mayores de 40 años, participantes y no participantes en proyectos promovidos por organismos no gubernamentales en siete municipios del estado de Tlaxcala. Las entrevistas incluyeron aspectos sobre la percepción de la maternidad, la descendencia deseada, el cuidado de los hijos, la historia genésica y la participación en los proyectos.

En el desarrollo del capítulo, la autora analiza la percepción de la maternidad en relación con el trabajo extradoméstico y el cuidado de los hijos, así como los estereotipos referidos a las cualidades de la madre, las relaciones entre los comportamientos reproductivos, la práctica de la anticoncepción y la valoración de los hijos y, finalmente, la relación ambivalente y a veces contradictoria entre la percepción de la maternidad y la participación en proyectos. Las conclusiones de la investigación apuntan a que, en los contextos estudiados, la maternidad constituye aún el eje articulador de la vida femenina, a pesar de que se observen cambios en la valoración de los hijos, que permiten prever para el futuro modificaciones en la percepción de la maternidad.

El segundo trabajo de este bloque, "Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, *doulas* y el personal clínico del hospital", hace referencia a un evento de especial importancia en la vida de las mujeres: el primer parto. De manera particular se refiere al apoyo psicosocial brindado por una *doula*, comparando esta experiencia con la de mujeres que siguieron la rutina hospitalaria tradicional. El hecho de haber llevado a cabo el estudio en un hospital del sistema de seguridad social, con cuidados obstétricos convencionales, permitió explorar las opiniones sobre este tipo de apoyo, aún muy poco difundido en México,

que tienen tanto las *doulas* como el personal clínico (enfermera y médico) presentes durante la intervención.

En este estudio se realizaron y analizaron 32 entrevistas a profundidad y seis observaciones participantes con un observador no identificado. De las entrevistas, 16 fueron a mujeres antes del egreso hospitalario, cuatro a médicos, cuatro a enfermeras y cuatro a *doulas*, en dos momentos diferentes de la intervención. Dentro del estudio observacional se realizó el seguimiento de partos con y sin *doula*. El equipo de investigación encontró que, cuando las mujeres son acompañadas por una *doula*, refieren en el posparto inmediato experiencias más positivas que aquellas que parieron sin una compañía en particular. Los aspectos que se pueden distinguir entre los dos grupos de mujeres se refieren a su apreciación del trato recibido por parte del personal clínico, a cómo perciben la información recibida a lo largo de su trabajo de parto y parto, a las maneras en que se comprende la información proporcionada, a cómo vivieron diferentes eventos de la rutina hospitalaria como tactos, bloqueo y episiotomía, a sus actitudes ante la cesárea, a su vivencia del tiempo y del espacio, etcétera, y especialmente a cómo expresan sus actitudes frente a su propio trabajo de parto. Por lo que toca al personal clínico, los resultados muestran resistencia de parte de las enfermeras o indiferencia de los médicos al trabajo realizado por las *doulas*. Sin embargo, resulta importante resaltar que ambos grupos reconocen la existencia de un espacio de atención a las mujeres que no puede ser satisfecho por sus funciones, pero sí por el trabajo de las *doulas*.

A continuación, Rosario Cárdenas analiza en "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México" algunos de los diferenciales y determinantes sociodemográficos asociados con la utilización de esta práctica. Como fuente de datos utiliza la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) llevada a cabo en 1987.

En el trabajo se presentan primero los diferenciales en la práctica de la cesárea, a través de indicadores estadísticos descriptivos, para después analizar mediante regresiones logísticas multivariadas los determinantes del fenómeno. Los resultados son consistentes con los de la literatura: muestran que en las áreas urbanas de menos de 20 000 habitantes hay una asociación positiva entre la edad de la mujer al momento del parto y la utilización de

cesárea; sin embargo, en las áreas de 20 000 o más habitantes hay una relación negativa entre el número de hijos y la cesárea. Asimismo, señalan que la asociación estadísticamente significativa entre la institución de atención del parto y la escolaridad de la mujer y la práctica de la cesárea en las zonas urbanas con 20 000 o más habitantes, sugiere la influencia diferencial de factores socioeconómicos en su utilización. Por otra parte, la relación estadísticamente significativa entre aborto (en áreas urbanas con 20 000 o más habitantes) o pesos extremos al nacimiento (en áreas urbanas de menos de 20 000 habitantes) y el uso de cesárea, se interpretan como indicios de que, en algunos casos, criterios médicos son incluidos en la decisión de llevarla a cabo.

A manera de conclusión se apuntan algunos de los elementos que podrían retomarse, tanto a partir del propio estudio como de la experiencia internacional, en la definición de programas tendientes a promover el uso médicamente justificado de esta cirugía.

En el siguiente trabajo, "Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso en la Sierra Norte de Puebla", María Eugenia D'Aubeterre presenta una investigación a partir del escaso conocimiento acerca de la violencia sexual que padecen las mujeres en escenarios regionales, en los que interactúan diversos grupos étnicos y una pluralidad de sistemas normativos. Explora los recursos de demanda que pueden interponerse en estos casos y su resolución en los distintos ámbitos donde se regulan los conflictos sociales.

El objetivo general del proyecto fue conocer las formas de violencia que se ejercen sobre las mujeres del municipio de Cuetzalan, ubicado en la Sierra Norte del estado de Puebla. Analiza, además, la percepción que de tal violencia tienen las propias mujeres, las autoridades y los prestadores de servicios de salud en la región, tanto los médicos adscritos al sistema de la medicina académica pública como los médicos tradicionales de la zona. Para lograr esto, se realizaron entrevistas a profundidad a diversos informantes: a un grupo de artesanas de la ciudad de Cuetzalan, a médicos del Hospital de Campo de Instituto Nacional Indigenista (INI), a parteras y curanderos adscritos al mismo instituto, a autoridades y jueces del Distrito Judicial de Zacapoaxtla, de la cabecera municipal de Cuetzalan y de las localidades de San Andrés Tzicuilan y San Miguel

Tzinacapan. En las instancias judiciales se consultaron archivos y se registraron, mediante observación participante, los procedimientos habitualmente seguidos en la atención de casos de violencia sexual e intrafamiliar. Asimismo, las autoridades del Hospital de Campo del INI facilitaron la aplicación de una encuesta y diversas entrevistas a mujeres en edades reproductivas, pacientes de la consulta externa de ese centro hospitalario.

Inicialmente, la investigación aborda el curso de las denuncias por delitos sexuales, su tipificación y las características de los inculcados y sus víctimas; se discute entonces lo que la autora denomina el núcleo o complejo cultural de la violencia sexual hacia las mujeres de la región. En él, confluyen el derecho de costumbre y las normas del derecho nacional, al mismo tiempo que las representaciones sobre la sexualidad femenina, las instituciones que la modelan, el entramado de relaciones sociales propiciatorias de la violencia sexual, así como el sistema de códigos que la interpretan y, con frecuencia, la legitiman. La autora destaca el reto que supone estudiar con la sensibilidad requerida la violencia sexual e intrafamiliar en contextos rurales e indígenas, donde el desconocimiento es general. Se hace necesario revisar modelos y enfoques que privilegian la visión que destaca la cohesión y el consenso en estas sociedades y que dan por sentada la capacidad de sus sistemas jurídicos para restaurar el equilibrio amenazado por las transgresiones al orden. Igualmente, resalta la importancia de estudios etnográficos que permitan conocer los antecedentes, el curso cabal de estos procesos y el grado en que las sanciones y medidas aplicadas satisfacen realmente las demandas de las víctimas de violencia sexual y las repercusiones en sus vidas, así como el reto de ahondar en el estudio de las articulaciones entre violencia sexual y el ejercicio del poder que organiza los sistemas de dominación económica, étnica y de género.

En términos de sugerencias para la acción se señala la necesidad de poner en funcionamiento una agencia especializada de atención a la violencia intradoméstica en la región, que dé también cobertura a las denuncias por delitos sexuales, con personal reclutado en las propias comunidades o que conozca de manera profunda el *ethos*, la cosmovisión y las tradiciones de la población atendida. Concluye que las escuelas, organizaciones de productores y campe-

sinas de la región, y las instituciones de salud pública deberían iniciar o ampliar programas de difusión de los derechos de las mujeres en lo tocante a salud, educación, trabajo, libertades sexuales y reproductivas. Asimismo, el personal de todas las instancias de arbitraje y procuración de justicia de la región debería recibir capacitación.

El último capítulo, "Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en Los Altos de Chiapas" de Anna María Garza y Graciela Freyermuth, tiene como propósito analizar, desde una perspectiva que considere aspectos culturales y de atención a la salud, el fenómeno de la mortalidad materna en el municipio de Chenalhó. Se estudian las historias de vida y muerte de ocho mujeres que fallecieron por causas relacionadas con la maternidad, para traer a discusión algunas reflexiones en torno a la vida y la muerte, la cultura y el género, basándose en las propuestas para la interpretación social y cultural que sostiene Renato Rosaldo.

El trabajo está dividido en tres partes: en la primera se desarrollan las diferentes maneras de abordar el estudio de la mortalidad materna, y se argumenta sobre la importancia de las aportaciones de la antropología para avanzar en la comprensión y explicación del fenómeno. En la segunda parte se presenta y analiza la respuesta social a los problemas de salud en Los Altos de Chiapas; la discusión se sitúa dentro del ámbito de la antropología y se basa en entrevistas tanto a agentes de salud como a los habitantes que reciben los cuidados. Finalmente, en la tercera parte se profundiza en un aspecto de la construcción social de la enfermedad y la muerte: la violencia, principalmente en su dimensión doméstica.

¿Cuál es el panorama que nos brindan estas 11 investigaciones? Ante todo, representan importantes avances en el conocimiento respecto a la salud reproductiva en México, con la salvedad de que hubo ciertos aspectos de la convocatoria, como aborto y embarazo no deseado, que no fueron abordados en los proyectos aprobados y que pasaron por todo el proceso descrito por Stern en este mismo volumen. Es importante recalcar que no representan simplemente un conjunto de 11 estudios con una temática común. Esta colección viene a cubrir una serie de metas que se plantearon con el establecimiento del Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Así, los

elementos comunes no se reducen a la temática general; desde su génesis y desarrollo compartieron una serie de elementos que se consideraron pertinentes. El acompañamiento y evaluación resultaron de gran importancia para obtener trabajos de gran calidad, desde la etapa de la propuesta.

Se lograron investigaciones que abarcan una variedad de entornos geográficos (Chiapas, Puebla, Jalisco, Morelos, Querétaro, Distrito Federal, Baja California Sur), lo que es de especial importancia ante el tradicional centralismo de la investigación en ciencias sociales. Y es precisamente el enfoque de ciencias sociales lo que le proporciona una unidad teórico metodológica, lo cual se explica por los talleres y asesorías que recibieron los investigadores, entre los cuales, por cierto, hay un solo varón. Así, encontramos acercamientos metodológicos comunes, como el uso intensivo de las entrevistas a profundidad, la utilización de las desigualdades socioeconómicas como ejes de análisis y dentro de éstas y de manera especial, de las desigualdades de género. En el único proyecto en que se hace un análisis secundario de una encuesta nacional, resulta ilustrativo el manejo de la literatura biomédica con un enfoque de ciencias sociales y la utilización de técnicas estadísticas multivariadas. La principal riqueza de este conjunto de trabajos es la información empírica, que se complementa con las interpretaciones que los investigadores hacen de los hechos observados. El lector encontrará entonces una variedad de textos que presentan resultados de investigaciones sobre temas de importancia, con acercamientos metodológicos novedosos y en cuyo proceso se aseguró que fueran de la mayor calidad académica.

PRIMERA PARTE

LA VIVENCIA DE LA REPRODUCCIÓN

FORMAS DE PRECARIEDAD Y AUTORITARISMO PRESENTES EN LA VIVENCIA DE LA REPRODUCCIÓN EN EL ÁREA RURAL DE MORELOS

ROBERTO CASTRO

INTRODUCCIÓN:

LA REPRODUCCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Este artículo pretende aportar elementos que permitan avanzar en la interpretación de la *vivencia* de la reproducción por parte de las mujeres, a partir de teorizar la subjetividad de las mismas y de caracterizar los rasgos más sobresalientes del orden social en que viven. Tomando como base una investigación realizada en Ocuilco —comunidad rural de aproximadamente 3 500 habitantes, situada al noreste del estado de Morelos—, este trabajo pretende documentar cómo tanto las condiciones sociales existentes (de marginación económica y desigualdad de género), como la visión que los individuos tienen de su cotidianidad influyen en la manera en que las mujeres interpretan los fenómenos relacionados con la reproducción.

La experiencia subjetiva de la reproducción ha sido estudiada desde dos puntos de vista bajo la perspectiva de género en ciencias sociales: *a)* los abordajes *normativos*, que enfatizan el rol que los factores externos desempeñan en la determinación de la subjetividad, y *b)* los abordajes *interpretativos*, que privilegian la capacidad imaginativa de los actores. Una de las principales tradiciones intelectuales dentro del campo de la sociología médica señala la creciente tendencia de la medicina moderna a convertirse en un paradigma dominante, tal como en otras épocas lo fueron la religión y el derecho (Zola, 1972). Desde esta perspectiva se postula

que un proceso de *medicalización* está permeando gradualmente todos los aspectos de la vida cotidiana, de tal manera que la medicina moderna se está transformando en uno de los principales referentes culturales, ideológicos y cognoscitivos que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias. La tesis de la medicalización ha sido revitalizada por el feminismo, su hipótesis es que la medicina no es un medio de dominación neutral igualmente dirigido hacia hombres y mujeres, sino que, por el contrario, la medicina ha sido básicamente otro medio que las sociedades patriarcales han utilizado para reforzar la dominación sobre las mujeres.

Desde una perspectiva *normativa*, el argumento feminista dentro de este campo es que el discurso médico está permeado por una ideología de *género* que nutre y da forma tanto a la manera en que los investigadores médicos definen y trabajan sobre su objeto de estudio, como a la manera en que la población *interpreta y experimenta* los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad (Jacobus, Keller y Schuttleworth, 1990). Un objetivo que se deriva de esta concepción es el descubrimiento de los mecanismos a través de los cuales ocurre este tipo de *medicalización*, así como de las formas de "normalidad" que la medicina presume "adecuadas" para las mujeres (Ehrenreich y English, 1987).

La construcción de la *normalidad* a través del discurso médico es un campo ampliamente investigado desde el feminismo. Por ejemplo, se ha documentado cómo en diversos textos de ginecología se caracteriza a las mujeres como personas cuyo objetivo en la vida es la reproducción y la vida doméstica; a la sexualidad femenina como inferior a la masculina y a la sumisión de las mujeres como natural. Por ello, se dice, "los efectos nocivos de esas actitudes sobre las pacientes difícilmente pueden ser estimados" (Scully y Bart, 1978: 221). En otros casos se ha mostrado cómo las referencias a la menstruación, aparentemente científicas y objetivas que se encuentran en los libros de texto de medicina, contienen en realidad muchas metáforas ideológicas que reproducen una visión masculina del mundo, del cuerpo, y de las funciones y los órganos reproductores femeninos (Martin, 1990). Y en otros más se ha documentado que incluso en definiciones de eventos como el "parto", contenidas también en libros de texto de medicina, las mujeres son eliminadas o por lo menos relegadas a un papel secun-

dario. Por ejemplo, una definición como “el pasaje del producto del útero al mundo exterior” (Treichler, 1990: 17) subraya el trayecto del producto, más que la labor de la madre. Al definir el parto en términos médicos, las instituciones de salud legitiman el control médico sobre la reproducción y determinan el tipo de experiencia que las mujeres tienen sobre estos aspectos. En su versión medicalizada, el parto es conceptualizado no como algo que las mujeres hacen, sino como algo en lo que los hospitales y los médicos son los actores principales. La idea de que el médico *le presenta* el bebé a la madre ilustra este punto (Rothman, 1978). Y, en general, no sólo el parto, sino todo el embarazo, es definido en términos similares. No es gratuito, se afirma, que la atención prenatal también sea conocida como “control” prenatal: la característica central de la medicalización del embarazo es el énfasis que la medicina pone en la probabilidad de desarrollar alguna patología durante esta etapa. En consecuencia, la eliminación de la idea de *normalidad* en este proceso provee la justificación para la intervención médica (Oakley, 1984). Finalmente, más allá del proceso reproductivo mismo, se afirma que los mitos sobre la menstruación y la menopausia son formas de control social impulsadas por la medicina moderna toda vez que fuerzan a las mujeres a sentir y experimentar estos fenómenos como eventos que limitan sus capacidades psicológicas y fisiológicas (McCrea, 1986).

Todos estos estudios tienen en común la perspectiva *normativa* desde la cual fueron realizados. Por ello, no sorprende que se centren en las fuerzas macrosociales (*i.e.*, patriarcado, género, medicalización, etc.) que determinan la experiencia subjetiva de los fenómenos reproductivos, pero que, por ello mismo, descuiden recuperar la experiencia directa de las mujeres. En cambio, desde una perspectiva *interpretativa*, el peso de estos factores es el inverso. Así por ejemplo, al estudiar empíricamente la manera en que un grupo de mujeres percibe la menstruación, Bransen (1992) encontró que la relación entre el discurso médico y el mundo de las entrevistadas es más complejo de lo que sugiere la teoría de la medicalización. La autora muestra que, si bien algunos conceptos del discurso médico pueden ser observados en el lenguaje de las mujeres, sus experiencias y vivencias sobre la menstruación poseen un mayor grado de independencia, autonomía y control que lo que

conceden los abordajes normativos (Bransen, 1992). Otras investigaciones han explorado el proceso de construcción social mediante el cual las mujeres adquieren su identidad de "mujeres embarazadas", y se ha encontrado que "no es la ocurrencia de los síntomas en sí mismos, sino lo que la gente 'hace' de ellos, lo que determina la confirmación de la identidad de embarazada" (Miller, 1978: 196). Que la biología desempeña un papel menos importante en la vivencia de la reproducción que las condiciones sociales que la rodean es un hallazgo también reportado por Oakley (1979, 1980). Estudios de este tipo han cuestionado eventos médicos aparentemente incontrovertibles como la llamada "depresión posparto" (Kitzinger, 1992) y han propuesto que su ocurrencia tiene más relación con las condiciones medicalizadas del parto que con la biología (y los consecuentes cambios hormonales) del mismo.

También en Latinoamérica se han llevado a cabo varias investigaciones *interpretativas* del fenómeno de la reproducción. Un estudio en Chile muestra que "ser madre" y "ser ama de casa" son formas de identidad —formas de experiencia subjetiva— que permiten a las mujeres una mayor sensación de poder frente a los hombres, en tanto que "ser esposa" normalmente traduce una vivencia de subordinación (Valdés, 1988). La experiencia subjetiva de la maternidad se asocia estrechamente a las condiciones materiales de vida: se ha reportado que el ambiente de incertidumbre económica en que viven muchas mujeres se relaciona directamente con su incapacidad de adoptar conductas preventivas en relación con la reproducción (Ramos, 1983), y que las percepciones de las mujeres sobre la maternidad y la planificación familiar varían en función de su posición estructural en la sociedad. Aquellas de clase media o alta tienden a ser más ambivalentes respecto a la maternidad y a defender más abiertamente su derecho al trabajo, que aquellas de clases sociales bajas (García y Oliveira, 1991).

En México, la existencia de concepciones seculares ("tradicionales") en relación con la salud y con la reproducción ha sido documentada fundamentalmente desde una perspectiva antropológica (López Austin, 1984; Aguirre Beltrán, 1980). El tema de la reproducción humana ha llamado particularmente la atención de los investigadores debido a la riqueza del universo simbólico que se construye en torno a este fenómeno. En este sentido, en los últimos

años se han producido diversos trabajos que, a partir del testimonio de un grupo de parteras, dan cuenta del estado actual que guardan las prácticas médicas no académicas en relación con la reproducción humana y con ciertas enfermedades conceptualizadas como tales en un lenguaje no científico (Mellado *et al.*, 1989; Zolla, 1988; Mellado, 1987; Álvarez-Heydenreich, 1987).

En síntesis, el estudio sociológico de la subjetividad relacionada con la salud y la enfermedad (Zborowski, 1958; Herzlich, 1973; Boltanski, 1972; Cornwell, 1984) así como con la reproducción, ha privilegiado, en diversos momentos, el rol de la estructura social y el rol de la capacidad interpretativa de los actores. Para el caso de la investigación de la que aquí damos cuenta, optamos por un abordaje que recupera elementos de ambas propuestas, con el fin de iluminar la manera en que el orden social específico de una comunidad como Ocuituco, y la visión que del mismo tienen sus habitantes, interactúan en la vivencia que las mujeres tienen del embarazo y el parto.

METODOLOGÍA

Perspectiva teórica

La perspectiva teórica general de esta investigación corresponde a la de la sociología interpretativa (Weber, 1985), toda vez que el objetivo principal es “comprender”, mediante interpretación sociológica, la manera en que las mujeres de Ocuituco atribuyen sentido a sus experiencias de reproducción.

La interpretación subjetiva de los significados no es un rasgo exclusivo del método sociológico, sino una característica general de los seres humanos. Tanto el sentido común como nuestro pensamiento científico se basan en interpretaciones de la realidad. Esto implica que “estrictamente hablando, no existen los *hechos* puros y simples. Todos los hechos son, por principio, hechos seleccionados de un contexto universal, por nuestra mente. Siempre son, por lo tanto, *hechos interpretados...*” (Schutz, 1962: 14). Todas las interpretaciones de la realidad —las científicas y las de sentido común— se basan en un cuerpo de experiencias preexistentes acerca de la

misma, la mayor parte de la cual nos ha sido heredado por nuestros antecesores. Y “el medio tipificador a través del cual se transmite el conocimiento socialmente derivado es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano” (Schutz, 1962: 14).

Así, el lenguaje es el medio por excelencia por el que la actividad interpretativa de un grupo puede ser observada. El lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de ese grupo (Berger y Luckmann, 1986). Por extensión, el lenguaje que un grupo usa para expresar síntomas y hablar de la reproducción constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto de estos fenómenos, al mismo tiempo que sirve para expresarla. En concordancia con estos postulados, el análisis interpretativo de esta investigación está basado en las explicaciones verbales de los habitantes de Ocuituco, toda vez que se asume que el lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir “significados”.

Al explorar el “punto de vista del nativo” de un fenómeno dado, el investigador se enfrenta al dilema de dejarse atrapar por las nociones mismas que la gente utiliza para referirse a este fenómeno, en cuyo caso se verá frustrada su teorización, en términos sociológicos, sobre el mismo, o dedicarse intensamente a teorizar sobre dicho fenómeno, con el riesgo de mantenerse demasiado lejos de la experiencia subjetiva de los sujetos en estudio. Geertz ha propuesto que la solución a este problema se encuentra en lo que se llama el círculo hermenéutico, es decir, en el vaivén constante entre los significados particulares del problema específico bajo estudio, y el contexto general en que se encuentra inmerso el fenómeno (Geertz, 1994). En nuestro caso, para dar solución a este problema, hemos adoptado un abordaje equivalente. En primer lugar se exploran los aspectos más importantes de la estructura social de Ocuituco, aquí referida como el *contexto social*. En segundo lugar se exploran los aspectos centrales del sentido común de los pobladores de Ocuituco, aquí referido como el *contexto subjetivo*. Para los propósitos de esta investigación, el *sentido común* es entendido como “una interpretación de las inmediateces de la experiencia, una glosa de éstas... [que está] construido históricamente y [...] sujeto a pautas de juicio definidas históricamente” (Geertz, 1994: 35).

Como hemos ilustrado ya con mayor detalle en otros trabajos (Castro, 1995a y 1995b), existen cuatro factores básicos que pueden señalarse como conformadores decisivos del contexto social de Ocuituco:

1) Ocuituco es una comunidad en la que la mayoría de sus habitantes vive en condiciones de privación económica o *pobreza*.

2) Las mujeres de Ocuituco viven bajo el dominio directo de los hombres, en un sistema *patriarcal*. Cuando se trata de estudiar la experiencia subjetiva de la reproducción —fenómeno en el que las mujeres son actores centrales— la relevancia de este factor no puede ser subestimada. Como lo sugiere Fox, el uso del concepto *patriarcado* debe comprender un estudio simultáneo de “la estructura social y la subjetividad, las cuales son niveles de realidad diferentes pero inseparables, y en constante interacción” (Fox, 1988: 165).

3) Durante los últimos 40 años, un proceso de *medicalización* ha tenido lugar en esta comunidad. Gradualmente, la medicina moderna ha adquirido importancia en detrimento de otras medicinas tradicionales. El concepto de medicalización se usa aquí, según lo sugirió Cornwell, como “una instancia del proceso más amplio de ‘racionalización’ el cual Habermas define como el proceso clave de la modernización...” (Cornwell, 1984: 119). Entonces, en lugar de definir a la medicalización como el proceso por el cual se reinterpreta el comportamiento “desviado” en términos médicos (Conrad y Schneider, 1980; Zola, 1972), este concepto es entendido aquí como la forma específica que la racionalización (y la legitimación) adopta en el área de la reproducción.

4) Sin embargo, aún es posible encontrar que elementos muy significativos de la *tradicición* han sobrevivido y continúan teniendo sentido para la población (Castro y Eroza, 1997).

Junto a estos factores que caracterizan el orden social en su conjunto, existen una serie de rasgos que caracterizan la subjetividad —la visión del mundo o *sentido común*— de los individuos, y que se describe con mayor detalle en el siguiente apartado de este artículo.

Consecuentemente, la propuesta central de este estudio es que las experiencias subjetivas de reproducción de las mujeres de Ocuituco deben ser interpretadas en relación con los cuatro factores que

caracterizan el orden social en dicha comunidad, como también con los rasgos dominantes de la "visión del mundo" de sus habitantes. Esto significa que adoptamos el postulado de Marx, según el cual todas las formas de conocimiento e ideología están históricamente determinadas y estrechamente conectadas con el ser social, esto es, con las formas específicas en las que las sociedades están económica y socialmente organizadas. Y significa también que recuperamos el postulado de Berger y Luckmann, en el sentido de que la subjetividad de los individuos simultáneamente refleja las determinaciones sociales a las que están sujetos, y expresa la capacidad interpretativa de los actores. Por último, parafraseando a Herzlich (1973), proponemos que la reproducción es una dimensión tan fundamental de la existencia humana, que las narraciones que los individuos hacen de ella reflejan los rasgos básicos del mapa de las relaciones sociales prevalecientes en la sociedad a la que pertenecen.

Recolección y análisis de la información

Esta investigación se basa en el análisis de entrevistas a profundidad a 74 informantes recolectadas en Ocuituco entre 1988 y 1992. A partir de un censo general, levantado en 1988, se clasificó a la población en tres grupos: 1) informantes clave; 2) mujeres, y 3) hombres.

El grupo de *informantes clave* se compuso principalmente por individuos que, dada su posición social dentro de la comunidad, cumplían un papel importante en la formación y diseminación de las nociones y conceptos utilizados en la comunidad respecto a las áreas de interés para esta investigación. En total se entrevistó a tres maestras, cinco parteras, tres enfermeras y cinco médicos, para un total de 16 informantes clave.

El segundo grupo de informantes seleccionados incluyó a *mujeres* de más de 15 años que habían tenido por lo menos un hijo, y que fueron clasificadas según la edad al primer parto, su fecundidad (alta o baja, de acuerdo con su edad) y su estado civil. En total se entrevistó a 34 mujeres de las cuales nueve eran menores de 30 años, ocho tenían entre 30 y 60 años, y seis tenían más de 60 años.

El tercer grupo de informantes, *hombres*, fue seleccionado de acuerdo con su nivel de educación y tipo de ocupación. En total se entrevistó a 24 hombres, ocho de los cuales tenían menos de 30 años de edad, 13 tenían entre 30 y 60 años, y cinco tenían más de 60.

Una vez seleccionados los informantes, se les entrevistó a profundidad de acuerdo con una guía que exploró su experiencia sobre tres temas generales: *a*) la salud y la enfermedad (Castro, 1995a; Castro y Eroza, 1997); *b*) la reproducción, y *c*) la anticoncepción. El análisis cualitativo de esta información se realizó utilizando un *software* especializado (Seidel, 1995) y siguiendo la propuesta de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).

HALLAZGOS

Junto a la breve caracterización que se ha hecho de las condiciones objetivas de vida en Ocuituco, es fundamental también explorar los principales rasgos de la visión del mundo (o sentido común) de sus habitantes, con el fin de poder mostrar posteriormente la manera en que estos dos órdenes de realidad se articulan en la vivencia del embarazo y parto de las mujeres.

*Sentido común en Ocuituco*¹

Para comprender la forma en que las mujeres de Ocuituco narran sus experiencias sobre la reproducción, es importante primero subrayar algunas de las principales características del *sentido común* de los habitantes de esa localidad. Estas características están estrechamente relacionadas con las condiciones sociales prevaletentes en este pueblo, explícitamente, la pobreza de la mayoría de los habitantes, y la condición de sometimiento en la que se encuentran las mujeres. Con base en esta comprensión general del mundo, será

¹ Algunos párrafos de esta descripción del sentido común en Ocuituco han sido publicados en Castro (1995a). Se reproducen aquí de manera resumida para mantener la coherencia del procedimiento analítico. El apartado Sentido común y pobreza, sin embargo, es inédito.

entonces posible explorar con mayor profundidad, cómo es que los dos modelos médicos (tradicional y moderno) que existen en esta comunidad, son apropiados por las mujeres en sus experiencias cotidianas de la reproducción.

Sentido común y pobreza

Para los efectos de este análisis, hay dos características básicas presentes en el sentido común de los habitantes de Ocuituco, relacionadas con su condición económica, las cuales se enfatizan aquí: *a)* una sensación de incertidumbre, y *b)* una sensación de estar en el estrato inferior de la escala social.

Los habitantes de Ocuituco viven con una sensación generalizada de *incertidumbre*, lo cual, para fines analíticos, se podría dividir en varias dimensiones. Primero, hay una sensación de *azar*, esto es, una sensación de que muchas cosas son impredecibles y más allá del control del individuo. La vivencia de la incertidumbre da lugar, a su vez, a una asombrosa paradoja: los pobladores de Ocuituco están entrenados para aceptar lo inesperado como algo normal. Entonces, una segunda dimensión que caracteriza el sentido de incertidumbre de estos sujetos es la *normalidad de lo inesperado*. Esta orientación les permite adaptarse a eventos súbitos que pueden ocurrir durante la vida. En algunos casos, los eventos inesperados pueden ser poco agradables y con consecuencias directas sobre la vida personal. Por ejemplo, a una adolescente que se embaraza se le refiere como alguien que “se encontró a su bebé en la calle”; o una mujer puede súbitamente encontrarse viviendo con un hombre:

Me llevó cargando en el aguacero y ya no me dejó, ni mi permiso me pidieron. Me aconsejaron, me aconsejaron, “porque no he de sobrevivir al hombre” me aconsejaban [...] nomás me agarró en la calle... me llevó y yo, lo que sea, no lo quería yo casarme, pero pues como todos ellos, toda su gente de él se amontonaron, se amontonaron, dice que sea yo dote, que sea yo dote, que no lo juera yo a echar de cabeza y que bueno... yo tonta pues nos casamos (F8/1988: 7-36).²

² En lo sucesivo, los testimonios serán identificados con el sexo del informante (M o F), el número de la entrevista, el año de su recolección (1988 o 1992) y los renglones de la entrevista que se citan.

El azar y la normalidad de lo inesperado culminan juntas en una tercera dimensión de incertidumbre, esto es, en un sentido de *precariedad* de la vida diaria:

Hace un año [mi hija se iba a ir a la universidad a Morelia], se iba a ir en septiembre pero tuvimos un caso de que mi señora *fracasó*, tuvo un accidente, se quebró una pierna, gasté muchos centavos y ya no pude... Pero le digo, por Dios me va a creer que por treinta mil pesos no se fue. No los tuve y no pude conseguirlos porque estaba yo bien endrogadísimo, con mi mujer gasté y gasté los centavos (M42/1988: 485-497).

Enviar a una hija a la universidad es un logro extraordinario en Ocuituco. Este testimonio, sin embargo, es representativo de la manera en que se usa el verbo *fracasar*. En un mundo donde la mayoría de las actividades se llevan a cabo bajo condiciones extremadamente precarias, no es sorprendente que la palabra *fracaso* sea utilizada para referirse a alguien que, en alguna forma, podría culparse porque un proyecto determinado se venga abajo. El precario equilibrio que permitiría a un miembro de la familia asistir a la universidad tenía que ser sostenido por todos. Si alguien *fracasa* en este esfuerzo colectivo, el proyecto se derrumba.

Consecuentemente, una cuarta dimensión del sentido de incertidumbre es una *familiaridad con la incapacidad para completar proyectos*. Los pobladores de Ocuituco tienden a dar por hecho que existe una alta probabilidad de no poder terminar cualquier empresa en la que participan. Algunas veces esto implica que el trabajo de agricultura de todo un año tiene que ser abandonado. Otras veces son proyectos, como los estudios, lo que no puede ser completado.

Los pobladores de Ocuituco perciben la vida y la sociedad de una manera en la que la *fuerza* es un valor central. Esto se refleja en la forma en que hablan los individuos acerca del propósito de trabajar:

—¿Entonces su mamá trabajaba mucho?

—Sí, trabajó mucho, se quedó viuda cuando yo empezaba a gatear apenas. Y le quedaron todos los hijos, entonces *trabajó mucho para alzarnos*, y ya después nos casamos (F32/1992: 71-76).

El uso de la expresión *trabajar para alzarse* (otros testimonios dicen *trabajar para levantarse*) refleja una *visión jerárquica de la sociedad*, percibida desde abajo. Ello constituye la segunda característica del sentido común de los pobladores de Ocuituco que queremos enfatizar aquí. En la comunidad, la supervivencia implica vencer el peso de la sociedad, la cual frecuentemente se percibe como “encima de uno”. Esto contrasta de manera interesante con la expresión de la clase media urbana de “salir adelante”, que presupone una visión mucho más horizontal de la sociedad. Las dos expresiones —levantarse y salir adelante— se utilizan para referirse al éxito económico en la vida. Ambas implican movimiento. Sin embargo, en el primer caso es vertical, hacia arriba (lo cual frecuentemente refleja opresión y demanda fuerza); en el segundo caso, es un movimiento horizontal, lateral (el cual refleja una inserción mucho más cómoda en la sociedad). Ambas expresiones indican una experiencia subjetiva de la sociedad, una visión específica de la condición social de la persona. Así, desde el punto de vista de los pobladores de Ocuituco, la vida se ve y se vive desde la perspectiva de los oprimidos.

Sentido común, patriarcado y violencia

Entre los habitantes de Ocuituco existen también varias formas de *conciencia de la condición socialmente desventajosa de las mujeres*. Las mujeres saben que el orden social prevaleciente favorece a los hombres. Desde su infancia, saben que su destino en esta sociedad es básicamente servir a los hombres:

Yo nada más tuve cinco hermanos. Fuimos seis: dos hombres y cuatro mujeres. Y a mí me tocó ser la grande de las mujeres. Por eso a la mayor *le toca* más criar a los hermanos (F31/1992: 173-176).

A los hombres se les da preferencia sobre las mujeres para asistir a la escuela. Esta preferencia está estrechamente relacionada con el valor económico diferencial de los sexos en esta sociedad. Los hombres son más “valiosos” que las mujeres, debido a que generan ingresos, y por lo tanto producen valor. Desde este punto de vista,

un niño es mucho más valioso que varias niñas, como lo testifica un hombre que tuvo varias hijas y ningún hijo:

Entre más hijos tiene uno se ve uno apurado cuando están chiquitos pero ya estando grandes pos ya ellos dan hartito a uno. Pero así, puras mujercitas ¿qué quiere? casi casi *nomás se van a servir*, nomás casi van ganando para vestirse (M36/1988: 447-453).

Como los hombres desempeñan el papel dominante en cada familia, los niños son percibidos como determinantes para la seguridad de los padres que están envejeciendo, una percepción que es incorporada en el lenguaje de la vida diaria:

si el niño está medio triste, le digo "¿qué tienes m'hijito?", y tiene como cuatro días, le digo: "¿no vas a comer?" y si no quiere comer [le digo]: "ándale hijo, te vas a morir menso" como le digo "de una vez que vas a crecer grandote *para que me compres mis zapatos*" (F1/1988: 785-794).

Un hombre tiene la libertad y la autoridad de cuidar a sus padres (o, dicho con mayor precisión, de demandar que su esposa cuide a sus padres). La mujer, por el contrario, tendrá mucho menos libertad para hacer lo mismo con los suyos:

[...] entonces dos mujeres *no tienen ninguna validez* porque no preguntan por el padre... Están con sus esposos (M34/1988: 437-443).

De acuerdo con el orden patriarcal existente, las mujeres son percibidas como propiedad de los padres y de los esposos:

Porque yo fui honradamente pobre pos que nunca tuve así posibilidades *de no prestarlas*. Se iban a México, por allá *se enajenaron*, pos bueno, ya, para que ya no trabajaran... Las dos salieron de la secundaria pero pos... luego que salieron de la secundaria se casaron: *como si no hubieran estudiado* (M36/1988: 470-481).

En este testimonio está implícita la noción de que si el padre no hubiera sido tan pobre, habría tenido un mejor control sobre las mujeres de su familia. Su pobreza lo *obligó a prestarlas*. Cuando las mujeres se casan, son percibidas como personas que se entregan

a sí mismas en propiedad de otro. Las consecuencias prácticas de ser un agente libre (hombre) o una especie de propiedad (mujer), están bien claras en las conciencias de las mujeres:

—¿Y por qué sería que a sus hermanos les fue un poco mejor y a usted no tanto?

—*Exactamente* porque fueron hombres y yo soy mujer (F22/1992: 746-750).

Así, el destino de las mujeres está intrínsecamente ligado al de los hombres con los que viven. Esto lleva a una consecuencia lógica: es crucial que las mujeres se asocien con los hombres o vivan cerca de uno, lo que explica que, por su propio bien, a las mujeres se les aconseja que se casen o vivan en unión libre con un hombre.

Los habitantes de Ocuituco expresan también de varias maneras la *conciencia de la violencia cotidiana* que caracteriza sus vidas. Es común que los individuos estén enterados de alguien que ha sido asesinado o asaltado:

—¿Cuántos hijos tuvo usted?

—Tuve seis, siete. Se murieron: dos me mataron, y dos se murieron. Son los cuatro que se murieron, y cuatro que me viven: tuve ocho.

—¿Y a dos los mataron?

—A dos me mataron pos por andar por ahí en las parranditas. Eso es lo que gana uno (M34/1988: 187-195).

Los asesinatos constituyen uno de los muchos tipos de eventos *inesperados* con los que viven los pobladores de Ocuituco. Aunque anteriormente su número era mucho mayor (“cuando no había gobierno”), su frecuencia ha contribuido a una orientación cognoscitiva que les permite ver *lo inesperado como algo normal*.

Asimismo, la mayoría de mujeres de Ocuituco viven con permanente temor de ser atacadas por los hombres. Las madres recomiendan a las jóvenes que tengan cuidado:

como le digo a mi hija la grande, le digo, “oye, yo las prevengo de los peligros que hay ora, tantas muchachas que salen embarazadas”, digo “no, hija, vas a tener tu novio y todo eso pero no te me andes... con los muchachos porque ellos lo que quieren es aprovecharse de las muchachas. Las que salen amoladas son las muchachas”. Y cuando estaba más

chica: "mira hija, te va a pasar esto" yo, mi mamá nunca me dijo "mira, te va a pasar esto, vas a reglar, mira, ten cuidado, cuando vayas allá tan tarde no te metas". Y ora sí, a mis hijas les digo "si sale el hombre no se metan, si les dicen 'pasen' no se metan hijas. Si sale la señora bien, si no ahí nos vemos" (F26/1992: 34-52).

Así, muchas mujeres perciben a los hombres como una amenaza potencial continua. Esta percepción no siempre es abierta como en el ejemplo anterior, pero las mujeres constantemente *indexan* (Garfinkel, 1990) ese sentimiento de precaución en su conversación diaria. Dicha percepción también se basa en la propia experiencia de las mujeres acerca de los hombres: esa experiencia comienza tempranamente en la vida, ya que los agresores pueden ser los padres, hermanos, u otros miembros hombres de una familia. En una sociedad donde los individuos son entrenados a considerar los eventos inesperados como algo "normal", hay una tendencia a "normalizar" las experiencias trágicas de la vida que se refleja, por ejemplo, en la forma en que las mujeres denominan la violencia de la que han sido víctimas:

Yo tuve un *accidente* [cuando tuve a mi primera hija][...] fue ahí donde el papá de esa niña fue el que me pegó y de ahí me dejó toda, bueno eso, ya me fui para mi casa y ya no me quise ir con él porque me empezó a pegar. Me pegó a machetazos (F12/1988: 27, 85-91).

En un mundo de incertidumbre, los hombres violentos son percibidos como individuos impredecibles que golpean a las mujeres indiscriminadamente, tema tratado directa y abiertamente por algunas mujeres:

[...] vivíamos una vida tan amarga con su papá que era un martirio para mí y para [mi hijo] porque todavía estaba inocente [mi hijo] cuando [su padre] comenzó a sentir las amarguras, porque él fue comandante auxiliar nueve años, y en esos nueve años él agarró mucho el vicio, de por sí era malo, pegalón, feo de carácter, pero en ese tiempo agarró el vicio de la borrachera duro. Y nos pegaba a todos... a todos nos agarraba (F5/1988: 510-525).

Las mujeres se enfrentan entonces a un predicamento: dependen de los hombres para subsistir, al mismo tiempo que están

temerosas de ellos. Este dilema explica por qué muchas mujeres “prefieren” permanecer en casa con sus esposos, aun si son golpeadas: necesitan de sus hombres para sobrevivir. Pero la violencia es simplemente una forma extrema bajo la cual ocurre el dominio masculino sobre las mujeres. Sin hacer referencia directa a la violencia, frecuentemente es posible notar, implícita en los comentarios de los individuos, la condición subordinada de las mujeres. En esta sociedad, el papel de la mujer está claramente definido y reflejado en sus narraciones, incluso cuando hablan de relaciones “ideales” con los hombres:

Nosotros siempre hemos tenido una vida tranquila, para mí mi esposo es un santo... tenemos 43 años de casados y jamás me ha dicho una grosería, jamás de los jamases... nunca reñimos ni peleamos, ni me voy por ahí *sin permiso*. Yo, si a misa voy, a misa le digo “¿me das permiso?”, o “si llegas de la ordeña y no estoy, fui a misa”. Sólo salgo por un médico, por una necesidad: hay armonía (F31/1008-1023).

Sentido común y cambio social

Ocuituco no es una sociedad estancada. Por el contrario, incrustada en el sentido común de los individuos se encuentra la certidumbre de que la comunidad está pasando por un proceso de *cambio* sin precedentes. Naturalmente, este proceso de cambio se percibe sobre todo por las generaciones más viejas (de 45 años y más), que han vivido lo suficiente como para comparar el presente con el pasado.

La ocurrencia del cambio se percibe en cuando menos tres áreas de la realidad social: economía, educación y salud. En términos de *cambio económico*, existe el acuerdo generalizado entre los pobladores de Ocuituco, de que las cosas están *empeorando*. Los bienes y servicios solían ser mucho más baratos y por tanto el poder adquisitivo del dinero era mucho mayor.

Que la vida es actualmente más difícil que en tiempos pasados, es una apreciación que está contrarrestada por el hecho de que en la actualidad hay un mejor sistema educativo que en el pasado. Existe un acuerdo generalizado de que, en términos de *cambio educativo*, ha habido una tendencia hacia *la mejoría* en la comuni-

dad, ya que los jóvenes están mejor educados que sus padres. Los cambios en los programas educativos han afectado particularmente el área de la sexualidad, ya que los individuos de mayor edad nunca recibieron educación sobre estos temas:

En esos tiempos no explicaban *eso*, ahora ya hablan de *eso*, ya explican, pero en el tiempo que yo fui no, no me explicaban (F4/1988: 105-107).

Desde la perspectiva de las generaciones de mayor antigüedad, la educación permite a los jóvenes saber “qué esperar” cuando inician su vida sexual activa, ya que en tiempos pasados las parejas jóvenes (particularmente las mujeres) “se casaban con los ojos cerrados”: “Nosotros no tuvimos nada de *anticipos* de esas cosas” (M36/1988: 545-546). El uso de la palabra “anticipos” sugiere que antes la sexualidad también era vivida en el marco de lo inesperado, uno de los rasgos cognoscitivos de los habitantes de Ocuituco, y que la educación sexual permite *anticipar* ciertas cosas.

Una tercera dimensión en la que los pobladores de Ocuituco observan el proceso de cambio social se refiere a la creciente *medicalización* de la comunidad. De acuerdo con las entrevistas, en tiempos pasados no había tantos médicos, y los que estaban disponibles “sabían muy poco”. No había medicamentos para tratar a los enfermos, no había médicos “especialistas” y, por lo tanto, la atención médica no era tan cara como lo es en la actualidad. Y, sobre todo, había un mayor contacto con la naturaleza y menos sustancias químicas, por lo que había menos enfermedades:

No, y ora todo es nuevo. Ora es muy distinto todo. Luego les digo yo aquí a los muchachos, orita todo hasta las plantas si no les echan abono químico, no se dan las siembras. Y antes ¿qué cosa le echaban? Tamaño mazorcota, tanto frijol que se daba. No le echaban químico, no le echaban nada, nada más la fuerza de la tierra, le digo, y ora todo es con abono... Así le pasa al cuerpo. Si no están con las vitaminas no están contentos. Sí, porque ya ve usted que vitaminas para fortalecer el cuerpo, vitaminas y vitaminas... Y ahora, están aventados: una pastilla; que les duele el estómago: una pastilla [...] (F24/1988: 570-609).

Consecuentemente, a diferencia de los cambios económicos y educativos, no hay una idea clara, entre los pobladores más viejos de Ocuituco, de si el cambio en términos médicos debe considerarse, globalmente, como positivo o negativo.

Con esta caracterización del sentido común es posible ahora *comprender* mejor la sección que sigue, en la que se presentan algunos datos relacionados con la vivencia de las mujeres sobre la reproducción.³

La experiencia de la reproducción

Embarazo: precariedad y medicalización

Para la mayoría de las mujeres de Ocuituco, el inicio de su primer embarazo tiene lugar en circunstancias de *incertidumbre*⁴ y desconocimiento:

—¿Usted ya estaba preparada para tener hijos o la agarró casi de sorpresa?

—No, yo no sabía nada, no sabía eso, pues... no, y entonces *yo salí mal en la calle* (M1/1988: 28-35).

Esta situación explica que también el embarazo sea vivido, con frecuencia, en el marco de esa orientación cognoscitiva que hace a los habitantes de Ocuituco *normalizar lo inesperado*:

—¿Y por qué decidiste tener a tus hijos tan rápido?

—No es que lo haya decidido. Nosotros pensábamos tener nada más la primera, pero no me cuidé y me embaracé luego. Cuando ya quise cuidarme, ya estaba embarazada de que así, ya lo tenía (F3/1988: 11-18).

³ La vivencia de los varones ha sido publicada, sobre la base de este mismo marco conceptual, en Castro y Miranda (1998).

⁴ En lo que sigue, los principales rasgos del contexto social y subjetivo de los habitantes de Ocuituco serán enfatizados con cursivas, con el fin de facilitar su presencia en los testimonios de los entrevistados.

La confirmación de un embarazo, entonces, es una vivencia central en las vidas de las mujeres de Ocuituco. Dicha confirmación suele provenir de la madre o de la suegra (o de una mujer con más experiencia), y suele pasar por la etiquetación *medicalizada* de ciertos síntomas que requieren explicación:

cuando yo me puse *enferma* a los tres meses, me dijo su madrastra del muchacho, le digo "me dan asco los frijoles"... Y me dice la señora: "pues es que *ya te estás poniendo embarazada*". *Cómo estaba uno cerrada de ojos, ¿verdad?* (F15/1988: 16-23).

El testimonio anterior permite apreciar varios aspectos importantes. Primero, que el inicio del embarazo es referido como un acontecimiento de orden médico: "ponerse enferma"; segundo, que dicho evento significa un tránsito hacia una identidad genérica protagónica, donde la mujer deja de ser sólo un objeto y pasa a ser percibida como alguien que hace algo crucial: "te estás poniendo..."; pero, tercero, esta reivindicación de la identidad aparece inmediatamente acotada por esa tendencia que exhiben las mujeres de Ocuituco de subestimarse en forma individual: "cómo está uno cerrada de ojos, ¿verdad?"

Que el embarazo es una experiencia crecientemente *medicalizada* en Ocuituco se aprecia también al explorar las medidas que las mujeres toman para embarazarse —en el caso de las que tienen dificultades para ello:

Tardé, pues sí tardé para el primero hasta que [mi esposo] me llevó al doctor. Ya me empezó a dar vitaminas, inyecciones en vitaminas y frascos, y ya después fue cuando me hice embarazada (F9/1988: 305-312).

La medicalización del embarazo se da en un contexto en el que la *tradición* sigue cumpliendo un papel importante para determinar los cuidados que deben procurarse a la mujer embarazada. En otros trabajos hemos documentado la lógica de la creencia en torno a los peligros que corre una mujer embarazada que se exponga a un eclipse (Castro, 1995b), así como la importancia de satisfacer a una mujer embarazada sus "antojos" (Castro, Bronfman y Loya, 1991; Castro y Bronfman, 1995). A ello hay que añadir la creencia, aún

vigente en Ocuituco, en el peligro que corre una mujer embarazada que se acerca a un muerto o asiste a un velorio. Esta creencia incluso es utilizada como explicación en los partos difíciles:

[...] que nos vienen a levantar de madrugada: "acompañame, ya se murió el niño". Y que le dice mi esposo: "no porque ya ve que aquí la señora está [embarazada]". Y decían: "nomás que lo agarre tantito, nomás mientras lo componemos"; y que lo agarro tantito mientras compusieron la mesita y que lo pongo en la mesa... y mire, luego me vino, a los ocho días completitos nació mi hija. Y yo no podía, no podía y no podía, y mire, cuando nació mi hija me dijo la partera que mi hija estaba morada, morada, entonces me dijo: "ya no andes yendo a los mortorios, porque eso es lo que les sucede cuando ustedes van y ya están en vías de dar a luz" (F5/1988: 400-424).

El tema de los cuidados del embarazo se asocia también a otra serie de peligros a los que las mujeres están expuestas. De particular importancia es el de la violencia en su contra, que no parece disminuir cuando están embarazadas. Existen varios testimonios de mujeres que fueron agredidas físicamente por sus parejas durante este periodo, en algunos casos, eso dio como resultado la terminación del embarazo:

—Y me pegaba y luego me hacía cosas, y luego hasta me fue mal con un niño[...] Sí, apenas hará dos meses. Me espantó que me echara a un pozo artesano y yo sí me espanté y luego ese día empecé a sentir feo y me empezó a salir sangre... Y él me dice: "el chance, pendeja", dice, "si nada más estaba yo chanceando", dice, "tábamos jugando", dice, "eres una idiota que todo te lo crees". Pues sí, de él de veras lo creo pues estaba bien cerquita del pozo, así, bien me tenía de aquí, pues yo sí lo creí que me iba a echar.

—¿Y eso quién se lo atendió?

—Nadie, solita me pasó eso. A nadie le dije de eso y seguí haciendo mi quehacer como si nada (F1/1988: 659-680).

En síntesis, la precariedad en la vivencia del embarazo pasa por varias dimensiones que a su vez se relacionan con la incertidumbre, la medicalización y la violencia a que están expuestas las mujeres en general y las mujeres embarazadas en particular. Este último es un tema que requiere de mayor indagación: ¿constituye el embarazo

un factor de protección de las mujeres contra la violencia?, o por el contrario, ¿están las mujeres embarazadas expuestas, por esa misma condición, a un mayor nivel de violencia por parte de los hombres? Cualquiera de las dos posibilidades exige una mayor profundización en la investigación social en este campo.

Parto: autoritarismo y tendencia a la normalización

El parto constituye el momento culminante de la vivencia reproductiva de las mujeres y los hombres de Ocuituco. Podemos afirmar que en torno a este evento se reproducen, en nivel micro, los grandes ordenamientos sociales vigentes en esta localidad: la pobreza y la opresión de género, la medicalización y la tradición. En algunos casos, el parto permite ciertos márgenes de iniciativa a las mujeres con los que no cuentan en circunstancias normales. Por ejemplo, ellas pueden tratar de decidir si el marido debe estar presente o no; pero, asimismo, el parto es un evento en el que confluyen, de manera intensificada, la *precariedad*, lo *imprevisto*, y lo *azaroso* de la vida diaria de la comunidad; y el parto es, además, una ocasión para las mujeres de interpretar sus circunstancias:

Pero una vez que me dice mi señor: "yo tengo tentación de ver cómo nacen los niños". "¡Ay, *eso sí* que nunca!", le dije yo, porque me da vergüenza que me vean, por eso no quiero aliviarme aquí. Dice "alíviate". "No yo no. Me voy a ir a la clínica, estoy arreglando mis papeles para irme de aquí", y que tuve yo a la niña, pero digo yo, le digo a mi abuelita "yo creo que Dios me castigó" le digo, yo no pude irme a la clínica o sea que cuando el coche llegó de la esquina aquella a ésta, ya la niña había nacido y la tuve yo toda tirada y fueron a ver a una partera, ya la partera llegó (F1/1988: 306-322).

El dramatismo del testimonio anterior permite ver, en una especie de fotografía instantánea, algunas de las principales condiciones de vida de la comunidad: la informante, por pudor, prefirió que su marido no estuviera presente; hizo planes (fallidos) para atenderse en un centro de salud, pero la realidad se le impuso. Terminó pariendo en la calle, a la vista de todos. Para sobrevivir a la vergüenza que esto le significó, interpreta el evento como un casti-

go de Dios, quizás por haber tratado de evadir el control de su marido.

En otros casos, las mujeres paren en soledad, como resultado de sus propias circunstancias de opresión. Una mujer que vivía con su suegra, en condiciones de extrema tensión, relató:

cuando me alivié, me alivié solita, nadie me atendió porque nadie nadie, sea yo por pena, por miedo no dije... y el día lunes yo todavía me levanté, arreglé la bujía de la cocina y les hice el almuerzo y entonces me sentí mal, y yo me subí, me fui a un cuarto chiquito, y me fui y me acosté... pero antes fui al baño y me di cuenta que había sangrado, entonces dije "ya me voy a aliviar", entonces... me fui yo solita al cuarto ahí me quedé y ya, cuando ya sentí cuando se me reventó la fuente... y empecé a sentir los dolores y no me quejaba yo ni nada, yo solita yo. Y nació la criatura, pero en el momento en que nació la criatura como que quedé yo inconsciente, como no sabía yo qué era, pues yo sentí la fuente pero nunca pensé que se hubiera venido luego la criatura. Entonces ya eran como las diez y cuarto cuando llega la enfermera y que pregunta por mí, y entonces que le dicen que yo estaba en mi cuarto ¿no? Y cuando ya subió y me vio me dice: "Pero criatura, ¿cómo es posible?", y que me regaña y que me dice: "¿cómo es posible?" Y que dice: "a ver, destápate". Y que me destapo y que dice: "pero si tu criatura ya nació, ya nació" dice, "y es una niña" me dijo (F4/1988: 170-228).

Es frecuente observar un elemento de fricción en las interacciones entre pacientes mujeres y personal médico. Tanto médicos como enfermeras son percibidas como agentes que *regañan* a los pacientes. De hecho, de las entrevistas se desprende que *regañar* es una actividad en la que incurren diversas personas en posición de autoridad. Sólo las mujeres reportan haber sido regañadas por una suegra, un esposo, un médico o una enfermera. Estas interacciones presuponen que aquellas que son regañadas (las mujeres) son percibidas por los demás y por sí mismas como en una posición inferior en relación con los que regañan; eso las coloca en una posición comparable a la de un niño en relación con un adulto. La vivencia del regaño supone una visión *jerarquizada de la sociedad*. Hay testimonios relacionados con el parto atendido por médicos, donde las formas del regaño alcanzan modalidades de un autoritarismo

extremo, represivo, sólo interpretable en el marco de las relaciones de género que caracterizan estos encuentros:

—¿Y no tuvo sufrimiento en su parto?

—Pos sí porque me dolía muchísimo mi cabeza. O sea que yo recuerdo que les decía a los doctores “me duele, me duele”. Yo les decía que me dolía la cabeza y ellos me decían “¡aguántese usted, así le gustó!” Para mí fueron más grandes los dolores de cabeza que los del parto (F25/1992: 223-233).

El *regaño* se dirige, en primer lugar y como en el caso anterior, a reprimir manifestaciones de dolor por parte de las pacientes. Para ello se hace alusión a un posible “permiso” que se dieron de disfrutar la sexualidad. La lógica del mecanismo de represión social es sorprendente: los médicos buscan obligar a la mujer a que se controle, se calle, o deje de quejarse, “recordándole” que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que “por lo tanto”, ahora debe vivir “con las consecuencias”. La expresión “así le gustó”, del testimonio anterior, es semejante a otras como “pero disfrutaste antes, ¿no?”, o “¿pero la pasaste bien, ¿verdad?”, que hemos recogido también en este trabajo.

En segundo lugar, el *regaño* se dirige a inculpar a las propias mujeres por los problemas y/o las dificultades que pudieron haberse presentado durante el parto, y a eximir de toda responsabilidad a los médicos. Es un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad, que sólo puede funcionar en un contexto de opresión de un género sobre el otro:

El doctor aquel, yo pienso que pues estaba tomado y no me atendió bien, porque pues yo pienso: si el producto estaba muy grande lo que hubiera hecho hacer cesárea ¿no? Él no, dijo que *yo no había puesto nada de mi parte* y no sé qué, la cosa es que él me lo jaló, se reventó el cordón, o sea se ahogó el niño, pos yo digo que se ahorcó ¿no?... Entonces le dijo a mi esposo: “su esposa no ayudó, ella fue la que tuvo la culpa” [...] Todavía cuando mi esposo me internó ahí le dice “doctor ¿puedo pasar a estar con ella o me quedo afuera?”, y dice “no, tú vete a trabajar, tú no le vas a ayudar a pujar aquí. Vete”. Entonces me metió como a las 12 del mediodía, dijo que como a las tres de la tarde ya tenía que haber nacido el bebé. Pasaron las tres, las cuatro, las cinco y nada. Y después todavía se enojaba ¿no? Decía “yo ya me

tengo que ir..." Yo pienso que sí estaba tomado porque... entré varias veces al baño y en el cesto de los papeles estaban unos envases de bebida (F45/1992: 1005-1070).

Se trata de un orden médico que presupone que en el parto el papel protagónico corresponde al médico, y que la mujer que pare se limita a "cooperar" o a "ayudar" al médico en la tarea. Y sólo es posible montar un *regañío* sobre estas premisas cuando los actores han interiorizado tan hondamente esta estructura de valores, que pueden darla por sentado. En el testimonio anterior, por ejemplo, el reclamo de la informante se dirige a una mala calidad de la atención recibida o a una probable falta de ética profesional del médico que la atendió; pero no cuestiona los términos en que el médico resumió ante su marido el fracaso: "su esposa no ayudó...".

Éste es un tema que amerita mayor indagación: ¿sobre qué bases se "monta el permiso" de los médicos para reprimir en estos términos a los pacientes?, esto es ¿qué mecanismo societal, o qué dispositivo de poder se activa en estos encuentros, que hace *i*) que abunden las conductas represivas, y *ii*) que dichas conductas se asocien, en el nivel del discurso, con el disfrute de la sexualidad por parte del o la paciente? Si expresiones como "así le gustó" exhiben un contenido incriminatorio, ¿cuál es la norma que desde la perspectiva de los médicos se rompió?, ¿qué los hace asumirse como garan'es de tales normas y como consecuentes represores de las que supuestamente se han desviado de ellas? La investigación en esta línea debe considerar que los encuentros médico-paciente constituyen en general formas de interacción social asimétricas, pues en ellos uno es el detentador del saber/poder, y la otra "sólo" es una paciente. En el caso de encuentros mixtos (donde la paciente es mujer), la asimetría se agudiza por la dimensión de género que se introduce. En el caso de encuentros mixtos en torno a casos de ginecoobstetricia, la asimetría se agudiza aún más por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que pare. Los estudios sobre este tema deben conceptualizar el uso de tales expresiones como formas de represión extremas que aparecen en encuentros con una estructura de desigualdad también extrema.

Asimismo, la *medicalización* del parto adquiere otras formas autoritarias, que tienen que ver con la exclusión de las mujeres de lo que les está pasando:

—¿Quedó usted conforme, le gustó la atención?

—Sí, me atendieron... pos bueno porque pos uno no sabe cómo, por ejemplo, llega uno y luego dicen "no, que todavía no es hora, que todavía no cae". Y luego que "no que..." Pos así me tuvieron [...] Y no sé, ven unos números y tienen el día que debe llegar [...] Me decían "todavía le falta tanto, apenas va en el...". Y les digo "¿pos hasta qué número tengo que llegar?", y dice "por lo menos hasta el tres". ¡Híjole! y luego luego me sacaron para afuera, me dieron de alta. Me sacaron para afuera (F29/1992: 37-83).

Llama la atención la forma en que la informante elabora su respuesta. Comienza con un *sí*, que tras una pausa es contradicho. Parecería que al vislumbrar que había condiciones para hablar (en la entrevista), la informante *a*) dijo lo que realmente pensaba, o *b*) pensó lo que realmente sentía y pudo verbalizarlo. En cualquiera de los dos casos habría que explorar con mayor profundidad a qué condicionamientos responde la tendencia a contestar conforme a las expectativas implícitas en el discurso médico moderno. Se trata de un discurso que postula que la mejor calidad de atención al parto se encuentra en los servicios de salud modernos. Este postulado se usa de forma ambigua: sirve tanto para legitimar la hegemonía de la medicina moderna, como para "advertir" a los usuarios que no podrán encontrar nada mejor. En el primer caso, se trata de un recurso de poder. En el segundo, se trata de un recurso propagandístico con una caracterización implícita negativa de los otros tipos de servicios (alternativos, tradicionales). La mezcla de poder y propaganda podría explicar el efecto de confusión en los pacientes: por efecto de esta última asumen que la atención que reciben es de calidad. Como consecuencia de aquél no cuentan con espacios para disentir. Por eso las respuestas iniciales a este tipo de preguntas suelen ser "sí", por lo menos hasta que se abre un espacio (en la entrevista) para elaborar más a profundidad. Testimonios como el anterior ilustran la *incertidumbre* y la distancia con respecto a la lógica de la medicina moderna con la que muchas mujeres viven su parto. La medición de los centímetros de dilatación es vivida por

esta informante con una mezcla de magia (“ven unos números y tienen el día que debe llegar”) y sumisión a la autoridad (“¿pos hasta qué número tengo que llegar?”).

En algunos casos, es básicamente la condición de *pobreza* lo que hace difíciles las condiciones del parto. Existen abundantes testimonios de hombres y mujeres que relatan un sinnúmero de problemas que se presentaron llegada la hora, que hicieron que el parto fuera vivido como una situación de emergencia:

En una ocasión mi nuera iba a dar a luces y fuimos a ver al doctor Cano y dijo que él ya estaba viejo, que él ya no atendía partos... entonces tengo un hijo que es maestro, tiene un coche, lo fui a ver a su casa. Le digo “hazme el favor de llevarme a tu cuñada que ya va a dar a luces y el doctor no la quiere atender”. Primero fuimos al centro de salud; el doctor de ahí le había dicho a ella que el día que sucediera eso fuera a la hora que fuera y él la atendía. Entonces fuimos primero allá y tocamos y tocamos y no había nadie. Fue como nos fuimos con el doctor Cano, el doctor Cano no la quiso atender. Entonces nos fuimos a Tetela del Volcán. Que el doctor Martínez se había ido a dormir a Cuautla porque tiene casa allá y ya no duerme acá. Hay otro doctor que se llama José Gómez, ése salió a dar una función de cine y no sabían a qué pueblo se había ido. Y como aquí pos era cosa urgente, pos tuvimos que irnos hasta la clínica en Cuautla y allá se fue a aliviar (M40/1988: 220-251).

Muchas mujeres viven el parto en condiciones de emergencia, bien porque no tienen una fecha probable del evento, o porque llegado el momento deben buscar qué servicio médico está disponible para ser atendidas. En otros casos, las condiciones en extremo difíciles en que se pare se asocian también con la relación de opresión y abuso a la que están sometidas con respecto a sus parejas. Sorprendentemente, es en estos casos donde se manifiesta con mayor fuerza la tendencia de los habitantes de Ocuituco a *normalizar* sus circunstancias. Al preguntarle, en general, cómo le había ido en su último parto, una mujer relató que su marido se negó a reconocer la paternidad sobre su último embarazo,

[...] que cómo iba a ser posible que iba a tener uno ya tan grande [a los 46 años]... todavía fui al molino, comencé a moler cuando sentí el dolor cuando comencé a sobar la masa, como hace uno fuerza,

comencé a sentir... Y ya que se mete mi marido y me dice: "ora, quien te hizo el favor, mándalo traer"; que tira un petate en el suelo, ahí me subí, me tiende un sarape... Y una señora que me mete plumas en mi boca con aceite y vio que no y que me mete su trenza y que vuelvo. Me vino vómito y fue cuando nació el niño. Y la señora me metió la uña para abrirme, ¡la uña, fíjese! Entonces a la hora de orinar ¡ay! sentía yo bien feo, me dolía mucho, decía "yo no sé qué tengo, me duele, me arde", ¡qué cosa!... Y ya que le hago señas al señor para que se arrimara ¿no? ya que me hace señas que estaba yo tonta, y ya que le iba a decir al doctor cómo estaba yo. Lllaman al doctor y medicinas y ya, me compuse. Pero fue lo único (F30/1992: 107-170).

La expresión "fue lo único" junto a un relato como el anterior, sólo es posible en mujeres con un fuerte condicionamiento social para normalizar su dolorosa cotidianidad. No deja de ser llamativo el número de testimonios que muestran que el parto es vivido en condiciones de precariedad, abuso, incertidumbre y opresión. Si bien hay también muchos testimonios sobre una relativa "normalidad" del parto (en casa o en los servicios), es preciso preguntarse sobre las implicaciones de los casos con problemas. El primer dato que salta a la vista es que muchas mujeres, invitadas a hablar, han hablado sobre sus experiencias, muchas de ellas traumáticas, en relación con el parto. Por esa misma razón, es necesario explorar las posibilidades de un redimensionamiento del problema, a partir de escuchar los testimonios de las mujeres. Los testimonios dramáticos, como los presentados en esta sección, suelen ser considerados como casos individuales de mujeres desafortunadas, esto es, como casos privados. Pero quizás hay elementos para redefinir las circunstancias conflictivas del parto como un *problema de salud pública*. Este enfoque nos permitiría dejar de considerar cada caso de manera aislada, y nos forzaría a buscar en las grandes determinaciones sociales (pobreza, medicalización, relaciones de género) las claves para explicar los patrones comunes a esas historias.

Finalmente, una línea que se abre para investigación futura se refiere a la aparente inexistencia en Ocuituco de la depresión posparto. En ocasiones, al ser interrogadas sobre ésta, algunas mujeres tendían a reportar la ausencia de esa experiencia e indexaban, al mismo tiempo, su percepción de algunas de las diferencias sociales entre los hombres y mujeres de la comunidad. Por ejemplo,

las mujeres tienen bien claro que ser una mujer en esta sociedad implica, por definición, más sufrimiento que si fueran hombres:

—¿No sintió usted después de que nacieron sus hijos como tristeza durante los cuarenta días después del parto?

—No, no tenía por qué pasar eso... pero como le digo, a ratos pos sí siente uno feo porque si es niña uno dice "pobrecita creatura, va a sufrir lo que yo sentí, lo que yo sufrí". Pero si es hombre, digo yo, no pasará de que se quede tirado en la calle y ya. Pero una mujer sufre más que un hombre (F27/ 1992: 517-525).

La gran mayoría de las entrevistadas fue interrogada acerca de su estado de ánimo en el periodo inmediato posterior al parto, y en ningún caso obtuvimos información sobre una posible depresión. Dos ejemplos típicos son los siguientes:

—¿Y a usted no le pasó eso de que después de tener al bebé se siente como triste?

—No, yo me sentía feliz (F25/1992: 217-220).

—¿Cuando ya nació su niño usted no sintió como tristeza en los primeros cuarenta días?

—No. Estaba contenta. Me gustó tener familia y soy feliz con mis hijos orita, gracias a Dios (F28/1992: 316-321).

La ausencia de evidencia no es evidencia de la ausencia. Pero los testimonios recolectados sugieren que una línea de investigación prometedora consiste en explorar la depresión posparto no sólo como un fenómeno biológico, asociado a cambios hormonales, sino también como un fenómeno socio-psicológico asociado a las condiciones en que se vive el parto en las instituciones médicas (Kitzinger, 1992). Los casos en que las informantes sí reportaron algún efecto anímico durante el periodo posparto, se asocian directamente a la mala calidad del servicio recibido:

[...] y le digo que pos me trató mal y entonces yo quedé como traumada. Ya después ya no quise ir con el doctor, [mi esposo] me decía que fuéramos pero yo no quise (F45/1992: 1074-1078).

La necesidad de buscar en los servicios de salud las causas de la depresión se explica a partir del contenido de los testimonios hasta ahora presentados: como consta en ellos, muchas mujeres viven el parto en condiciones en extremo difíciles, y sin embargo sólo las que tuvieron su parto en un centro de salud acusan algún efecto anímico de este tipo.

CONCLUSIONES

Sobre los hallazgos

A través de esta investigación se ha buscado *interpretar*, desde una perspectiva sociológica, la experiencia subjetiva de la reproducción de las mujeres de Ocuituco. La propuesta fundamental de este estudio es que dicha experiencia puede ser "observada" en el lenguaje cotidiano, que a su vez puede ser *comprendido* en conexión con los rasgos más importantes del contexto de la comunidad. En el nivel estructural, la pobreza, las relaciones de género opresivas sobre todo para las mujeres, la medicalización y la tradición, han sido identificadas como los factores más característicos de la comunidad. En el nivel del contexto subjetivo, los habitantes de Ocuituco ven el mundo desde la perspectiva de los oprimidos, con una sensación de azar, de precariedad, de incertidumbre, una familiaridad con las relaciones de género dominantes y una sensación de cambio en la comunidad.

Esta investigación ha demostrado que, en el ámbito más general, la experiencia subjetiva de las mujeres de este poblado sobre la reproducción, es interpretable como un fenómeno estrechamente asociado a la estructura social y a la visión que los actores tienen de ella. Esto es, la manera en que los individuos explican —*narran*— sus experiencias de reproducción dejan entrever las determinaciones de orden estructural a las que están sujetos, así como los principales recursos del sentido común de que disponen.

El embarazo es vivido crecientemente como un fenómeno *medicalizado*, que se inicia en condiciones de *incertidumbre* y que reclama permanentemente la habilidad de las mujeres de Ocuituco para *normalizar lo inesperado*. Las relaciones de *género* también dejan

su impronta: la negativa de muchos hombres de reconocer su corresponsabilidad en el embarazo de una mujer, y la *violencia* a la que muchas embarazadas son sometidas, son dos ejemplos. Muchas de las mujeres de la comunidad han vivido sus partos en condiciones extremadamente difíciles. En este trabajo también hemos señalado la necesidad de redefinir este problema, de dejar de considerarlo como un cúmulo de historias *privadas* y de redimensionarlo como un problema *público*, tanto en términos de salud como en relación con el tipo de valores y derechos que modelan las relaciones entre los géneros. El abundante número de testimonios recolectados, en una muestra de 35 mujeres, en relación con el maltrato institucional a que son sometidas las mujeres a la hora de parir, es un indicador de las dimensiones que este problema puede tener en general. Es urgente investigar, a partir de *dejar hablar a las mujeres*, sobre la verdadera naturaleza de la experiencia de éstas relacionada con el parto. Es asimismo urgente hacer investigación en torno a las condiciones sociales que hacen posible el autoritarismo del personal médico, y las razones por las que las expresiones de dicho autoritarismo se vinculan abiertamente, en el discurso, a la sexualidad de las pacientes.

Finalmente, se ha señalado la necesidad de profundizar en la investigación sobre la posible ausencia de *depresión posparto* entre las mujeres de esta comunidad, y se ha argumentado la necesidad de entender este fenómeno como un producto histórico, estrechamente asociado al estilo de prestación de servicios de salud, más que como un fenómeno meramente biológico, aparentemente tras-cultural.

Sobre la generalización de los hallazgos

Tradicionalmente, el problema de la generalización ha sido abordado en términos del principio de incertidumbre sociológica (Burawoy *et al.*, 1991), que sostiene que mientras más profunda es la observación sociológica, menos generalizables son los hallazgos, y viceversa. Sin embargo, este principio no necesariamente se aplica para el caso de este trabajo. La generalización de esta investigación puede sostenerse a partir de la definición de la naturaleza de este

estudio. El análisis de la información descansa fundamentalmente en lo que los individuos dan por sentado. En consecuencia, la generabilidad de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del *sentido común* que *indexan* la *normalidad* prevaleciente en Ocuituco. Expresiones tales como “como usted sabe”, “como dice el dicho”, “ya ve que esto es así”, etc., hacen referencia a un orden establecido de las cosas, esto es, a un conjunto de cosas fuera de toda duda, y que constituyen la realidad cotidiana de los individuos. Al explorar en profundidad los testimonios de los entrevistados, fue posible localizar aquellos elementos que se encuentran tan incrustados en la estructura social que los individuos pueden simplemente darlos por sentados.

En otras palabras, es en el lenguaje mismo de los entrevistados donde es posible advertir las claves que permiten presumir la *generabilidad* de los hallazgos. Como señalaba Schutz, cada grupo “típica” su experiencia sobre un fenómeno dado al crear las palabras y expresiones específicas para referirse a él. Consecuentemente, el uso de expresiones como *regañar* para caracterizar la interacción con los médicos, o *usted sabe cómo es una de mujer* para referirse a un rasgo central de la identidad femenina —por citar sólo unos ejemplos— permiten presumir que dichas tipificaciones representan la experiencia colectiva del grupo en relación con esos temas. La lógica de este razonamiento es comparable a la que subyace en la gramática. Para un especialista en esta disciplina, no es necesario trabajar con una muestra estadísticamente representativa de testimonios verbales para poder caracterizar la estructura —y su generalidad— de una lengua determinada. De hecho, el análisis de la estructura del discurso de un solo individuo es suficiente para identificar, con un alto grado de precisión, la lógica que subyace en dicha lengua tal como la usan *todos* los que la hablan. Esto es posible precisamente porque el supuesto principal del gramático es que el lenguaje es un producto social. Cada individuo puede desplegar cierto grado de creatividad en el uso del lenguaje, pero dicha creatividad siempre tiene lugar dentro de los límites impuestos por la propia estructura del lenguaje. Esta analogía permite clarificar el argumento desarrollado aquí: cada habitante de Ocuituco puede interpretar su experiencia sobre la reproducción en términos relativamente creativos. Pero esta interpretación permanece siempre dentro de los

patrones generales de expresión definidos por el grupo al que pertenece. Sostenemos que dichos patrones generales han sido identificados a través de esta investigación. En consecuencia, puede argumentarse que estos hallazgos son válidos por lo menos para la comunidad de Ocuituco y las comunidades de la región que participan de las mismas características socioeconómicas y culturales.

Al estudiar problemas como la reproducción, el investigador está obligado a no ceñirse rígidamente a instrumentos estandarizados preconcebidos que lo distancien del testimonio de los actores, pero también a no limitarse a la mera descripción de tales testimonios. La interpretación de estos últimos debe hacerse en relación con la estructura social prevaleciente y en conexión con la interpretación que los actores hacen de ese orden que los trasciende: orden social y subjetividad mutuamente entrelazados y vívidamente reflejados en los testimonios sobre el tema de interés. Como hemos mostrado aquí, en la aplicación de este principio descansa gran parte de las posibilidades explicativas de la ciencia de la sociología.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1980), *Medicina y magia*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Álvarez-Heydenreich, L. (1987), *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Berger, P. y T. Luckmann (1986), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Boltanski, L. (1972), *Consummation medicale et rapport au corps*, París, CSE-MSH.
- Bransen, E. (1992), "Has Menstruation Been Medicalized? Or will it never happen...?", *Sociology of Health & Illness*, vol. 14, núm. 1, pp. 98-110.
- Burawoy, M. et al. (1991), *Ethnography Unbound. Power and Resistance in the Modern Metropolis*, Berkeley, University of California Press.
- Castro, Roberto (1995a), "The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study", *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 7, pp. 1005-1022.
- (1995b), "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en el medio rural", *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 4, pp. 329-338.
- , Mario Bronfman y M. Loya (1991), "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco", *Estudios Sociológicos*, vol. IX, núm. 27, pp. 583-606.

- y Mario Bronfman (1995), "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México.
- y E. Eroza (1997), "Research notes on social order and subjectivity: individuals' experience of *susto* and fallen fontanelle in Central Mexico", *Culture, Medicine and Psychiatry* (en prensa).
- y C. Miranda (1998), "La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de una investigación en Ocuilco", en Susana Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción: perspectivas teóricas y hallazgos de investigación*, México, El Colegio de México/Somede, pp. 223-244.
- Conrad, P. y J. Schneider (1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St. Louis, C. U. Mosby.
- Cornwell, J. (1984), *Hard-Earned Lives. Accounts of Health and Illness from East London*, Londres, Tavistock Publications.
- Ehrenreich, B. y D. English (1987), *For Her Own Good*, Nueva York, Anchor Books.
- Fox, B. J. (1988), "Conceptualizing 'Patriarchy'", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 2, pp. 163-181.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1991), *Maternidad y trabajo en México: una aproximación microsocia*, México, El Colegio de México (mimeo.).
- Garfinkel, H. (1990), *Studies in Ethnomethodology*, Los Ángeles, Polity Press.
- Geertz, C. (1994), *Conocimiento local*, Barcelona, Paidós Básica.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine De Gruyter.
- Herzlich, C. (1973), *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*, Nueva York, Academic Press.
- Jacobus, M., E. F. Keller y S. Schuttleworth (eds.) (1990), *Body/Politics. Women and the Discourse of Science*, Nueva York, Routledge.
- Kitzinger, S. (1992), "Birth and Violence against Women: Generating Hypotheses from Womens Accounts of Unhappiness after Childbirth", en H. Roberts (ed.), *Womens Health Matters*, Londres, Routledge.
- López Austin, Alfredo (1984), *Cuerpo humano e ideología*, México, UNAM.
- Martin, E. (1990), *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- McCrea, F. B. (1986), "The Politics of Menopause", en Conrad, P. y R. Kern (eds.), *The Sociology of Health and Illness, Critical Perspectives*. 2a. ed., Nueva York, St. Martin's Press, pp. 296-307.
- Mellado, Virginia (1987), *El nacimiento en las comunidades indígenas*, México, UAM-Xochimilco (mimeo.).
- Mellado, C. et al. (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, CIESA.

- Miller, R. S. (1978), "The Social Construction and Reconstruction of Physiological Events: Acquiring the Pregnancy Identity", *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1, pp. 181-204.
- Oakley, A. (1979), "A Case of Maternity: Paradigms of Women as Maternity Cases", *Signs*, vol. 4, núm. 4, pp. 607-631.
- (1980), *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson.
- (1984), *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell Publisher Ltd.
- Ramos, Silvina (1983), *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*, Buenos Aires, Estudios CEDES, vol. 4, núm. 6.
- Rothman, B. K. (1978), "Childbirth as a Negotiated Reality", *Symbolic Interaction*, vol. 1, núm. 2, pp. 124-137.
- Schutz, A. (1962), *Collected Papers. The Problem of Social Reality*, La Haya, Martinus Nijhoff.
- Scully, D. y P. Bart (1978), "A funny thing happened on the way to the orifice: women in gynaecology textbooks", en J. Ehrenreich (ed.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Nueva York, Monthly Review Press, pp. 212-226.
- Seidel, John (1995), *The Ethnograph V4.0. A User's Guide*, Amherst, Qualis Research Associates.
- Treichler, P. A. (1990), "Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth", en M. Jacobus, E. F. Keller y S. Schuttleworth (eds.), *Body/Politics. Women and the Discourse of Science*, Nueva York, Routledge.
- Valdés, T. (1988), *Venid benditas de mi Padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago, Flacso.
- Weber, Max (1985), *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Zborowski, M. (1958), "Cultural Components in Response to Pain", en G. E. Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe, The Free Press.
- Zola, I. K. (1972), "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, núm. 20, pp. 487-504.
- Zolla, Carlos et al. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESA.

PRÁCTICAS MÉDICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA EN UNA COMUNIDAD OTOMÍ DEL ESTADO DE QUERÉTARO¹

TERESITA GÓMEZ FERNÁNDEZ
SILVANA FORTI

INTRODUCCIÓN

El análisis de los factores que influyen en la salud reproductiva de la población en general y de las mujeres en particular ha sido tema de diversos estudios. En nuestro país aún no se han logrado controlar las condiciones que ponen en riesgo a ciertos sectores de la población que se encuentran en una situación socioeconómica desventajosa. Por ejemplo, los grupos étnicos, diversos en su cultura, comparten una historia común de salud: nacen desnutridos; tienen una infancia con privaciones y trabajos pesados; las mujeres, en cuanto son fértiles, inician su historia reproductiva con embarazos frecuentes e intervalos cortos hasta edad avanzada y con escasa o ninguna atención médica. Los otomíes de Santiago Mexquititlán no son la excepción.

El análisis de las prácticas médicas que con respecto a la reproducción se realizan en esta comunidad, es un elemento indispensable para esclarecer la lógica que subyace a las prácticas reproductivas en general, así como a los aspectos sociales y la manera en que se relacionan e inciden en la reproducción de esta población. Si bien este trabajo se ocupa sólo de la versión de uno de los actores involucrados en estas prácticas, no negamos la importancia de la

¹ Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre prácticas reproductivas en esta población, que ha sido reportado en Forti y Gómez (1996).

participación de los hombres y mujeres de la comunidad, versión de la que nos ocupamos en otro trabajo (Forti y Gómez, 1996), pero que, por razones principalmente de extensión, no trataremos aquí.

REFLEXIONES METODOLÓGICAS

Nuestros presupuestos teóricos tienen influencia de C. Geertz (1987), sobre todo de su concepto semiótico de cultura en el que considera que el hombre está inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido. Este concepto lo vinculamos con la tesis de Peter Berger y Thomas Luckmann (1979) donde la realidad se construye socialmente. Nos apoyamos en la teoría de la acción de Weber (1985) y en las reflexiones que de ésta hace Habermas (1989) e intentamos también tomar en cuenta la dimensión histórica, puesto que nos permite anclar el estudio de la reproducción sexual en las relaciones sociales de la formación social que las contiene.

Para Weber la palabra "acción" debe entenderse como una conducta humana, ya sea que consista en un hacer externo o interno, o bien en un omitir o permitir, siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo. La acción es social ya que en virtud del sentido subjetivo otorgado a ella por el o los sujetos que actúa (o actúan), toma en cuenta el comportamiento de otros y con ellos se orienta en su curso. La acción es considerada en el sentido de una orientación del comportamiento de uno o más seres individuales (Weber, 1985).

Para Habermas uno de los problemas de la teoría de Weber es que parte de un modelo teleológico de la acción y define el "sentido subjetivo" como una intención (precomunicativa) de acción. Además, las metas que analiza Weber: utilitarias, valorativas o afectivas, están plasmadas del sentido subjetivo que los sujetos pueden asociar a su actividad teleológica. Con base en el modelo weberiano de acción racional con arreglo a fines, Habermas propone la siguiente clasificación de las acciones:

a) Instrumental. Es una acción orientada al éxito, considerada en el aspecto de observancia de reglas de acción técnicas. Es, asimismo, susceptible de ser evaluada por el grado de eficacia de la interven-

ción que esa acción representa en un contexto de estados y sucesos. Estas acciones pueden ir asociadas a interacciones sociales.

b) *Estratégica*. Surge cuando la acción orientada al éxito es considerada en el aspecto de observancia de reglas de elección racional y permite evaluar su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional. Estas acciones representan ellas mismas las acciones sociales.

c) *Comunicativa*. Cuando los planes de acción se coordinan mediante actos de entendimiento, los actores no se orientan en principio al éxito individual, sino que éste se da en un marco donde los respectivos planes de acción armonizan entre sí sobre la base de una definición compartida de la situación. Esto último es para Habermas una condición necesaria de la tarea interpretativa que la acción comunicativa requiere. En la tipología de acción comunicativa, el concepto de entendimiento es el que cobra relevancia. Éste es un proceso, para el mismo autor, que tiene como meta un acuerdo que satisfaga las condiciones de un asentimiento, racionalmente motivado por el contenido de un enunciado.

Si se reflexiona sobre la evidencia con la cual trabajamos, está claro que nosotros no observamos la acción en sí. Es a través de los discursos de los entrevistados sobre las experiencias reproductivas que podemos tener una idea del sentido de esas acciones; por lo tanto, las prácticas reproductivas, que aquí consideramos como una acción, van emergiendo en los discursos.

Para los interaccionistas la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo que se comparte con otros, y las objetivaciones comunes de la vida cotidiana se sustentan primordialmente con la significación lingüística. La vida cotidiana por sobre todo, es vida con el lenguaje que se comparte con los semejantes (Berger y Luckmann, 1979). Consideramos importante revisar el papel del lenguaje y apuntar que, si bien es transmisor de significados, su importancia radica en que es en y con el lenguaje como el individuo se constituye en sujeto. Es su función estructurante la que posibilita la subjetividad, la capacidad del locutor de plantearse como "sujeto".

La facultad de simbolizar, es decir, de representar lo "real" por un *signo* y de comprender el *signo* como representante de lo real, de

establecer una relación de significación entre una cosa y otra, es lo que hace que el lenguaje, más que servir para comunicar, estructure al sujeto (Benveniste, 1979). Esa significación está marcada por el contexto lingüístico y social. Si bien nos interesa captar el sentido que los sujetos le imprimen a la acción reproductiva, este interés entraña la dificultad de adoptar una estricta aproximación interpretativa que conlleva, además, el riesgo de sustituir los propios conceptos por los de los sujetos sociales. Consideramos que el proceso de comprensión no significa adentrarse en la mente del otro, sino que debe atender al significado otorgado por el contexto cultural en el cual los sujetos se inscriben; las interpretaciones, a su vez, son influidas por las presuposiciones históricas y culturales del intérprete así como sus prejuicios.

En lo que se refiere a la relación de los datos con la teoría, nos apoyamos en Glaser y Strauss (1967), particularmente en su enfoque de la teoría fundamentada, que es un método dirigido a descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo de los datos de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes y no de supuestos *a priori*. Los autores proponen dos estrategias: la primera es el método comparativo constante, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente. La segunda estrategia es el muestreo teórico, donde el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados. La recolección de datos, observación, codificación y clasificación de éstos, así como el desarrollo de teorías, tiende a darse con simultaneidad y apoyarse mutuamente. De este modo los diversos niveles de análisis se retroalimentan el uno al otro de manera continua. La meta de este análisis no es probar las ideas del investigador sino demostrar que son plausibles y aducen que el criterio clave para evaluar las teorías consiste en examinar si se "ajustan" y "funcionan".

Salles y Tuirán (1995), en sus propuestas teórico-analíticas para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, han identificado los principales ejes temáticos para el estudio de

la salud reproductiva. Entre ellos, y en relación con este trabajo, se destaca el de las instituciones, agentes y actores. Señalan que la accesibilidad a servicios de salud de buena calidad y con abastecimientos adecuados influye significativamente sobre la salud sexual y reproductiva de la población. Asimismo, apuntan que los agentes de salud han representado un papel crucial en la redefinición cultural del papel de la sexualidad y la reproducción en la sociedad y en la vida de las personas, lo que los convierte en sujetos apropiados de estudios cuidadosos.

Con base en estas reflexiones, la estrategia que hemos seguido para llevar a cabo esta investigación fue la siguiente: se realizaron entrevistas a profundidad a siete médicos, tanto del servicio público como del privado, que es la totalidad de los médicos existentes en la comunidad. Las entrevistas fueron no estructuradas, pero siguieron una guía que comprendía tres ejes: la comunidad, prácticas reproductivas en la población (embarazo, parto, puerperio y anti-concepción) y prácticas médicas. Las entrevistas fueron registradas en grabadora y transcritas literalmente en la computadora. Más tarde fueron codificadas con base en las principales categorías de análisis y analizadas con ayuda del programa de computación The Ethnograph, diseñado especialmente para análisis cualitativo. Paralelo a este trabajo se llevó a cabo la observación participante en la comunidad, entrevistas a informantes de calidad, y la recolección de información demográfica y de salud para la elaboración del contexto.

LA POBLACIÓN

Santiago Mexquititlán está asentado sobre la orilla de un extenso valle ubicado al sur de Amealco, a 50 km de la autopista Querétaro-México y a 90 km de la ciudad de Querétaro. Si bien el valle donde se localiza está rodeado de formaciones montañosas propicias para el almacenamiento de agua, en la región no se cuenta con infraestructura adecuada. Es por ello que uno de los principales problemas a los que se enfrentan sus habitantes para el desarrollo de la agricultura es la carencia del agua.

Algunos momentos importantes de la historia de Santiago Mexquititlán nos indican que durante el porfiriato, alrededor de la

comunidad se localizaban siete haciendas donde los otomíes trabajaban como peones. En 1932, gracias a la liquidación del latifundio como saldo de la Revolución mexicana, las tierras se repartieron en ejidos, y los otomíes obtuvieron sus propias tierras y ganado; eso favoreció a la población en el sentido que disminuyó la pobreza y su capacidad adquisitiva fue mejorando. Sin embargo, esta relativa prosperidad se vio interrumpida en 1947 con el gobierno del presidente Miguel Alemán, cuando se declaró una epidemia por fiebre aftosa en los animales y se realizó una "matanza de animales". Según los ancianos de la comunidad, la enfermedad era un embuste por parte de las autoridades, quienes se llevaron vivos a los animales para cumplir un acuerdo de exportación de carne con Estados Unidos. Este hecho cambió la vida en Santiago Mexquititlán, ya que los otomíes comenzaron a emigrar en busca de trabajo o incluso a pedir limosna (Hekking, 1995). En los últimos 20 años se han generado cambios a partir de este hecho, y se han ido acentuando con la introducción de la escuela y la construcción de la carretera.

Santiago Mexquititlán está conformado por seis barrios; los cinco primeros están asentados en la parte oriental de la presa, ya seca, y es donde el desnivel comienza a acentuarse hacia la falda del cerro La Nopalera, del Estado de México. El Barrio Sexto se ubica en la parte baja, donde se cuenta con sistema de riego y tierras más profundas. Los barrios Centro y Cuarto están ubicados al pie de la carretera, que fue construida en 1978. Esta carretera, pavimentada, sale de Amealco y sigue su camino hasta Temascalcingo, Atlacomulco, Toluca y la Ciudad de México. En Barrio Centro, las viviendas están concentradas en el área cercana al espacio que ocupa la plaza, la iglesia, la delegación, el panteón, el centro de salud, escuelas y oficina de la supervisión de la Secretaría de Educación Pública, los consultorios y farmacias de la mayoría de los médicos privados y locales comerciales. La concentración de los servicios institucionales, religiosos, políticos, educativos y de salud, y la cercanía de la carretera constituye una ventaja para este barrio que, a diferencia de los otros, cuenta con servicio de agua y luz en todas las viviendas y una caseta de teléfono a corta distancia. En los barrios Segundo y Cuarto, el patrón de asentamiento comienza a ser disperso, y esto se acentúa en Barrio Tercero. Aquí las casas están al lado de los

terrenos de cultivo y distanciadas unas de otras. Hasta 1991, el sistema de tenencia de la tierra en Santiago Mexquititlán era propiedad comunal, ejidal (barrios Quinto y Sexto) y privada. Actualmente son pequeños propietarios y cada uno tiene entre media hectárea y dos y media hectáreas. La actividad preponderante es la agricultura de temporal, y son pocas las tierras con riego. Principalmente se cultiva maíz y los que cuentan con riego han intentado introducir una cartera de cultivos diferentes como avena, trigo, frijol y haba; últimamente algunos agricultores están intentando producir cempasúchitl.

La organización familiar que predomina en Santiago Mexquititlán es la de la familia extensa. En Barrio Tercero se observa una tendencia a que la familia nuclear viva en su propia casa, pero con la familia extensa mantienen una red de relaciones y de asistencia recíproca según líneas bilaterales de parentesco.

Se observa que la construcción de la vivienda en Santiago Mexquititlán está cambiando; las casas antiguas son de adobe o tepetate y el techo de tejas, con un solo cuarto donde toda la familia vive, cocina en fogón, come y duerme. Últimamente se observa el incremento de casas de tabiques o *blocks* y techos de asbesto, que tienen más cuartos y en las que se cocina cada vez más con gas. Según datos del Censo de 1990 (INEGI, 1991), el estado de Querétaro tenía una población de 1 051 232 habitantes; el municipio de Amealco, 46 358 habitantes, y Santiago Mexquititlán, 8 625. Según la misma fuente, 44.8% de las viviendas cuenta con agua, 43% con luz y 91% no tiene drenaje. Cabe mencionar que en esta localidad se observa un incremento de la población de 31.04% en relación con los datos del censo anterior (INEGI, 1989).

En la distribución de la población por barrios se observa que la mayor población se encuentra en Barrio Sexto; le siguen Barrio Quinto y Tercero. Respecto de la proporción de la población monolingüe, ésta ha disminuido, mientras que la población bilingüe ha aumentado, esto se puede explicar por la introducción de la escuela y sobre todo por la intensa migración. El barrio con más población monolingüe es el Tercero.

El fenómeno de la migración parece acentuarse en este último barrio, y puede observarse que en el periodo de 1980 a 1990 la población masculina aumentó en 25.05%, mientras que la femeni-

na lo hizo en 50.69%; esta diferencia hace pensar que últimamente los hombres han migrado más que las mujeres. La migración comenzó a acentuarse a partir de la construcción de la carretera, y si bien tiende a ser temporal, en estos últimos años, por la dificultad de conseguir trabajo, la permanencia en los centros urbanos es cada vez más prolongada. Generalmente suelen migrar la pareja con los hijos, pero observamos que en aquellas parejas que tienen hijos que asisten a la escuela, debido al incremento en los gastos del viaje y al descenso en las ganancias, migra más el hombre, y la mujer se queda en la comunidad con los hijos.

El Censo de 1990 (INEGI, 1991) refiere que de los hombres mayores de 15 años, 74% sabían leer y escribir, mientras que de las mujeres del mismo grupo de edad, 58.6% sabían leer y escribir. Actualmente, en Santiago Mexquititlán hay nueve escuelas primarias, de las cuales ocho tienen los seis grados y una es unitaria, es decir, sólo tiene un grado. Existen 14 centros preescolares, una secundaria técnica y una videopreparatoria.

Los maestros y autoridades coinciden en señalar que a la población en general no le interesa la escuela, excepto para aprender a leer y escribir y ejecutar las operaciones básicas. El ausentismo y la deserción son muy marcados, y generalmente las épocas en que esto se acentúa coincide con el aumento de trabajo en la tierra o con la migración a centros urbanos. Cabe aclarar que los programas utilizados para la educación indígena no difieren de los programas generales; los textos oficiales para preescolar y primaria, a pesar de estar regionalizados por estados, son los mismos para la zona urbana que para la rural, y no hay distinción para la zona indígena.

En lo que respecta a la educación para la salud, los programas escolares de la comunidad tienen básicamente el mismo contenido que los programas escolares en general; se reducen a una serie de actividades propositivas sobre todo del área de higiene personal. Entre los otomíes, los conocimientos sobre salud tienen dos modos de adquirirse: en el ámbito doméstico y en la relación médico-paciente.

CONTEXTO DE SALUD

Infraestructura médica

Hay siete médicos en Santiago Mexquititlán, dos de los cuales laboran en el Centro de Salud: una mujer (a quien identificaremos como Médica 2) pasante con un año de antigüedad y un hombre (Médico 7), titulado con dos meses en la comunidad; ambos estudiaron fuera de Querétaro.

El Centro de Salud, dependiente de la Secretaría de Salud y localizado en Barrio Centro, fue instalado hace 13 años. Ahí labora una misma enfermera desde hace ocho años y rotaba un médico pasante de servicio social cada año; hace unos meses se integró un segundo médico pasante para el turno vespertino y se ha asignado un médico titulado como director del Centro, con cuatro años de experiencia profesional. El Centro de Salud cuenta con una sala de espera para cuatro o cinco pacientes, un consultorio, una sala de partos con una mesa obstétrica y una cuna, una pequeña bodega para material médico y un área para uso personal de los médicos. El material médico con el que se cuenta es sencillo; no hay autoclave para esterilización de equipo y el surtido de medicamentos es muy irregular, ya que hay medicamentos que se agotan antes que otros y en ocasiones se tardan mucho tiempo en volver a surtirlos. Muchas veces a los pacientes se les extiende la receta y tienen que ir a Amealco, a Temascalcingo o a San Juan del Río a comprar los medicamentos.

En la sala de espera hay carteles con toda clase de información sobre planificación familiar y diferentes padecimientos. A partir del surgimiento de un brote de cólera en abril de 1995, se instaló en la sala de espera un puesto de rehidratación oral, que consiste en una jarra con suero preparado, un surtido de sobres con suero para preparar y carteles con información al respecto.

El Centro tiene poca afluencia de pacientes, con una distribución más o menos equitativa de mestizos y otomíes. El costo de la consulta es de ocho pesos (equivalente a 1.08 dólares); en ocasiones, se exonera del pago a algunas personas. En los programas prioritarios, como el de planificación familiar, no se cobra la consulta ni el medicamento. Los motivos de consulta son variados.

Según los médicos, las mujeres que van por cuestiones de embarazo, parto, seguimiento posparto o anticoncepción, son, principalmente, mestizas.

Se realiza un programa de educación para la salud a través de comités de salud integrados por mujeres de cada uno de los barrios. Al momento de hacer el trabajo de campo, estos comités estaban en etapa de reintegración y reorganización debido a los cambios en el personal del Centro. Una de las tareas de dichos comités es ayudar en la promoción de las campañas de vacunación, a cambio de lo cual, tanto a los miembros del comité como a las familias de los niños vacunados, se les proporciona una despensa cuyo contenido se ha ido modificando debido a la crisis. El mismo servicio se ofrece en el programa de vigilancia de nutrición de las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años.

Los médicos privados tienen entre tres y ocho años de ejercer en la comunidad. La mayoría afirmó que a sus consultorios acuden principalmente mestizas, siendo mucho menor la afluencia de indígenas. En Barrio Centro se localizan tres de los médicos. Dos de ellos son un matrimonio (Médico 1 y Médica 5) que se turna los horarios de consulta; tienen una farmacia y en la parte trasera del local se encuentra el consultorio. El equipo médico consiste en una mesa de expulsión, una báscula y lámparas para la exploración ginecológica. No cuentan con equipo quirúrgico. Ambos llevan tres años en la comunidad a donde llegaron para realizar su servicio social. Otro (Médico 3) tiene el consultorio y una farmacia a tres kilómetros de Barrio Centro, sobre la carretera Amealco-Temascalcingo, ubicados en su propio domicilio. Lleva ocho años en la zona, lo que lo convierte en el médico privado más antiguo. Tiene equipo para parto normal y dos camas para hospitalización. Otro doctor (Médico 4) tiene su consultorio en Barrio Tercero, también en su propio domicilio, en donde le asiste su esposa. No tiene equipo para atender partos. Realiza venta de medicamentos sin tener establecida una farmacia propiamente dicha. Por último, hay un médico originario de Santiago Mexquititlán (Médico 6), que labora como anestesiólogo en el Hospital General en la ciudad de Querétaro, en donde radica desde hace más de 15 años. La gente lo conoce y lo busca en el domicilio de sus padres que está en Barrio Centro, a

donde acude, aproximadamente, un día cada dos semanas para solicitarle, sobre todo, esterilización quirúrgica.

Los médicos refieren que los motivos principales de consulta son, en primer lugar, problemas de salud de los niños, sin diferencia de sexo, después problemas de las mujeres adultas y, por último, de los hombres adultos. Son escasos los motivos de consulta para control de embarazo, parto, posparto y anticoncepción, excepto por lo referido por un médico, quien afirma que tiene relativamente alta consulta en este rubro. Este médico tiene su consultorio al pie de la carretera, a donde acuden pacientes de comunidades aledañas a Santiago Mexquititlán; la gran mayoría de ellos son mestizos.

En tres de los consultorios particulares se realiza venta de medicamentos, en dos de ellos de manera formal como farmacia, y en otro como un servicio a los pacientes. Los médicos que atienden una de las farmacias señalan que muchas veces la gente acude directamente a comprar los medicamentos, sin previa consulta médica. En ocasiones, cuando los médicos juzgan que el medicamento que el paciente solicita no es el adecuado, intentan orientarlo y persuadirlo de que no lo adquiera; sin embargo, finalmente terminan vendiendo lo que el cliente pide. Esto da cuenta de cómo se favorece el desarrollo de la automedicación, resultando paradójico que los mismos médicos sean los dueños de la farmacia, lo que les hace representar un doble papel.

Daños a la salud

Hablaremos de la muerte como el resultado final de un proceso que refleja el modo de vida de una población. Se han considerado sus causas inscritas durante los años 1984, 1985, 1994 y 1995 en el Registro Civil de Santiago Mexquititlán, de modo que se pueda comparar la información del último bienio con la del de diez años antes. Los datos indican cinco causas principales de muerte en la comunidad: etilismo, desnutrición, enfermedades infectocontagiosas, muerte materna y prematurez.

El etilismo y las enfermedades infectocontagiosas han ocupado un lugar importante dentro de las causas de muerte. Sin embargo,

es necesario observar el incremento tan grande que ha tenido el etilismo pues, mientras hace diez años representaba 6.3% de las causas de muerte, ahora representa 29.5%, es decir, ha tenido un aumento de 23.2%. Aun considerando el incremento en la población total, bien podría haberse conservado la misma tendencia; sin embargo, esto no fue así, por lo que podemos afirmar que actualmente cerca de la cuarta parte de las muertes son causadas directa o indirectamente por etilismo o por sus complicaciones. La principal bebida alcohólica en Santiago Mexquititlán es el pulque, que no producen los otomíes, sino que lo compran a los mestizos. El problema del etilismo es muy complejo y no es el tema de esta investigación, pero sí es necesario considerarlo para comprender qué es lo que sucede en la comunidad. Aquí nos limitaremos a afirmar que se trata de un problema estructural, que probablemente se puede explicar, en cierto grado, por la situación de pobreza y abandono en la que se encuentra la población.

Otro dato que resalta es la disminución proporcional entre ambos periodos de las muertes por enfermedades infectocontagiosas, con respecto al total de las muertes. Esto puede ser mal interpretado y considerarse que las condiciones que favorecen el desarrollo de infecciones han disminuido. Si bien esto puede ser probablemente cierto, creemos que en realidad lo que aquí se refleja es, por un lado, que el aumento tan grande en las muertes por etilismo y sus complicaciones ha desplazado el lugar que ocupaban anteriormente las enfermedades infectocontagiosas; y, en mucho menor medida, que el desplazamiento se ha debido también al aumento en las enfermedades cronicodegenerativas. Otra probable causa de la disminución de las enfermedades infectocontagiosas puede ser atribuida a tres factores: *a)* el aumento en las redes de comunicación; *b)* el incremento de médicos privados y farmacias, y *c)* el incremento de la migración a centros urbanos, en donde se facilita la adquisición de medicamentos sin receta médica.

PRÁCTICAS MÉDICAS

Percepción de los pacientes y de la comunidad

Los hallazgos se refieren a algunas particularidades de la percepción que los médicos tienen acerca de sus pacientes y la comunidad. En las narraciones se han encontrado coincidencias y diferencias que probablemente puedan explicarse, hasta cierto punto, por las particularidades del ejercicio profesional de cada uno de ellos y las características de la propia formación del médico, así como por elementos subjetivos. Sin embargo, los elementos encontrados sólo nos permiten plantear de manera incipiente una interpretación acerca de la racionalidad que subyace en la percepción explicitada.

Los médicos tienden a identificar a la comunidad como difícil por ser indígena, y explican que por esta razón reciben un trato diferencial. Observemos estos fragmentos:²

—La comunidad en sí, sí es difícil, quizá por, por el hecho de que son indígenas (Méd. 5: 335-337).

—Está muy descuidada la salud, muy descuidada porque al ser, este, una... región donde... la población es indígena, siempre se les da lo último. Igual que en toda la República, a los indígenas, lo último, poco caso se les hace.

—¿Por qué cree que está descuidada?

—Pues por eso, porque somos indígenas, por el solo hecho de ser indígenas, mexicanos de quinta categoría (Méd. 6: 14-27).

A veces sí los... los he... se les menosprecia un poquito, ¿no?, y por el hecho de que son indígenas, a veces sienten que... no merecen un trato igual, ¿no?, o como no son gente de razón, dicen mucho por acá, no amerita que se les dé (Méd. 5: 1735-1742).

El carácter "difícil" de la comunidad, puede ser entendido de dos maneras: a) como característica de lo duro o lo penoso que

² Las citas de las entrevistas de los médicos se identificarán por medio de la abreviatura Méd., seguida del número de identificación de cada médico. Los números después de los dos puntos indican las líneas correspondientes a la transcripción.

resulta para los habitantes de esa comunidad el vivir ahí, bajo las condiciones precarias que en ella existen; para interpretarlo de este modo, sería entonces necesario que en los relatos se hiciera mención a dichas condiciones al hablar de lo "difícil"; b) como característica de lo problemático que resulta para alguien de afuera, como los médicos, incidir en algún aspecto de la vida de la comunidad, o como característica de lo laborioso de desempeñar sus labores profesionales mientras se relacionan con los pobladores. Esta interpretación es factible si, en los relatos, el que habla no asocia lo "difícil" con las condiciones señaladas en el inciso anterior y, a la vez, hace mención de algo que para él significa el obstáculo que le impide realizar estas labores. Los hallazgos muestran que esta segunda posibilidad es la que tiene lugar en los relatos, en donde el obstáculo es lo indígena en los sujetos con los que los médicos se relacionan. Diríamos, entonces, que la etnicidad es lo que resulta difícil para los médicos.

Si esto es así, nos encontramos ante una situación de discriminación. En ella, las posibilidades de llevar a cabo acciones de entendimiento quedan sumamente reducidas, pues la asimetría en la que se finca la relación entre médicos y pobladores tiene sus bases, en gran medida, en atributos inherentes a los segundos: son indígenas. Sin embargo, es preciso reconocer que esta relación, que es muy compleja, está también atravesada por una condición común a los médicos, que es, justamente, el ejercicio de su profesión. Los hallazgos nos muestran que gran parte de las percepciones que los médicos pueden tener sobre sus pacientes y sobre la comunidad se basan en lo que ellos pueden apreciar desde su consultorio. Pero éste no sólo debe ser considerando como espacio físico, sino como el ámbito en donde se desarrollan diferentes aspectos políticos, culturales, éticos, etc., de la profesión.

Para ilustrar esto, mencionaremos cómo, a partir del hecho de que los médicos consideran a la atención médica como necesaria, como una acción que tiene cierto valor, es posible que ellos perciban diferentes aspectos de la comunidad. Observemos los siguientes fragmentos:

Un adulto, por ejemplo, si está enfermo, se aguanta hasta que más, hasta donde puede [...] En cambio si es el niño el que está enfermo,

sí traen al niño por ese catarro, ¿sí me explico? [...] Porque no hay dinero. Si tuviera dinero hasta por algún dolor de cabellos se vendría, pero como no hay dinero, tienen que guardarlo lo más que se pueda y gastarlo únicamente lo más necesario (Méd. 1: 256-258, 274-279).

[Hablando de los mestizos] [...] la mayoría se va con médicos particulares, hay tres aquí en Santiago y ahí es a donde van a atenderse los que tienen posibilidades económicas. Aquí al Centro de Salud, como es gratis, viene toda la gente que no puede pagar (Méd. 2: 63-68).

Para ellos es difícil un gasto de son 18, 19 pesos a la semana, pues ya son un chorro de pesos al mes (Méd. 7: 1689-1691).

Podemos observar cómo la condición de precariedad económica de la población es percibida a través del supuesto de una necesidad de atención médica. Pero no sólo eso es posible observar en estos fragmentos, sino también es posible distinguir una valoración de quiénes y en qué condiciones pueden ser sujetos para ameritar un gasto en este sentido. Otros aspectos económicos de la vida de sus pacientes, que pueden ser percibidos por los médicos de este modo, es lo relativo a la migración a centros urbanos, o bien lo prioritario que es el trabajo en sus vidas, y el modo en el que la capacidad de ejercerlo puede influir en la atención médica:

El hecho de que salgan de la comunidad y vean, este... otras situaciones en otras ciudades, o sea, obviamente ellos habitan, donde van no van, no es otra comunidad como la de ellos, ¿sí me entiendes? [...] llegan y te piden sus medicamentos [...] "uy pus si yo voy allá en Monterrey, voy a Guadalajara y me los dan" (Méd. 5: 649-655, 658-659, 663-665).

Jóvenes vendrán cuando realmente el padecimiento no los deja trabajar o ya es mucha la, la necesidad por parte de ellos, ¿no?, en cuanto a que necesitan sentirse bien para poder seguir trabajando o irse a buscar por otro lado, ¿no? (Méd. 5: 308-314).

En cuanto a la organización social, los médicos generalmente también tienen identificados ciertos procesos. La mayoría de los médicos hace referencia a que hay un problema de educación en la población, y casi siempre atribuyen esto a las malas condiciones de salud.

Pues mira, el problema de salud aquí en Santiago, se deriva del problema de... el problema de... que la gente no sabe leer, la falta de preparación [...] Entonces, definitivamente, cuando no hay preparación, pues en todos los demás aspectos te va a ir de la patada, vas a estar de la patada (Méd. 1: 26-30, 34-37).

Nuestra incultura, nuestra educación fomentada otra vez por lo mismo, lo volvemos a decir, fomentada por nuestros, nuestros gobiernos, sí, nuestros gobiernos que no han hecho caso por una cultura, por una educación, sobre todo para los pueblos más alejados y sobre todo si son indígenas, y menos, no se ha dado eso (Méd. 6: 218-228).

Yo pienso que ahí también sería falta de educación ¿no?, de conocimiento, vaya, en lo que radica a la desnutrición (Méd. 5: 861-864).

En estos tres fragmentos se identifica la falta de educación como probable responsable, por lo menos en parte, de la situación de salud prevalente en la comunidad. Esto implica que los médicos consideren la educación, expresada en términos de preparación, cultura, conocimientos, o bien, educación, como una entidad con capacidad transformadora de la realidad. Sin embargo, no se aprecia claramente su punto de vista acerca de cómo es que eso pueda concretarse; en este sentido, lo que se percibió es que conciben que la educación permite a la gente ser consciente de que la atención médica es necesaria, como se observa en el siguiente fragmento:

—Si no es por el esposo, ellas no, no vienen.

—O sea, ¿son los esposos los que las traen?

—Los esposos, sí, no, ahora... tiene usted mucha razón, se ven un poquito más preparados, más abiertos, y un poquito con más culturita estos señores (Méd. 3: 260-270).

Este caso nos llama la atención por dos razones: la primera, que señala una apreciación del médico de una diferencia esencial entre hombres y mujeres en lo relativo a la condición de persona educada; la segunda, que tal educación o preparación, a la que él llama "cultura", al expresarlo en diminutivo "culturita", ni siquiera alcanza a otorgarle un estatus de educación, que pudiera ameritar tener una persona con "cultura", así, sin diminutivo.

Un aspecto recurrente en las entrevistas es la cuestión de la lengua, sobre todo en relación con la posibilidad de establecer una comunicación con los pacientes:

Siempre buscan ellos traer a alguien ya sea desde un familiar directo o alguna persona de su familia que hable el castellano o por lo menos lo intente, ¿no?, por ejemplo con la gente de edad, todavía los jóvenes sí te manejan un poquito, ¿no?, te hablan la mitad de otomí y la mitad de castellano, pero ya los entiendes más, y también gente, este... ya de cierta edad, o sea de 60 en adelante, que no te habla el español y sí necesitan traer un traductor básicamente y muchas veces a su nieto, o el mismo hijo de la persona y ya y ya más o menos estamos ora sí... este... entablando un diálogo entre paciente y médico pero a través de un traductor, ¿no?, ya más o menos te das una idea de cuál es el problema, ¿no? (Méd. 5: 394-414).

Como las señoras son las que menos hablan el español, vienen con sus hijos, ya que ellos van a la escuela y hablan los dos idiomas, entonces son ellos los que dicen lo que les pasa a sus mamás, como por ejemplo, dice dónde les duele y así todo. La verdad, la gente que nada más habla ñañhú, no viene sola siempre, viene acompañada por alguien que hable español, entonces, por lo tanto, eso no es ningún problema (Méd. 2: 101-112).

En los dos fragmentos señalados, sin embargo, podemos observar diferente significado sobre este asunto, pues mientras para uno es un problema, para otro no lo es. Esta diferencia nos habla de dos maneras de relacionarse con el otro. Cuando la diferencia de lengua se percibe como un problema, puede denotar un interés en llevar a cabo lo que se propone, en este caso, la comprensión del otro, en donde la lengua sería un obstáculo. El hecho de que no se vea como problema, probablemente signifique que la comprensión del otro no suscite suficiente interés en el médico, y que baste con la traducción de los acompañantes.

Los médicos también tienen sus puntos de vista en lo referente a las relaciones familiares que se establecen en Santiago Mexquitlán. En cuanto a la relación de pareja entre hombre y mujer, todos los médicos coinciden en señalar que las mujeres no acuden solas al consultorio, y que otra persona, generalmente el esposo, habla

por ellas. Sin embargo, puede haber ciertas diferencias entre los médicos al enfatizar determinados aspectos de este mismo hecho:

Si vienen es porque las trae el marido o familiar, si no, no; son pocas las que te llegan solas, no es que tenga tal y cual cosa, casi siempre entra, entra la paciente y atrás ya viene el esposo, ¿no?, y tú le preguntas a la paciente y el esposo es el que responde [...] el marido es el que habla, es el que dice, es el que sabe la edad de la mujer, y a ellas les preguntas y pocas son las que te dicen, te dicen su nombre completo, ¿no? y "mi marido dice que tengo tantos, o que me llamo así", entonces es un poquito de ese tipo (Méd. 5: 317-324, 328-335).

Los dos, viene la pareja, los vemos, nunca viene la, la esposa sola, nunca, nunca, nunca, viene a ver la esposa sola (Méd. 3: 1342-1345).

Vienen acompañadas por lo regular de su suegra o de su mamá, pero siempre vienen acompañadas, nunca vienen solas (Méd. 4: 116-119).

Ahora bien, la interpretación que hacen los médicos del significado de las relaciones familiares de sus pacientes, pueden variar de un polo a otro, como puede notarse en estos dos fragmentos:

Mira, aquí es una cosa bien curiosa. Aquí normalmente la gente son tan unidos que se atasca el consultorio, tengo seis, siete gentes adentro por un solo paciente. Viene la mamá, viene el papá, vienen los hermanos, tíos del niño vienen. Se meten todos, a veces hasta incluso hay que sacar a unos cuantos porque no es muy grande el consultorio, pues ya. Y luego todos quieren hablar (Méd. 1: 937-947).

Con que no se muera la mamá, no importa que el niño se muera, como que está difícil, ¿verdad?, eso, por eso uno se da cuenta, pues... pues no tienen muy buenos sentimientos hacia sus hijos, no los cuidan (Méd. 3: 147-152).

Así observamos cómo mientras un médico parece valorar la unión que él percibe entre las familias, manifestada por la presencia de varios de ellos en la consulta, el otro parece resaltar la falta de cuidado y de "buenos sentimientos" hacia los hijos. Ante esto, nosotros nos preguntamos cómo es posible tal diferencia de apreciaciones. Es probable que uno y otro médico, a lo largo de su

carrera profesional, se haya topado con diferentes circunstancias en uno y otro sentido, es decir, con diferencias en las relaciones de las familias; sin embargo, hay algo que impide que busquen más allá de lo que su limitado espacio de la consulta médica les permite apreciar.

Para los médicos el panorama acerca de las condiciones de salud de la comunidad es que los principales padecimientos que sufren son las gastroenteritis, las infecciones respiratorias y la desnutrición. El alcoholismo, a pesar de ser la causa principal de muertes en los últimos años, no es reconocido por los médicos como uno de los principales problemas de salud, sino solamente como problema social.

Desde muy jóvenes luego se ven por cierto en época de fiesta, que es en mayo y en julio, este... jovencitos, jovencitas que se ven, estoy hablando de catorce, trece años, que, este, ya los ves con la cerveza, ya los ves con el tarro de pulque. Desde muy temprana edad empiezan, quizás no de que se ven diario o muy constantemente, pero sí ya empiezan a probar la bebida. A veces sí es de cada que hay fiesta, cada que hay baile o como cada ocho días es costumbre, ¿no?, y es tomar alcohol, que es lo que... lo que más abunda por acá, este... Y sí, pues sí es un problema bastante fuerte el alcoholismo (Méd. 5: 718-735).

Menéndez (1990: 205) reporta hallazgos similares a éstos en un estudio sobre la representación del alcoholismo en diferentes grupos de médicos. Al respecto, señala que "Si bien todos los grupos analizados reconocen al alcoholismo como problema, ninguno, salvo el de los psiquiatras, lo consideran como prioritario ni al nivel de la comunidad ni de las instituciones [...] Además, en un nivel profundo el conjunto de las representaciones tiende a plantearlo como problema, más que como enfermedad".

A pesar de los problemas de salud, en general, piensan que los indígenas son fuertes en su constitución física.

Tienen una condición física bien fuerte, e incluso embarazadas si las ves que traen acá un montón de leña y nada, o sea, son mujeres muy fuertes (Méd. 5: 1330-1334).

Curiosamente a veces me da la impresión de que están protegidas por Dios y normalmente no se encuentran los problemas, normalmente

no encontramos los problemas que encontramos en las mestizas (Méd. 1: 602-608).

Coinciden en general en que hay un problema muy serio de automedicación que se puede observar en:

Ellos son muy dados a guardar ya sea la cajita, el nombre de la pastilla, y en un momento dado dicen "es que esto es bueno para la diarrea" y "es que esto es bueno para la gripa" [...] entonces, si vuelve a estar el niño enfermo aparentemente de lo mismo, o algún pariente cercano, "cómprate ésta, cómprate ésta porque ésta es buena para esto" (Méd. 5: 507-512, 516-521).

Sin embargo, difícilmente se cuestionan el hecho de que sean los mismos médicos, al ser dueños de las farmacias, los que favorecen el desarrollo de la automedicación. Su papel de profesionales que debieran atender la salud entra en pugna con el de comerciantes, y al triunfar este último, debido a que finalmente se termina vendiendo lo que el cliente pide, puede originarse una confusión en los pacientes. Éstos, entonces, tenderán a valorar los medicamentos como vehículos de salud, sobre otro tipo de servicios que pudiera ofrecer el médico.

Percepción de los eventos reproductivos

Por ser la reproducción humana el tema que nos ocupa, ahora nos referiremos particularmente a la visión que los médicos tienen en relación con estos eventos:

Embarazo

Los médicos plantearon que las mujeres tienden a iniciar su vida reproductiva a temprana edad, entre los 12 y 14 años, y que tienen una paridad alta, de alrededor de ocho hijos, cifra superada en muchos casos. Encontramos como una idea generalizada que las mujeres embarazadas no acuden a un control prenatal, muchas de ellas sólo van a revisar que el bebé se encuentre en buenas condi-

ciones para que al momento del parto no se tenga ningún problema, ya que acostumbran parir en sus casas. Una de las causas por las cuales se explica esto es porque el esposo no les permite muchas veces acudir al médico, y cuando lo hacen, son acompañadas por alguien. Consideran que esta situación depende mucho de la preparación que tenga la pareja.

Para los médicos, asimismo, una consecuencia que se da a partir de no asistir a un control prenatal es que en el momento del parto hay complicaciones debido a la estrechez de pelvis de algunas mujeres. Mediante la detección oportuna, afirman, las complicaciones del parto podrían ser evitadas, ya que la alternativa necesaria es una forzosa cesárea y ellos no cuentan con el instrumental médico ni la infraestructura para esto.

Los principales problemas que ubican durante el embarazo son la amenaza de aborto y el parto prematuro. Unos opinaron que las enfermedades que se presentan más comúnmente en esta etapa son las infecciones en vías urinarias, parasitosis, anemia y sólo un médico reportó la preeclampsia y diabetes mellitus, siendo mayor su proporción en las mujeres mestizas. También detectamos una idea generalizada por todos los médicos acerca de la extrema desnutrición en que se encuentra la población y sólo un médico refiere una muy alta mortalidad de las mujeres durante el embarazo. Reportan que los abortos que ocurren son principalmente durante el primer trimestre del embarazo; suceden mayoritariamente en mujeres muy jóvenes y sobre todo en primigestas, y afirman que son causados por anomalías que se presentan en el producto. La mayoría de los médicos no ha tenido conocimiento sobre abortos provocados.

Se manifestaron diferentes opiniones respecto a si los maridos golpean y maltratan a la embarazada. Dos médicos refieren que estos casos sí son muy frecuentes, mientras que para otros no son comunes. Un médico nos comentó sobre el alto número de violaciones que se dan y los embarazos no deseados como consecuencia de éstas, pero esto no fue validado por los demás.

Los médicos coinciden en que durante el embarazo las mujeres no tienen cuidados especiales y mencionan que si las señoras sufren algún malestar durante el embarazo, ellas no se automedican por miedo a causarle algún daño al producto, lo que hacen es aguantarse el dolor y, ya como última alternativa, acuden al médico. Piensan

que, como consecuencia de esta postergación, cuando las mujeres van a consulta el padecimiento ya está muy avanzado y complicado para ellas y el bebé.

Plantearon que las principales necesidades requeridas durante el embarazo son que se mejore la atención médica (instrumental y aparatos necesarios) y, lo más importante, que se tenga una buena alimentación por parte de la madre.

Parto

Las mujeres que van a parir a algún consultorio o un hospital son muy pocas. Los casos en que así sucede son principalmente de primigestas y en mucho menor proporción con el segundo o tercer hijo. La gran mayoría paren solas en su casa, o bien con la ayuda de su mamá, su suegra, parteras o personas que tengan experiencia en el parto. Coinciden los médicos en que este tipo de atención es muy común, pues ya es la costumbre y ésta está muy arraigada en sus tradiciones, a partir de las cuales, con este tipo de prácticas (parir "a voluntad de Dios"), arriesgan mucho su vida y la del bebé. Entre las principales causas de muerte materna refirieron la retención de la placenta y la hipovolemia. La muerte en los pequeños la explicaron por circulares de cordón. Mencionaron que si muere el niño, a los familiares no les afecta pues... "ya vendrá otro"; en cambio, sí es de importancia cuando se trata del deceso de la madre.

Cuando las mujeres paren en su casa, utilizan el suelo o un petate como lugar para la expulsión. El cordón umbilical es cortado con cuchillo, tijeras e incluso con vidrios que no son desinfectados y acostumbran anudar el cordón con cualquier hilo que tengan a la mano. Para los médicos, este modo de parir causa muchos problemas ya que, además de lo ya mencionado, las personas que las atienden no cuentan con ninguna capacitación, únicamente su experiencia y la tradición heredada de sus mismos familiares que va de generación en generación. En ocasiones llaman al médico para acudir al domicilio de la señora, porque se presenta alguna complicación en el parto, y para el momento en que se presenta, ya el problema es muy grande, teniendo incluso que recurrir a veces a

enviarlas de urgencia a Amealco o a San Juan del Río; en otros casos, ya no se puede hacer algo por la vida de la mujer ni por la del niño.

Puerperio

Los siete médicos coinciden en que no hay seguimiento después del parto; las mujeres no llevan un control. La única forma en que regresan a consulta es cuando surge algún problema, ya sea en ellas o en el bebé, y cuando todo está solucionado no vuelven más. Uno de los médicos reconoció que la causa de que las mujeres no regresen a revisión es por carencia de recursos económicos. Los médicos plantearon que cumplen en dar indicaciones para el puerperio, ya sea que las mujeres paran en su casa o con ellos. Entre las indicaciones que manejan está el reposo y las relacionadas con la lactancia. Refieren que en el caso de que haya retraso en la producción de leche (tarda aproximadamente dos días), recomiendan emplear leche en polvo para alimentar al niño. Algunas mujeres siguen la indicación y otras no. En el caso de estas últimas, se da una disminución en el peso del bebé, lo que repercute en la salud del recién nacido. Recomendaron que las madres den el pecho por lo menos un año, ya que "es alimento para el niño y no gastan dinero las familias". Consideraron como problemas más comunes en esta etapa a las clásicas molestias del puerperio, refiriéndose a los sangrados y los relacionan con la atención en la casa.

Anticoncepción

En relación con los métodos anticonceptivos y programas de planificación familiar que existen en Santiago Mexquititlán, los médicos coincidieron en que es poca la gente que lleva algún método y, de entre los que lo hacen, casi nadie lleva un seguimiento médico, una vez que se informan y adquieren los anticonceptivos, regresan hasta que necesitan más. Entre los anticonceptivos que pide la gente están las pastillas (hormonales orales) y las inyecciones (hormonales inyectables), mismas que, según opinión de dos de los médicos, son las que más demanda tienen, debido a que se administran una

vez al mes y resultan adecuadas cuando es el caso de que las mujeres estén "ocultándolo a sus esposos". Los preservativos son más requeridos por personas jóvenes. El dispositivo intrauterino también lo piden, aunque no todos los médicos tienen el material necesario para colocarlo. Buscan mucho a un doctor para solicitarle la esterilización quirúrgica, esto lo hacen casi siempre después de tener seis o siete hijos y optan por esta alternativa pues ya no les alcanza el dinero para mantener a más hijos. Algunos médicos refieren haber realizado una labor importante en el "convencimiento" para mejorar y llevar a cabo más programas de planificación familiar.

Atención médica y aprendizaje

Uno de los resultados arriba mencionados es la escasa demanda de atención médica en el embarazo, parto y puerperio, y el hallazgo de que la poca demanda tiene lugar generalmente en la primera experiencia reproductiva de las mujeres. Por esta razón, nos preguntamos sobre lo que estará ocurriendo en esa experiencia con el médico, que hace que para los siguientes embarazos estas mujeres no regresen. De alguna forma ellas viven la primera experiencia reproductiva de modo diferente a las subsecuentes. Elementos como el lugar, los objetos, las personas y las acciones que intervienen en cada uno de estos eventos, así como elementos subjetivos, todos ellos acotados por un contexto económico, social y cultural, interactúan para dar como resultado una experiencia concreta, con un significado particular. Sin duda cada elemento representará un papel diferente y su peso en el significado de cada experiencia variará de evento a evento y de persona a persona.

De este modo, la experiencia puede adquirir dos sentidos posibles: uno negativo, en donde no se cumplió con la expectativa de las mujeres, quienes prefieren evitar nuevamente la experiencia, y un sentido positivo, en donde la expectativa sí se cumplió. Ante cualquiera de estos dos sentidos, o el interjuego de ambos, que orienten la acción de no acudir a la atención médica en los eventos reproductivos subsecuentes, es posible afirmar que lo que ocurre ahí es un fenómeno, si no educativo, sí de aprendizaje. En un estudio llevado a cabo en Oaxaca, Campero (1990) ha explorado ya

el terreno de la relación pedagógica médico-paciente. Afirma que no es posible que se dé esta relación, debido a que el paciente generalmente no es considerado como sujeto sino como conjunto de problemas médicos, y por lo tanto no es posible establecer una relación pedagógica con ellos. Coincidimos con esta afirmación en tanto se considere la relación pedagógica como un fenómeno en el que existe una intención de educar. Sin embargo, para que tenga lugar un aprendizaje, la intención no es una condición para que éste efectivamente se lleve a cabo, si bien el proceso, tanto como el resultado, pueden variar.

Al respecto, la mayoría de los médicos entrevistados coinciden en que las mujeres aprenden de la experiencia. La doctora del Centro de Salud, en relación con la atención del parto, refiere lo siguiente:

No tienen ninguna capacitación formal, más que la que han vivido con sus *experiencias*. Aprenden de estar viendo, y esto para ellas es lo más *normal* (Méd. 2: 260-264).

Al afirmar esto, puede dar a entender que, para ella, esta vía de aprendizaje no es "normal". Probablemente para ella, el aprendizaje normal proviene de otra fuente, si no diferente, por lo menos sí complementaria a la experiencia. Esto implica el reconocimiento de una diferencia entre ella y las pacientes en relación con el aprendizaje, que puede referirse solamente a la fuente; pero es posible que, al reconocer esta diferencia, exista otra implícita en el resultado del proceso de aprendizaje, concretamente en la efectividad o veracidad de lo aprendido. De modo que, hasta el momento, tenemos dos aristas del fenómeno de aprendizaje en los eventos reproductivos: la fuente y el resultado. En lo relativo a la fuente, además de lo señalado anteriormente, hay coincidencia entre los médicos de privilegiar aquellas situaciones en las que ellos dan información a los pacientes, a través de las "pláticas" y las "explicaciones". La misma doctora del Centro de Salud afirma lo siguiente:

Ahora que estoy yo aquí me he dado cuenta que cada vez más y más mujeres vienen por pastillas para cuidarse y lo único que falta es que se den *pláticas* y más *información*. Yo creo que esto es bueno (Méd. 2: 339-345).

Está muy claro el valor que le da a la transmisión de información en el proceso de aprendizaje, que es mayor que el de la experiencia. En esta transmisión de información se pueden valorar diferentes elementos como el contenido *per se*, el contenido en tanto saber médico, o bien, a su papel de médico como portador de un saber o de la salud en sí, ante lo cual considera necesario un evento como “dar pláticas”, para que los pacientes reciban el mensaje. Esto concuerda con el propio proceso de aprendizaje de los médicos, y con esto no nos referimos a que aprenden más de la teoría que de la práctica, sino a que la propia formación médica, en el discurso, sobrevalora esa teoría. Podemos ver cómo entre los médicos y los pacientes el considerar esa diferencia en el aprendizaje implica también considerar una diferencia en su naturaleza en tanto sujetos. En esta misma línea de “dar información”, el siguiente relato de un médico nos habla de cómo “les hace ver” las cosas y de cómo los convence:

pues ya ve que los rumores entre ellos, ¿eh? porque alguna se embarazó con el dispositivo, pues puede suceder, ustedes saben, y de ahí, ¡vámonos!, se corre la voz, y “que fulano de tal le hizo daño”, y “que no quiero eso porque se embarazan, o porque nace el bebé con su dispositivo ahí”. Eso es lo que me refieren, sí, constantemente. Pero ya pues *yo me los envuelvo*, les hago ver que eso no es cierto, sí, que aquí se aplica otro tipo de dispositivos, y que no van a causar daño, sí, y los convenzo a estos señores y sí se aplican su dispositivo (Méd. 3: 560-575).

De este relato se desprende lo siguiente: en primer lugar, una concepción del paciente como un ser con escasa capacidad para pensar y reflexionar. Al decir que “se envuelve” a los pacientes, está considerando que no serán capaces de poner sobre la mesa la información que de antemano ellos poseen sobre el DIU —independientemente de su veracidad— junto a la información que él les está proporcionando, para compararla y analizarla, y tomar una decisión sobre el curso de sus acciones. En segundo lugar, se observa una falta de principios éticos al no informar (o confirmar) al paciente sobre los posibles riesgos de aplicar el DIU, y de engañarlo diciéndole que se le aplicará otro.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que en general los médicos reconocen una situación de pobreza en la población que atienden. Sin embargo, con frecuencia atribuyen las dificultades a las que se enfrentan para la atención a la salud, al hecho de que la población es indígena, con un carácter negativo, que califican de "difícil", "tradicional", "poca cultura". El que sean indígenas les significa a los médicos un obstáculo. Si bien la mayoría de sus pacientes es mestiza, plantean que, de la población indígena, uno de los motivos principales de demanda de atención es el problema de salud en los niños y en segundo lugar en las mujeres.

Los datos sobre causas de muerte recogidos en el Registro Civil coinciden con que los principales padecimientos que ellos ubican son la gastroenteritis, infecciones respiratorias y desnutrición. Sin embargo, llama la atención que siendo el alcoholismo la principal causa de muerte en adultos de sexo masculino, los médicos no tienden a reconocerlo como una enfermedad y más bien lo identifican como un problema social. Esto quizá se puede atribuir, por un lado, a que probablemente los médicos no tienen una información directa sobre los problemas de salud de la población masculina. Por otro lado, la percepción que tienen los médicos del carácter indígena de la población expresa un estereotipo social negativo que está vinculado a una relación de clase, basado en la creencia de que el alcohólico suele ser aquel individuo perteneciente a grupos marginados y sobre todo indígenas. Esta percepción ha sido descrita por varios autores; Menéndez (1990) asegura que esta relación estratificada no opera sólo en los médicos, sino en el equipo de salud en general.

En lo que se refiere a la automedicación, la tendencia en los médicos es a reconocer la práctica, pero no buscan el origen y la modalidad de ella y mucho menos de sus riesgos. Reflexionan en que ello probablemente los llevaría a un cuestionamiento sobre su propia práctica médica, que tiende a sobrevalorar el medicamento como vehículo de salud y a no tomar en cuenta la potencial relación pedagógica médico-paciente, de la que se podrían derivar acciones comunicativas que favorecieran educación para la salud. Esto hace pensar que la racionalidad de la acción en los médicos se limita a

analizar las condiciones que un sujeto-paciente tiene que cumplir para poder proponerse fines —la cura— y realizarlos —la medicación. De acuerdo con este modelo planteado por Habermas (1989), las acciones racionales tienen fundamentalmente el carácter de intervenciones efectuadas con vistas a la consecución de un propósito y controladas por su eficacia. Este tipo de acciones encaminadas a resolver problemas, típicos en los médicos entrevistados, parte del presupuesto ontológico de un mundo objetivo donde no se presupone una relación con el otro (paciente), que por su condición de diferente (indígena) comparte con los suyos (la comunidad) una anticipada unanimidad de la experiencia (al menos de los relatos de la experiencia de salud/enfermedad) que habla de acuerdo con esquemas de expresión compartidos y reconocibles, lo cual suponemos, en comunidad, cómo otros están observando el mismo mundo.

Cuando la racionalidad de las acciones instrumentales, que tienden a ejecutar los médicos, se mide por el éxito de las intervenciones orientadas a la resolución de problemas de salud, sólo hay que exigir que los médicos puedan elegir entre alternativas terapéuticas para el caso clínico y el control de algunas de las condiciones del entorno del paciente, como por ejemplo las clásicas indicaciones sobre una buena alimentación, prácticas de higiene, etcétera. Cuando, por el contrario, la racionalidad de sus acciones se mide por el logro de los procesos de entendimiento en la relación médico-paciente, entonces no basta con recurrir a las capacidades arriba mencionadas. Se hace entonces necesario un contexto de acción comunicativa, que permita la posibilidad de coordinar las acciones consensualmente frente al conflicto que representa una disonancia cognitiva con respecto a la salud.

En las entrevistas a los médicos tiende a valorarse la transmisión de información en la relación médico-paciente. Esto aparece principalmente en el tema de los métodos para regular la fecundidad. En los testimonios observamos que la fundamentación aparece ligada al aprendizaje, en el sentido de que la argumentación representa un papel importante en las acciones que instrumentan estos médicos. Aquí introducimos el concepto de argumentación que se refiere "al tipo de habla en que los participantes tematizan las pretensiones de validez que se han vuelto dudosas y tratan de

desempeñarlas o de recurrarlas por medio de argumentos” (Habermas, 1989). La racionalidad que aparece en la argumentación en defensa del uso de ciertos métodos anticonceptivos (por ejemplo el DIU), no se muestra abierta a los argumentos de los pacientes. Los médicos sostienen que los pacientes no tienen motivos para rechazar tales métodos, e ignoran las razones manifestadas en contra. Por otro lado, la argumentación que los médicos construyen no tiene ninguna pretensión de veracidad, sino más bien hace pensar que el médico está simulando y comportándose estratégicamente. Las acciones médicas en consulta tienden a tener una racionalidad contingente, ya que está desconectada de la capacidad de aprender de los desaciertos y fracasos de la intervención médica en los casos clínicos que se le presentan.

Finalmente, podemos concluir que la capacidad de los médicos de manipular informadamente y de adaptarse a un entorno contingente, sólo habla de una racionalidad instrumental en la cual se imposibilitan acciones comunicativas. Consideramos que, si bien las acciones orientadas al entendimiento exigen un proceso de autorreflexión (ausente en este caso) de los sujetos implicados (médico-paciente), mientras el diálogo en la consulta esté distribuido asimétricamente entre proponente y oponente será difícil que pueda llevarse a cabo o esperar que se dé en los consultorios médicos (espacio privilegiado para la enseñanza-aprendizaje) una educación para la salud edificada en actos de entendimiento (y no en objetivos a cumplir), como parte de un proceso cooperativo de interpretación dirigido a lograr definiciones de la situación de la salud/enfermedad y que puedan estar subjetivamente reconocidos, requisito fundamental para diseñar acciones que se orienten no sólo a resolver eficazmente los problemas de salud de la población de Santiago Mexquititlán, sino también a prevenirlos.

BIBLIOGRAFÍA

- Benveniste, Emile (1979), *Problemas de lingüística general*, México, Siglo XXI.
Berger, Peter y Thomas Luckmann (1979), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrourtu Editores.

- Campero Cuenca, Lourdes (1990), "Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México", en *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 2, pp. 192-204.
- Forti, Silvana y Teresita Gómez (1996), "Prácticas y significaciones con respecto a la reproducción en Santiago Mexquititlán, Mpio. de Amealco, Qro.", Informe Técnico Final, CIESAC-UAQ (mimeo.).
- Geertz, Clifford (1987), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Habermas, Jürgen (1989), *Teoría de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social*, Buenos Aires, Taurus ediciones.
- Hekking, E. (1995), "El otomí de Santiago Mexquititlán: desplazamiento lingüístico, préstamos y cambios gramaticales", Amsterdam, *Studies in Language and Language Use*.
- INEGI (1989), *X Censo General de Población y Vivienda 1980. Integración territorial del estado de Querétaro*, tomo 22, Aguascalientes.
- (1991), *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, Aguascalientes.
- Menéndez, Eduardo (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Alianza Editorial Mexicana.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1995), "Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, y Reproducción*, núm. 6.
- Weber, Max (1985), *Economía y sociedad*, México, FCE.

A PALABRAS DE USUARIA... ¿OÍDOS DE DOCTOR? UNA EXPLORACIÓN SOBRE LAS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR

MÓNICA JASIS SILBERG

INTRODUCCIÓN

Satisfacer las necesidades de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud es, sin duda, uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud que operan basados en la calidad de la atención. Sin embargo, en los últimos 15 años se ha venido reconociendo que la atención a la salud de la mujer está impregnada de deficiencias en la calidad. Estas deficiencias, a su vez, conllevan a que eventos naturales en la vida de las mujeres como lo son el embarazo y el parto se conviertan, para muchas mujeres, en recuerdos dolorosos y, a veces, desagradables. Como señalan Castro y Bronfman (1993) "el embarazo y el parto han dejado de ser conductas sociales comunes para constituirse en fenómenos médicos".

Si bien es cierto que en México la ciencia médica contribuye a resolver "casos difíciles" y a prevenir la mortalidad materna, tal aporte no implica necesariamente que la calidad de la atención en los servicios que atienden la salud de la mujer sea buena en todos sus niveles. Existe actualmente en nuestro país la inquietud de abordar la calidad de la atención a la salud reproductiva, por parte tanto de grupos de mujeres que trabajan la problemática de salud, como de académicos y de algunos oficiales de salud.¹ Sin embargo,

¹ Por ejemplo, un conjunto de organizaciones no gubernamentales de diversas regiones ha venido discutiendo desde 1995 acerca de la calidad de la atención a la salud reproductiva y sexual en el Foro Permanente sobre Calidad de la Atención desde la Perspectiva de Género. Otro ejemplo es el Programa Salud Reproductiva y

estos esfuerzos se pueden considerar incipientes, dado que en el ámbito de los servicios no se elabora todavía una propuesta programática y orgánica de mejoramiento de la calidad a los servicios de salud reproductiva. En el campo de la investigación, también son contados los estudios que existen en nuestro país. Los trabajos se han circunscrito al análisis de accesibilidad y satisfacción para la población en general² o para los marcos conceptuales de mejoría de calidad.³

Por otro lado, a pesar de que en México los servicios institucionales de salud materno-infantil pasaron a llamarse, casi de un día para otro, servicios de *salud reproductiva*, se sabe muy poco sobre la salud reproductiva de las mujeres y hombres del país. Lo que se tiene disponible en cuanto a salud reproductiva en el ámbito oficial son estadísticas (sobre número de usuarias de métodos anticonceptivos, ingresos y egresos de partos, muertes maternas, incidencia de prematuridad, entre otras) que muy poco nos hablan acerca de lo que les ocurre a los individuos a que se refieren. Poco se sabe de las necesidades que tienen las receptoras de la atención cuando acuden a un servicio prenatal o en los momentos del trabajo de parto y posteriores.

Langer y Romero (1996), refiriéndose al periodo prenatal-parto-posparto, dicen: "casi nada se sabe de los obstáculos y barreras que las mujeres enfrentan para buscar y recibir atención. Menos aún conocemos la calidad técnica de estos cuidados, ni la satisfacción de las usuarias". Es preciso superar el nivel de análisis frío y desintegrado que sobre la salud reproductiva acostumbra realizar ese "experto científico" que es el sistema de salud de nuestro país. Considero que es fundamental indagar qué está pasando del otro lado del sistema proveedor, qué les está ocurriendo a las usuarias cuando utilizan los servicios de salud reproductiva.

Si se trata de mejorar la salud de las mujeres vale la pena explorar la calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva, partiendo por preguntar a las propias mujeres qué necesidades de atención tienen y cómo está respondiendo el sistema a estas necesi-

Sociedad de El Colegio de México y el grupo de trabajo del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

² Véase Frenk *et al.* (1995).

³ Véase Ruelas (1990), Aguirre (1991) y Reyes (1995).

dades. Tradicionalmente se ha tomado en cuenta la opinión de las usuarias para estudios de impacto o monitoreo, pero no se han hecho estudios donde las percepciones y opiniones de ellas se consideren centrales en el análisis de la calidad de los servicios. Por el contrario, se *asumen* las necesidades de las mujeres a partir, generalmente, de lo que el sistema médico supone que ellas requieren y, la mejor de las veces, de observaciones empíricas. Las mujeres tienen mucho que decir respecto a lo que ellas necesitan para recibir una atención de salud de calidad. El éxito de diversos proyectos y trabajos de campo de grupos no gubernamentales nos hablan de la existencia de propuestas alternativas de atención surgidas, muchas de ellas, de las carencias en la calidad de servicios gubernamentales.⁴ Una de las razones que justifica el éxito de estos proyectos, desde mi punto de vista, es que en ellos se reconoce que la mujer representa un papel protagónico en el desarrollo del servicio de atención. Es decir, estos programas alternativos no sólo reconocen la autoridad moral de los proveedores de servicios en lo que respecta a las transacciones de salud, sino también a las usuarias y beneficiarias de esos servicios. Y éste es un punto clave cuando se está hablando de calidad de la atención en salud reproductiva y sexual.

En este capítulo se muestran los resultados de una investigación que se llevó a cabo en 1995 en el Hospital General de la ciudad de La Paz, Baja California Sur, perteneciente a la Secretaría de Salud. En dicho hospital existen deficiencias en la calidad de la atención a la salud de la mujer durante diversas etapas del proceso reproductivo. El presente trabajo, con todas las limitaciones que envuelve un estudio de caso, pretende ser un primer abordaje a lo que está ocurriendo con la atención a la salud de las mujeres durante el periodo del embarazo, parto y posparto. Consideraré como factores actuantes o determinantes de la realidad que se va a analizar, las percepciones y opiniones de usuarias y proveedores con respecto a variables cuantitativas y cualitativas, que intervienen en la calidad de los servicios de salud (como por ejemplo, las percepciones sobre los tiempos de espera y de visita). Brindé especial importancia a la relación interpersonal proveedor-usuaria como elemento de análi-

⁴ Ejemplos de estos proyectos son el caso de la organización Sipam, la clínica Cimigen en el D.F. y CASA en San Miguel de Allende, Guanajuato.

sis para entender el contexto de la calidad de la atención que rodean el embarazo y el parto.

Este trabajo constituye, entonces, una exploración de las necesidades de las mujeres *desde sus propias voces*, partiendo de que tienen autoridad moral para expresar sus puntos de vista y percepciones. Entiendo por *autoridad moral* el *poder* que tienen, en este caso las mujeres (de acuerdo con las normas sociales reconocidas por su propio género), de recibir, expresar y opinar acerca de la atención que se les ofrece, así como a expresar sus sentimientos y opiniones sobre lo que sucede con su salud. Investigué qué piensan y cómo viven las usuarias la atención a su salud, qué necesidades sienten, cómo las expresan, qué tan satisfechas están con la atención que reciben, cómo establecen la relación con los proveedores. Asimismo, cómo responden los médicos a las necesidades de atención de las mujeres, cómo entienden ellos las deficiencias en la atención y sus causas y qué tan dispuestos están a cambiar su manera de atender para mejorar la calidad.

En el trabajo utilicé la *visión de género* porque es una herramienta útil en la identificación de los factores mencionados, los cuales pocas veces se han tomado en cuenta cuando se habla de calidad de la atención. Esta visión de género implica, como bien apunta Matamala (1995: 15), partir del concepto de salud integral de la mujer, definido éste en un "marco ético de los derechos humanos y, particularmente, los sexuales y reproductivos". En este sentido, analizar la calidad desde la perspectiva de género incluye la visión crítica no sólo del acceso a los servicios, sino también en qué condiciones se da ese acceso, cómo se dan las relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores, el grado de conocimiento de los derechos y responsabilidades de las usuarias, así como el estado de la competencia técnica de los proveedores, entre otras categorías. La investigación se basó en la aplicación de una encuesta directa a proveedores y usuarias, con reactivos cuantitativos y cualitativos. Si bien el estudio no es una evaluación de calidad, sí aporta elementos que debieran tomarse en cuenta para elevar la calidad de la atención en los programas prenatales y del parto en el país.

LA IMPORTANCIA DE ESTE TRABAJO

Diversos autores han venido cuestionando la calidad de los servicios de salud con la intención de rehumanizar la atención de salud a la mujer en general y muy en particular la atención del proceso embarazo, parto y posparto.⁵ El cuestionamiento se ha dado fundamentalmente desde prácticas alternativas de apoyo a los procesos de las mujeres, desde asociaciones de profesionales relacionados con la medicina (de parteras, de educadores en salud, de trabajadores sociales) y también desde los planteamientos de investigadores que evalúan la calidad de atención durante los procesos reproductivos.

En México, los hospitales centrales adquieren mayor equipamiento tecnológico, cada vez los médicos están más especializados y, sin embargo, forman parte de una calidad de atención cuestionada, existe insatisfacción por parte del público receptor de los servicios de salud reproductiva. En concreto, poco se sabe acerca de cuáles son los elementos a los que hay que dirigir los esfuerzos para mejorar esa atención.

Sin restarle importancia a los estudios de evaluación de calidad basados en análisis de procesos y resultados, para poder mejorar la atención, hoy en México tenemos que conocer las necesidades de las mujeres en torno a su salud. La calidad de la atención no implica solamente la superación de indicadores numéricos o el ejercicio de metas programáticas evaluables. Si partimos de que la salud es integral (física, emocional y social), es importante encontrar los factores que expliquen las insatisfacciones y las deficiencias en la atención para que las mujeres gocen de un estado de bienestar integral en el marco del respeto a todos sus derechos.

En este sentido, la investigación con perspectiva interdisciplinaria, como refieren Paolisso y Leslie (1995), es crucial pues la propia conducta y decisiones de las mujeres determinan su estado de salud. En la toma de decisiones de las mujeres en torno a su salud, influyen factores culturales a los que prácticamente no se les da importancia en los servicios de atención. Un ejemplo de esto lo constituye el uso

⁵ Véase Odent (1992), Elkins (1985), Inch (1984), Kitzinger (1991) y Mac Kay (1988), entre otros.

incompleto o inadecuado, por parte de algunas usuarias, de medicamentos prescritos por los médicos. Esto, por cierto, es una de las quejas más frecuentes de los médicos con respecto a las usuarias. Experiencias empíricas muestran que muchas veces ellas tienen sus propios esquemas culturales con los que entienden y resuelven sus dolencias, esquemas que a veces no coinciden con las prescripciones y formas que utiliza el sistema médico. Habrá casos, entonces, en los que en los resultados de algunos tratamientos influirán más los preceptos culturales de las mujeres que las prescripciones médicas.

La falta de importancia que le da el sistema de salud a los factores culturales de las mujeres se visualiza también, según Zurayk *et al.* (1995,) en la pobre relación que existe entre los diagnósticos médicos y los reportes que las mujeres hacen de su sintomatología. Ellos concluyen que en la comunidad donde viven las mujeres existe información muy valiosa para los servicios de salud que revela la magnitud de los problemas.

El actual estado de la atención a la salud reproductiva, de acuerdo con Prater y Lazar (1994), adolece de problemas de calidad fundamentalmente porque no se ha sabido escuchar qué tienen que decir las mujeres respecto de sus necesidades. Agregan que los proveedores no han comprendido los roles y responsabilidades sociales de las mujeres y cómo éstos influyen en su salud. Se sabe que la situación de las mujeres en relación con los servicios de salud está influida por factores de género, socioeconómicos, su posición en la fuerza de trabajo, la etnicidad y el grado de inversión social en las mujeres (Puentes, 1992).

En este contexto se visualizan algunas de las deficiencias de calidad de la atención a la salud de la mujer. Varios autores hacen hincapié en la importancia que tienen las relaciones interpersonales proveedor-usuaria, como una de las variables que influyen directamente en la calidad de la atención.⁶ Se plantea que atender la relación proveedor-usuaria debe ser una pieza fundamental en los programas de salud de la mujer. Simmons y Elias (1994) proponen incluso que del análisis de los elementos de la interacción surgen los factores para evaluar la calidad y reconocen que es una dimen-

⁶ Véase Bruce (1990), Donabedian (1993a), Simmons y Elias (1994), Sharpe (1995) o Lazarus (1990).

sión a la cual no se le ha prestado la importancia debida. Escasos estudios se han llevado a cabo con respecto a la interacción proveedor-usuaria y su relación con la calidad de la atención en países del tercer mundo. La mayor parte de ellos son trabajos sobre indicadores concretos como el tiempo de entrevista, número de pacientes atendidas, la existencia de cordialidad en el encuentro, identificación de problemas predeterminados o la cantidad de información recibida por las mujeres.⁷

Cristina Puentes (1992) señala atinadamente que en las interacciones de médicos y usuarias de países del tercer mundo, variables como las económicas, sociales, étnicas y de género interactúan con la estructura de los servicios de salud, la actitud de los proveedores y las políticas económicas. Ello resulta en soluciones limitadas a los problemas de salud y en la restricción de las usuarias en el acceso a los servicios. Puentes afirma que las experiencias de las mujeres no se consideran ni se integran con la salud y la enfermedad para que el sistema de salud pueda dar respuestas culturalmente apropiadas y sensibles a las necesidades de género.

Dos estudios publicados que indagan la *calidad* desde las características de las transacciones entre proveedores y usuarias son el de Vera (1993) y el de Matamala *et al.* (1995) en Chile. Este último constituye el primer intento en Latinoamérica por conocer, desde la perspectiva de género, el problema de la calidad de la atención a la salud de las mujeres en los servicios médicos. En este brillante trabajo, las autoras destacan la importancia de incorporar la visión de género en el análisis de la calidad de la atención a la salud reproductiva:

en la búsqueda de explicar fenómenos sociales que no es posible explicar desde otras categorías, fenómenos éstos que condicionan los significados sociales que reviste la circunstancia de ser hombre o mujer en una determinada sociedad. También para identificar las múltiples formas en que se reproduce cotidianamente el sistema de relaciones de poder, haciendo visibles las desigualdades genéricas que del mismo derivan. Pero, además, la mirada de género es propositiva, en el sentido de sugerir modelos de cambio cultural que deconstruyan la

⁷ Véase Vega-Vega (1993), Askew *et al.* (1994), Kaufmann *et al.* (1992) o Vernon *et al.* (1994).

inequidad, operacionalizándolos a través de políticas, programas, planes, normativas [...] abriendo posibilidades para que mujeres y hombres accedan a una vida más humana y, en consecuencia, más libre, más digna y más feliz (Matamala *et al.*, 1995: 11).

Ahora bien, el analizar la relación proveedor-usuaria desde una visión de género no sólo significa entender cómo se expresan, entienden y cubren las necesidades específicas de salud, sino que también entran en juego los roles sociales de ambos y esto implica la dimensión ética. En nombre de la ética se realizan una serie de acciones médicas, que muchas de las veces reproducen el *statu quo* y no resuelven los problemas de salud para las mujeres. Las decisiones de los proveedores, como apuntan Stephenson y Wagner (1993), son con frecuencia arbitrarias y muchas veces no reflejan los deseos de las usuarias. En este sentido, se menciona que son frecuentes las ambigüedades éticas en las que caen las instituciones de salud. Grodin (1993) señala que las instituciones realizan, por un lado, intentos de proteger la imparcialidad y respetar la autorresponsabilidad de los pacientes, a la luz de los derechos de privacidad de los seres humanos e independientemente de creencias religiosas o de lo que se considere que está bien "porque sí". Pero, por otro lado, en el nivel "micro" de la transacción médico-"paciente" a menudo se rebasan los límites éticos en las prácticas individuales.

Lo que se observa con frecuencia en los servicios de salud reproductiva en México es que sólo el "experto" (el proveedor de servicios) es quien identifica, describe, asume y pretende resolver las necesidades de las usuarias, a quienes se considera elementos vacíos de conocimiento "científico". En este orden de cosas, la "autoridad" es el sujeto conocedor de la medicina, el educado, escolarizado que se encuentra en la cabecera del consultorio o los tomadores de decisiones que definen políticas por y para las usuarias. Como apunta Sherwin (1992), a las pacientes se les pide que se sometan a la autoridad médica y que respondan con gratitud por la atención que se les ofrece. Se asume, por lo tanto, que el experto va a tener la solución que, además, no tiene por qué ser validada por aquellas personas a las que van dirigidas las políticas o acciones de salud. Coincido con Matamala *et al.* (1995) cuando afirman que "en el sistema institucional las usuarias no son entendidas como sujetos de su salud". Los médicos (del sistema público y privado) son

quienes definen la viabilidad para resolver los problemas de salud reproductiva de las mujeres, con estrategias de acción que implican una relación humana totalmente desigual porque la única autoridad moral que se reconoce es la de ellos mismos. El reconocimiento de la autoridad moral de las usuarias es una decisión ética del sistema de salud y se refleja en las estrategias de acción en el nivel macro (organización y administración de servicios de salud sexual y reproductiva) y micro (transacciones de salud reproductiva). En el trabajo cotidiano con mujeres nos damos cuenta que en las relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores en este país, frecuentemente se manifiesta el no reconocimiento por estos últimos de que las mujeres tienen autoridad moral para decir, opinar y proponer soluciones a su atención.

El presente trabajo parte de la siguiente premisa: para que las mujeres puedan gozar de una óptima salud reproductiva se debe brindar una atención de calidad. Para ello, no se pueden ignorar las necesidades sentidas por las mujeres. Los servicios deberían responder a estas necesidades preguntándoles a ellas mismas, reconociendo su autoridad moral y protagonismo en los procesos reproductivos e integrándolas a diferentes niveles en la atención de su salud. En este capítulo se visualiza cómo se establece realmente en un servicio específico la relación proveedor-usuaria, a partir de las necesidades de salud (y cómo el sistema médico responde a las mismas) que tienen las mujeres durante el proceso gestacional. De la misma forma que lo están haciendo otras colegas en otros rincones del mundo, confrontando la realidad y respetando la autoridad moral que tienen tanto usuarias como proveedores, pretendo hacer una contribución para que los programas de salud de la mujer mejoren la calidad de los servicios, no sólo *para* las usuarias sino *con* las usuarias.

EL PROBLEMA PLANTEADO EN ESTA INVESTIGACIÓN

El problema que se plantea es que en el Hospital General Juan María de Salvatierra, a pesar de que las principales causas de hospitalización son las de salud reproductiva, no se responde a las necesidades sentidas de las usuarias durante el proceso de embara-

zo-parto-posparto, sino más bien a las necesidades que los proveedores asumen por ellas.⁸ Los proveedores médicos no consideran la participación activa de las usuarias como parte del paradigma de la atención prenatal y del parto. Asimismo, los proveedores no asumen totalmente su responsabilidad respecto a las deficiencias en la calidad de la atención, y prefieren referirlas a causas externas a ellos.

El estudio se llevó a cabo con la autorización de las autoridades del hospital a través de su Comisión de Investigación. Fue la primera vez que se realizaba un trabajo sobre calidad de la atención en ese hospital y la propuesta coincidió con un momento en el que las autoridades estaban enfocando su interés en el área materno-infantil para desarrollar el programa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Esto propició una sensibilización de la importancia del proyecto entre los proveedores directos, así como la posibilidad concreta de estudiar y seguir a una población cautiva de usuarias de un servicio de salud en específico.

Las hipótesis de trabajo

El proyecto consideró cinco hipótesis, de las cuales tres son el foco del presente capítulo: 1) La relación proveedor-usuaria en los servicios de atención a la mujer está mediatizada por conceptos de valoración social *a priori* que dificultan la comunicación directa entre los dos actores de la transacción; 2) existen necesidades sentidas y expresadas que tienen las mujeres con respecto a la atención de su salud física y emocional durante el proceso de embarazo-parto-posparto, las cuales no son advertidas por los proveedores de los servicios; 3) existe un grado de insatisfacción por parte de las usuarias con los servicios recibidos (prenatales y del parto). Esta última hipótesis se planteó porque se observó que los

⁸ Como ejemplo, son de mencionar las habituales rutinas de atención que contienen tareas poco beneficiosas para las mujeres y sus bebés, como las indicaciones médicas de posturas antifisiológicas durante el trabajo de parto, de ayunos prolongados, de dejar a las usuarias sin compañía durante la labor, de recomendar a las mujeres que eviten la deambulación, entre muchas otras prácticas que la literatura refiere como obsoletas. Véase Caldeyro (1979), Crowe y Von Baeyer (1989), Kennell (1991), Nichols y Humenick (1988), entre otros.

proveedores no incluyen las opiniones y percepciones que las mujeres tienen de su salud en la atención de los eventos reproductivos; por lo tanto, es de pensarse que no se tome en cuenta satisfacer inquietudes de las usuarias respecto a los servicios recibidos.

MATERIALES Y MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de campo

Durante los meses de mayo a octubre de 1995, aplicamos encuestas a una muestra de usuarias y a otra de proveedores del Hospital General Juan María de Salvatierra. Éste es el principal hospital público de concentración regional en el estado de Baja California Sur. Consta de 120 camas censables y en él se atienden alrededor de 1 200 partos al año. A continuación se explican los detalles del trabajo de campo con ambas muestras de población.

Entrevistas con las usuarias

Un equipo de tres entrevistadoras profesionales que desconocían los objetivos de la investigación realizó entrevistas a usuarias de los servicios prenatales y del parto. Las encuestas contenían reactivos cerrados y abiertos, organizados en fichas temáticas para facilitar el orden en las entrevistas. Fueron entrevistadas 40 mujeres en dos momentos: al salir de una consulta prenatal (fuera del área hospitalaria) y más tarde, en el posparto intermedio (10-15 días después del parto) en sus domicilios. Se escogió el posparto intermedio pues es un momento en el que ya no se espera que existan desequilibrios hormonales que puedan tener efectos físicos o emocionales especiales (como sucede en el posparto inmediato) que pudieran haber influido en la forma en que las mujeres respondieran a la entrevista. Cuando realizamos las encuestas a las usuarias en sus casas, pudimos constatar que todas pertenecen a estratos socioeconómicos humildes. La mayor parte de las casas se localizan en las colonias periurbanas de La Paz y no cuentan con servicios de agua ni drenaje.

Entrevistas con los proveedores

Se aplicó una encuesta a toda la población de médicos que estuvieran involucrados en la atención prenatal, del parto y posparto, incluyendo a los adscritos del Servicio de Ginecología, del Servicio de Planificación Familiar, todos los médicos residentes del Servicio de Ginecología y los médicos internos. El instrumento contenía reactivos cerrados y abiertos.

Las entrevistas con los médicos se realizaron separadamente a las de las usuarias. Para lograr un buen *rappor*t y confiabilidad en la información, la mayor parte de estas entrevistas las realizó una médica con experiencia en investigación y ajena al hospital. Aunque el horario de las entrevistas se ajustaba a la disponibilidad de los médicos, fue difícil lograr la colaboración de los especialistas. Fueron los únicos proveedores que aducían diversas razones para no ser encuestados: falta de tiempo, carga de trabajo o, simplemente no se presentaban a las citas. Los especialistas demostraron que les cuesta trabajo ser entrevistados acerca de su práctica de atención. Pareciera ser que los médicos se poseionan de su supuesto papel de "único experto" y como tal, difícilmente permiten que alguna otra persona cuestione o valide su práctica. Para el caso de los cinco médicos especialistas fue necesario que reflexionáramos sobre el valor de su opinión para este estudio y, sin menospreciar el riesgo de caer en sesgos específicos, decidimos que a ellos les aplicara la encuesta uno de sus "pares", un médico que trabaja en el hospital como jefe de servicio y a quien se entrenó para aplicar el instrumento. Consideramos que más que sesgar la información, este hecho tendría la ventaja de poder controlar posibles "respuestas artificiales" o manipuladas por los entrevistados.

Las poblaciones estudiadas y los criterios de inclusión

Las usuarias

Las usuarias entrevistadas constituyeron una muestra de conveniencia, dadas las restricciones presupuestales y de tiempo para desarrollar el proyecto. Como ya se mencionó más arriba, entrevistamos a

40 mujeres al salir de su consulta prenatal y las mismas mujeres se reentrevistaron durante el periodo de posparto intermedio. En total se hicieron 77 entrevistas, ya que tres entrevistadas decidieron dar a luz en otro hospital y no se les aplicó la entrevista posparto. Los criterios de inclusión de las mujeres en la muestra fueron: 1) que fueran primíparas; 2) que tuvieran de 30 a 36 semanas de embarazo al momento de la primera encuesta; 3) que ya hubieran tenido alguna consulta prenatal previa, y 4) que tuvieran entre 15 y 30 años de edad. La razón principal para la condición de primíparas fue que las mujeres no tuvieran experiencias de atención prenatal anteriores, para poder evitar respuestas sobre presupuestos basados en experiencias ya vividas en otros embarazos, lo cual pudiera haber contaminado los resultados.

El hecho de que las usuarias ya hubieran tenido consultas prenatales antes de la ocasión de nuestra primera entrevista, nos garantizaría que estuvieran familiarizadas con la dinámica del servicio prenatal y que la relación médico-usuaria ya estuviera establecida. El criterio del rango de edades se decidió porque más de 75% de los partos atendidos en el hospital son de mujeres de entre 15 y 30 años. A las usuarias participantes se les solicitó su colaboración aclarándoles que el estudio era totalmente confidencial e independiente y se llenaba una hoja de consentimiento informado.

Los proveedores

Se entrevistaron 23 de un total de 25 médicos que trabajan en servicios de salud reproductiva (los dos restantes se encontraban de vacaciones al momento de la encuesta). Durante las entrevistas sólo estaban presentes la entrevistadora y el entrevistado.

ABORDAJE METODOLÓGICO DEL TRABAJO Y CONSIDERACIONES AL MISMO

Entre las opciones de abordaje para este trabajo, existían las siguientes posibilidades: 1) realizar un estudio cuantitativo de satisfacción de las usuarias con el servicio; 2) desarrollar un estudio cualitativo de entrevistas a informantes clave (proveedores y usuarias);

3) realizar un estudio tipo "de sombra", y 4) desarrollar una investigación directa a proveedores y usuarias de la que se pudiera obtener información cuantitativa y cualitativa.

La primera opción implicaba condicionar la importancia del estudio al resultado de la atención, haciendo un análisis básicamente numérico. De esta forma se hubieran subestimado los elementos que concurren en el proceso de atención prenatal y del parto, que desde mi punto de vista son los que en gran parte *definen* el resultado y brindan elementos reveladores respecto a la calidad de la atención. Especialmente me refiero a lo que ocurre con los proveedores durante el proceso de atención, elemento que considero central para el análisis y que es reconocido en la literatura como clave para el mejoramiento de la calidad.⁹ Además, la medición de resultados como indicador de calidad *per se* está siendo cuestionada en los últimos tiempos.¹⁰

La segunda opción de abordaje (entrevistar a personajes clave) hubiera puesto en peligro la confiabilidad de la información, desde los proveedores y desde las usuarias. Los médicos adscritos al hospital son un grupo pequeño que determina las políticas de acción. En general, este personal tiene prejuicios a la investigación sobre la práctica médica, tal vez porque no están acostumbrados a estudios de este tipo, o porque lo consideran como una amenaza a su desempeño. Desgraciadamente, como apunta Bruce (1990), a veces se considera la calidad como un *estándar intimidatorio y costoso*, a pesar de que no es un estándar, sino una propiedad que deberían tener todos los programas.

En lo que respecta a las usuarias, éstas son parte de la "población abierta" o no derechohabiente y tal vez utiliza los servicios del hospital de la Secretaría de Salud a falta de otras opciones de atención. Muchas veces, el hecho de tener sólo una opción de atención en salud implica una posición aceptante incondicional o menos crítica por parte de los usuarios de los servicios, como bien lo señalan Simmons y Elías (1994) y Frenk y *et al.* (1995). Entonces, hubiera sido difícil escoger informantes clave que fueran objetivas y representaran en cierta manera la voz de las usuarias.

⁹ Véase Donabedian (1993b), Frenk y Becerra (1990) y Figueroa Perea (1993).

¹⁰ Véase Tanenbaum (1993) y Donabedian (1993b).

Realizar un estudio de sombra no hubiera sido factible, por un lado, por el prejuicio existente entre el personal proveedor a aceptar un observador dentro de las consultas. Esto hubiera creado resistencia incluso por parte de la dirección del hospital a que se realizara el trabajo. Por otro lado, como se pretenden analizar dos momentos de la atención de salud reproductiva, hubiéramos rebasado los límites de tiempo del estudio.

El abordaje escogido para la investigación consistió en utilizar la técnica de instrumento recomendada por García Núñez (1994), para tratar el problema de estudio en tres encuestas directas (dos a usuarias, una a proveedores) que contienen elementos cuantitativos y cualitativos. Las encuestas a las usuarias en dos momentos diferentes (embarazo y posparto), además de explorar datos de calidad en atención prenatal y del parto, me sirvieron también como elemento de validación de la calidad de respuestas de cada entrevistada. Es decir, la segunda entrevista (posparto) en los domicilios, fue un calibrador útil de la primera encuesta (embarazo).

Consideraciones al marco de trabajo

En el diseño de la investigación tuve que tomar algunas decisiones metodológicas. Es pertinente que el lector las conozca, así como las definiciones utilizadas en este trabajo, y las limitaciones del mismo.

Primera consideración: la definición de "salud reproductiva"

La salud reproductiva implica procesos de hombres y mujeres no sólo de genitalidad, sino también sociales, económicos, emocionales, culturales, de derechos y de los sistemas de atención a la salud. Como marco de referencia del presente trabajo, retomo el concepto de *salud reproductiva* del programa de acción de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (celebrada en El Cairo en 1994), porque incluye la salud reproductiva y sexual, se incluyen los derechos de las personas para ejercer la salud y se explicita la atención a la salud reproductiva.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (CIPD, 1994).¹¹

Segunda consideración: la definición de “calidad de la atención”

Cuando hablo de “calidad de la atención” me refiero a los elementos propuestos por Bruce (1990: 63):

Los elementos que juntos constituyen calidad son: opciones de métodos, información dada a las usuarias, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de continuidad o seguimiento y apropiada constelación de servicios. Estos elementos reflejan seis aspectos de los servicios que las usuarias experimentan como cruciales.

Como parte integral de la calidad, agregué a los elementos de Bruce uno propuesto por Donabedian (1993a), la “satisfacción con el servicio”, pues reviste importancia para la salud de la mujer

¹¹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, Capítulo VII.

durante el periodo de posparto y para el uso futuro de los servicios de salud.

Tercera consideración: la definición de "necesidades sentidas" y de "necesidades expresadas" por las usuarias.

Para explorar las necesidades de atención, diferenciamos las *necesidades sentidas* por las mujeres de las *necesidades expresadas* por ellas. Las *necesidades sentidas* son aquellas que las pacientes nos refirieron durante la encuesta o reconocen que tuvieron en algún momento del proceso de atención. Las *necesidades expresadas* son aquellas necesidades sentidas que las usuarias lograron o pudieron expresar a los proveedores en algún momento de la atención. Muchas veces, como bien señala Ruelas (1990), es indispensable convertir las necesidades sentidas en expresadas para que mejore, entre otras cosas, la comunicación, elemento clave en la calidad de la atención a la salud reproductiva. Las necesidades sentidas y las expresadas las investigué de acuerdo con los momentos de la atención: embarazo, parto y posparto, y al tipo de necesidades (físicas, emocionales, de información, o de otro tipo).

Cuarta consideración: las limitaciones de este trabajo

a) La limitación *coyuntural*: los problemas de atención a la salud reproductiva no son monocausales ni ahistóricos y no es justo pretender explicarlos de manera definitiva sólo con un primer acercamiento como se presenta en este estudio. Este proyecto tiene una ubicación coyuntural: se realizó en 1995, año durante el cual la severa crisis economicosocial del país afectó fuertemente a los servicios del sector salud. El impacto se tradujo en mermas presupuestales con consecuentes recortes de recursos humanos y en el aumento de la demanda de servicios médicos por población no derechohabiente, hecho que aumentó la carga de trabajo de los proveedores de los servicios a población abierta.

No obstante que algunos de los resultados pudieran estar en cierta medida influidos por las circunstancias economicosociales de

México en 1995, la validez de los resultados rebasa esas circunstancias porque coinciden con cuestionamientos que se han hecho a la atención de la salud reproductiva por otros autores en otros países, especialmente en Latinoamérica.¹²

b) La limitación de *localidad* y *tamaño* de las muestras: éste es un estudio de caso para Baja California Sur; sin embargo, los proveedores entrevistados provienen, en su mayoría, de otros lugares de México y manifiestan una formación académica e ideológica más allá de la local. Aunque el número absoluto de proveedores entrevistados es pequeño, abarca a todos los involucrados en la atención de salud reproductiva de un hospital que es el más importante del sector salud en la capital del estado. Este hecho reviste suma importancia por dos razones: 1) los proveedores entrevistados atienden bajo una misma forma y con las mismas rutinas a cientos o miles de mujeres cada año, y 2) las formas y rutinas de acción son las bases de aprendizaje para la práctica futura de los médicos en formación, quienes regresarán a sus estados de origen y serán multiplicadores de la filosofía y las prácticas específicas aprendidas en este hospital.

Para el caso de la muestra de usuarias, los contenidos cualitativos del trabajo permitieron profundizar el material obtenido, rebasando la limitación cuantitativa.

LOS RESULTADOS

Lo contrario del efecto *placebo* es el efecto *nocebo* —palabra latina que significa hacer daño. Esto ocurre cada vez que un proveedor de salud hace más daño que bien al interferir con las fantasías, la imaginación o las creencias de las usuarias.

MICHEL ODENT¹³

¹² Véase Matamala *et al.* (1995), Langer y Romero (1996), Atkin (1994), Reyes (1995), Puentes (1992), Vera (1993).

¹³ Citado en *Mothering*, núm. 75, verano, 1995, p. 25.

¿Quiénes son las usuarias de la muestra?

Las usuarias que entrevistamos resultaron ser originarias y residentes permanentes de Baja California Sur. Con escolaridad media, provenientes de hogares con pocos miembros y escasos recursos económicos. Sólo cinco de ellas eran derechohabientes de algún otro servicio de salud. Son mujeres jóvenes y casi todas unidas (véase el cuadro 1). Comenzaron su vida sexual antes de los 20 años y las que se unieron lo hicieron en un lapso corto después de haber iniciado su vida sexual. En su mayoría no usaban métodos anticonceptivos antes de este embarazo (80% de ellas). El dato anterior concuerda con las cifras oficiales estatales ya que, para 1994, 78% de las mujeres en edad reproductiva no utilizaban métodos anticonceptivos.¹⁴

CUADRO 1
Distribución de edades y estado civil de las usuarias (n=40)

<i>Edad</i>	<i>Casos</i>
15-19 años	20
20-24 años	15
25-30 años	5
<i>Estado civil</i>	<i>Casos</i>
Casadas	16
Unión libre	11
Solteras	13

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

Intenté explorar los niveles de autonomía de estas mujeres, preguntando directamente acerca de los apoyos que ellas consideran que cuentan para tomar sus decisiones personales. Así vemos que, por un lado, son pocas las que no acuden a *alguien más* para tomar decisiones sobre su cuerpo o su futuro. Esto podría indicar una falta de autonomía (en las decisiones personales) de la mayoría de las mujeres de la muestra. Pero por otro lado, se observa que el

¹⁴ Instituto de Servicios de Salud en Baja California Sur, Departamento de Estadística. Comunicación personal, La Paz.

hecho de que sean mujeres que perciben expresamente contar con apoyos emocionales personales, para decidir en cosas importantes de sus propias vidas, es un hallazgo que contrasta con lo señalado por algunos proveedores. Ellos manifestaron, como veremos más adelante, que las usuarias son mujeres solas *sin* apoyos emocionales (véase el cuadro 4). La mayor parte de las mujeres unidas señalaron a la madre y al marido como sus principales apoyos en la toma de decisiones sobre su futuro o su cuerpo. Las no unidas dijeron acudir a amigas. Mientras que el marido aparece en un nivel de respuesta directo, como un personaje importante para las mujeres unidas en cuanto a *ayuda* y *consejos* durante el proceso de embarazo (24 casos), muy pocas refirieron no consultar a nadie para tomar decisiones sobre su cuerpo (cinco mujeres).

Las entrevistadas expresaron tener claro el objetivo para el cual acuden al servicio médico, y señalaron que las decisiones más importantes de su embarazo son las de salud. Casi todas las usuarias reconocieron (29 de 40) tener una corresponsabilidad con los proveedores, respecto a lo que pudiera suceder en el parto. Aclaro que esto último se indagó de manera abierta.

¿Quiénes son los proveedores entrevistados?

De los 23 médicos entrevistados, sólo ocho de ellos son oriundos de Baja California Sur. Los demás provienen de diversos estados. Los datos generales de esta población se observan en el cuadro 2.

Los médicos son en general adultos jóvenes con una proporción de hombres y mujeres de dos a una. Una minoría estaban casados y tenían un promedio de dos hijos.

En cuanto a la posición jerárquica dentro del hospital, la mayor parte de los proveedores eran internos, o sea, estudiantes con menos de un año de experiencia en la práctica médica. Un menor número de los médicos fueron adscritos ginecobstetras o médicos generales (con antigüedad variable en el servicio, de entre uno y varios años) y residentes de ginecobstetricia (con antigüedad de uno a dos años).

CUADRO 2
Edad, sexo y posición jerárquica de los proveedores (n=23)

<i>Edad</i>	<i>Casos</i>
Menos de 30 años	14
33-37 años	6
42-51 años	3
<i>Sexo</i>	<i>Casos</i>
Femenino	8
Masculino	15
<i>Estado civil</i>	<i>Casos</i>
Solteros	16
Casados	6
Unión libre	1
<i>Posición jerárquica</i>	<i>Casos</i>
Internos	13
Residentes	3
Adscritos general	2
Adscritos especialistas	5

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

*La relación entre usuaria y proveedor
en el marco de la atención prenatal, del parto y posparto*

La relación usuaria-proveedor es uno de los elementos centrales de la calidad de la atención a la salud reproductiva y sexual. De cómo se desenvuelvan y expresen las transacciones durante el proceso de embarazo-parto-posparto, dependerán en gran medida los resultados de la salud integral de la mujer (física, psicológica, emocional). Una de las intenciones centrales de este trabajo es ver cómo se da esa relación. Comencé por identificar en qué contexto las usuarias manifiestan sus *necesidades sentidas* con respecto al embarazo y parto. Para ello, en principio, indagué cómo caracterizan cada uno de estos dos actores al "otro". Más adelante el lector observará qué espera cada uno de los actores con respecto al otro y cómo se relacionan estos elementos de la interacción personal con el reconocimiento de los problemas de comunicación que existen entre ellos dos.

En la encuesta se les pidió a los médicos que describieran a la "mujer prototipo" que utiliza los servicios ginecobstétricos del hospital. Veamos en el siguiente cuadro cómo caracterizan los proveedores a las usuarias de los servicios.

CUADRO 3
Caracterización de la "usuaria prototipo"
de servicios ginecobstétricos según proveedores (n=23)

<i>Casos</i>	<i>Descripción</i>
5	Jóvenes, solteras, en unión libre, bajo nivel socioeconómico
6	Jóvenes, solteras o unidas, bajo nivel socioeconómico, escolaridad incompleta
1	Nivel social bajo, casadas, trabajadoras
1	Paciente que sabe a lo que viene, consciente de su embarazo
1	Mujer joven con hijos, incapaz de tomar decisiones
1	Talla baja, morena, probablemente analfabeta, desaliñada, pobres recursos
1	Clase media o baja, sencilla, estudios máximos de preparatoria
1	No tiene pareja estable, no tiene solvencia económica, influida por su familia para la toma de decisiones sobre su atención
1	Muy joven, múltipara
1	Paciente ignorante, mal vestida, pero buena
1	De edad mayor a la cronológica, temerosa, analfabeta, la ignorancia no le permite saber ni por qué se embaraza
1	Con parejas inestables, jóvenes, con múltiples problemas emocionales
1	Primigesta pobre, madre soltera
1	No sabe

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

El cuadro 3 revela que, excepto por tres casos, la mayoría de los proveedores utilizó palabras caracterizadas socialmente con contenido "negativo" y a veces "despectivo" para describir a las usuarias. Sólo un médico se refirió a las mujeres como "trabajadoras" y otro como mujeres "conscientes". Las respuestas fueron homogéneas; resaltaron características que convencionalmente se considera que influyen de manera negativa en el estado de salud, tales como la falta de educación, la corta edad, la posición social desfavorable, el que sean "solteras" o unidas sin casarse. Es notable que algunos proveedores hicieron referencia a variables que tal vez no tengan

que ver con la salud, como la apariencia física de las usuarias, cualidades personales de ellas o lo que ellos consideran como "incapacidad de la mujer para tomar decisiones".

Ahora bien, ¿qué piensan las usuarias acerca de los proveedores? Fue difícil abordar esta respuesta a través de los cuestionarios. Al probar las preguntas directas en campo, nos encontrábamos que las mujeres no respondían y aludían a que no *querían hablar* sobre los médicos. Algunas contestaban que "no podían generalizar". Decidimos utilizar, entonces, dos reactivos indirectos: durante el control prenatal les pedimos a las usuarias que describieran a los médicos que las habían visto en consulta y después del parto les preguntamos si habían encontrado lo que esperaban en lo que respecta a características del proveedor. Fueron pocas las usuarias que mencionaron atributos negativos con respecto a los médicos que las atienden (cuadro 4).

CUADRO 4
Características que según las usuarias describen a los médicos tratantes (n=40)

<i>Casos</i>	<i>Descripción</i>
40	Persona agradable
39	Persona respetuosa
37	Persona atenta
36	Interesado en los problemas de salud
35	Serio
25	Cálido
7	Frío
4	Altanero

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., junio de 1995.

Para complementar la primera descripción acerca del proveedor, investigué cómo consideran las usuarias a los doctores, si seres "superiores", "inferiores" o "iguales" a ellas. Casi la totalidad de las mujeres (35 casos) respondieron que "iguales". Sin embargo, cuando aplicamos la encuesta posparto, las usuarias develaron sus propias expectativas previas al parto respecto de los médicos. Así obtuvimos dos grupos de opinión: 16 de las mujeres (43% de las que dieron a luz en el hospital) comentaron que sus expectativas respec-

to del médico habían sido diferentes, ya que esperaban que ellos fueran más “regañones”, “sangrones”, “bruscos”, “indiferentes”, “fríos”. Es decir, casi la mitad de las mujeres de la muestra fueron a la experiencia del parto con *bajas expectativas* con respecto a la imagen de los proveedores. La experiencia de relación con el proveedor durante el parto les significó a estas mujeres una idea más positiva acerca de los médicos.

Por otro lado, 14 de las 37 mujeres que vivieron sus partos en el hospital expresaron que sus expectativas habían sido *más altas* con respecto a los médicos en el proceso de parto. Estas otras mujeres dijeron que esperaban que los proveedores no fueran “distantes”, que fueran “más atentos”, que fueran “más amables” y “más comunicativos”.

A diferencia de las respuestas de los médicos respecto a las usuarias, ninguna de las mujeres se refirió a los proveedores por el sector socioeconómico al cual pertenece, ni la apariencia física, nivel educativo o la capacidad/incapacidad de tomar decisiones por sí mismos. Por el contrario, todas las usuarias se refirieron a cualidades del *trato personal* hacia ellas o capacidad y forma de comunicación.

Parece ser que ambos actores en esta relación parten de formas totalmente distintas de caracterizar al otro. Los médicos, al definir a las usuarias, no refieren la caracterización desde el punto de vista de la relación proveedor-usuaria. Por esto, tal vez no les fue difícil definirlos y hacer generalizaciones sobre un determinado estereotipo por parejo. A las usuarias, en cambio, les costó trabajo definirlos sin particularizar. Ellas pudieron caracterizar claramente a los médicos cuando utilizaban una experiencia anterior como referente. Necesariamente enmarcan la definición del “otro” dentro de una relación usuaria-proveedor muy específica en una consulta o momento concreto con determinado proveedor.

Prioridades de usuarias y proveedores en torno a la consulta prenatal

Ya hemos visto qué tipo de conceptos tienen acerca de “el otro” los actores de las transacciones de salud reproductiva. Ahora bien, el conocer las expectativas y prioridades con las que llegan proveedo-

res y usuarias a la consulta prenatal, nos permitirá entender el contexto en el que las usuarias expresan sus necesidades sentidas y cómo los proveedores responden a esas necesidades.

La mayoría de las usuarias (23 mujeres) llegan a la consulta médica prenatal habiendo esperado, en la sala del hospital, entre *media y una hora* para ser consultadas durante un promedio de 15 minutos. Las *expectativas de atención*, en el orden de importancia señalado por ellas son: que el médico sepa mucho, que les explique los procedimientos, que sea amable y que tenga privacidad durante la consulta.

El proveedor médico llega a la consulta suponiendo (14 dijeron "saber" el tiempo de espera) que las usuarias han estado en la sala de espera entre *15 minutos y media hora*. La mayoría (65%) de los que contestaron acerca del tiempo de espera (que en realidad creen que es mucho menor de lo que realmente esperan las mujeres), consideran que es un tiempo "razonable" o "suficiente". Las *prioridades de atención* de los proveedores en la consulta prenatal son: su propia competencia técnica, la calidez en el trato con la usuaria, que el mobiliario sea adecuado y tener apoyo de la enfermera.

El hecho de que los dos actores tengan expectativas diferentes respecto a la transacción de salud no sería problema si existiera un trato respetuoso y una comunicación fluida, de manera que ciertos términos se pudieran negociar. Autores como Stotland (1990) se muestran pesimistas en cuanto a la negociabilidad en la relación usuaria-proveedor. La autora describe la relación como transacciones donde las historias, experiencias e intereses son poco conciliables y donde los problemas de comunicación surgen desde la propia atención médica que está impregnada de valores sociales y personales.

Para el caso de este trabajo, observaciones empíricas me llevan a plantear que *la valoración a priori* que tienen los proveedores acerca de las usuarias es un factor que afecta negativamente la comunicación durante las transacciones. A continuación se describen los resultados de la exploración acerca de la relación entre usuarias y proveedores.

Ellas dicen que no pueden generalizar, ellos dicen que ellas son tímidas y que tienen un bajo nivel cultural...

Valoración a priori y problemas de comunicación entre usuarias y proveedores

La mayor parte de los médicos (19) reconocieron que tienen problemas de comunicación con las usuarias de servicios reproductivos. Quince de ellos dijeron que estos problemas se presentan la cuarta parte de las veces; tres de ellos, que la mitad de las veces y uno, que casi siempre. Ahora bien, cuando investigamos cuáles son las causas que según ellos provocan los problemas de comunicación, vemos que hay un claro desligue de responsabilidad por parte de los proveedores ante la relación con las usuarias. En el instrumento preguntábamos diversas causas posibles, algunas de ellas relacionadas con lo que llamamos *valoración a priori* de las usuarias. La *valoración a priori* es un preconceito subjetivo de cada proveedor hacia las usuarias, basado en factores que los diferencian de ellas, como la diferencia de lenguajes, la forma de hablar, la jerarquía, la percepción de superioridad, etcétera. Otras variables que preguntamos eran diferencias objetivas, como las sexuales, la edad, la diferencia de origen, la diferencia de clases sociales, de nivel de estudio. Las opciones de respuesta que ellos tenían no eran excluyentes (podían señalar diversas causas) y apuntaban a características de las usuarias, de ellos, del sistema de salud y externas. La información se complementó con preguntas abiertas.

Nuestra sorpresa fue grande ante las razones aludidas por los proveedores como "causas" de los problemas de comunicación. Las razones fueron declaradas por ellos mismos de manera abierta, es decir, que no fue una opción de las múltiples ofrecidas por nuestro cuestionario. Los médicos dijeron que la comunicación se ve impedida por "el bajo nivel cultural de las usuarias" (70% de ellos, 17 casos aluden a esta causa) y la "timidez de las usuarias" (74% de ellos aluden a esta otra causa). Las respuestas fueron homogéneas para casi todos los médicos. Según los médicos, las causas de problemas de comunicación son características propias o personales de las usuarias y en las que ellos mismos no tienen injerencia.

Un hallazgo interesante es que los médicos que reconocieron tener problemas de comunicación son los mismos que menciona-

ron *la timidez de las usuarias* como el factor de la falta de comunicación. Al cruzar esta variable (denominada por los propios médicos), *timidez de las usuarias* como causa de problemas de comunicación con la variable *reconocimiento de problemas de comunicación* por los médicos, obtuvimos el cuadro 5.

CUADRO 5

Existencia de problemas de comunicación según la percepción de los proveedores del factor *timidez de las usuarias* (n=23)

<i>Problemas de comunicación</i>	<i>Timidez percibida como causa del problema de comunicación</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
<i>Sí</i>	17	2	19
<i>No</i>	0	3	3
<i>Total</i>	17	5	22

Nota: Hubo un caso sin respuesta.

Estadísticos: χ^2 Pearson: 14.64737. α : 2, p: 0.00066.

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

Según este cruce, el reconocimiento de problemas de comunicación por los proveedores *depende* de la percepción que ellos tienen de lo que llaman *timidez de las usuarias* y que consideran como la *causa* de los problemas de comunicación (valor de 0.000). Ocurre exactamente lo mismo cuando cruzamos la variable *percepción del bajo nivel cultural de las usuarias* como causa de los problemas de comunicación según los proveedores y el reconocimiento por ellos de que existen problemas (véase el cuadro 6).

En efecto, el reconocimiento de problemas de comunicación por los proveedores depende de la *valoración a priori* que tienen ellos acerca de las usuarias. La *valoración a priori* en este caso está constituida por la ya mencionada percepción de los médicos acerca de lo que ellos llaman *timidez de las usuarias*, así como por lo que según ellos es el *bajo nivel cultural de las usuarias*.

CUADRO 6

Existencia de problemas de comunicación según la percepción de los proveedores del factor *bajo nivel cultural de las usuarias* (n=23)

<i>Problemas de comunicación</i>	<i>Bajo nivel cultural de las usuarias percibido como causa del problema de comunicación</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
<i>Sí</i>	16	3	19
<i>No</i>	0	3	3
<i>Total</i>	16	6	22

Nota: Hubo un caso sin respuesta.

Estadísticos: χ^2 Pearson: 12.55921. α : 2, p: 0.00188.

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

Ellas no están informadas, pero tampoco expresan que necesitan información. Ellos simplemente no dan la información...

Necesidades sentidas y necesidades expresadas por las usuarias

Es reconocido que durante el proceso que va del embarazo al posparto, las mujeres tienen necesidades que deben satisfacer para poder gozar del estado de salud. Las etapas de este proceso son interdependientes. La satisfacción de necesidades diversas durante el embarazo redundará en un buen desarrollo del trabajo de parto y con la resolución de necesidades durante la labor se logrará un parto exitoso. El posparto también dependerá en buena medida de la resolución de necesidades del parto.

Al hablar de satisfacer las necesidades vale la pena particularizar, de otra forma caeríamos en generalizaciones con poca sustancia. En este trabajo he identificado, para las cuatro etapas del proceso, cuatro tipos de necesidades que claramente nos expresaron las mujeres: de conocimiento de las instalaciones, de información, físicas y emocionales. En el apartado de consideraciones metodológicas ya se aclararon las diferencias entre *necesidades sentidas* y *necesidades expresadas*. Ahora, además de la identificación, se trata de ver cómo las mujeres hicieron expresas sus necesidades y cómo respondieron (si lo hicieron) los proveedores a estas necesidades.

a) *Necesidades de conocimiento de las instalaciones.* El poder conocer las instalaciones del lugar donde van a parir aparece como una clara *necesidad sentida* por 90% de la muestra de usuarias embarazadas. Al preguntarles las razones, más de la mitad de este grupo de mujeres expresaron que para tener más "seguridad" o evitar el "miedo". El resto dio respuestas que contenían las palabras "curiosidad" o por "conocer":

Yo quisiera saber dónde la ponen a una para el parto, tal vez así se me quite un poco el miedo.

Me imagino que es un lugar donde hay camas y cuando ya va a nacer te llevan al quirófano, me da curiosidad conocer dónde va a nacer mi hijo.

Tan siquiera que le dejen a una ver el lugar, me sentiría más segura que ahora, se me quitaría el ansia...

En ningún momento del embarazo los proveedores preguntaron a ninguna de las mujeres su interés por conocer las instalaciones ni se les ofreció conocerlas. De hecho, ninguna conoció las salas de labor y parto hasta el momento de dar a luz. Aquí se observa claramente que no se ha tomado en cuenta, o tal vez no ha sido identificada todavía, por parte de los proveedores, esta necesidad sentida por las mujeres.

b) *Necesidades de información.* Las *necesidades sentidas* de información fueron investigadas a través de preguntas abiertas. Las mujeres (30 casos) se refirieron a tres elementos que tienen que ver directamente con información acerca de lo que van a vivir ellas durante el parto: 1) necesidad de saber qué hacer durante la labor; 2) el deseo de tener toda la información posible acerca de lo que va a pasar; 3) necesidad de saber cómo enfrentar los "dolores" de parto. Siete casos expresaron necesidades de información sobre la situación de sus bebés.

Por otro lado, todas las mujeres de la muestra declararon la necesidad de que los médicos *les explicaran los procedimientos que realizan durante las visitas prenatales*. De ellas 35 opinaron que para mejorar la atención, quisieran que los proveedores dieran *mejores explicaciones* a las mujeres embarazadas acerca del embarazo y

el parto. Cuando preguntamos a las usuarias acerca del grado de importancia que reviste la explicación de los procedimientos, 16 de las mujeres calificaron este elemento en primero o segundo lugar de importancia para ellas.

Indagamos, asimismo, el nivel de información que ellas dicen haber recibido durante la consulta prenatal. Les preguntamos acerca de lo que se considera como parte obligatoria de una consulta prenatal ordinaria: los signos de alarma durante el embarazo, información acerca del parto, lactancia materna y planificación familiar. Los signos de alarma sirven para prevenir situaciones de alto riesgo y constituyen información básica que debiera conocer cada mujer embarazada, y con más razón si ya ha tenido consultas prenatales previas, como las señoras que entrevistamos.

El cuadro 7 muestra la información clave que las usuarias refirieron *no haber recibido* durante la consulta prenatal. Dicha información, que es reconocida por los servicios de salud como prioritaria para que las mujeres embarazadas puedan identificar y prevenir situaciones de alto riesgo, de acuerdo con las entrevistas a usuarias, no fue mencionada por el médico durante la consulta prenatal. Esto ocurre a pesar de que se considera que el proveedor médico es el responsable de brindar esta información.

CUADRO 7
Información que las usuarias declararon no haber recibido durante la consulta prenatal (n=40)

<i>Signo</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Pérdidas de sangre	31	78
Dolores de cabeza	29	73
Fiebre alta	33	83
Palidez	24	60
Vómitos abundantes	14	35
Hinchazón	11	28
Lo que puede pasar en el parto	29	73
Cómo dar pecho	24	60
Planificación familiar	29	73

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

Las mujeres entrevistadas tenían embarazos avanzados y ya varias visitas prenatales; sin embargo, demostraron tener un claro

vacío de información sobre lo que es el proceso de labor y parto. Sólo nueve de las 40 mujeres sabían el promedio de duración del trabajo de parto, mientras que la mayoría respondía que no sabían o daban respuestas incorrectas, como "dos horas" o "cuatro días". Al pedirles que explicaran qué es el trabajo de parto, 15 de las mujeres reconocieron no "tener idea", mientras que las explicaciones del resto de las usuarias eran escuetas, concretándose a referir la existencia de dolores fuertes y a la necesidad de pujar.

Los proveedores reconocen que las mujeres tienen vacíos de información. Casi todos los médicos (16) declararon que las usuarias detectan los riesgos del embarazo y conocen los signos de alarma con una frecuencia máxima de 30% de las veces. Algunos (tres médicos) incluso dijeron que las usuarias *nunca* detectan los signos ni reconocen los riesgos.

Es paradójico ver que la ciencia médica ha destacado la utilidad para las embarazadas, de la información tanto de situaciones de riesgo como de lo que significa el proceso de labor. Se supone que los programas oficiales de entrenamiento de médicos y de atención primaria hacen hincapié en la importancia de informar a las usuarias sobre estos temas, para que ellas puedan disminuir la ansiedad durante el trabajo de parto. Aquí, vemos que las usuarias declaran tener la necesidad de saber y reconocen que los proveedores no les informan. Los médicos, por su parte, reconocen que las mujeres deberían estar informadas y que sólo una minoría lo está; sin embargo, ellos no les brindan esta información básica durante las visitas prenatales.

De las 40 mujeres entrevistadas en el embarazo, 37 dieron a luz en el hospital. En las entrevistas de posparto, 80% de ellas señalaron estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación de que los médicos explican los procedimientos que les realizaban durante el trabajo de parto. Quince de ellas dijeron que jamás se les explicaba acerca de los procedimientos y que sí les hubiera gustado saber para sentir "más confianza".

Ahora bien, ellas declaran sentir la necesidad de saber y se quejan de no haber cubierto esa necesidad pero, ¿expresaron ellas esta necesidad a los médicos para que ellos pudieran responder? Sólo cinco de las 15 declararon haber expresado la necesidad de información sobre los procedimientos. El resto reconoció que no lo

hizo. De la misma manera, 29 mujeres se quejaron, durante la entrevista, acerca de las intervenciones médicas (que aunque algunas se consideren actualmente como obsoletas, en este hospital son parte de la rutina obstétrica) como la puesta de sonda, el rasurado del vello púbico, la enema previa al parto, los tactos vaginales seguidos y múltiples. Pero sólo la mitad de ellas dijeron haber expresado estas molestias y no a los médicos, sino a las enfermeras. Es decir, varias mujeres *no expresaron* a los proveedores *la necesidad* de querer saber sobre los procedimientos ni expresaron las incomodidades que sentían. Las razones mencionadas por las usuarias respecto de esta actitud redundan en la "confusión", "desesperación" o "pena" que comentaron haber sentido con los proveedores. Lo expresado por las entrevistadas nos hace pensar que no se propicia un clima de confianza y tranquilidad, de tal forma que las mujeres declararon haber sentido *pena* o *confusión* durante la labor y el parto.

Existen obstáculos de comunicación entre usuarias y proveedores que provocan que las mujeres durante la labor y el parto, no expresen sus necesidades sentidas especialmente en lo que hace a los procedimientos médicos de rutina. Los médicos, por su parte, no responden a ellas.

c) *Necesidades emocionales.* Más de la mitad de las mujeres embarazadas (23 casos) mencionaron que se sentían *inseguras, temerosas o angustiadas* respecto de su futuro parto y la mayoría de la muestra (34 casos, 85%) declaró que les gustaría estar acompañadas cuando tuvieran su parto. La compañía del marido o compañero fue lo que la mayor parte de las mujeres expresó desear; menos mujeres mencionaron que desearían la compañía de sus madres.

Cuando recontactamos a las usuarias después del parto, 26 de ellas reconocieron haber sentido *temor* en algún momento del trabajo de parto y 18 refirieron haber sentido *pena*. Casi todas fundamentaron su *temor*, durante la labor, a que los médicos hacían comentarios entre ellos mismos sobre las situaciones de salud de las usuarias. Otras sustanciaron su *temor* a la falta de información que tenían acerca de las condiciones de sus bebés durante el trabajo de parto.

Las mujeres que sintieron *pena*, la explican por la *falta de privacidad* a lo largo del trabajo de parto. Esta *pena* es señalada por ellas con comentarios como éstos:

Había muchos médicos viendo cuando me hacían los tactos.

La puerta estaba abierta y pasaba la gente y todos miraban.

Hubiera preferido que me revisara una sola persona.

Todo mundo pasa y te ve y una ahí con pena, sola y con los dolores...

Durante el parto, sentían la necesidad de *estar acompañadas* por un ser querido (29 de 34 mujeres que durante el embarazo habían declarado que querían estar acompañadas). Con la presencia de un ser querido a su lado se hubieran sentido mejor, según afirmó 70% de las mujeres (26 casos). Los comentarios a continuación son significativos de esta *necesidad sentida* por las mujeres durante el trabajo de parto:

Yo nada más me acordaba de mi esposo para tener consuelo, necesitaba tenerlo a mi lado...

Quería que alguien conocido estuviera conmigo, por lo menos para sentirme más tranquila, ahí todo era desconocido para mí.

No tenía a nadie que me tomara de la mano para sentir menos dolor.

Cuando venían los dolores cerraba los ojos y me acordaba de mi mamá, pero ella no estaba ahí para ayudarme.

Señorita, no entiendo eso de que no dejan entrar a nadie que esté con una, de todos modos ni la enfermera ni el doctor la ayudan a una, sólo dan órdenes que hasta aumentan el dolor... mi esposo estuvo afuera todo el tiempo, a veces que podía se asomaba, ya no aguantaba ahí sola sin él...

La necesidad de sentirse "apapachadas" (30 casos) y de expresar sus emociones (33 casos) fue una constante en la mayoría de las mujeres. Pero, una vez más, encontramos que no todas expresaron sus emociones. Nueve de ellas refirieron no haberse sentido "cómodas" como para expresarse. Nuevamente se hace mención al *ambiente incómodo* dentro del hospital y que no propicia la libertad de expresarse a las mujeres en trabajo de parto.

d) *Necesidades físicas.* A través de preguntas acerca de sensaciones experimentadas durante la labor y el parto, exploramos qué tipo de necesidades físicas llegaron a tener las mujeres en esos momentos. Las respuestas se observan en el cuadro 8.

CUADRO 8
Sensaciones físicas y necesidades de las usuarias
durante la labor y el parto (n=40)

<i>Sensaciones y necesidades</i>	<i>Porcentaje</i>
Necesidad de ir al baño	100
Necesidad de moverse	90
Sed	78
Frío	51
Hambre	49
Calor	38

Fuente: Investigación directa, La Paz, B.C.S., agosto de 1995.

Gran parte de las usuarias (23 de 37) declaró que en la institución no se atienden las necesidades físicas de las mujeres durante la labor y el parto. Sin embargo, en algunas situaciones, una minoría de ellas expresaba a los médicos lo que sentía. Para ciertas necesidades, las usuarias no hicieron de la necesidad sentida una necesidad expresada y no las resolvieron. Por ejemplo, aunque casi todas ellas (34) sintieron la necesidad de moverse y desplazarse en el transcurso del trabajo de parto, sólo 26 *expresaron* esta necesidad a los médicos.

Para el caso de la necesidad de tomar líquidos, sólo cinco de 29 casos que sintieron sed, la expresaron y la resolvieron. La excepción fue la necesidad de "ir al baño", la cual todas las usuarias la hicieron expresa y todas la resolvieron. Parece ser que sólo algo tan inminente como ir al baño se expresa siempre.

Los cambios de posturas durante el trabajo de parto fueron reconocidas como necesidad por 70% de las usuarias. En este punto, además de su falta de comunicación para expresar las necesidades, parece que las indicaciones que ellas recibieron de los médicos respecto a qué tipo de posturas adoptar tienen una lógica anatómica (ni científica ni empírica). Por ejemplo, únicamente una parturienta recibió la recomendación de desplazarse libremente,

sólo siete recibieron recomendaciones de posiciones que son beneficiosas para el avance fisiológico del trabajo de parto.

Casi todas las mujeres recibieron, por parte de los médicos, recomendaciones de posturas que no son benéficas para el avance del trabajo de parto, como por ejemplo "permanecer acostada" o "permanecer boca arriba", "no bajarse de la cama". Incluso se les llegaba a recomendar *mantenerse acostadas sin moverse* durante toda la labor de parto. Es interesante que aunque las mujeres reconocen haber tenido claras necesidades y que, según su información, notamos que los médicos dieron indicaciones ilógicas, la mayoría de ellas declararon "no haber obedecido al doctor" (26 de 37 casos). Para el caso de las posturas, dicen haber adoptado las que ellas sentían más cómodas. Esta aparente actitud de "rebeldía" podría ser una respuesta natural a un servicio mal organizado o realmente a la falta de confianza que se creaba con el médico a partir de indicaciones que aumentaban la incomodidad física de las mujeres en trabajo de parto.

Al preguntarles qué recomendarían para que en el futuro se pudiera otorgar un mejor servicio a las mujeres, todas las entrevistadas referían la posibilidad de que las parturientas estuvieran acompañadas por un ser querido y que se les permitiera decir y hacer lo que ellas sintieran. Más de la mitad de las mujeres (22 casos) opinaron que la atención mejoraría si *se permitiera caminar y moverse a las mujeres en labor*.

Necesidades sentidas y expresadas por las usuarias durante el posparto

Las usuarias refirieron que durante el posparto sintieron las siguientes necesidades, en orden de importancia: de comprensión (23 casos), de afecto (19 casos), de estar "apapachadas" (18 casos) y de ayuda en el manejo del bebé (15 casos). Según las mujeres, la madre y el compañero son las personas a quienes con mayor frecuencia les expresaron estas necesidades y quienes les ayudaron a resolver en parte o totalmente las necesidades.

Como se ve, la referencia al posparto es básicamente el hogar y la familia. A pesar de que dentro del programa Hospital Amigo del Niño y la Madre (el cual se supone sigue el Salvatierra) hay especi-

ficaciones acerca de las tres citas obligatorias de revisión posparto y de los cuidados de este periodo, ninguna de las mujeres se refirió a los proveedores como parte de la resolución de necesidades. De las 37 atendidas, 32 fueron citadas una sola vez en el posparto y cinco declararon que no se las citó ni una vez. Los proveedores, por su parte, declararon (excepto en dos de los casos) no interrogar ni atender las necesidades emocionales durante el periodo de posparto de las usuarias.

Ellos reconocen algunas necesidades que ellas tienen, pero ni las constatan ni se hacen responsables por cubrirlas.

Necesidades que los proveedores advierten de las usuarias en el embarazo, trabajo de parto y parto

Los médicos reconocen que las usuarias tienen diversas necesidades en este proceso de la salud reproductiva. En orden de prioridad, los tipos de necesidades mencionadas por ellos fueron: 1) de atención médica, 2) de "calidez", 3) de seguridad, 4) de comunicación, y 5) de protección. A pesar de que interrogamos *ex profeso*, ninguno mencionó *necesidades de información* específicas ni de "explicaciones" sobre procedimientos. Tampoco mencionaron *necesidades físicas concretas* (no mencionaron posturas, ni necesidad de movimiento ni necesidades básicas) *ni emocionales* que habían sido destacadas por las mujeres, tales como "la compañía".

Los proveedores (83%) constatan la existencia de las necesidades que ellos suponen que tienen las usuarias, a través del interrogatorio médico solamente. Unos pocos, entre los que se encontraban tres especialistas, admitieron que nunca "constatan" la existencia de necesidades porque, por experiencia, ya las conocen. Algunos de los comentarios fueron:

Con un poco de experiencia te das cuenta de lo que necesitan.

Todas están embarazadas, sé lo que necesitan.

Si se hace una exploración clínica completa, con eso uno tiene para saber sus necesidades y a veces no hay tiempo.

Simplemente, *no* constato sus necesidades.

Entonces, los médicos *sólo detectan* las necesidades (a todas las mujeres de manera uniforme) que ellos están entrenados para detectar a través del interrogatorio clínico. Es apropiado recordar aquí lo que Castro y Bronfman (1993) comentan acerca de cómo los proveedores no permiten que las mujeres se expresen como ellas lo desean. Los autores señalan que los médicos tienden a "dirigir" autoritariamente las conversaciones en términos estrictamente clínicos, según un esquema que se centra en la "objetividad" y tratando de separar lo que ellos consideran es "subjetivo" y, por lo tanto, no científico.

Según los proveedores entrevistados, la atención a las necesidades que ellos sí reconocen que tienen las usuarias depende de los siguientes factores: 1) la interacción médico-usuaria, 2) la motivación personal del proveedor, 3) la experiencia del médico, y 4) la capacidad técnica del proveedor. También refirieron que la resolución de las necesidades de información, de calidez, de atención médica y seguridad para las usuarias mejorarían con una *mayor intervención* de la institución. Por ejemplo, en cuanto a las necesidades de "información" todos ellos señalan que la institución puede dar "pláticas" (comentaban que a través de las trabajadoras sociales). Ellos opinan que incrementando el personal en el área se mejoraría la calidez y seguridad para las "pacientes". Hay que aclarar aquí que en el último estudio sobre recursos hecho en el hospital se comprobó que, de acuerdo con las normas para hospitales de segundo nivel, no existen en éste carencias de personal. Lo expresado por los médicos nos explica en parte la información arrojada por las usuarias acerca del trato que recibían ellas por parte de los proveedores durante el proceso de embarazo-parto-labor y posparto. El proveedor, aunque admite en determinado momento que su interés y experiencia influyen en la relación con la usuaria y en los problemas de atención, se desliga de la responsabilidad de resolver las necesidades de las usuarias más allá de los aspectos físicos que está entrenado o acostumbrado a visualizar. De esta manera, tienden a subvalorar la importancia que su propia relación con la usuaria ejerce en la resolución de las necesidades de salud. Las formas en que se resuelven algunas necesidades físicas de las usuarias en este hospital, como hemos visto con las posturas

de labor, deja mucho que pensar en cuanto al beneficio para las mujeres y sus hijos.

Ellos las consideran satisfechas con el servicio porque ellas no se quejan; ellas, si pudieran, darían a luz en otro hospital...

Satisfacción de las usuarias con los servicios recibidos

Cuando interrogamos a los médicos a través de preguntas abiertas qué pensaban ellos acerca de la satisfacción de las usuarias, nos encontramos que la gran mayoría (83 %) considera que las usuarias están satisfechas con la atención recibida. Las razones más aludidas fueron, en orden de frecuencia:

Porque no se quejan.

Porque no tienen otras opciones.

Porque no conocen otros servicios.

Sólo un proveedor mencionó que "porque se les atiende bien" y otro "porque regresan a atenderse aquí".

Las usuarias calificaron al servicio de "suficiente" (20 de 37), en una escala que iba de excelente a insuficiente. Otras lo calificaron como "insuficiente" (cinco casos). Más de la mitad de las usuarias (20) declararon que si pudieran darían a luz en un hospital privado y nueve de las usuarias declararon que si pudieran cambiarían de médico. Lo anterior confirma una de nuestras hipótesis e indica, por un lado, que la percepción que tienen los médicos respecto a la satisfacción de las usuarias difiere de lo que declaran las usuarias. Por otro lado, las usuarias hicieron notar que existe un cierto grado de insatisfacción con respecto al servicio recibido en ese hospital.

CONCLUSIONES Y ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS DE ACCIÓN

Hemos visto los principales hallazgos de esta exploración sobre las necesidades de las mujeres en un momento tan crucial en sus vidas reproductivas. Éste fue un estudio de caso, pero pudiera reflejar una realidad similar a la que ocurre en otros centros de atención. Considero que surgen elementos que debieran tomarse en consideración en la propuesta de acciones que tiendan a mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto. Los más destacados se presentan a continuación.

En el trabajo comprobamos que el reconocimiento de los problemas de comunicación por parte de los proveedores de atención médica depende de los conceptos de *valoración social* que ellos tienen *a priori* con respecto a las usuarias de los servicios prenatal y del parto en este hospital. Sería interesante explorar, en el futuro, cómo impactan estos preconceptos en el intercambio de información y en que pueda existir una comunicación eficaz entre usuaria y proveedor. Lo que es claro es que los preconceptos que proveedores y usuarias tienen uno acerca del otro parten de formas de caracterización totalmente distintas. Constatamos que existe una gran diferencia en las expectativas que tiene uno del otro con respecto a las consultas prenatales y esto puede constituir una de las razones de los problemas de comunicación que ambos reconocen tener.

También comprobamos que las necesidades de atención de las mujeres durante el proceso embarazo-parto-posparto son diversas; tienen tanto necesidades básicas físicas como emocionales. Sería demasiado ambicioso pretender que los programas públicos puedan responder a *todas* las necesidades sentidas por las usuarias, pero sí es factible que se atiendan aquellas que requieren intervenciones sencillas por parte de los proveedores y que producen un impacto positivo en la salud integral de la mujer. Por ejemplo, las necesidades de *información* han sido mencionadas en todos los momentos del proceso, explícitamente las que refieren querer recibir explicaciones de los proveedores sobre los procedimientos de consulta prenatal y durante la labor. Las necesidades de *comunicación*, *compañía* y *privacidad* durante la etapa de labor y parto

aparecen como necesidades sentidas muy claras, así como la de *comprensión* durante la etapa de posparto.

Así como las usuarias no tuvieron problemas en declarar sus necesidades sentidas a nuestras entrevistadoras, hemos comprobado que, a no ser por necesidades básicas apremiantes, ellas *no expresan* todas sus necesidades a los médicos. Ante ellos, las mujeres reprimen la expresión de sus necesidades o resuelven las necesidades en formas alternativas. Esto puede tener que ver con la ausencia de un buen *rappport* entre usuarias y proveedores y con que no se construye un clima de confianza para que las mujeres se sientan escuchadas y bien atendidas. Este hallazgo es fundamental, pues pueden existir necesidades sentidas que serían de sencilla solución si las usuarias las expresaran y los médicos las advirtieran. Así se podría mejorar la atención directa, especialmente durante la etapa de labor.

En cuanto a las necesidades de información...

Los proveedores, por su parte, aunque reconocen que las usuarias tienen necesidades de atención médica, de comunicación y emocionales, *no advierten* necesidades de *información específica* donde ellos sean los principales responsables de brindarla (como la explicación de procedimientos de exploración o de conceptos como *labor* o *parto*). Queremos recalcar que el acceso a la información es un derecho que las mujeres tienen y que se ha comprobado, como ya mencionamos anteriormente, que el manejo por las mujeres de información sobre embarazo, labor y parto tiene un efecto positivo en la resolución del proceso del parto. No obstante, los médicos opinan que las necesidades de información de las usuarias se resolverían con participación directa de la institución a través de educación por parte de las trabajadoras sociales. Es decir, los proveedores *no se sienten con la responsabilidad* de brindar la información. Lo interesante del hallazgo es que la necesidad de información que sienten las usuarias *tiene que ver directamente* con lo que los médicos individualmente *realizan* durante las consultas y el trabajo de parto de cada usuaria. Para mejorar la calidad de la atención a la salud reproductiva se requiere que los proveedores comprendan la im-

portancia de su participación en la educación en salud de las usuarias y que den explicaciones claras y suficientes acerca de los procedimientos que realizan durante las interacciones de atención a la salud.

De esta conclusión se deriva una primera recomendación para los programas de atención: las usuarias de los servicios de salud deben tener acceso a toda la información que requieran respecto de sus procesos reproductivos. En esta tarea debieran estar comprometidos no sólo los servicios en general a través de materiales educativos, sino específicamente los proveedores que atienden a las mujeres en forma individual, en el entendido de que toda acción tomada por ellos incide en la calidad del servicio que están otorgando.

En cuanto a las necesidades emocionales y físicas...

En segundo término, concluimos que los médicos no advierten que las usuarias tienen ciertas necesidades emocionales, de compañía y de comprensión, así como necesidades físicas específicas diferentes a las que ellos suponen o aprendieron en sus entrenamientos. Estas necesidades están directamente relacionadas con beneficios físicos durante el trabajo de parto y con una resolución del parto de manera sana y exitosa, como por ejemplo (para el caso de las físicas) el movimiento en la labor, el desplazamiento y el cambio de posturas.

Como segunda recomendación, los programas que atienden el embarazo y parto en cada institución pública o privada, debieran responder no sólo a las necesidades de atención *médica* de las usuarias, sino también a las necesidades *sentidas* por ellas (tanto físicas como emocionales), las cuales tienen un impacto en la salud de la madre y el niño, principalmente las de labor y parto. Las formas de solución dependerán del contexto de atención. Para esto, es importante que se cuente con el apoyo de recursos no médicos. Con respecto a la labor, no se puede pretender que personas ajenas a la vida emocional de las mujeres cubran las necesidades emocionales en esos momentos y mucho menos que exista una comunicación en el ámbito emocional de las usuarias con los proveedores. Se debieran considerar opciones de solución

a la necesidad de compañía y comunicación durante la labor y el parto. Los hospitales públicos podrían considerar la misma alternativa que han adoptado centros de atención de diversos países y algunos privados en este país, que es la presencia de un familiar (preparado *ex profeso*) que acompañe a la usuaria durante el proceso de labor y parto (en nuestro estudio los maridos y las madres de las usuarias fueron los más reclamados como acompañantes). Esta compañía tendería a resolver algunas necesidades emocionales y facilitaría la comunicación entre proveedor y usuaria. En otros casos, las instituciones pudieran utilizar recursos humanos del propio servicio de salud sensibilizados y entrenados especialmente para acompañar individualmente a cada usuaria (como el caso de *doulas*)¹⁵ durante todo el proceso.

Recomendamos que las instituciones promuevan espacios y medios para poder conocer las necesidades de las usuarias, así como que faciliten expresamente que las usuarias puedan manifestar al máximo sus necesidades. Diversas medidas pudieran establecerse dependiendo del tipo de centro de atención y del momento del proceso reproductivo de las mujeres. Desde buzones de sugerencias visibles en los servicios, hasta recursos humanos entrenados para que, garantizando confidencialidad y respeto, pudieran colaborar con los proveedores en responder a esas necesidades.

Los proveedores se limitan a obtener información sobre las necesidades de las usuarias a través del interrogatorio médico y no buscan información auxiliar que pueda guiarlos a advertir las necesidades sentidas que las usuarias señalan como importantes. Esta actitud y la tendencia de los proveedores a caracterizar a las usuarias de una forma negativa, nos lleva a corroborar que son los médicos quienes minimizan o nulifican la participación de las usuarias en lo que hace a la salud de ellas mismas. Esto desempodera a las mujeres y crea un clima de desconfianza en los encuentros. En aras de asumir toda la responsabilidad clínica del proceso, ellos dejan de lado todos los otros aspectos complementarios de importancia para la salud integral de las mujeres. En este sentido se derivan las acciones clínicas, la mayoría de las veces poco efectivas para cubrir

¹⁵ Se llama *doulas* a las mujeres que acompañan a las parturientas en la labor y parto. Sin estar emparentadas con las usuarias, ellas actúan como un efectivo apoyo emocional y como interlocutoras de las mujeres ante los proveedores.

las necesidades de las mujeres. Si los proveedores reconocieran y respetaran la autoridad moral que tienen las mujeres acerca de lo que ellas saben que les está sucediendo, por ejemplo, durante el trabajo de parto y parto, surgirían estrategias de atención distintas, de acciones negociadas, con responsabilidades compartidas y necesariamente mejores para ambos.

Los programas de entrenamiento de médicos no debieran restringirse a las áreas académicas y clínicas solamente. Sería benéfico que las instituciones incluyeran áreas donde los proveedores pudieran discutir en el ámbito multidisciplinario con otros profesionales y pudieran expresar sus trabas respecto a diversas cuestiones, como por ejemplo el papel social del médico, la relación proveedor-usuaria, los problemas de comunicación, la ética en la atención a la salud reproductiva, etcétera. Las ciencias sociales tienen mucho que aportar en este aspecto. Las instituciones deberían crear las condiciones más propicias para que los médicos expresen sus propias necesidades, dudas, opiniones, así como que pudieran crear y sugerir alternativas de solución a problemas que ellos logran identificar en la relación con las usuarias. Se podrían abrir espacios de diálogo en cada servicio de salud que permitieran el aprendizaje continuo de los médicos en áreas en las que no acostumbran incursionar pero que son necesarias para mejorar las interacciones entre médicos y usuarias y, por lo tanto, para mejorar los resultados de la atención.

Acerca de la satisfacción de las usuarias con los servicios recibidos...

Las usuarias que entrevistamos en este hospital no son derechohabientes de otros servicios. Ellas no tienen o no conocen otras opciones de atención médica. A pesar de esto, expresaron que no estaban totalmente satisfechas con los servicios recibidos en el hospital o con los proveedores que las atendieron. Todo parece indicar que la insatisfacción de las usuarias proviene de su desempoderamiento en la comunicación con los proveedores, del ambiente incómodo que se crea en el servicio y también del poco beneficio que ellas sienten obtener por el trato que reciben de los médicos.

Información proporcionada por las usuarias con respecto a las rutinas del hospital en el área de labor, me hacen pensar que tales prácticas no son benéficas para la salud de las mujeres y que con frecuencia no se sigue la normatividad de la Secretaría de Salud para ciertas prescripciones y acciones. Se recomienda que, tomando como base las normas establecidas por la misma Secretaría, haya revisiones periódicas de rutinas de acciones médicas en el embarazo, la labor y el parto en los centros de atención. Estas revisiones debieran considerar la modificación de las prácticas obsoletas hacia la salud de las usuarias, así como la actualización técnica de todos los proveedores que participan en la atención, como una prioridad de la política programática y orgánica del hospital. Ahora que los servicios de salud están en proceso de descentralización, sería muy positivo que en cada centro de atención se llevara a cabo una revisión de estrategias de acción con el objetivo expreso de mejorar la calidad de la atención a la salud reproductiva, incluyendo la visión de las usuarias. En las revisiones debieran participar activamente planeadores, administradores, científicos sociales y muy especialmente proveedores directos de la atención, sin discriminar por jerarquías ni años de experiencia.

Existe una carencia de investigaciones sistemáticas sobre lo que es calidad y mejoría de la calidad en los servicios de salud reproductiva. Las escasas investigaciones que hay en el país las ha desarrollado el sector académico y muy pocas o ninguna se ha llegado a compartir con los proveedores aplicativos de los programas. Esto crea obstáculos en la mejoría de la atención. Se recomienda que se lleven a cabo investigaciones sistemáticas de calidad en los centros de atención. Que estas investigaciones no sólo se basen en indicadores tradicionales, sino que utilicen técnicas cualitativas que tomen en cuenta las opiniones y sugerencias de las usuarias. Que los hallazgos que arrojen las investigaciones sean distribuidos entre todos los proveedores sin discriminar por jerarquías. Los médicos tienen que estar informados acerca de lo que opinan, sugieren y necesitan las usuarias, así como estar dispuestos a introducir cambios en su manera de resolver las necesidades integrales de las mujeres que atienden.

Para finalizar, se recomienda que las instituciones promuevan la autorresponsabilidad y el autocuidado sobre la salud garantizan-

do con medios concretos y visibles, que todas las usuarias de servicios de salud reproductiva tengan acceso a información clara y precisa acerca de sus *derechos y responsabilidades* con respecto a los servicios y el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Gas, Héctor (1991), "Evaluación y garantía de calidad de la atención médica", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, pp. 623-629.
- Askew, Ian *et al.* (1994), "Indicators for Measuring the Quality of Family Planning Services in Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 5, pp. 268-283.
- Atkin, Lucille (1994), "La investigación social como recurso para promover la maternidad sin riesgos", en Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, *Maternidad sin riesgos en México*, México, IMES.
- Bloom, Samuel y Robert Wilson (1979), "Relaciones entre pacientes y médicos", en Freeman *et al.* (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice-Hall.
- Bruce, Judith (1990), "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Studies in Family Planning*, vol. 21 núm. 2, pp. 61-91.
- Caldeyro Barcia, R. (1979), "The Influence of Maternal Position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and fetal head compression", *Birth and Family Journal*, vol. 6, núm. 1, pp. 7-16.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1993), "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", *Cuadernos de Saúde Pública*, vol. 9, núm. 3, pp. 375-394.
- Crowe, K. y C. von Baeyer (1989), "Predictors of a positive childbirth experience", *Birth*, vol. 16, núm. 2, pp. 59-63.
- Donabedian, Avedis (1993a), "Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención", *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 1, pp. 94-97.
- (1993b), "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad", *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 238-247.
- Elkins, Valmai Howe (1985), *The Rights of the Pregnant Parent*, Nueva York, Shocken Books.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1993), "Análisis de la calidad de los servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud. Protocolo de investigación", México, Área de Investigación de la Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud (mimeo.).
- Frenk, Julio y José Becerra Aponte (1990), *La calidad de la atención primaria en la Secretaría de Salud*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

- Frenk, Julio, Beatriz Zurita *et al.* (1995), "Llamado a la reforma de la salud. Opinión pública acerca del Sistema de Salud en México", *Este País*, marzo, pp. 18-31.
- García Núñez, José (1994), "Propuesta para la evaluación programática de los servicios de P. F. con base en un modelo de calidad", Santiago de Chile, Equipo de Apoyo del FNUAP, mecanografiado.
- Grodin, Michael (1993), "The Evolution of Informed Consent: Beyond an Ethics of Care", *Women's Health Issues*, vol. 3, núm. 1, pp. 11-13.
- Inch, Sally (1984), *Birth-Rights. The Boston Women's Health Book Collective*, Nueva York, Pantheon Books.
- Kasirer, Jerome (1993), "The Quality of Care and the Quality of Measuring it", *The New England Journal of Medicine*, vol. 329, núm. 17, pp. 1263-1264.
- Kaufmann, Joan *et al.* (1992), "The Quality of Family Planning Services in Rural China", *Studies in Family Planning*, vol. 23, núm. 2, pp. 73-84.
- Kenell, Klaus *et al.* (1991), "Continuous emotional support during labor in the U.S. Hospital, a randomized controlled study", *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, núm. 17, pp. 2197-2201.
- Kitzinger, Sheila (1991), *The Complete Book of Pregnancy and Childbirth*, Nueva York, Alfred A. Knopf.
- Langer, Ana y Mariana Romero (1996), "El embarazo, el parto y el puerperio, ¿bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?", en Ana Langer y Kathryn Tolbert, *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, Edamex.
- Lazarus, Ellen *et al.* (1990), "A Longitudinal Study Comparing the Prenatal Care of Puerto Rican and White Women", *Birth*, 17:1, pp. 6-11.
- MacKay, Susan (1988), "Consumer-Provider Relationships", en Francine Nichols y Sharron Humenick, *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*, Filadelfia, W. B. Saunders.
- Matamala, María Isabel (1995), "Hay que fortalecer la condición de las mujeres en equidad con los hombres", *Mujer-Salud*, marzo-abril, p. 15.
- *et al.* (1995), *Calidad de la atención. Género, salud reproductiva de las mujeres*, Santiago de Chile, COMUSAMS.
- Nichols, F. y S. Humenick (1988), *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*, Filadelfia, W. B. Saunders.
- Odent, Michel (1992), *The Nature of Birth and Breastfeeding*, Nueva York, Bergin and Garvey.
- Paolisso, Michael y Joanne Leslie (1995), "Meeting the Changing Health Needs of Women in Developing Countries", *Social Science and Medicine*, vol. 40, núm. 1, pp. 55-65.
- Prater, Stephen y Elise Lazar (1994), "Giving Birth to the Future", *Health-Care Forum Journal*, enero-febrero, pp. 53-56.
- Puentes Markides, Cristina (1992), "Women and Access to Health Care", *Social Science and Medicine*, vol. 35, núm. 4, pp. 619-626.

- Reyes, Hilda *et al.* (1995), "Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel", en Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, *Calidad de la Atención*, México, The Population Council.
- Roberts, J. (1980), "Alternative Positions for Childbirth", *Journal of Nurse-Midwifery*, núm. 25, p. 485.
- (1982), "Which Positions for the First Stage?", *Childbirth Educator*, núm. 1, p. 4.
- Ruelas, Enrique *et al.* (1990), "Círculos de calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el INPER", *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 2, pp. 207-220.
- Sharpe, Patricia (1995), "Older Women and Health Services: Moving from Ageism toward Empowerment", *Women and Health*, vol. 22 (3), pp. 9-19.
- Sherwin, Susan (1992), "Feminist Ethics and Health Care", en *No Longer Patient*, Temple University Press.
- Simmons, Ruth y Christopher Elias (1994), "The Study of Client-Provider Interactions: a Review of Methodological Issues", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 1, pp. 1-14.
- Stephenson, P. y M. Wagner (1993), "Reproductive Rights and Medical Care System: A Plea for Rational Policy", *Journal of Public Health Policy*, verano, pp. 175-182.
- Stotland, Nada (1990), "Social Change and Women's Reproductive Health Care", *Women's Health International*, vol. 1, núm. 1, pp. 4-11.
- Tanembaum, Sandra (1993), "Sounding Board. What Physicians Know?", *The New England Journal of Medicine*, vol. 329, núm. 17, pp. 1268-1270.
- Vega-Vega, Genaro (1993), "Evaluación de la atención materno-infantil en cinco unidades de medicina familiar", *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6, pp. 283-287.
- Vera, Hernán (1993), "The Client's View of High Quality Care in Santiago, Chile", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 1, pp. 40-49.
- Vernon, Ricardo *et al.* (1994), "A Test of Alternative Supervision Strategies for Family Planning Services in Guatemala", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 4, pp. 232-238.
- Zurayk, Huda *et al.* (1995), "Comparing Women's Reports with Medical Diagnoses of Reproductive Morbidity Conditions in Rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 26, núm. 1, pp. 14-21.

SEGUNDA PARTE

**NOVIAZGO, SEXUALIDAD Y EMBARAZO
EN ADOLESCENTES**

NOVIAZGO Y EMBARAZO:
UNA MIRADA A LAS TRAYECTORIAS
DE AMOR Y CONFLICTO
EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ROSARIO ROMÁN PÉREZ
MA. ESTHELA CARRASCO
ELBA ABRIL VALDEZ
MA. JOSÉ CUBILLAS

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el noviazgo y el embarazo adolescentes, a partir de entrevistas realizadas con seis mujeres de 16 a 18 años de edad, habitantes de colonias populares de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Describiremos cómo las experiencias y comportamientos femeninos observados en las trayectorias del noviazgo al embarazo se entrelazan con la condición de ser mujer y con los contextos históricosociales en los que las informantes se encontraban insertas.

El embarazo, en el contexto específico de las adolescentes estudiadas, marcó un hito en su transición hacia los comportamientos femeninos socialmente aceptables en las mujeres adultas. De la misma manera, el embarazo hizo visible ante el grupo familiar y social de las adolescentes el ejercicio de su sexualidad en un medio que parece hacerla invisible durante este periodo de la vida. Fue también un medio para tener cónyuge, empezar a formar una familia y con ello promover el tránsito de niña a mujer.

La trayectoria de las adolescentes durante el noviazgo y el embarazo estuvo rodeada de mitos y conflictos acerca del amor, los hombres, el sexo, la anticoncepción, el matrimonio y la familia. Denotó también un proceso de socialización que contribuyó a la

justificación, reafirmación, recreación y legitimación de aquellos mitos y conflictos. Favoreció, igualmente, que las adolescentes asumieran como propia la visión determinista que legitima socialmente la actividad sexual sólo a través de su expresión reproductiva, confirmando con ello su carácter hegemónico.¹ En tales circunstancias, el embarazo en la adolescencia adelantó un resultado tarde o temprano esperado para las mujeres: la maternidad. El embarazo de las adolescentes, también evidenció la posible contradicción entre los comportamientos socialmente esperados para ellas durante la adolescencia y el noviazgo y los observados en la práctica. La reproducción social de los estereotipos de género pareció ser determinante en su transformación de niña a mujer, mediante la actividad sexual y el embarazo en el periodo conocido como noviazgo.

En la trayectoria de los noviazgos y embarazos, las interacciones que se suscitaron mostraron historias de desgaste de cada uno de los actores, incluyendo a las familias de la adolescente y del padre de su hijo(a), quienes trataban de sostener concepciones mitificadas sobre la formación de parejas. En el entorno social y cultural de las adolescentes, el noviazgo fue un espacio social de interacción heterosexual que reprodujo las contradicciones entre lo socialmente deseable y permisible en una pareja de novios y la realidad de la vida cotidiana. Fue un periodo en el que la adolescente, su pareja y sus familias recrearon un ideal de interacción entre hombre y mujer que aparentemente excluía el embarazo. Cuando éste ocurrió adquirió el carácter de "normal"² por ser el antecedente de otras mujeres de la misma familia o del entorno social, aceptándose así la aparente transgresión.

A lo largo de los noviazgos destacó el papel que desempeñaron las costumbres —como prácticas o ideas sobre el "deber ser"— y los

¹ Hegemonía en el sentido expresado por Modena (1990: 35-36).

² Las palabras "norma" y "normal" pueden tener diferentes significados. Pueden hacer referencia al funcionamiento del cuerpo o de la mente y cada ciencia las define de acuerdo con sus objetivos. Otro significado tiene que ver con lo que es más frecuente en la conducta o en los cuerpos. Un tercero es el que se le da en moral o ética como correcto o incorrecto. Para interpretar su significado, se deben analizar los argumentos que las sustentan (Macklin, 1996). En este ensayo la palabra norma se usó en el sentido de lo que se asume como socialmente correcto. Con la palabra normal se hace referencia a lo que es más frecuente u observable en la mayoría de los casos.

rituales —como un complejo de significados— (González, 1995). El noviazgo reflejó también la multitud de intereses que crearon las familias alrededor de la pareja involucrada y, con ello, las relaciones desiguales y los conflictos derivados de las interacciones entre géneros y entre generaciones. Fue también el antecedente inmediato, poco estudiado, de la formación de las parejas y probable nicho de conflictos en periodo embrionario, cuyas repercusiones pudieran trascender en las relaciones futuras. Al respecto, Rodríguez (1994) señala que los conflictos en las historias de las jefas de familia de su estudio no aparecen por primera vez en la vida conyugal, sino que están presentes desde el noviazgo. Los conflictos identificados por la autora durante el noviazgo fueron: la no aceptación del novio por parte de la familia de la mujer o viceversa, el no estar enamorada y casarse sólo para olvidar al novio anterior, las características indeseables del novio, los sentimientos de culpa cuando tenían relaciones sexuales y el temor al embarazo. El inicio de la relación de las parejas, periodo conocido como noviazgo, no estuvo por lo tanto exento de dificultades. Si pese a sus problemas durante el noviazgo las parejas se unen, resulta conveniente conocer cómo opera éste antes de llegar al embarazo. Al seguir las trayectorias de noviazgo de las adolescentes embarazadas es posible identificar y analizar algunos elementos del contexto sociocultural que rodea la formación de parejas jóvenes y avanzar en la comprensión de sus diferentes desenlaces y problemática.

EL NOVIAZGO Y LA FORMACIÓN DE LAS PAREJAS

La formación de las parejas heterosexuales en nuestro país ha sido estudiada desde diferentes perspectivas. Los trabajos etnográficos sobre los matrimonios indígenas dan cuenta del arraigo a las costumbres y los cambios que la economía, la migración y los medios de comunicación han logrado establecer en la forma como hombres y mujeres llegan a unirse (González, 1995). Se ha analizado también el papel del amor, el enamoramiento y los mitos que se crean y recrean en la relación de parejas, su unión y desunión que da lugar a las familias encabezadas por mujeres (Rodríguez, 1994). También hay estudios sobre la formación de parejas como una

dimensión de la nupcialidad y su relación con la fecundidad (Samuel, Lerner y Quesnel, 1993).

Hasta ahora, poco se conoce sobre cómo las adolescentes que se embarazan entablan relaciones con la pareja, se enamoran y desenamorán, negocian, participan y enfrentan los conflictos y las relaciones de poder que rodean el coito, el embarazo y su desenlace. Antes de llegar al embarazo, en las relaciones de noviazgo de las adolescentes sucedieron diferentes eventos, situaciones e interacciones. Éstos se entrelazaron y le imprimieron un carácter social al cómo y cuándo de la trayectoria de su embarazo. Con lo anterior queremos decir que el embarazo no se dio de la noche a la mañana. Hubo un tiempo que le antecedió —el noviazgo— en el que se adoptaron patrones de interacción socialmente aprendidos y se experimentaron nuevos. Las adolescentes adaptaron y adoptaron normas de su entorno social y/o se resistieron a otras en forma abierta o encubierta. El noviazgo, como un conjunto de conductas con diferentes significados, permitió a la adolescente expresar su sexualidad a pesar de los intentos por parte de los adultos que le rodeaban, para organizar y/o controlar sus prácticas sexuales.

En el contexto estudiado, el noviazgo mantiene un orden social que establece normas y pautas de comportamientos matizados por factores de índole cultural, social y económica, así como por el momento histórico, en un interjuego entre lo que cambia y lo que perdura de una generación a otra. Durante el noviazgo, las adolescentes pudieron llegar a la relación coital. Ésta pudo ser o no negociada, resultado de una seducción o facilitada por los mitos y creencias sobre la relación de las parejas y los estereotipos de género incluyendo a la maternidad y la paternidad. Cualquiera que sea el caso, los diferentes desenlaces del noviazgo vinieron a reafirmar su permanencia como espacio y tiempo socialmente aceptado para el desarrollo sexual. Confirmaron también su naturaleza normativa al reflejar las normas, deberes, mitos y prohibiciones de las relaciones de noviazgo y sus transgresiones.

Para entender cómo opera el noviazgo cuando hay un embarazo de por medio, analizaremos las historias de seis adolescentes entre 16 y 18 años de edad. Todas habitaban en colonias populares del noroeste de la ciudad de Hermosillo, Sonora, y tenían de tres a

ocho meses de embarazo. Sus características sociodemográficas, así como las de sus parejas, se presentan en el cuadro 1.

CUADRO I
Características sociodemográficas
de las participantes y sus parejas

Casos	L	Cr	E	C	Z	Y
<i>Participante</i>						
<i>Edad</i>	18	18	18	16	17	17
<i>Escolaridad</i>	Secundaria	Secundaria	Tercer sem. preparatoria	Primer sem. preparatoria	Secundaria	Tercer sem. preparatoria
<i>Ocupación</i>	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar
<i>Estado civil</i>	Unión libre	Unión libre	Casada civil después de embarazo	Casada civil después de embarazo	Casada civil	Madre soltera
<i>Pareja</i>						
<i>Edad</i>	26	21	21	20	32	29
<i>Escolaridad</i>	Secundaria	Secundaria	Estudios técnicos	Secundaria	Preparatoria	Secundaria
<i>Ocupación</i>	Técnico	Mecánico	Empleado y estudiante	Empleado y vendedor ambulante	Mecánico	Mecánico

Los datos fueron recabados en el primer semestre de 1995 a través de entrevistas y observaciones de campo. Las entrevistas fueron individuales utilizando una guía con preguntas abiertas sobre los siguientes temas: encuentro con la pareja, noviazgo, relaciones sexuales, embarazo y desenlace. Con tales temas intentamos reconstruir sus historias desde el primer encuentro de la adolescente con el padre de su hijo(a), hasta el momento de la entrevista una vez que su embarazo fue confirmado. Durante las entrevistas una persona acompañaba a la entrevistadora para registrar los eventos, acciones y/o circunstancias observadas en el entorno familiar y social de las participantes. Éstos fueron integrados en una matriz temática de tres columnas. Con cada participante se tuvo un mínimo de cuatro entrevistas y una duración total de ocho a diez horas de grabación, que para su análisis se transcribieron textualmente.

Todas las participantes eran originarias de Hermosillo, Sonora, no así sus padres y madres, quienes se habían trasladado de poblados cercanos a esa ciudad durante su infancia o adolescencia. Las adolescentes tenían entre nueve y 10.5 años de estudio y a la fecha de la entrevista habían abandonado la escuela, dos de ellas por el embarazo y las restantes desde antes de conocer al novio. Las entrevistadas fueron invitadas a participar en el estudio, una mediante la técnica "bola de nieve" y las otras cinco en la consulta prenatal de tres instituciones de salud pública. Lo anterior se hizo en virtud de que en población abierta era más lenta la identificación de embarazadas. Para avanzar simultáneamente con varias adolescentes y poder contrastar la información que se iba obteniendo y analizarla, se optó por acudir a las instituciones de salud donde había más probabilidades de encontrarlas. Si bien todas las adolescentes residían en colonias populares con viviendas modestas de características más o menos parecidas, sus condiciones de vida, estructura y dinámica familiar, así como sus noviazgos, presentaron matices diferentes. En cada historia de noviazgo los personajes, escenarios y argumentos fueron disímbolos, pero también compartieron circunstancias, eventos, afectos y comportamientos caracterizados por el conflicto y el amor heterosexual.

El conflicto como eje de análisis se definió como cualquier tensión en la relación con otra(s) persona(s) derivadas de acciones de poder sobre la adolescente o viceversa (Rodríguez, 1994). El amor se caracterizó como una experiencia afectiva con pretensiones de durabilidad y estabilidad en un acto aparentemente volitivo de uno u otro miembro de la pareja (Rodríguez, 1994). En este trabajo no se analizará por separado el enamoramiento —el cual, según Alberoni (1980), es una experiencia previa al amor. Éste a su vez puede incluir al enamoramiento y dar paso al amor— en virtud de que en la práctica no fue fácil diferenciarlos a partir de los relatos de las informantes.

Para comprender mejor el contenido de las entrevistas con las adolescentes, se hizo un análisis de los conceptos utilizados por ellas para dar cuenta de los distintos momentos de su trayectoria de noviazgo. Las descripciones de esos conceptos fueron comentadas con un grupo de estudiantes de grados escolares, condición socioeconómica y edades similares a las de las adolescentes entrevistadas.

Los y las adolescentes opinaron que tales conceptos eran de uso común entre la juventud, coincidiendo con el sentido en que se expresaban. Posteriormente se corroboró la interpretación de los conceptos, durante una fase de seguimiento con las participantes después del parto.³

ENTRE "EL PARO" Y "LA PEDIDA": LOS VERICUETOS DEL NOVIAZGO

Los papeles y el estatus que como mujer y hombre se consideran parte del proceso de formación de una pareja se expresaron claramente en las adolescentes participantes durante el prelude del noviazgo. "Tijerear" y "vacilar" fueron los conceptos utilizados para los primeros intentos de entablar la relación entre hombres y mujeres. En el "tijerear" las miradas jugaron, como en las novelas rosas, un papel preponderante para demostrarle él a ella o viceversa, la existencia de un interés especial. El "vacilar" implicaba conductas que llamaran la atención, en una especie de coqueteo más allá de las miradas y se reportó tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el "vacilar" en las mujeres se atribuyó más bien a las que eran "atrevidas", "alocadas" o "aventadas", adjetivo con el que calificaban a las transgresoras de normas en la escuela y/o en el hogar. Las informantes no se definieron como "aventadas" pero sí "novieras", dos de ellas por haber tenido varios novios. Otra mencionó que antes de tener novio era muy "tontita", después cambió haciendo más amigos y asistiendo a fiestas. De los lugares donde las adolescentes y sus parejas pudieron "tijerear" o "vacilar", destacan la escuela y el barrio:

Lo conocí en la secundaria, estábamos en tercero, él estaba en la tarde y yo en la mañana... lo conocí por una amiga... andábamos un día en [educación] física y nos quedamos jugando basket y llegaron ellos y ella lo conocía y lo invitó a jugar... (Participante E).

³ La información obtenida en esas entrevistas forma parte del trabajo en preparación para la tesis doctoral de la primera autora, intitulada "Del primer vals al primer bebé. Significados del embarazo en colonias populares de Hermosillo, Sonora".

En el barrio las situaciones para conocerse fueron diversas. Una adolescente conocía a su pareja desde la niñez porque eran vecinos y otras dos cuando ellos llegaron a trabajar o a vivir al barrio:

pues lo conocí desde chiquita en el barrio y ya después me daba "raite" para mi trabajo; siempre él pasaba todas las mañanas por mi casa y de casualidad me veía ahí y ya me llevaba y así, así empezamos a salir (Participante Z).

ahí trabajaba [él] en la tortillería [...] entonces yo iba a comprar las tortillas y él se me quedaba mucho viendo y deste y yo no me fijaba tanto y él me "tijereaba" pero yo no le hacía tanto caso (Participante C).

Cuando vivía con mi hermana lo conocí a él, el mismo día que me fui a vivir con ella, él llegó del pueblo a vivir con unos tíos, ahí lo conocí. Lo miré, ese día me fui a vivir con mi hermana para cuidarle a los niños porque [la hermana] iba a trabajar, yo iba a la escuela en la mañana. Estaba sentada afuera y llegó un muchacho y me le quedé viendo y como yo soy muy amiga de su prima y ya empezamos a salir (Participante Cr).

Otra adolescente conoció a su pareja a través de la hermana del que era su novio en ese tiempo:

Lo conocí el año pasado, el 7 de mayo, fuimos a la Expo, a la ganadera, fuimos con "M", su novia [amiga de la informante] y su sobrina y su novio y pues yo iba sin pareja y yo andaba de novia en ese tiempo con el hermano de la novia de "M" y pues yo había quedado de ir a la Expo con él esa vez y no fui, me fui con ellos y allá andaba con el miedo de encontrármelo a él y ahí fue en donde me empezó a sacar plática, ahí nos conocimos, ahí empezamos a vernos (Participante Y).

La atracción física o afectiva no se relató abiertamente en algunas historias como elemento que definiera la orientación inicial hacia la pareja. En un caso las primeras impresiones reportadas fueron de antipatía y en otro sólo de interés por amistad:

También trabajé en video, ahí por la calle "X", ahí fue donde conocí a mi pareja, era cliente, me caía bien gordo, vieras cómo lo aborrecí... ahí trabajaba otra muchacha, llegaba [él] según para darme picones

con la chavala. Ella me contaba muchas cosas, se ponían de acuerdo, me caían muy mal (Participante L).

[...] por mi amiga consiguió mi dirección y mi teléfono, me empezó a hablar, ya después me empezó a visitar, pero a mí no me llamaba mucho la atención, yo nomás como amiga (Participante E).

Otra adolescente reportó que a pesar de gustarle su pareja, se sentía más atraída por otro. Como el otro se fijó en la amiga de ella, dijo conformarse y haber aceptado a quien le demostró interés. En un caso más la adolescente reconoció que su pareja era atractiva pero en sus primeras interacciones trató de evitarlo porque tenía otro novio al momento de conocerlo:

Ahí cuando lo vi me estaba "tijereando" según él ¿no? y yo ni en cuenta, yo ni atención le ponía, yo iba a lo que iba, ya cuando fuimos a su casa nos invitaron a la Expo, era el último día y pues íbamos en parejas y ahí él me seguía y todo y yo no quería ni que se me acercara y [decía a su amiga] no te me separes, que el señor acá y allá y pues sí me llamaba la atención porque es atractivo y todo, pero le decía yo [a la amiga] no dejes que me saque plática y no quería yo que se me acercara pues yo andaba de novia y nunca en mi vida había puesto los "cuernos" como se dice (Participante Y).

En cambio, la adolescente que conocía a su pareja desde niña, reportó la relación como algo esperado a partir de su debut social como "quinceañera":

desde los quince años me empecé a fijar en él. Él es muy buena persona y deste... tiene muy bonitos ojos. Me ponía nerviosa, siempre he sido bien nerviosa. Ya me gustaba porque en tercero [de secundaria] en septiembre ya tenía los quince y ya así, ya me gustaba. Siempre he ido a su casa, me la llevo muy bien con su hermana y mis primas también, o sea su hermana se daba cuenta de que le gustaba y sí me decía que cualquier rato me la iba a cantar él (Participante Z).

El inicio de la relación en algunos casos se caracterizó por la intermediación de un(a) amigo(a) o pariente (a) de ella o de él. La persona que llevaba y/o traía información para alguno de los miembros de la pareja hacía "el paro". Mediante el "paro", las

parejas se enviaron o recibieron mensajes a manera de indicios sobre la existencia de un interés especial de ella hacia él o viceversa. De esta forma ambos pudieron tener una participación activa en el proceso de atracción de la pareja, sin confrontar el estereotipo de género que presupone esperar a que el hombre tome iniciativas. El "paro" redujo en cierta medida la posibilidad de un rechazo que pudiera afectar la autoestima de alguna de las partes ante una negativa del(a) otro(a):

Por mi amiga consiguió mi dirección y mi teléfono... ella lo conocía y a ella le preguntaba (Participante E).

Él y yo llegamos al mismo tiempo [al barrio]. El día que me fui a vivir a casa de mi hermana llegó él a casa de sus tíos [...] él le preguntaba a su prima por mí, que si quién era, cómo me llamaba, que si estudiaba o trabajaba y ella me decía a mí y yo le preguntaba de él y así fue, ella me decía y yo le decía a ella (Participante Cr).

Independientemente de la intermediación de otras personas, también hubo adolescentes que tomaron iniciativas para promover los encuentros o reencuentros con la pareja recién conocida:

Una vez cuando me acerqué yo a él a hablar [...] teníamos que llevar unos permisos firmados [a la escuela] para poder ir al paseo [...] y fui con él [...] y le dije que me firmara [...] y cuando los firmó le dije "gracias eres un amor". Después nos invitaron a festejar mis "quince" en la disco y yo no quise ir sola y lo invité (Participante C).

Fuimos a la Expo [varias parejas] [...] ahí nos conocimos pero yo todavía andaba con el otro aunque ya andaba mal con él [...] el día de las madres fuimos [una amiga y ella] a su casa [de la pareja], le llevamos un pastel a su mamá y el día 12 cumplió años su mamá y fuimos otra vez y ahí lo volví a ver y de ahí nos empezamos a frecuentar (Participante Y).

Para que las adolescentes se asumieran novias de sus parejas, algunas reportaron una especie de ritual consistente en una serie de interacciones en la que hombre y mujer representaban distintos papeles. Ello incluyó una secuencia de comportamientos en los que él "se la cantaba" y ella "lo pensaba". La pareja "se la cantó" a la

adolescente, esto es, le pedía que fuera su novia. La adolescente solicitaba tiempo para pensarlo; la duración podía ser de días o minutos:

Fuimos al campito y nos sentamos en una maceta, nos paseamos en los columpios, caminamos y me dijo que si quería ser su novia, le dije que no sabía, me hice del rogar como dos horas, y ya le dije que sí (Participante Cr).

Nos sentamos en una banca y ellos (su hermana y el novio) se fueron a sentar a otra y estábamos platicando y acá muy serios, porque como casi no nos conocíamos, sentíamos vergüenza yo creo, no sé... y se me quedaba viendo y al rato me dice [risas] que si quería ser su novia y pues yo me quedé seria porque se me hizo muy rápido que me dijera pues él y deste... no le dije que sí, nomás le dije que lo iba a pensar y no sé qué me pasó que le di un beso [risas] y ya (Participante C).

Otra adolescente reportó el inicio de su noviazgo mediante un juego de palabras para después pedirle él que fuera su novia:

Una vez que estábamos platicando "a que no te pones de novia" [le dijo él], "a que sí" le dije y me dijo que si quería ser su novia y yo sí (Participante E).

Dos de las informantes describieron la petición de noviazgo en forma un poco distinta. La informante Y dijo "con él me puse luego, luego casi los últimos de mayo", aproximadamente tres semanas después de conocerse. Por su parte la informante L mencionó:

lo hice sufrir un año, tenemos tres años que nos conocemos y un año que me anduvo rogando, viniendo para acá, pero no me caía nada bien [...] me rogó un año, ahora me dice: "ya ves para qué, si de todos modos íbamos a andar bien, me ibas a hacer caso, para qué me hiciste sufrir tanto". No me gustaba, no me caía nada bien, sabe, bien aborrecido que lo tenía, no sé ni cómo me convenció.

Una vez que las parejas iniciaron su noviazgo, éstos siguieron diferentes trayectorias. La más común fue que la pareja diera a conocer el noviazgo ante amistades y/o familiares más cercanos. Pasado un tiempo algunos novios pidieron "visita". Al pedir "visita"

el novio —generalmente acompañado de la novia—, pedía permiso a la madre —o a veces al padre y a la madre— para entrevistarse en el hogar de la adolescente. Se fijaba día y hora para la “visita” y a partir de ese momento la pareja sólo podía salir en compañía de otra persona (chaperona):

Ya como a los dos meses de novios le dije que le pidiera visita a mi amá [...] mi amá pensaba que era amigo y mi amá sospechaba y ya le dije que andábamos de novios y dijo “¿va a venir a visitarte?” y le dije “pues le quiere pedir visita” y como teníamos apenas 15 años, mi amá no nos quería dejar andar de novias, pues ya ni modo mi amá comprendió y dijo “dile que venga a pedir visita” [...] vino y sacamos tres sillas afuera y él “¿qué le voy a decir a tu mamá?”, “no sé, pues lo que quieras, lo que se te ocurra” le digo... total que se levantó [la mamá] y se fue al lavadero y ahí fue que le dijo “quiero andar con su hija y quiero pedirle visita”, “pues si ya andas con ella” le dice mi amá... y ya iba los martes, los jueves, los sábados y domingos de 8 a 10 (Participante C).

En las nieves fue cuando me dio el primer beso y me dijo que si quería ser su novia, pues le dije que sí, no sabía que me iba a dar un beso, eso sí me sorprendió pero porque él era bien tímido, pero de que me la iba a “cantar” más o menos sospechaba, mejor lo notaba, estaba más cariñoso, sabe cómo y luego pues ya nos pusimos de novios y ya avisamos la casa, pidió permiso, habló con mis tías y ya después con mi papá y con mis primas también (Participante Z).

La informante E dijo que demoró el dar a conocer su noviazgo. Entre las razones mencionó el que antes de los 15 años su familia no aceptaba los noviazgos, que ella consideraba su relación con la pareja poco seria y que le gustaba mucho salir. Esto último creemos que puede estar en relación con la idea de que las entrevistas con los novios se deben de dar sólo en la “visita”. Una vez que se otorgaba la “visita”, las salidas de las adolescentes empezaban a tener mayores restricciones:

Y le dije que sí pero no con la finalidad de ponerme de novia con él, inclusive cuando nos pusimos de novios yo le dije que no dijera que andábamos de novios, yo no quería decir, a nadie le había dicho que andaba de novia, porque aparte como tenía 14 años y como en mi casa que hasta los quince y todo eso, yo no quería que supieran que andaba de novia, me gustaba mucho salir. Él iba a mi casa a visitarme pero yo

decía que no y de ahí no me sacaban, decía que no éramos novios. No me regañaban pero yo no quería decir que andaba de novia, o sea que no me había puesto de novia en serio, ando de novia y a todo mundo ando de novia (Participante E).

Cuando el noviazgo trataba de ocultarse se decía que eran "novios a la sorda". En este caso sólo muy contadas personas tenían información de la existencia del noviazgo. Las razones para no dar a conocer el noviazgo fueron diversas, como ya vimos en el caso de la informante E. Las familias a su vez podían sospechar la existencia de una relación especial entre la pareja y aparentemente no prestarle atención. Por lo común, al enterarse de los noviazgos reaccionaban intentando restringir las salidas de la adolescente. De cualquier manera, el dar a conocer el noviazgo tomó cierto tiempo a partir de su aceptación:

Recién nos pusimos él quería pedir visita, quería hacerlo todo muy formal y yo no lo dejé, le dije que si pedía visita mejor terminábamos. Yo tenía 14 años, él tenía 17 [...] no quería tomarlo así como muy formal, porque yo me acuerdo que cuando la mayor [su hermana] se puso de novia, todo formalismo mis papás no la dejaban salir (Participante E).

Hasta el martes vino y ya nos sentamos y me dice "¿y qué has pensado de lo que te dije?" y yo me hacía la tonta "¿qué me dijiste?" [risas] le digo yo, yo quería que me volviera a decir "que si quieres ser mi novia". "Ah, bueno, pues". Le dije que sí y ya ahí ya empezamos a andar, fuimos novios aquí a escondidas, aquí "a la sorda" y ya seguimos tratándonos más (Participante C).

Bien sean novios a "la sorda" o con "visita", las entrevistas sin el permiso de la madre y/o el padre fueron parte del noviazgo. Para ello recurrieron a una amiga o familiar quien hacía el papel de "tapadera", esto es, encubridora de los encuentros de la pareja. Ante los intentos de control familiar, las adolescentes desarrollaron la contrarrespuesta a través de diferentes estrategias y redes de apoyo. Si bien no es posible afirmar que estas condiciones propicien el desenlace de los noviazgos en un embarazo, los intentos de control parecieron tener un efecto contrario cuya forma de operación ha sido poco estudiada.

Si teníamos que salir teníamos que llevar a mi hermana (la más pequeña)... mi amá no nos dejaba salir con ellos [su novio y el de una hermana gemela], por eso es que le echaba mentiras y nos íbamos con ellos en el carro. "Mamá, vamos a venir al ratito" y a veces nos tardábamos más... y como mi amá trabajaba, pues nos íbamos nosotros al parque y regresábamos antes de que mi amá llegara (Participante C).

Me llamaba y nos veíamos en otra parte o yo cuando lo iba a ver yo le hablaba a él y nos veíamos en su casa o venía por mí aquí a la casa. Cuando salíamos íbamos a cenar, al parque, pero las veces que "lo hacíamos" era los fines de semana, era cuando se podía ir a un hotel. Cuando teníamos planeado ir a hotel salíamos solos, pero la mayoría de las veces salíamos con su hermana [...] íbamos con sus hermanos o mis hermanos nos acompañaban (Participante Y).

Entre las expectativas de las adolescentes sobre el noviazgo se incluyó el "casarse bien", "como Dios manda" o "ante las leyes". El embarazo cambió sus planes y las colocó al margen de un ideal:

No pensaba que iba a terminar luego luego, porque se veía que me quería, que me quiere se ve y deste fue de repente cuando me dijo que si me quería casar con él y sí ya le dije que sí [...] pensábamos casarnos en diciembre habíamos dicho, no me hubiera ido con él sin casarme porque yo me pensaba casar por la Iglesia, nomás que me adelanté porque él quería un hijo, como todos sus hermanos tienen hijos. No estoy arrepentida pero hubiera querido casarme, hubiera quedado bien con todos, hasta conmigo o sea ahorita no puedo ir a la iglesia y comulgar (Participante Z).

La formalización de una futura boda era a través de "la pedida", que requiere la intervención de las familias de los futuros cónyuges. En las historias de las adolescentes participantes de este estudio, "la pedida" para algunas fue sólo el referente de un ideal no alcanzado. La participación de las familias de ambos para concertar la unión o el matrimonio fue forzada a partir del anuncio del embarazo:

Cuando llegamos aquí mi amá se veía muy "agüitada" y ya me dijo que por qué le había hecho eso y también regañó a mi pareja que si por qué traicionó su confianza y puras de ésas y ya lloramos, y ya me dio la

ropa y pues ya ni modo qué iba a hacer, ya me dijo que me casara nomás y le dije “bueno me voy a casar” y ya después quería que vinieran a hablar los papás de mi pareja y sí, vinieron los papás a hablar, al siguiente día vinieron (Participante C).

En otros casos los padres de la novia hablaron con el novio y le reclamaron el embarazo de la hija por lo que no hubo de manera formal una “pedida”:

Quando llegó él nos agarraron a los dos, mi hermana lo regañó a él. No supe qué le dijo a él, como yo estaba adentro llorando después de la regañada (Participante Cr).

Se observó también que en este contexto, el mito de la cenicienta y el príncipe azul fue tan sólo eso. La unión o el matrimonio para las participantes no fue un mecanismo de movilidad social. Sus parejas fueron hombres adolescentes o jóvenes de su mismo entorno geográfico, de condición socioeconómica similar o de mayor desventaja. Las parejas de las adolescentes tenían entre seis y nueve años de estudio, rango menor al reportado por ellas (nueve a 10.5 años). Las parejas abandonaron la escuela antes que ellas a fin de incorporarse al mercado laboral por las dificultades económicas de su familia. Una de las parejas inició la preparatoria y la abandonó antes de la unión. Los demás trabajaban como obreros o empleados de servicio cuando conocieron a la informante.

La duración y desenlace de cada trayectoria de noviazgo, como ya mencionamos, fue diferente. El noviazgo más corto fue de tres meses y el de mayor duración fue de tres años. Entre las distintas experiencias de sus noviazgos narradas por las adolescentes, destacaron las referencias a cambios en cuanto a la forma de comportarse a partir de que se pusieron de novias con sus parejas. También hubo expectativas no cumplidas con respecto a lo que idealizaban del novio y del noviazgo. Detalles en los comportamientos de la pareja, que una vez unidos alcanzaban a vislumbrarse como fuente de futuros conflictos. Éstos los hemos agrupado en cuatro rubros y se analizan en el siguiente apartado.

LOS NOVIAZGOS: UNA NOVELA NO DEL TODO COLOR DE ROSA

Los noviazgos de las adolescentes con sus parejas fueron relatados como una mezcla de experiencias gratificantes y de situaciones problemáticas. No en todos los casos fueron etiquetadas por ellas expresamente como conflictivas. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, tratamos de abstraer algunos elementos de sus narraciones y nuestras observaciones para reinterpretar de acuerdo con la definición de conflicto antes mencionada (Rodríguez, 1994). Los conflictos tuvieron que ver con las dificultades para verse con el novio, los celos, los desacuerdos entre la pareja sobre la forma de llevar su relación, la involucración de la familia en la interacción de la pareja y la dinámica familiar de la adolescente.

Conflictos para encontrarse con los novios

Las dificultades que las adolescentes reportaron como parte de sus preocupaciones durante el noviazgo se relacionaron con los problemas para verse a solas con la pareja. Cuando esto sucedió antes del embarazo, señalaron que la madre o el padre no les tenían confianza y por ello buscaban alternativas para entrevistarse con los novios sin el permiso de aquéllos. Eventualmente, en estas circunstancias llegaron a la relación coital. Los intentos de control por parte de los padres al parecer se convirtieron en una "profecía cumplida".

A lo mejor nosotros [la participante y su hermana] hubiéramos sido diferentes si mi amá nos hubiera dejado salir con ellos [los novios], solas, si nos hubiera dado confianza, nunca nos daba confianza por eso nosotros nos hicimos así... porque mi mamá no nos daba la confianza que nosotros queríamos, porque íbamos así a salir y no nos dejaba o tenía que echarnos a la chaperona aquí. Nunca nos dejaba salir solas, rara la vez que conseguíamos que nos dejara salir (Participante C).

Cuando viene él [el novio] a la casa lo corre [el padrastro de ella], a veces nos tenemos que ver a escondidas, por ejemplo, el domingo me trajo y me dijo "luego te voy a ver", cuándo no sé, no sabemos ni qué hora, ni qué día, no me puede llamar porque el teléfono él [el padrastro] lo tiene, a veces pasa [el novio] y me manda llamar con

alguien como si fuera no sé qué, no me gusta a mí eso, a escondidas como quien dice, a veces cuando le pega la loquera [al novio] se arriesga, llega y me lleva no le importa que esté mi apá, pero cuando llego la fregada soy yo, me empieza a decir cosas, imposible vivir aquí con él [el padrastro] (Participante Y).

Si los encuentros se dificultaron después que la familia tuvo conocimiento del embarazo, las adolescentes reportaron esta situación como el antecedente que las llevó a tomar la decisión de vivir con la pareja:

En febrero me vine con él y luego ya en abril nos casamos, es que en mi casa como que no querían, ya a lo último se me ponían más fuertes que yo lo viera y todo eso, yo siento que lo que querían era que yo me quedara en mi casa (Participante E).

Conflictos por celos

Los celos aparecieron como uno de los problemas en el noviazgo cuando la pareja tenía el antecedente de haber vivido —casado o unido— con otra pareja y tener hijos(as) con ésta. Los(as) hijos(as) y la anterior pareja entraban en el campo de atención del novio creando la rivalidad.

Yo tuve muchos problemas con él pues como él tiene un hijo, deste... cómo te podría decir... yo cuando me puse con él ya sabía que él es aba con otra persona y que tenía un hijo y como yo ya sabía, o sea que ya no estaba con ella ¿verdad? Es que ella como yo la conozco, es una persona con mucho carácter, como que lo quiere manejar... cuando yo lo conocí ya se habían separado, se puso de novio conmigo y ella lo buscaba mucho cuando andaba conmigo, iba a la tortillería y lo buscaba y yo la veía... no podía hacer nada y siempre lo buscaba con el pretexto del niño [...] cuando él cumplió 18 años ella fue a buscarlo llorando... a decirle que se casaran, le lloró, lo abrazo, lo besó y yo lo vi y yo ya me tenía que ir a la escuela... y le dije a mi hermana "vigíllalo, ve lo que hacen" y ya me dijo (Participante C).

El noviazgo en estas circunstancias fue un periodo de confrontación con otras mujeres. En esta arena aparecen como elementos

de análisis las estrategias desarrolladas por la adolescente para retener a la pareja, sus redes de apoyo y las negociaciones con su pareja. Los novios con tales antecedentes fueron descritos también como diferentes a los anteriores, dotándolos de características que otros no tenían y a las que se atribuyó los sentimientos despertados.

Hay muchos hombres que son muy bruscos así, en el modo de tratar a una persona y no, él es muy diferente en tratar a una mujer, a una persona, es muy diferente, no sé, será porque tiene experiencia, será que por eso me dejé llevar (Participante L).

La relación con él fue muy diferente que con el otro, su forma de ser, me gustó como era, su forma de tratarme, su forma de, de... era muy diferente yo digo que por ser mayor y por tener experiencia era diferente y lo acepté así, con todo y los años y que tuviera hijos y todo lo acepté hasta la fecha (Participante Y).

La rivalidad con otras mujeres se reportó en un caso asociado también a agresiones y amenazas por parte de la presunta rival:

Ya de novios tuvimos que separarnos porque, por daños que la gente hace así... o sea le mandaban cartas a él diciéndole que me dejara, si no le iban a hacer daño al hijo de él o si no a mí... fue una mujer ya mayor que siempre quiso andar con él y fue la que armó todo el chisme y deste... vino a hacerme un relajo aquí en mi casa, fue cuando él [el novio] llegó, no sé cómo se las olió que él vino... esa persona quería algo con él pues, no sé, andaba ardida... y la señora ya se murió, la mataron, sabe qué pasaría, la encontraron toda golpeada, era de esas señoras que les gusta la libertad (Participante L).

Conflictos con la familia de la pareja

A lo largo de los noviazgos la familia del novio fue teniendo distinta participación en la relación de la pareja. Las formas de involucrarse variaron de acuerdo con el momento por el que atravesaba el noviazgo y no sólo fueron reportados por las informantes para el caso particular de ellas, sino también para parejas anteriores del novio.

Su mamá se metía mucho con nosotros, en las discusiones que teníamos mucho se metía ella, era muy metiche la señora, nos llevábamos bien yo y la señora, pero en las broncas que teníamos yo y él se metía mucho, era una discusión que era culpa de él, la señora me culpaba a mí, decía que yo, que por mi culpa, su hijo era su adoración, era el oro de la casa (Participante Y).

¿Cómo te podría contar?... pues esa vez que ella [la pareja anterior de su novio] le dijo que estaba embarazada se enojaron los dos y su papá de él se lo llevó para el otro lado a trabajar y trabajaba y estuvo estudiando un poquito en la high school le dicen algo así ¿verdad? allá y deste duró, estuvo muchos meses... y él regresó ya, le mandaron una carta que ya había nacido su hijo, le dijeron a él y ya como a los dos meses se vino él y deste él conoció a su hijo cuando tenía cuatro o cinco meses y lo conoció en una esquina, en una calle porque los suegros de él no querían que se lo enseñaran... y ella le dijo que se casaran y deste su mamá [de él] no quiso y como eran menores de edad no se podían casar y dijo mi suegra "cuando él cumpla 18 años si se quiere casar contigo que se case, yo no le voy a decir nada, él ya va a ser mayor de edad, pero ahorita no lo voy a dejar que se case contigo", total no se casaron (Participante C).

Las diferencias con la suegra se prolongaron en un caso hasta después de la unión. Como la pareja no vivía en casa de los suegros la situación sólo se tradujo en un alejamiento.

Casi no convivo con la gente, con la familia de él, o sea con la señora, no sé, sus hermanos me llevo muy bien con ellos pero casi no. De vez en cuando vienen o vamos así, o sea con las cuñadas de él son con las que me llevo, pero casi no. La señora es muy celosa, ninguna persona le cae, no sé, desde un principio fue así. Muy seria siempre, ya con la seriedad se da uno cuenta cómo es. Cuando anduve de novia con él nunca fui a su casa ni nada, sino que ella ahí en el trabajo iba y me decía, nomás para hacérmela de malas, nunca estuvo de acuerdo, o sea, como anteriormente él fue o casado, quería mucho a la otra muchacha y pues no sé, no le caí bien o no sé (Participante L).

Cuando la pareja vivía con los suegros, una aspiración era buscar independencia. Las dificultades económicas no siempre lo permitieron en el corto plazo.

Nosotros pensamos que ya que nazca el bebé nos iremos, un año más, como él ya va a terminar la escuela, se nos dificulta mucho... y ya que salga pues estabilizarnos bien, comprar un solar y empezar a construir (Participante L).

Conflictos en la interacción con la pareja

Durante el noviazgo, identificamos tensiones en la relación con la pareja asociadas a las formas de interacción y las expectativas de control que uno u otro buscaba ejercer en el manejo de la relación. Éstas se expresaron, generalmente, en las dificultades para los encuentros o en la toma de decisiones ya sea sobre actividades conjuntas o individuales. Cualquiera que fuera el caso, se observó en el discurso una tendencia a desestimar su importancia aun cuando en ocasiones dieran lugar al rompimiento temporal de la relación. El mantener la relación a pesar de todo cobraba mayor relevancia.

Yo andaba muy a gusto [durante el noviazgo], salíamos mucho, me divertía mucho, aunque cuando íbamos a los bailes yo siempre pagaba, porque a él no le gustaban [los bailes]. Además, a veces no le pagaban y yo le prestaba, pero luego le cobraba y con intereses. Como yo trabajaba, yo le prestaba. A veces pagaba yo y a veces él. Había muchos pleitos, a veces andábamos bien, a veces mal pero nunca nos terminamos [...] cuando nos enojábamos era porque él llegaba bien noche [a recogerla en su trabajo]... el único problema es que le gusta tomar, yo no quisiera que tomara... a veces no le decía nada a veces sí, no quisiera que tomara, aunque para todo, para él siempre soy yo primero (Participante Cr).

A veces terminábamos y al momento volvíamos... pero no, eran más bien pleitos él y yo... yo como soy más... tengo el carácter más fuerte decía "se acabó y se acabó", pero ya después me buscaba y volvíamos, pero no eran cosas muy fuertes (Participante E).

Andaba con él pero me gustaba otro [risas] de la prepa, apenas llevaba con él [su pareja] casi dos meses que andaba de novio y pues no lo quería casi, nomás me gustaba. Es que antes él era muy rarito, antes, al principio pues casi no me sentía muy a gusto. Era muy serio, sabe cómo, no le tenía mucha confianza al principio pues como él estuvo

casado con otra y lo buscaba y sabe me sentía insegura y luego a veces él venía, una vez vino tomado, vino, se puso a llorar mucho que la extrañaba a ella y pues yo ya me sentía rara, ya me sentía pues que no, si la extraña a ella entonces que esté con ella, no debe estar conmigo y pues yo me agüitaba y por eso me juntaba mucho con el otro (Participante C).

Conflictos de la adolescente con su familia

Las dificultades en la interacción cotidiana con los miembros de la familia de las adolescentes, se reportaron tanto antes como durante el embarazo. En algunas se asoció con abuso físico o acoso sexual sufrido por la adolescente u observados por ésta cuando el padre y la madre tenían problemas.

En diciembre del año pasado llegó [el padrastro] y no la encontró [a la mamá] [...] y hizo un escándalo, tirando todo, yo le dije qué culpa tienen las cosas, "yo las compro y hago lo que yo quiero"... nunca nos ha tocado, pero duelen más las palabras que los golpes y entonces yo le dije "no me interesa que me corras de la casa" y me aventó con un cuchillo, si no es por mi amiga que se me entremete me lo clava y a ella le cortó un dedo (Participante Y).

Mi mamá es muy buena con todos nosotros, ella no le hacía caso a mi papá, él la golpeaba. Siempre le aguantó todo. Yo por eso me fui a vivir con mi hermana para no ver (Participante Cr).

Mi papá vivía con nosotros pero [era] muy malo, nos pegaba mucho, llegaba borracho, mi apá no fue hombre bueno, tenía muchas mujeres, anduvo con una de aquí, de todas nos enteramos, para andar con una vieja de allá metió a mi amá a la maquiladora de seis a tres de la mañana para andar con aquella vieja y nosotros aquí encerradas con llave (Participante C).

En otras el conflicto adoptó la forma de lo que suele llamarse "brecha generacional", expresada por tensiones en la relación madre-hija o con algún otro miembro de la familia:

Siempre platicamos mucho [con la mamá], nada más que a veces no coincidíamos mucho, porque mi mamá es un poco más moralista... a

veces le decía que yo no podía pensar igual que ella, que sí estaba de acuerdo pero a veces no estaba de acuerdo porque no podemos pensar de la misma manera, por más su hija, por más mi madre, sí agarraba sus consejos, pero no podía pensar como ella quería (Participante E).

La dinámica familiar y sus repercusiones sobre el comportamiento sexual de las adolescentes han sido señaladas con anterioridad (Billy, Brewster y Grady, 1994). Las confrontaciones que se derivan se asumen como causas de diversos problemas en la adolescencia. Sus consecuencias se documentan por lo general en forma anecdótica o estadística. Lo que en este trabajo intentamos resaltar es la conveniencia de retomar su análisis, tratando de reconstruir cómo opera y en qué consiste el sistema social e ideológico en que se inscribe la conflictiva familiar y su influencia en el proceso de socialización de la adolescente. Es importante también considerar el papel del poder y la desigualdad entre los géneros y entre las generaciones. Los intentos de romper con los paradigmas tradicionales de interacción entre una generación de adultos (la madre) y otra de jóvenes, dio lugar a una lucha de poder entre madre e hija. Ésta, creemos, se agudizó en la adolescencia, cuando la adolescente buscó resquicios de expresión para su sexualidad en una estructura familiar y social que parece negarla. El noviazgo se convirtió para la adolescente en una oportunidad socialmente aceptable de experimentar con su cuerpo y su ser mujer. Si bien esto le llegaba a crear nuevos problemas, se asociaban también a situaciones novedosas donde la compañía, el amor, el trato de la pareja y el hecho mismo de tenerla representaron un papel importante.

JUNTO AL CIELO Y LAS ESTRELLAS: EL AMOR EN EL NOVIAZGO

Si bien, como ya describimos en el apartado anterior, los relatos de las informantes incluían situaciones problemáticas asociadas a su relación con la pareja, éstas fueron entremezcladas y matizadas por descripciones de aspectos gratificantes. El cumplimiento del "sueño de toda mujer" se cristalizó al tener una pareja y formar una familia, independientemente de los caminos que hayan tenido que transitarse.

Toda mujer sueña con tener pareja, tener niños, tener una familia. No me hubiera gustado quedarme soltera, si no lo hubiera tenido a él, hago la lucha por otro lado (Participante L).

En este contexto la soltería no es vista como una buena opción. La edad para considerar que sus posibilidades de conseguir pareja se han terminado aparece antes de los 25 años. El destino de las solteras es poco halagador porque implica también cuidar niños que no son propios.

Tengo una prima que ya está bien vetarrona, es soltera, tiene como 23, 24 años. A ella le corren los novios los papás pues nunca la dejan tener novio. Es que como varias primas de aquí de la familia ya están casadas o tienen hijos y ella no, ya se siente muy vieja ella... tiene muchos sobrinos y ahorita eso es lo que hace: cuidar sobrinos (Participante L).

El noviazgo y las diversiones

El noviazgo fue relatado como una oportunidad para salir, pasear y divertirse en compañía del novio. Cuando entrevistamos a las adolescentes unidas a sus parejas, tales diversiones eran añoradas.

Me la pasé muy a gusto, salíamos mucho, me divertía mucho, íbamos a los bailes... él fue el primero y el único, empecé a vacilar después que me puse de novia, conocí a muchos muchachos, antes no, yo era muy tontita, siempre fui muy seria. No salía, decía que no me gustaban los bailes. Yo he sido la única novia en serio, yo nada más. De novios lo miraba y parecía que veía a Dios, sentía muy bonito, me emocionaba. Quisiera andar de novia todavía aunque ya no sería como antes, ya no se puede (Participante Cr).

El noviazgo y el amor

El periodo de noviazgo de las adolescentes fue relatado también como la llave para descubrir y disfrutar otras formas de hacer y de ser mujer a través de la relación afectiva con la pareja. Los senti-

mientos evocados se reportaron como algo distinto a cualquier otra relación de noviazgo experimentada con anterioridad.

¡Que no siento! Pues ahora siento que sí lo quiero, creo yo que nunca estuve realmente enamorada del otro [novio anterior], lo que creo que de él [novio anterior] era que me gustaba, me gustaba mucho... y pues la relación de él [la pareja actual] fue muy diferente su forma de ser, me gustó como era, su forma de tratarme, su forma de, de... era muy diferente (Participante Y).

El trato recibido por parte de la pareja durante el noviazgo se reportó como esencial para despertar en las adolescentes las reacciones no experimentadas con anterioridad:

Él era muy romántico, o sea cuando yo tenía así novio, así ni me decían nada, no me hacían sentir nada y él sí, él me decía que me quería mucho, muchas cosas bonitas y así y pues ya empezó a gustarme más, pues porque me sentía más a gusto porque él sí me decía que me quería cuando me hacía cosas bonitas (Participante C).

El noviazgo, la "clavada" y la relación coital

En estas circunstancias, las adolescentes se "clavaban" con sus parejas. Con la frase "estar clavada", las informantes describían la intensa orientación afectiva que despertaba la pareja. El "clavarse" fue relatado por las adolescentes en diferentes momentos de la relación. Por lo general, fue descrito como detonante o justificación del inicio de sus relaciones coitales. Una vez que se sintieron "clavadas", la problemática enfrentada en las trayectorias de sus noviazgos pareció diluirse frente la intensidad de los sentimientos despertados por la pareja.

Antes ya me había propuesto hacerlo [tener relaciones coitales] y yo no quería, sabe, sentía cosa por mi mamá, más por mi mami sentía cosa, pero ya después ya no. Cuando andábamos me empezaba a tocar, a besar y ya después me fue convenciendo [risas], pero no, duró algo porque todavía no quería por mi mami, me sentía mal, pero sabe, ya después me pasó eso, me sentía contenta, se me hizo algo bonito, como yo ya me estaba "clavando" mucho [sentía] mucha felicidad

¿cómo te podría explicar? Nomás quería estar con él y deste... ¿qué más? [risas]... me ponía a pensar que si terminábamos me iba a morir, o sea así con él fue que sentí el amor, muy por dentro, muy fuerte... quería ya nomás estar con él, casarme con él, pensaba que cuando tuviera relaciones con él pues ya me iba a quedar con él... ya no me llamaban la atención otros muchachos... [antes] andaba con mi pareja pero me gustaba otro [risas] (Participante C).

Tema de novelas, poesías y obras de arte, el amor es invocado con frecuencia para explicar las relaciones humanas. Su papel social ha sido analizado en algunos trabajos con orientación sociológica y/o psicoanalítica y desde la perspectiva de género (Alberoni, 1980, Estrada, 1991, Lagarde, 1991). Poco se ha analizado cómo se expresa el amor en las adolescentes que se embarazan y el papel que cumple en su transición hacia la adultez. Si bien tales posibilidades de análisis rebasan el alcance de este trabajo, el análisis de la trayectoria de los noviazgos puso de manifiesto la diversidad de formas y tiempos en que ese sentimiento fue registrado. En el caso de noviazgos de más de un año, el sentirse "clavada" y la relación sexual fue relatado como un proceso gradual de acercamiento. En estas circunstancias el riesgo de embarazo era percibido pero no evitado, bien fuera por temor a las consecuencias de los métodos anticonceptivos o para probar su capacidad reproductiva.

Una vez se iba a dar y lo platicamos mucho y los dos decidimos de que no y esa vez se dio y como ya lo habíamos platicado pues ninguno de los dos... utilizó método anticonceptivo... porque pensábamos casarnos y queríamos, como yo no sabía si podía quedar embarazada o no y él tampoco, deste queríamos tener un bebé y habíamos escuchado mucho que a veces empiezan a tomar pastillas y después batallan en poder tener un bebé (Participante E).

Después que lo hice ya sabía que estaba embarazada, al mes me di cuenta ya que no me había bajado, estaba más segura, después me hice los análisis, me emocioné mucho y miedo a la vez, no me había casado todavía, me iba a casar por la Iglesia, él se emocionó, él también quería que saliera embarazada, ya me vine yo a su casa con su mamá (Participante Z).

La informante con relaciones coitales a los tres meses de haber iniciado el noviazgo relató que el embarazo fue un accidente y un error que debía afrontar. En la descripción de sus relaciones no refirió el haberse “clavado”, dejó entrever que no fue planeado por ambos sino más bien como algo surgido espontáneamente. Sin embargo, la primera relación coital con la pareja fue en un hotel y con uso de preservativo.

La primera vez surgió, fue inesperado, en un hotel, fue de repente, ni en cuenta. Salí embarazada como al mes, duramos un mes, casi no lo hacíamos, no lo hacíamos tan seguido pero las veces que lo hacíamos él se cuidaba y cuando al mes pasó eso, el accidente, o sea nunca, en ningún momento pensamos que fuera a ser planeado el embarazo, surgió así. Si él quiere ayudarme y casarse conmigo bien, si no ni modo, no lo voy a presionar, ni se lo voy a pedir, yo sola, como mi mamá lo hizo, salió sola adelante, ni modo, fue un error (Participante Y).

La “clavada” en este caso se reportó una vez que la informante supo de su embarazo:

Pues ya después de que quedé embarazada, porque cuando lo hacíamos, sí lo hacía porque me gustaba, me atraía y todo, cuando teníamos relaciones es cuando me estaba dando cuenta que estaba enamorada de él, ahí cuando me di cuenta (Participante Y).

UNA REFLEXIÓN FINAL

A medida que fuimos reconstruyendo las trayectorias de las adolescentes, encontramos que si bien las condiciones concretas bajo las cuales llegaron al embarazo son similares, presentaron matices diferentes. Como sujetos sociales compartieron un conjunto de características que tienen que ver con el ser mujer. En el proceso de transición para convertirse de niñas en mujeres destacó por su importancia la familia como moldeadora y modeladora de los estereotipos de la feminidad y la masculinidad. En el embarazo de estas adolescentes se amalgamaron una serie de factores de índole social, económica y cultural, sobre los que se construyeron sus identidades y roles de género. Hablar de tales factores en abstracto carece de

sentido, a menos que se le dé un contenido concreto a partir de las particularidades de los grupos sociales. La heterogeneidad de nuestro país y la variedad de contextos sociohistóricos y políticos —cuya polarización se acentuó a partir de la profundización de la crisis económica—, pueden marcar diferencias significativas en los modos de ser y hacerse mujeres. De ahí nuestro interés por analizar contextos como el anteriormente descrito.

Los noviazgos de las adolescentes de este estudio, sus formas de amar y sus patrones de comportamiento pueden o no coincidir con los observados en otros contextos sociales. Lo que interesa destacar es la diversidad de caminos, atajos y vericuetos a través de los cuales las informantes ejercieron su sexualidad. Para ellas, el embarazo no tuvo como consecuencia la expulsión o el rechazo familiar y social. La familia aceptó y en la mayoría de los casos dio cobijo a la nueva pareja tras del reclamo y el perdón. Tal antecedente era una experiencia común con la madre u otras mujeres de las familias de nuestras informantes. Lo anterior, creemos, apunta hacia la necesidad de reconsiderar la importancia social del noviazgo como parte de la estructura de relaciones en la formación de parejas heterosexuales. Tal como Samuel, Lerner y Quesnel (1993) señalan, la forma de llegar a la unión tiene implicaciones diversas no sólo en el interior de la pareja. Los miembros de las respectivas familias participan en la serie de eventos que rodean el noviazgo y la unión. Las parejas que habían tenido mujer e hijos(as) introducen también nuevos elementos de análisis en la relación de noviazgo.

A los problemas de las adolescentes para encontrarse con su pareja se agregó la rivalidad con otra mujer y los(as) hijos(as) tenidos con ella. Asimismo, al interior del hogar los pleitos entre los padres o la situación económica complicaban el panorama de las adolescentes. Al momento de contactarlas, el embarazo para ellas no era ya su principal problema porque éste había tenido un desenlace, aun en el caso de no tener una situación estable con la pareja. El embarazo fue motivo de preocupación en otros momentos, que iban desde la sospecha hasta el anuncio y la respuesta familiar. En el momento de las entrevistas —entre el sexto y octavo mes de embarazo— las adolescentes se asumían ya como mujeres embarazadas y futuras madres. Ellas habían transitado por un rito de iniciación hacia el ser mujer sexualmente activa y enfrentado su

posible costo. Las repercusiones a futuro de sus conflictos y la forma como llegaron a unirse, tampoco son factibles de ser analizadas como determinantes o factores de riesgo en la formación de parejas. Más bien son una expresión de las formas en que se llega a la unión a través de un embarazo.

Con esta perspectiva, la investigación sobre el embarazo en las adolescentes, creemos, debe reorientarse hacia el contexto social de su actividad sexual. La presión que existe para controlar la sexualidad, como si ésta fuera un instinto que hay que socializar, lleva a la idealización del noviazgo. Deja fuera de consideración las incertidumbres y conflictos que crea para la adolescente y su pareja la intensidad de los sentimientos despertados. Lograr un discurso no opresivo contribuiría a derribar mitos sobre la condición del ser hombre y ser mujer y permitiría a ambos miembros de la pareja aprender a negociar sus relaciones conyugales futuras.

La visión realista sobre el papel del noviazgo, sus experiencias gratificantes —ligadas o no al amor o al placer— y sus conflictos, promovería igualmente cambios en la prestación de servicios educativos sobre la sexualidad. Tanto en el seno familiar, como en la escuela y entre los pares, la educación sexual podría enfocarse a los problemas cotidianos, con mensajes sobre las situaciones concretas que los y las adolescentes enfrentan a lo largo de su proceso de socialización.

Como una tarea pendiente estaría también el análisis del noviazgo desde la perspectiva del varón. Ello permitiría contar con un marco contextual integrado para estudiar los mecanismos implícitos y explícitos en la formación de parejas y sus necesidades a partir de su problemática cotidiana. En el corto tramo de la trayectoria analizada en este trabajo sólo pudimos tener una mirada breve sobre la condición de género en el interior de los grupos domésticos, donde el embarazo fue el antecedente de la formación de nuevas familias. Tal información puede ser útil también en el análisis actual sobre el concepto de familia, maternidad y fecundidad de las adolescentes que se embarazan. Por ello es conveniente considerar las opciones que existen en los distintos contextos para ser mujer adolescente y las limitaciones para el reconocimiento y aceptación de su actividad sexual, dentro de una sociedad que pretende hacerla invisible durante este periodo de la vida. Creemos que esto puede

contribuir a la comprensión del complejo proceso de socialización del rol de género durante la adolescencia y de la sexualización del poder en la formación de las parejas.

Finalmente, queremos señalar que con esta breve exposición de ninguna manera pretendemos explicar las complejidades de las relaciones sociales en el curso de vida de las adolescentes que se embarazan y las dificultades enfrentadas. Nuestra intención es ofrecer un primer acercamiento a la comprensión de las relaciones sociales que operan en las uniones de adolescentes y su legitimación. Queda aún por recorrer un largo tramo para entender su significado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberoni, F. (1980), *Enamoramiento y amor. Nacimiento y desarrollo de una imperiosa y creativa fuerza revolucionaria*, México, Gedisa Mexicana, 9a. reimpresión.
- Billy, J. O., K. L. Brewster y W. R. Grady (1994), "Contextual effects on the sexual behavior of adolescent women", *Journal of Marriage and the Family*, núm. 56, pp. 387-404.
- Estrada, L. (1991), *Para entender el amor. Psicoanálisis de los amantes*, México, Grijalbo, col. Relaciones Humanas.
- González Montes, S. (1995), "Las 'costumbres' de matrimonio en el México indígena contemporáneo", ponencia presentada en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Lagarde, M. (1991), *Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Coordinación General de Estudios de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM.
- Macklin, R. (1996), "Notas del seminario de ética en la investigación en ciencias sociales", Zamora, El Colegio de Michoacán, 19 de febrero.
- Modena, M. E. (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, pp. 35-36.
- Rodríguez, C. (1994), *Entre el mito y la experiencia vivida: mujeres jefas de familia, divorciadas, separadas y abandonadas*, tesis de doctorado en sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, División de Estudios de Posgrado, UNAM.
- Samuel, O., S. Lerner y A. Quesnel (1993), "Hacia un enfoque demoantropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación: reflexiones a partir de un estudio realizado en la zona

de influencia del ingenio de Zacatepec, Morelos”, ponencia presentada en el XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, del 29 de julio al 5 de agosto.

ENTORNO SOCIAL, COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS

LAURA A. PEDROSA ISLAS
MAITE VALLEJO ALLENDE

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud reproductiva, tal como fue definida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994, tiene que ver con el completo bienestar físico, mental y social de las personas, en los aspectos relativos al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que éstas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, libre del temor a embarazos no deseados o a enfermedades de transmisión sexual (Saucedo y Lerner, 1994), la "capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y qué tan frecuentemente tener hijos", así como el derecho a la información y acceso a metodología anticonceptiva efectiva y aceptable, el derecho a servicios de salud apropiados para que las mujeres tengan embarazos y partos saludables y la oportunidad de tener hijos sanos (Salles y Tuirán, 1995).

En la amplia gama de situaciones que integra la salud reproductiva resulta necesario el conocimiento de elementos que afectan la primera relación sexual entre adolescentes. Ello posibilita diseñar intervenciones a partir de ellos, con objeto de propiciar prácticas sexuales en condiciones seguras, voluntarias y placenteras. Estudios diversos han postulado la trascendencia de este evento (Blanc y Rutenberg, 1991) en cuanto a las prácticas sexuales y enfermedades sexualmente transmisibles en este periodo, considerado uno de los

de mayor actividad sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1988). Las prácticas sexual y reproductiva se relacionan con instancias desde las cuales se transmiten, elaboran y reproducen las normas sociales, valores, hábitos, costumbres, estereotipos y formas de pensamiento que incluyen la sexualidad. Instancias tales como la familia, escuela, amigos, religión, medios masivos de comunicación y otras, que a través del contacto cotidiano y del sentido que en el receptor generen los discursos, moldean pautas de conducta que permiten al grupo social la elaboración de su propia sexualidad, de la que una parte de la práctica individual es reflejo.

El propósito de este trabajo es relacionar algunas características sociodemográficas a partir del tipo de escuela con el inicio sexual adolescente entre estudiantes de bachillerato, y detectar en esta muestra cuáles de estas características tienen que ver con ejercicio sexual en diferentes condiciones de protección para varones y mujeres.

LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE: ¿PELIGROSA?

Tres cuestiones resaltan en la literatura sobre sexualidad adolescente, que son planteadas como problemáticas: 1) el inicio sexual temprano; 2) el embarazo, y 3) las enfermedades de transmisión sexual.

El inicio sexual temprano

Se ha dicho que el inicio sexual se relaciona con el comienzo de la exposición a diversos riesgos relativos a la salud reproductiva, tales como el de adquirir enfermedades sexualmente transmisibles y el de embarazo no deseado (Friedman, 1992). La actividad sexual a edades menores es considerada uno de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino en estudios epidemiológicos entre diferentes poblaciones. Aun cuando no se ha definido qué se entiende por inicio sexual "temprano", desde lo biológico podría suponerse que se trata de aquellos inicios que se dan previo a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva. Sin embargo, culturalmente se entiende que tenga

otras implicaciones y otros elementos a partir de los cuales definir en qué momento se considera adecuado (en función de la normatividad social) tener relaciones sexuales. Esto es, al hablar de "precocidad" o inicio "temprano" de la actividad sexual, pareciera ser que existe una mezcla de elementos culturales que se sobreponen al desarrollo biológico. Pareciera también que, ya que no se define, a todos nos quedara clara la idea de lo que es "precoz": ¿será la actividad coital antes de que ocurra la mayoría de edad?, ¿o la que ocurre antes de completar el desarrollo puberal, la edad ósea, la adolescencia, la expectativa familiar, la enseñanza media?, ¿a partir de cuándo es temprano?, ¿antes de qué eventos?, ¿en qué circunstancias y para quiénes resulta conflictivo? o ¿es considerado igual en todos los medios sociales, culturales y económicos y bajo diferentes condiciones raciales, nutricionales y de desarrollo?

En México se ha documentado acerca de la primera relación sexual a través de varias encuestas aplicadas en diversos medios, la mayoría de ellas entre población cautiva, ya sea en escuelas u hospitales. La Encuesta sobre Información Sexual y Reproductiva de Jóvenes (Núñez y Monroy, 1985), realizada en población urbana, reporta que 13.4% de las mujeres y 43.5% de los varones de 15-19 años de edad informaron haber tenido un encuentro sexual premarital. Estas cifras se incrementan en el grupo de 20-24 años, con 39.1% para las mujeres y 85.7% para los varones. La edad promedio de inicio es 17 años las mujeres y 15.7 los varones. La Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de Adolescentes y Jóvenes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM) (DGPF, 1988), realizada en población abierta, encontró en una muestra de 1 010 adolescentes entrevistados que 32.7% había tenido contacto sexual por lo menos una vez, con un promedio de 16 años para los varones y 17 para las mujeres.

El inicio sexual a edades más tempranas se plantea en mujeres y en varones relacionado tanto a factores hormonales como con elementos socioculturales. Particularmente interesantes en este aspecto son los trabajos realizados por Zabin y Hayward (1993) entre mujeres negras y blancas. Enfatizan en la problemática que plantea tal situación en tanto se incrementa el riesgo de efectos adversos sobre la salud, dado un mayor tiempo de exposición a eventos sexuales, incrementando también el número de parejas y disminu-

yendo la probabilidad de uso efectivo de contraceptivos. La autora plantea una relación positiva entre edad de la menarca e inicio sexual, así como entre menarca y primer nacimiento (cuya evidencia es transcultural), sin dejar de considerar que el papel que en el comportamiento sexual desempeñan los cambios hormonales está en función del contexto social. Citando otros trabajos, comenta sobre algunas diferencias en cuanto al involucramiento en el coito entre varones y mujeres: en los varones es primariamente condicionado por niveles elevados de testosterona, mientras en las mujeres está fuertemente regulado por normas sociales. Un siglo atrás Engels (1978) planteó la posibilidad de cambios en el ámbito biológico en función de las condiciones del hábitat y estructuras organizativas humanas, que han dejado a la especie humana en el nivel evolutivo donde ahora se sitúa.

Pero, ¿cómo hacer de lado lo biológico que como especie nos corresponde? Nuestra biología ha sido modificada importantemente por situaciones socioculturales, mas no hemos dejado de responder a estímulos reflejos, que cualquier ente vivo posee como característica. En el caso de la actividad sexual, la investigación de aspectos biológicos en México ha dejado lagunas en este campo; quedan todavía por resolver cuestionamientos desde lo biológico, psicológico y social para considerar el asunto en sus justas dimensiones.

Embarazo adolescente

Particular atención se ha puesto a la fecundidad adolescente, pues la mayoría de los nacimientos en este grupo ocurren de madres solteras, y en general se sabe que sucede con mayor frecuencia en los estratos sociales más pobres. Desde una perspectiva macrosocial, se le plantea causa o consecuencia de la pobreza, disyuntiva enfocada hacia los países en desarrollo, que lleva la discusión al terreno socioeconómico.

Nathanson (1991) propone otra visión del embarazo adolescente, deconstruyéndolo como problema dado, ya que aceptarlo como tal impide entender cuándo y por qué ha sido considerado problema. Plantea que se trata de una etiqueta contemporánea

para señalar un problema muy viejo, detrás del que puede estar la ansiedad de control de la sexualidad de las mujeres solteras: la normatividad social establece que no deben tener sexualidad antes del matrimonio. El embarazo hace evidente para la sociedad el ejercicio sexual premarital, y ambos son prueba de pérdida del control. En su propuesta, retoma la dimensión histórica del embarazo adolescente, y las construcciones que acerca de éste tienen los actores relacionados con la embarazada, pues de los significados que se le atribuyan en distintos contextos dependerá su calificación como problema o no (Stern, 1994) y las acciones que se encaminen a resolverlo.

La mayoría de los estudios elaborados sobre embarazo adolescente suelen considerar a la embarazada en desventaja respecto a las no adolescentes. Desde las perspectivas biomédica, social y psicológica, se señalan desventajas sociales (Rojas, 1991) inmadurez biológica para asumir la maternidad y mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud por parte de la adolescente, además de dar a luz infantes de bajo peso (Strobino *et al.*, 1995). Geronimus (1994) hace un corte por edad y muestra que algunos factores biológicos podrían estar influyendo en el resultado del embarazo de adolescentes, pues a menor edad las repercusiones negativas para la madre y el hijo son mayores.

Buena parte de los trabajos sobre este tema invoca diversos factores relacionados con el embarazo adolescente, tales como características de la familia de origen, calidad de las relaciones familiares, ausencia de alguno de los padres, antecedente de embarazo adolescente de madre o hermana, características del compañero o novio, y personales de la adolescente, relación de pareja y otros (Romero, 1993). En cuanto a conocimiento de metodología anti-conceptiva, se aduce en la literatura sobre conocimiento, actitud y práctica información escasa y mitos conceptualizados como ideas erróneas acerca del uso de métodos entre las adolescentes (Pick de Weiss *et al.*, 1991a). Parten de modelos de causalidad que limitan su conceptualización; propician mayor estigmatización del embarazo adolescente y de las características que encuentran relacionadas con éste, dando por hecho que se trata de un problema.

En México ocurren al año cerca de 400 000 nacimientos de mujeres menores de 20 años de edad (15% del total). La mayoría

de estos nacimientos no fueron planeados y muchos no fueron deseados. No obstante la implementación de los programas de planificación familiar, la disminución de la tasa de fecundidad específica para las edades entre 15 y 25 años ha sido menor que para las mujeres de mayor edad (Pathfinder Fund y The Population Council, 1989). En términos absolutos el embarazo en adolescentes no se ha incrementado, más bien no ha disminuido en la misma proporción que en otros grupos etarios. Volviendo a Nathanson y Stern: ¿por qué entonces se considera problema?, ¿dónde se origina?, ¿para quién es problema? (Stern, 1994) y ¿por qué habría de ser más cuestionable la condición de deseo o no del embarazo entre mujeres y varones adolescentes respecto a personas adultas?

Enfermedades de transmisión sexual

Otro de los puntos álgidos en torno al ejercicio sexual adolescente es el de las enfermedades de transmisión sexual, debido a que muchos de los que son sexualmente activos tienden a no hacer uso de métodos de prevención. Estudios epidemiológicos señalan la presencia y persistencia de algunas ETS como factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino, a las que se asocian también, entre otros, deficiente higiene, mayor número de parejas sexuales e inicio sexual a edades tempranas.

Es común encontrar en la literatura médica la interpretación del número de parejas como promiscuidad, aunque éstas se encuentren diferidas en tiempo (monogamia secuencial) (Del Río y Rico, 1996). A la vez, se valora la exposición a relaciones sexuales a partir del número de parejas y no de la frecuencia de coitos, parámetro que en términos epidemiológicos representaría más el riesgo real, aunque poco exprese acerca de la protección. En una sola relación sexual desprotegida es posible adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual (Del Río y Rico, 1996), independientemente del número de parejas, la preferencia sexual, el número de relaciones y otras que se han querido buscar bajo dos premisas: conocer el comportamiento sexual de algunos sectores de la población y, a través de esta información, recurrir a juicios

morales para imponer pautas de conducta y formas de control con argumentos "científicos".

La ECRAMM habla de 31% de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual entre los varones; mientras para las mujeres es de 22%. De estos(as) adolescentes, 18% de los varones y 3% de las mujeres usó condón en su primera relación sexual (DGPF, 1988), es decir, en momentos en que no había una masificación de la información acerca del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), ni se difundía abiertamente el uso de condón.

Especial interés para los investigadores ha despertado el Sida, cuya incidencia crece entre la población joven en los últimos años. Para los años 1992, 1993 y 1994, durante los meses de abril, la mayor incidencia de casos acumulados de Sida ocurrió en los grupos de 20 a 44 años (INDRE, 1994). Si se toma en consideración el periodo entre el contagio del virus y la aparición de la enfermedad, se supone que al menos una parte de los casos adquirió el VIH durante la adolescencia. No obstante la apertura de mayor cantidad de espacios donde hablar del Sida, el aspecto de la prevención genera controversia entre diferentes autores y países acerca del grado de información que poseen las y los jóvenes sobre la vía de transmisión sexual y el uso de condón, e incluso sobre si se les debe o no dar tal información. Algunos afirman que no se recurre a formas preventivas por desconocimiento. Autores como Maticka (1991) y Brown *et al.* (1992) han encontrado que, a pesar de que los(las) adolescentes poseen información, no hay correspondencia con el uso de condón, sobre todo entre personas con relaciones sexuales ocasionales y/o con varias parejas sexuales.

En México se ha investigado poco sobre la primera relación sexual, y nuestro interés se centra en saber la trascendencia que pueda tener ésta en posteriores relaciones en cuanto a la asunción de protección contra embarazos no deseados y enfermedades sexualmente transmisibles, especialmente el VIH.

La primera relación sexual no protegida puede representar riesgos que aunados a otros eventos de la vida cotidiana de varones y mujeres conformen un conjunto de posibilidades de alteración de la salud física, mental y social, razón por la cual es menester conocer diferentes contextos que le dan significado diferente para varones y para mujeres.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL.
LA ADOLESCENCIA Y EL MEDIO URBANO

El contexto en el que se desempeñan las y los adolescentes entrevistados es el medio urbano de la Ciudad de México. Éste es un medio muy complejo debido a su crecimiento acelerado y deficiente planificación; agobiado por la sobrepoblación, la desigualdad social, altos índices de desempleo y subempleo, violencia, migración, delincuencia, graves problemas ecológicos y personajes profundamente marcados por los medios masivos de comunicación. Diferencias socioculturales y económicas colocan a los y las adolescentes frente a rangos de opciones vitales desiguales según el grupo social de pertenencia (De Oliveira y García, 1987) y el género (Figueroa, 1992; De Barbieri, 1992). La actividad socialmente perfilada para los jóvenes urbanos es el estudio, incluyendo niveles de instrucción mayores a primaria y secundaria. No obstante, la posibilidad real de acceder a mayores niveles de escolaridad se diluye entre la oferta educativa y el contar con recursos para ello.

En el medio urbano, los espacios básicos de convivencia donde se ponen a prueba, intercambian, modifican y construyen normatividades, valores y pautas de comportamiento son varios: el núcleo familiar, la escuela en tanto institución donde se aprenden nuevos códigos e instancia de inserción a un aparato social contradictorio desde donde se filtra el discurso científico al resto de las instituciones sociales, y el grupo de contemporáneos, amigos o pares, en el que las y los adolescentes se enfrentan a otros con quienes compartir características más o menos similares en espacios y finalidades diversos. Con los coetáneos se busca el reconocimiento, aceptación y comunicación de que no se goza en el mundo adulto (Amara, 1993; González, 1993).

ADOLESCENTES ESTUDIANTES

Los grupos estudiados

Estos resultados son una parte de la información generada a partir del uso de una metodología cualitativa (observación participante)

y cuantitativa (encuesta) en cada una de las escuelas seleccionadas. Se incluyeron escuelas de nivel medio y superior de la Ciudad de México. El trabajo de campo se realizó entre 1993 y 1994. La muestra encuestada estuvo constituida por 232 adolescente varones y mujeres entre 15 y 19 años de edad.

Siguiendo el supuesto de encontrar diferencias entre los grupos de adolescentes de acuerdo con características sociodemográficas y económicas, las escuelas se clasificaron en públicas y privadas. Otro de los supuestos, referente al papel de la orientación de la escuela en la práctica sexual de los jóvenes, partió de conceptualizar a la escuela como sistema en el que los elementos que en ella interactúan cumplen un cometido asentado como mecanismo necesario para la reproducción social. En él están presentes valores culturales que conducen a la definición de metas y estrategias, matizados por los actores en este proceso histórica y sociológicamente determinado (Tenti, 1987). Esto permitió hacer una segunda clasificación de las escuelas en laicas y religiosas, quedando tres tipos: pública (mixta), privada laica (mixta) y religiosas para varones y para mujeres, haciendo un total de cuatro escuelas. El tercer supuesto en la investigación se refiere al papel de las construcciones de género, que marcan pautas de comportamiento diferentes para varones y mujeres en su actuar en "las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas... [e] ...incluyen las actitudes, valores y expectativas que la sociedad define como masculinos y femeninos" (De Barbieri, 1992). Tal diferenciación expone a cada uno a procesos protectores o destructivos diversos ante los que los individuos se sitúan con capacidad de respuesta diferente, constituyendo niveles y ámbitos de riesgo de daño a la salud (Salles y Tuirán, 1995).

Las y los adolescentes fueron seleccionados al azar en el interior de cada uno de los planteles. Fueron excluidos los becarios de cualquiera de las escuelas y quienes no consintieran en participar, previa información acerca del trabajo. Se encuestaron 46 (20%) adolescentes de escuela religiosa de mujeres y 47 (20%) de religiosa de varones, 44 (19%) de escuela privada laica y 95 (41%) de pública. Los varones eran 111 (48%) y las mujeres 121 (52%).

Características sociodemográficas

La ubicación de las escuelas habla de contextos de vida de algunos adolescentes que se desempeñan en la ciudad más grande del mundo, y muestra parte del abanico de opciones asequibles a estos grupos. Las tres escuelas privadas se encuentran en la zona centro del D. F., en colonias tradicionalmente habitadas por clase media alta y alta. La escuela pública está ubicada en la zona norte de la ciudad, dentro de una unidad habitacional sindical, razón que explica que la mayoría de adolescentes de este plantel tiene casa propia.

Otro punto es el gasto económico que implica estar en uno u otro plantel: para 1993-1994, cuando se realizó el estudio, las escuelas privadas tenían un costo anual de 537 a 680 salarios mínimos, mientras la pública costaba 0.9 salarios mínimos al año, siendo el salario mínimo diario de 15 nuevos pesos al momento de la investigación.

Las condiciones en que se encontraban los planteles muestran diferencias. Las escuelas privadas mantienen el mobiliario en buen estado y la escuela limpia. Ambas escuelas religiosas se encontraron especialmente pulcras; no así la privada laica, que a pesar de tener menos alumnos y espacio, sus instalaciones estaban en regular estado. En todas ellas el acceso está controlado y sólo se permite la entrada previa cita. En la escuela religiosa para varones, cada aula tenía una cruz sobre el pizarrón y, según lo requiriera cada profesor, antes de iniciar la clase los alumnos se ponían de pie y hacían oración. En la escuela religiosa para mujeres hubo mucho control de nuestros movimientos, y no fue posible observar los salones de clase, aun cuando las investigadoras éramos mujeres, al igual que casi todo el personal administrativo y docente. La escuela pública se encontraba en las siguientes condiciones: pintura desprendida a colgajos, sillas rotas, escritorios desvencijados, salones oscuros, patios y aulas limpios. Asimismo, contaba con vigilancia a cargo de policías auxiliares que solicitan identificación al entrar, ya que se han suscitado problemas con bandas que pretenden introducirse al plantel, según comentaron autoridades del mismo.

Lo que a continuación mostramos son algunos de los datos obtenidos por el cuestionario denominado "Entorno social, salud

y sexualidad en los adolescentes", que recogió información sobre características sociodemográficas, fuentes de información sobre sexualidad, comunicación, conocimiento corporal, vivencias sexuales (en lo referente a coito y masturbación), conocimiento y uso de metodología anticonceptiva, actitudes ante la sexualidad y conocimiento de enfermedades de transmisión sexual y Sida. Ya que el muestreo fue intencional de acuerdo con el tipo y orientación de las escuelas y con las limitantes bien conocidas del instrumento empleado, nuestros resultados describen sólo la muestra estudiada, pero no permiten extrapolaciones a la población de adolescentes en general.

Bajo el supuesto de diferenciación sociodemográfica y económica, podemos decir que lo que fundamentalmente distingue a los grupos de adolescentes entrevistados son: mayor instrucción tanto de la madre como del padre y la ocupación profesional del padre como jefe de familia. Ambas condiciones se cumplen para las escuelas privadas, independientemente de ser laica o religiosa, para quienes muy probablemente los niveles de ingreso son superiores a los de los padres de escuela pública, cuya escolaridad y ocupación son menores ($p < 0.05$) (cuadros 1 y 2).

Llaman la atención algunas características compartidas por estos adolescentes que no están relacionadas con el tipo de escuela, y se refieren a la conformación familiar que denota la existencia de familias en donde cohabitan exclusivamente padres y hermanos (78%). Aparece como predominante el papel del padre como proveedor en 72% de los casos, lo reportan como principal sostén de la familia. La participación de la madre en labores extradomésticas, contribuyendo al ingreso familiar, ocurre en 7% de los casos. Hogares en que la madre es el sostén principal son 15%. Al distinguir por tipo y orientación de la escuela, llama la atención un mayor porcentaje de madres dedicadas al hogar en la escuela pública (69%), seguidas por 56% de las madres de escuelas religiosas; en la escuela privada laica, en cambio, 50% de las madres se dedican a actividades extradomésticas. Aunque estas diferencias no resultan significativas desde el punto de vista estadístico, algunas posibles interpretaciones de las tendencias nos hacen suponer para este grupo de escuela, privada laica, la existencia de lo que Figueroa y Fuentes (1995) llaman "nuevos estilos de vida". Se trata de mujeres que en su mayoría tienen escolaridad media a superior y se desem-

peñan en otros escenarios. El 88% mencionó tener algún tipo de religión y mayoritariamente se señaló la católica (84 por ciento).

CUADRO 1
Escolaridad de la madre y del padre por tipo de escuela

<i>Tipo de escuela</i>	<i>Menor o igual a primaria</i>		<i>Secundaria, preparatoria o equivalentes</i>		<i>Igual o mayor a profesional</i>		<i>Total</i>	
	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>
Religiosa de mujeres	1	0	22	14	21	31	44	45
Religiosa de varones	0	0	26	7	21	40	47	47
Laica privada mixta	11	10	22	13	8	16	41	39
Laica pública mixta	59	36	32	36	3	14	94	86
Total	71	46	102	70	53	101	226	217

$p < 0.05$

CUADRO 2
Ocupación del padre por tipo de escuela

<i>Tipo de escuela</i>	<i>Desempleado</i>	<i>Profesional</i>	<i>Fabriles</i>	<i>Administrativa</i>	<i>Comercial</i>	<i>Otras</i>
Religiosa de mujeres	2	20	2	0	6	11
Religiosa de varones	0	21	1	0	9	12
Laica privada mixta	0	11	3	7	7	9
Laica pública mixta	2	9	28	7	17	20
Total	4	61	34	14	39	52

$p < 0.05$

LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Al hablar de iniciación sexual, los patrones predominantes aparecen más relacionados con construcciones de género, establecidas

como normas y prescripciones diferenciadas para varones y mujeres, y que atraviesan el grupo social de pertenencia, lo cual nos lleva a introducir el último eje de análisis.

Por primera relación sexual entendemos aquí la primera relación coital, sea vaginal o anal. En estos términos, los y las adolescentes encuestados reportaron que la media de edad independientemente de sexo y escuela para inicio de relaciones sexuales fue de 15.5 ± 1.5 años. Cabe resaltar que persisten diferencias en la edad declarada de inicio de acuerdo con el sexo, donde el promedio de edad de inicio para las mujeres fue mayor respecto a los varones (16.3 ± 1.4 años y 15 ± 2 años, respectivamente). Con relación a otros estudios en el mismo grupo de edad, la magnitud de la diferencia se mantiene prácticamente igual (Núñez y Monroy, 1985; DGPF, 1988). El mayor porcentaje de iniciación respecto a escuela y sexo corresponde a las adolescentes de la escuela pública, ya que la mitad de las mujeres encuestadas declararon haber tenido relaciones coitales (cuadro 3).

CUADRO 3
Media y desviación estándar de la edad
de inicio de relaciones sexuales de acuerdo con la escuela

<i>Tipo de escuela</i>	<i>Edad (media y desviación estándar)</i>
Religiosa de mujeres	16.0 ± 1.4
Religiosa de varones	15.6 ± 0.76

En cuanto a la aparición de la menarca, la media de edad fue de 12.3 ± 1.3 años, y no se observó una correlación con la edad de inicio de relaciones sexuales, las cuales se dan en las adolescentes encuestadas entre tres y cuatro años después. Retomando a Zabin y Hayward, esta situación replantea la importancia de elementos sociales y culturales en la primera relación entre las adolescentes, con poco peso aparente de factores biológicos relacionados con la pubertad, hasta el momento escasamente explicados en sí mismos. Para el caso de los varones, tampoco se encontró correlación entre la edad a la primera eyaculación (13.4 ± 1.5 años) con la edad de inicio sexual (dos años después); sin embargo, los resultados se acercan más a lo planteado por Zabin y Hayward en cuanto al

tiempo que transcurre entre la primera eyaculación y la primera relación. Ambas situaciones deben ser tomadas con reserva pues, por un lado, muchos varones no logran identificar el momento en que ocurre la espermaquia y, por otro, se sabe que entre las mujeres suele estar subreportado el inicio sexual o se declara más tardío. El número promedio de compañeros sexuales fue de 3 ± 2 parejas, con un valor mínimo de una pareja y máximo de 15. Según el sexo del adolescente, la media de compañeros sexuales para las mujeres fue de 1.11 ± 0.5 compañeros y para los varones de 3.1 ± 2.6 parejas.

La primera relación fue declarada en ambos sexos como heterosexual, a excepción de un varón que reportó relaciones homosexuales. Tanto varones como mujeres dijeron en su mayoría que la relación fue decidida por ambos (más de 60% en cada uno de los grupos).

Del total de adolescentes que declararon vida sexual coital ($n=74$, correspondiente a 31%), 51% dijo haber hecho algo para evitar el embarazo en la primera relación, contra 49% que declararon no haber hecho nada en el mismo momento. Resalta aquí que un alto porcentaje (94%) de adolescentes declararon conocer algún método anticonceptivo; sin embargo, la información acerca de métodos preventivos no implica necesariamente su uso. No obstante lo señalado en el párrafo anterior, se observó congruencia entre el uso de preventivos durante la primera relación y en las subsecuentes, ya que 53% de adolescentes declararon "siempre" hacer algo para evitar el embarazo propio o de la compañera. Este evento vuelve la atención a la importancia que tiene la forma en que sucede la primera relación sexual y la trascendencia que puede tener incidir sobre ésta, planteando pautas de comportamiento que disminuyan los riesgos *a priori*, sin menoscabo del placer.

En relación con la edad en que declararon haber evitado el embarazo, la mayor proporción lo hizo a los 16 años. Al distinguir por sexo se encontró que en las mujeres era de 16.2 ± 1 año y en los varones de 15.3 ± 1 año. Pareciera ser más relevante para los varones evitar un evento reproductivo.

El método anticonceptivo más usado durante la primera relación sexual fue el condón, independientemente del sexo. Destaca que a mayor edad cobra importancia el uso del ritmo para evitar el embarazo, coincidiendo con las relaciones subsecuentes. La deci-

sión del uso de algún método anticonceptivo fue tomada por ambos en primera instancia, y enseguida por el varón. Esta tendencia se conserva en la última relación. El motivo más importante entre mujeres y varones para no recurrir a métodos anticonceptivos en la primera relación fue el no haberla planeado, situación que se repite en las relaciones subsecuentes.

La mayor proporción de adolescentes negó haberse embarazado o haber embarazado a alguien. Sólo dos varones reconocieron haber embarazado a su pareja sexual en alguna de sus relaciones.

De los que iniciaron relaciones sexuales ninguno reporta haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual; aproximadamente 50% declara haber usado algo para evitarlas. En este punto, suponemos un subregistro que obedece a varias causas, dentro de las cuales estarían el ocultamiento por temor al estigma del que se ha cargado a las ETS, la falta de información para percibir las o simplemente la negación de su existencia, todas ellas condicionadas de manera importante por un entorno social sexualmente castrante.

ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD

Al preguntar sobre actitudes acerca de la sexualidad, encontramos que los extremos se sitúan de la siguiente manera: 231 adolescentes estarían dispuestas(os) a recibir educación sexual, destacando que prácticamente la totalidad de las y los entrevistados la perciben como necesaria, independientemente de haberse iniciado sexualmente o no. Por otro lado, en cuanto a relaciones sexuales con su mismo sexo, 225 no estarían dispuestas(os) a tenerlas.

Hay alguna evidencia reciente de que para efectos de investigación sobre el Sida, carece de importancia la preferencia sexual, a diferencia de las consideradas prácticas de riesgo. En su mayoría perciben que homosexuales y prostitutas no son grupos de riesgo para el contagio del VIH/Sida. En cambio perciben que las relaciones sin protección pueden ser motivo de infección y tienen claro que tener Sida y portar el VIH son situaciones diferentes.

De los entrevistados, 88.3% considera que es posible tener relaciones protegidas con condón y placenteras, contra 11.7% que declara lo contrario.

En relación con la información sobre Sida, todos los adolescentes encuestados declararon haber oído hablar de él. Respecto a las formas de transmisión, declaran como las vías más importantes el contacto sexual y la transfusión sanguínea. Llama la atención que no contemplan la transmisión transplacentaria ni por jeringas-agujas infectadas, aspecto que cobra importancia en la tendencia reciente a la heterosexualización del VIH/Sida, por la que se espera mayor transmisión vertical. Acerca de la prevención del Sida consideraron la protección por medio de condón en las relaciones sexuales, así como otros medios como la abstinencia sexual.

De los temas sobre los cuales se comunican y los personajes que participan, encontramos que conforme el tema de comunicación se enfocaba a sexualidad, había cambios en la participación de los personajes, específicamente el padre, la madre y los amigos.

DISCUSIÓN

La metodología tipo encuesta utilizada en el presente trabajo perfila características muy puntuales acerca de aspectos socioeconómicos, fuentes de información, conocimiento corporal, de metodología anticonceptiva, transmisión y prevención del VIH/Sida. Sin embargo, plantea limitaciones cuando la información se interpreta como intenciones de comportamiento futuro (Tenti, 1987; Figueroa y Fuentes, 1995). En este sentido, la utilidad de la información generada por tales métodos está en el conocimiento a modo de cámara fotográfica que hace una toma en un espacio, en un tiempo, de elementos, situaciones, actores e instituciones sociales implicados en la estructuración de la sexualidad adolescente, mas no los articula. Lo que permite conocer esta articulación son los significados que para los actores generan la información sexual, los informantes, el contexto, el cuerpo, el embarazo, el Sida, la afectividad, los valores y la normatividad social.

Para saber de los significados contamos con métodos cualitativos (entrevistas de diferentes tipos y observación entre otros), en los que mediante el lenguaje verbal y no verbal se aprecian las formas en que las personas reflejan y construyen su propio contexto. De ello nos ocuparemos en otro momento.

En estudios cuantitativos resulta una tentación llevar los datos a la significancia estadística, ya que ésta se traduce en un nivel de aceptación o rechazo de los resultados que tiene como condición el tamaño de la muestra. Es decir, que la capacidad de un estudio para encontrar diferencias se limitaría tan sólo a la cantidad de población estudiada y el no encontrar significancia no implica falta de veracidad de los resultados, a veces suelen decir más las tendencias observadas.

Hemos caracterizado dos grupos de adolescentes en torno a la escolaridad y ocupación del padre como jefe de familia y del grado de instrucción de la madre. Uno de los grupos está constituido por adolescentes de ambos sexos que cursan sus estudios de bachillerato en escuelas privadas, cuyos padres tienen niveles escolares elevados (profesional y posgrado) actividades profesionales y comerciales, en las que una parte de ellos es patrón o socio (aunque este último dato no mostró diferencias significativas). La escolaridad de las madres de este grupo proporcionalmente no las equipara a los padres, pero cuentan con nivel medio superior hacia arriba. Aunque mayoritariamente se dedican al hogar, participan en actividades profesionales. En este rubro, llama la atención que madres y padres de la escuela laica privada comparten más el trabajo fuera de casa, lo que podría suponer patrones de cotidianidad diferentes a los de las familias de escuelas privadas religiosas que repercutan en alguna forma en las relaciones con las y los hijos adolescentes, así como en sus expectativas de vida.

Un segundo grupo lo componen adolescentes mujeres y varones estudiantes de bachillerato en escuela pública. Sus padres tienen escolaridad más baja y su actividad es fabril o comercial. La instrucción de las madres es también más baja, incluyendo niveles menores a primaria. Mayoritariamente se dedican al hogar. Las diferencias estriban no sólo en la escolaridad de los padres y el tipo de escuela a la que asisten, sino también en la forma en que se conforman accesos a información sobre sexualidad, ETS y metodología anticonceptiva.

Uno de los supuestos de la investigación partió de la idea de encontrar menores niveles de información en las escuelas controladas por grupos religiosos, en las que buena parte del profesorado tiene alguna formación religiosa o jerarquía eclesiástica. Sin embar-

go, observamos niveles de información más altos en ambas escuelas religiosas, cuestionándonos sobre la religiosidad o la tradición en estas instituciones en las que el hecho de que inculquen la normatividad moral de la Iglesia católica no obsta para que sus estudiantes rompan con ella en sus prácticas sexual y reproductiva. Ellos fueron quienes mayor protección contra embarazo no deseado e información sobre ETS refirió, haciéndonos suponer que la información propicia mayor autonomía en las decisiones.

¿Qué significa que se piense más en evitar el embarazo que una ETS o en especial el Sida como resultado de un coito? Dados los condicionamientos sociales, el embarazo haría evidente la actividad sexual coital mientras que las ETS podrían pasar inadvertidas por lo menos durante algún tiempo, antes de enfrentarse al señalamiento de la autoridad moral controladora. No obstante, la investigación en esta dicotomía en particular podría decirse nula.

Finalmente, creemos interesante dimensionar el inicio sexual en cuanto a su tendencia secular en tres sentidos; a partir de la comparación de nuestros hallazgos, respecto a otras encuestas, no obstante las diferencias en relación con el marco muestral y obtención de la información. Los patrones en cuanto a la diferencia de años entre el inicio sexual de los varones respecto de las mujeres, parece conservarse de la encuesta Cora de 1985 hasta nuestro estudio en 1994. La tendencia en la edad de inicio para ambos sexos parece disminuir, ya que los varones entrevistados en nuestro estudio reportaron haber tenido su primera relación sexual antes que los jóvenes entrevistados por Cora. Para las mujeres entrevistadas en ambas encuestas, la diferencia fue igual (siete meses) (cuadro 4).

Cuadro 4
Comparación de tres encuestas
en relación con la edad de inicio de relaciones sexuales por sexo

Encuesta	Edad de inicio en años			Adolescentes que iniciaron vida sexual activa	
	Mujeres	Varones	Diferencia	Mujeres %	Varones %
Cora 1985	17.0	15.7	1.3	13.4	43.5
ECRAM 1988	17.0	16.0	1.0	20.0	33.0
Entorno 1994	16.3	15.0	1.3	19.8	45.0

Hay un incremento en la proporción de adolescentes que reportan haber tenido relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, que en 1988 fue de 27% y para 1994 fue de 32%, de tal forma que podemos decir que el inicio sexual no obedece puramente a cambios estrictamente biológicos, sino que, además, está determinado por el contexto sociocultural en el que se desarrollan los adolescentes en diferentes periodos. En este trabajo vemos que el inicio sexual en la mujer sucede por causas menos relacionadas con factores biológicos y mayor complejidad desde el punto de vista sociocultural; en los varones quizá el condicionamiento social de su sexualidad tiende más a resaltar los factores biológicos, tal y como ha acontecido históricamente al observar similitudes tan evidentes entre este estudio y la encuesta Cora.

BIBLIOGRAFÍA

- Amara, G. (1993), "El adolescente y la familia", *Perfiles educativos*, núm. 60.
- Blanc, A. y N. Rutenberg (1991), "Coitus and contraception: the utility of data on sexual intercourse for family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 22, núm. 3, pp. 162-176.
- Brown, L. K., R. Diclements y T. Park (1992), "Predictors of condom use in sexually active adolescents", *Journal of Adolescent Health*, vol. 13, núm. 8.
- De Barbieri, T. (1992), "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica", *Revista Interamericana de Sociología*, año II, Segunda época, núm. 2-3.
- De Oliveira, O. y B. García (1987), "Encuestas ¿hasta dónde?", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 49, núm. 1.
- Del Río Chirinboga, C. y B. Rico (1996), "Prevención de la transmisión sexual: evaluación y perspectivas", *ETS, Conasida/Epidemiología*, vol. 2, núm. 2.
- DGPF (Dirección General de Planificación Familiar) (1988), *Informe de la encuesta sobre el comportamiento reproductivo de adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México*, México, Secretaría de Salud.
- Engels, F. (1978), *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*, Medellín, Hombre Nuevo.
- Figuroa, J. G. (1992), "El enfoque de género para el estudio de la sexualidad: algunas reflexiones", material para discusión durante el *simposium Salud Reproductiva y Sexual*, Huatulco, Oaxaca (mimeo.).
- y C. Fuentes (1995), "Mujeres jóvenes: una reflexión ética", *Topodriilo*, mayo-junio.

- Friedman, Jay S. (1992), "Changing patterns of adolescent sexual behavior: consequences for health and development", *Journal of Adolescent Health*, vol. 13, núm. 5, pp. 345-50.
- Geronimus, A. (1994), "The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: implications for reproductive strategies and policy analysis", en Gita Sen y Rachel C. Snow (ed.), *Power and decision: the social control of reproduction*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University, Center for Population and Development Studies, pp. 77-100
- González, F. (1993), "Adolescencia estudiantil y desarrollo de la personalidad", *Perfiles educativos*, núm. 60, CISE.
- INDRE (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos) (1994), *Boletín Mensual ETS/SIDA*, mayo.
- Masters, W. H., V. Johnson y F. Kolodny (1988), *Enciclopedia de la sexualidad humana*, Barcelona, Grijalbo.
- Maticka, E. (1991), "Modifications of sexual activity in the era of AIDS: a trend analysis of adolescent sexual activities", *Youth and Society*, vol. 23, núm. 1, pp. 31-49.
- Nathanson, C. (1991), "Sexuality and social control", en *Dangerous Passage. The Social Control of Sexuality in Women's Adolescence*, Philadelphia, Temple University Press.
- Núñez, L. y A. Monroy (1985), *Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes*, México, Cora.
- Pathfinder Fund y The Population Council (1989), *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Resumen General*, Oaxaca, México.
- Pick de Weiss, S., L. Atkin y J. Gribble (1991), "Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico City", *Studies in Family Planning*, vol. 22, núm. 2, pp. 74-82.
- Rojas, A. L. (1991), "Problemática psicosocial de la madre adolescente", *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica, núm. 53, pp. 75-82.
- Romero, M. (1993), "Factores de riesgo del aborto en adolescentes mexicanas: Un estudio de casos y controles", tesis de maestría en salud reproductiva, México, INSP.
- Salles, V. y R. Tuirán (1995), "Dentro del laberinto. Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6.
- Saucedo, I. y S. Lerner (1994), "La salud reproductiva en el contexto de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo", *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*, año 2, núm. 4.
- Stern, C. (1994), "Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: un punto de vista heterodoxo", *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*, año 1, núm. 2.

- Strobino, D., M. E. Ensminger, Y. J. Kim y J. Nada (1995), "Mechanisms for maternal age differences in birth weight", *American Journal of Epidemiology*, vol. 142, núm. 3.
- Tenti, E. (1987), "Consideraciones sociológicas sobre calidad de la educación", *Cuadernos de Cultura Pedagógica*, núm. 1 (Serie Investigación).
- Zabin, L. y S. C. Hayward (1993), "Age of sexual onset", en *Adolescent Sexual Behavior and Childbearing*, Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series, vol. 26, Newbury Park, California, Sage Publications.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

LA EXPERIENCIA DEL EMBARAZO Y SU ATENCIÓN EN ADOLESCENTES DE ESTRATOS MEDIO, POPULAR Y MARGINAL

ANA LETICIA SALCEDO ROCHA¹

INTRODUCCIÓN

Una revisión de la literatura reciente en torno a la atención de la salud reproductiva de la mujer, permite visualizar que el embarazo adolescente² no ha sido suficientemente comprendido, lo cual tiene implicaciones en el impacto de programas de atención médica prenatal.³ En América Latina como en México esta atención es realizada de manera fundamental por agentes médicos, en instituciones públicas y dentro de programas para mujeres adultas. Sin

¹ Agradezco su dedicación y asesoría al profesor Claudio Stern. A Ana Rosa Plascencia y Rosa Mares por su apoyo en el trabajo de campo y a todas las adolescentes que participaron en las entrevistas, reconocemos su enorme ayuda y su testimonio.

² "La atención médica prenatal es una de las intervenciones más importantes para prevenir la morbilidad materna y del producto de la gestación; detectar y tratar oportunamente problemas para evitar complicaciones, en instituciones con personal capacitado e instalaciones adecuadas; enseñar a la embarazada conceptos básicos de salud, higiene, regulación de la fecundidad y prepararla para la lactancia" (OPS-OMS, 1995: 18-23).

³ Para delimitar la población de estudio, en este trabajo, se definió como embarazo adolescente aquella gestación que ocurre entre los 14 y 19 años, siguiendo la definición del Sistema Estadístico Nacional para los adolescentes (INEGI, 1994a). Este embarazo presenta un riesgo mayor para la morbilidad materna (Barme, 1990: 55) e infantil (Schlaepfer e Infante, 1996: 82-83). Aunque el embarazo precoz (no haber alcanzado una edad ginecológica de dos a cuatro años posteriores a la menarquia), hay un riesgo mayor por la inmadurez biológica de la madre (Fernández *et al.*, 1995), y en las últimas etapas de la adolescencia estos riesgos están determinados por los condicionantes socioeconómicos. Sin embargo, en cuanto al embarazo mismo, estas mujeres no corren riesgos de morbilidad diferentes a las mayores de 20 años, siempre que se les brinde la atención médica prenatal adecuada (Munitz y Silber, 1992: 132-133).

embargo, para muchas de ellas este servicio no existe, no tienen acceso, no lo utilizan o lo hacen desde el punto de vista médico en forma inadecuada e inoportuna (menos de seis consultas y después de la semana 12 de gestación), lo que propicia un incremento de complicaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer y su hijo.⁴ Asociado a este comportamiento se ha identificado: *a*) no tener acceso a servicios de salud por pertenecer a un nivel socioeconómico bajo; *b*) negación del embarazo por sentimientos de culpa, vergüenza, timidez e irresponsabilidad; *c*) no lo consideran necesario por falta de información e inexperiencia reproductiva, y *d*) la organización del servicio y el personal no responde a las necesidades de la adolescente (Lozano *et al.*, 1993: 225-243; OPS-OMS, 1988: 39; Lundgren *et al.*, 1989; Monroy, 1992: 210).

Sobre esta situación, nos planteamos tres cuestiones que fueron el estímulo para realizar este trabajo: 1) la necesidad de considerar si las adolescentes perciben al embarazo como un problema que requiere atención y si ésta tenga que ser otorgada por la medicina; 2) la consideración que hace la adolescente sobre la gestación se encuentra dentro de una situación de relaciones e interacciones, donde se recrean percepciones, conocimientos y valorizaciones que no se limitan al embarazo, sino que también aluden a la interpretación cotidiana del bienestar-malestar y a la búsqueda de atención, y 3) al estudiar condicionantes socioeconómicos no es posible dejar de lado los referentes culturales y las interpretaciones individuales que la adolescente lleva a cabo en torno a su embarazo. Desde estos señalamientos, orientamos nuestro trabajo a partir de los sujetos que lo protagonizan: las adolescentes, y es el resultado de la interacción entre determinados ejes teóricos y los desarrollos empíricos observados.

Con este sentido, el objetivo del presente trabajo fue acercarnos a los mecanismos (los "por qué" y los "cómo") que nos orienten a comprender los comportamientos que siguen las adolescentes para

⁴ Para América Latina y el Caribe se reporta que alrededor de tres cuartas partes de los nacimientos en adolescentes ocurren sin atención prenatal (Alarcón y Mojarro, 1991: 11-12). En México, Infante y Schlaepfer (1995: 109) reportan que las adolescentes tienen una proporción tres veces mayor de no haber tenido ningún tipo de atención prenatal. En Guadalajara se ha encontrado que 50% de las adolescentes tuvo sólo tres consultas durante su embarazo vs 33% del grupo de mujeres adultas (Villa *et al.*, 1994).

la atención de su embarazo; desde la forma como se articulan condiciones objetivas, procesos subjetivos y situaciones de interacción, para llegar a conformar o no, estilos distintos y distintivos en adolescentes de diferentes grupos sociales. Primero se describe brevemente el proceso de la investigación en el cual se inscribió el estudio. Después se presenta el embarazo como una experiencia compartida (las similitudes), y distintiva (variaciones por grupo social). Finalmente, reflexionamos sobre algunas conclusiones relevantes del trabajo, sus limitaciones y cuál sería el camino a seguir para poder avanzar en la investigación.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada se compuso de entrevistas a profundidad construidas a partir de una guía de temas.⁵ Utilizamos esta modalidad por permitirnos: 1) Captar el punto de vista y la lógica de la adolescente sobre sus experiencias transcurridas y la forma como organiza en su interpretación aspectos subjetivos-objetivos que ella misma considera en significados, decisiones, acciones e interacciones con otros. Ello con el sentido de conocer los mecanismos por los cuales el sujeto hace una construcción de su realidad, en un "mundo intersubjetivo" (Berger y Luckmann, 1991: 15, 40). 2) Además, entendemos que estos procesos se realizan, fundamentalmente, "en el diálogo, por medio del lenguaje, y que todo comprender viene siempre a ser un interpretar" (Gadamer, 1977: 461-468). Tomar en cuenta los argumentos anteriores, supuso definir a la adolescente por su representación en un sistema simbólico donde ella misma puede estar significada en un proceso que se está instituyendo. Por ello no pretendemos ni generalizarlo, ni evaluarlo en función de cuantificar las proporciones en las que se representan en este proceso como algo instituido.

Las entrevistas a profundidad que se realizaron pertenecen a 15 adolescentes de diferentes colonias de la ciudad de Guadalajara,

⁵ Esta guía se piloteó en población abierta. Se diseñó también una guía de preentrevista para seleccionar informante y la guía definitiva, la cual se iba modificando en función de la interacción personal, nuevos hallazgos y los puntos de saturación encontrados en los diferentes apartados.

durante los años 1995 y 1996. Sus edades fluctuaron entre los 14 y 18 años de edad. De acuerdo con su situación socioeconómica, tres correspondieron al sector marginal, siete al popular y cinco al medio. Estas adolescentes nos narraron sus vivencias en forma personal. Sin embargo, los testimonios presentados rebasan la construcción de subjetividades particulares y se extiende a las colectivas, representadas mediante sus creencias, valorizaciones, afectos y lógicas, a través de los cuales otorgan significado a sus comportamientos y que son moldeados por su experiencia social y cultural. En otras palabras, la singularidad de lo individual no anula las generalidades de las que esa adolescente es efecto.

Elegimos la ciudad de Guadalajara, por un lado, porque forma parte de las tres áreas metropolitanas más importantes del país, con un proceso de industrialización y urbanización acelerada, definidas por una organización económica basada en el libre comercio de las fuerzas del mercado y la acumulación de capital (Ruano, 1995). Esta situación ha repercutido en una división espacial y social de la ciudad, donde habitan sus más de tres millones y medio de habitantes, formando diferentes grupos socioeconómicos que habitan desde los barrios más antiguos y tradicionales, hasta fraccionamientos nuevos y colonias periféricas. Esta división social y espacial también se ha reflejado en una geografía de la enfermedad y en la distribución de los servicios de atención en la ciudad de Guadalajara (García de Alba *et al.*, 1990).

Por otro lado, a diferencia del Distrito Federal y Monterrey, esta ciudad donde "predomina una cultura de raigambre española y el catolicismo es un fuerte factor de identidad y cohesión social" (De la Peña, 1995: 25) puede considerarse la más tradicional y conservadora de las tres. De manera especial, en aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción en la adolescencia, se aprecian situaciones contradictorias. Informes de investigaciones recientes permiten observar en esta población: una actitud negativa al aborto, a las relaciones sexuales prematrimoniales; una falta de conocimientos sobre la sexualidad y en el uso de anticonceptivos (Mares, 1992; Chávez, 1990; Orozco, 1996). Al mismo tiempo que el relacionamiento sexual temprano, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el Sida, el embarazo y la baja cobertura prenatal en los adolescentes son definidos como problemas sociales

prioritarios (IMSS, 1994). Así, Guadalajara nos ofrecía la oportunidad de trabajar con grupos socioeconómicos diferentes y con cierta seguridad encontrarlos habitando determinadas colonias. También nos permitía trabajar en un espacio social donde la fecundidad en la adolescencia se reconoce como un problema de desigualdad social, de salud pública y de acceso a los servicios de salud y, de igual forma, resultaba accesible a las personas que participamos en la realización de este estudio.

Buscamos a las adolescentes por medio de grupos comunitarios en colonias de estratos marginados, bajos y medios, de acuerdo con criterios empleados por el INEGI para la clasificación de la zona de residencia y de la vivienda.⁶ Trabajamos con una muestra propositiva (Quinn, 1990: 277-295) de mujeres entre 14 y 19 años, que cursaban su primera gestación y tenían más de siete meses de embarazo.⁷

Las sesiones de entrevista se realizaron en el lugar y hora que ellas decidieron, donde ellas se sintieron seguras y en confianza para hablar. Se realizaron varios encuentros previos para establecer un mínimo de empatía, introducir al tema de investigación e invitarla a participar informándole nuestra condición de "estudiantes realizando una tarea" y en qué consistía su colaboración. Cada entrevista se recopiló en tres y hasta ocho sesiones, en un lapso promedio de dos horas cada una. Por lo general, nuestros encuentros se realizaban con una charla introductoria, para posteriormente solicitarle la narración de la historia de su embarazo. En la última sesión preguntamos directamente aquellos aspectos que eran básicos para el objetivo de la investigación y que no habían sido tratados. La información obtenida se complementó con las anotaciones realizadas en un diario de campo. Los temas de la guía de entrevista fueron planteados de manera abierta a las entrevistadas para que les permitiera recordar y reflexionar sin ser interrumpidas.

⁶ Véase INEGI (1994b). Criterios para los estratos (medio, bajo y marginal) de la distribución socioeconómica de las AGEB de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

⁷ En investigaciones anteriores después del parto o del aborto, la narración de la adolescente sobre aspectos subjetivos del embarazo se confunden y se refieren a este último evento (Prado y Salcedo, 1993). Al probar la guía de entrevista, nos dimos cuenta que los discursos eran más ricos en experiencias en las mujeres que se encontraban al final del embarazo.

El trabajo con los discursos incluyó primeramente el estudio de su contenido para discriminar temas y subtemas. Siguiendo la reconstrucción de la información por su contenido temático, se elaboró la estructura de análisis con la cual se trabajó cada uno de los relatos en forma individual mediante una lectura vertical (entrevista por entrevista) y una lectura horizontal (para considerar los textos en conjunto y observar respuestas comunes). Posteriormente se siguió, en lo posible, el modelo de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990), para la construcción de matrices de codificación y direccionar los datos según la lógica que siguió el relato. Finalmente, los hallazgos se integraron en los escenarios⁸ siguientes:

a) El embarazo en el curso de vida de la adolescente⁹ en relación con los ámbitos escolar, laboral, familiar, de pareja y los antecedentes más cercanos al embarazo: anticoncepción y motivos del embarazo-maternidad.

b) El transcurso del embarazo y su atención en una secuencia conformada por diferentes ciclos¹⁰ donde confluyen percepciones, interacciones y acciones, que incluyen la utilización del servicio médico de atención prenatal.

Con el objeto de ver cómo los escenarios vienen a permear el desarrollo de la gestación y analizar qué implicaciones tuvo con su atención, éstos se organizaron en dos marcos de lectura. El primero, como universo de cultura común que integra los eventos que corresponden a los puntos de saturación encontrados en todos los discursos. El otro, como universo de cultura distintiva, en donde los puntos de saturación corresponden a los registrados por el grupo social.

⁸ La conformación de los escenarios siguió la propuesta de Irvine (1994: 3-28), como un contexto formado por los guiones sociales donde se construyen los significados.

⁹ Para Giori (1994: 72), se trata de los "calendarios sociales". Tuirán (1994) ha estudiado en México la secuencia de eventos identificables en la vida de la mujer, en referencia a un patrón institucionalizado: entrada-salida de la escuela, al trabajo asalariado, la unión conyugal, el cambio de residencia, el nacimiento del primer hijo, etcétera.

¹⁰ El ciclo se integra por su duración y su naturaleza (Bagú, 1977).

Por último, sólo quisiéramos señalar que el marco del trabajo se inscribe en una perspectiva reconstructivista (Zemelman, 1992: 216-232) y a partir de los siguientes referentes teóricos.

El significado de los comportamientos lo entendemos en dos planos: el plano estructural está formado por las percepciones (sensaciones, emociones, acontecimientos, circunstancias, valores, creencias, etc.) que la adolescente reconoce, interpreta y juzga como motivos de sus acciones con respecto a la concepción.¹¹ Asimismo, incluye las lógicas de razonamiento (explica, evalúa, justifica) que otorga a sus experiencias pasadas, presentes y futuras (Schutz, 1989: 98-115). El plano interaccional se refiere a la comunicación y a la interacción cara a cara que establece la adolescente para llegar a la definición de la situación. Es decir, las redes sociales, desde donde es posible explorar los referentes simbólicos.

El contexto de los significados y las acciones se conformó a partir del grupo social de la mujer, que delimita zonas y formas típicas de producción, circulación y consumo de discursos, que se producen en núcleos privilegiados de sentido común. Los grupos sociales se definieron como un grupo de individuos que comparten un capital (económico, cultural y social), un nivel de vida (bienes y servicios) y apropiaciones simbólicas (códigos de desciframiento) que les permiten delimitarse con respecto a otros (Bourdieu, 1988: 136-140; 1990: 247). La configuración de los grupos sociales incluyó: 1) la ocupación, puesto en el trabajo, fuente de ingreso y escolaridad del principal proveedor económico de la unidad doméstica de origen de la adolescente (Bronfman y Tuirán, 1984), y 2) el acceso a prácticas de consumo definido por el AGE.B (área geoestadística básica) del lugar de residencia.

EL EMBARAZO Y SU ATENCIÓN: UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA

El embarazo aquí se presenta desde un marco de cultura común, es decir, como una experiencia similar a todas las adolescentes.

¹¹ Según Ricoeur (1988: 101-131), son la explicación de una interpretación como una razón (¿por qué?), como un propósito (¿para qué?) o como una estrategia (¿cómo?) de la acción.

Los motivos

La historia del embarazo parte, en primera instancia, de los motivos que tenía la adolescente para optar por el embarazo y refleja su perspectiva, el juicio o la evaluación que hace de esa experiencia.¹²

Consideramos que el deseo¹³ del embarazo y la maternidad¹⁴ asociado a la capacidad de decidir sobre utilizar o no anticonceptivos, refleja la oportunidad que tuvieron las adolescentes de seleccionar entre varias opciones (sobre la capacidad sexual y reproductiva) para optar por el embarazo. Al articular estos elementos, la gestación aparece como un fin en sí mismo, como una consecuencia o como el producto de una decisión ambivalente.

a) El embarazo como un fin en sí mismo, es producto de un deseo consciente y deliberado, es decir, como ejercicio de la voluntad de ella o de la pareja. El relacionamiento sexual y la concepción son una estrategia para casarse, o casarse es una estrategia para arribar a la sexualidad y al embarazo, para comprobar su fertilidad, hacer padre a la pareja, etcétera. Ella dispone o participa en la decisión de suspender o no utilizar anticonceptivos como una opción, aunque los métodos mencionados son los considerados como los menos efectivos para evitar el embarazo: el ritmo, retiro y condón. El deseo del hijo precede al embarazo. La maternidad se busca, se espera y es fundamental para su desarrollo personal y experiencia de vida: ser madres y formar una familia. En palabras de Vaggeti (1991), corresponde a "la elaboración de un regazo

¹² Tomamos en cuenta la propuesta Feinholz y Ávila (1996: 135-139) que, cuando hacemos la entrevista después de la concepción, se trata más bien del deseo y refleja el juicio o la evaluación que ellas hacen de esta experiencia.

¹³ Siguiendo a Vives (1996: 99) consideramos que en el deseo "se está haciendo referencia a algo que no se tiene con el fin de obtener una gratificación", que se basa en una representación que se ha convertido en signo de satisfacción. En este mismo trabajo puede consultarse los "factores motivacionales indirectos del deseo inconsciente en la adolescencia" y la somatización de conflictos con el embarazo.

¹⁴ Para Tubert (1991: 153-159), la maternidad tiene dos dimensiones: una simbólica (deseo de tener un hijo) y una imaginaria (ser madre). En el relato de las entrevistadas, pueden observarse estas dimensiones entretrejidas o predominando una: en el deseo de "tener un hijo", la adolescente hace referencia al valor social que tienen los "bebés" y la mujer con base en su capacidad de ser madre y para aprender a partir de tener la experiencia; el deseo de "ser madre" está claramente presente en las adolescentes, para las cuales el embarazo es un fin en sí mismo.

psíquico y social, donde el niño que nacerá pueda ser pensado, amado antes de ver la luz”.

b) El embarazo no decidido es una consecuencia de otro proyecto, un accidente o es impuesto por el varón. El coito parental se presenta como lo natural al “irse con él”. No existe la opción anticonceptiva, porque no tenían información. Tener sexo es igual a ser madres. No se identifica un deseo consciente. Si bien reconocemos que el deseo puede ser inconsciente y, por lo tanto, no es posible advertirlo en el discurso, sí están presentes factores motivacionales indirectos: como la muerte reciente de la madre y sentirse desprotegida ante las agresiones de un padre alcohólico, ser maltratada y corrida de su casa por el padrastro y sentirse abandonada por la madre. La maternidad se plantea como una experiencia a la que se ha resignado para complacer al varón y su propósito es muy vago.

c) El embarazo producto de un discurso ambivalente, se puede identificar como un “sí pero no”, donde se distinguen dos situaciones. En una, ellas expresan abiertamente que no deseaban la concepción pero corren el riesgo;¹⁵ no se utilizan anticonceptivos conociendo la posibilidad de embarazo o se deja la responsabilidad al varón. Ellas consideraron que no les iba a pasar “tan rápido” o “en las primeras relaciones sexuales”, o porque ya habían corrido el riesgo y no había sucedido. En la otra situación, hay una relativa ausencia de autodeterminación.¹⁶ No expresaron un “por qué no” lo evitaron; existe el deseo del hijo, pero al saber de su embarazo se plantean interrumpirlo. Al parecer, está en conflicto el deseo consciente e inconsciente por factores motivacionales indirectos (soledad, conflictos con la madre y la pareja). Sin embargo, al reflexionar sobre el hecho como algo que quedó atrás, todas mencionaron al aborto como una práctica a la que no recurrieron, porque significaba transgredir las normas y las expectativas sociales respecto a la maternidad y, en el ámbito individual, el pensar en interrumpir el embarazo las impulsó a examinar sus creencias

¹⁵ Luker (1984) sostiene que cuando una mujer corre el riesgo, significa que en su análisis de costos y beneficios está dispuesta a asumir los beneficios potenciales de una gestación.

¹⁶ Lo llamo relativa ausencia de autodeterminación porque es importante tomar en cuenta las razones del comportamiento que pareciera ser irreflexivo. Como señala Vaggeti (1991), “todo acto fallido es un discurso logrado. En las lagunas de la intencionalidad se hace camino el deseo inconsciente de la maternidad”.

religiosas y el valor moral de la maternidad. La maternidad obedece al deseo de "tener un hijo" que será la satisfacción a sus necesidades sentimentales, de comunicación, de comprensión y el motivo para ser diferente.

En los sentimientos que acompañaron estas narraciones, principalmente aparece el efecto del miedo, en el sentido de Heller (1993: 102-103), como una experiencia social verbalizada como el miedo: a ser estéril, a perder a la pareja, a no poder complacer a la pareja. Para otras, el miedo adopta un tipo particular: la ansiedad, que se caracteriza por no saber en realidad a lo que teme: a desear y embarazarse o a desear el embarazo y no embarazarse. En otras palabras, no se tiene claro el significado específico del miedo y se traduce en ambigüedad en el deseo, en la indecisión, en la confusión y/o en dejar la planeación del futuro y el control a otro, la pareja, o a una divinidad (Dios).

Transcurso y atención

El relato de la adolescente sobre el desarrollo de la concepción contiene un conjunto de cambios somático-funcionales y psicosociales, que descubre en su transcurso y verbaliza como "nunca me había pasado, nunca lo había sentido" y posteriormente en un "antes y ahora". Este descubrimiento puede enmarcarse en lo que algunos autores han llamado el "reconocimiento psíquico de la maternidad", que se refiere a la distancia temporal entre la fecundación vivida por el cuerpo y la gestación pensada que se expresa cuando la adolescente otorga un significado a estos cambios. Esta secuencia integra ciclos, que inician con un conjunto de eventos que pueden interpretarse como interrupciones-transiciones en su vida cotidiana,¹⁷ en una escala temporal interior-subjetiva y/o externa-cronológica.

¹⁷ La vida cotidiana comprende un conjunto de rutinas diarias en las que se desenvuelve la existencia humana y en la que confluyen elementos racionales como conocimientos, intenciones, la organización y distribución de las actividades, con elementos no racionales como los mitos, las tradiciones, los rituales, visiones de mundo y el inconsciente (Ramírez, 1991).

Este transcurso puede ser leído como un universo simbólico colectivo, desde donde la interpretación de la gestación es un fenómeno epigenético,¹⁸ que corresponde a una dinámica del cuerpo femenino: menstruación, embarazo, parto y maternidad. Pero ésta también es una experiencia que emerge como un universo sociocultural específico que se expresa en el ámbito individual y de acuerdo con el grupo social.

Primer ciclo: *Suspensión de la menstruación-sospecha de embarazo*. Ante la falta de sangrado menstrual, las entrevistadas afirmaron "soy exacta", como situación no vivida se preguntan: "¿qué me pasa, qué tengo?", "me sentía extraña, diferente, confundida". Otras utilizan como marco interpretativo su experiencia sobre la enfermedad: "¿estaré enferma o embarazada?" Las adolescentes llegan a descifrar este evento, primero, en un diálogo interno utilizando diferentes marcos de referencia de su acervo biográfico, buscando un acuerdo con la situación para confirmar la sospecha de embarazo. En un segundo momento se comunican con el varón, para compartirla, observar su reacción y decidir qué hacer para saber. Las acciones fueron: buscar atención médica y realizarse la prueba indicada o una autoprueba comercial, descifrar sus síntomas por conocimientos previos o con otras mujeres de la familia.

Segundo ciclo: *Conocimiento del embarazo-afirmación*. La mujer llega a saber que está embarazada, junto con los otros síntomas que le son significativos para llegar a definir su situación y orientar un conjunto de acciones. En general, identificarse como embarazada fue el producto de confrontar el dictamen del médico, de la sobadora, del miembro de la red o el resultado de la prueba, con experimentar "tener algo dentro de ella". Es decir, porque lo vio, lo escuchó (ecosonograma), lo sintió (movimientos fetales), y por el crecimiento del abdomen.

Tercer ciclo: *Certeza-decisión de continuar el embarazo*. Periodo señalado por sentimientos de ambigüedad, confusión, valoración de continuar el embarazo y donde se hizo referencia al aborto. Ellas continuamente estuvieron comunicando a la pareja y a la entrevi-

¹⁸ Corresponde a lo que Hartman (1987) define como "lo esperable en promedio"; es decir, "todas las culturas deben garantizar un ritmo y una secuencia adecuada a los fenómenos. Lo que es necesario y manejable para todos los seres humanos, por más que difieran en personalidad y pautas culturales".

tadora todos los cuidados que llevaron a cabo para no abortar, al parecer para mostrar el poder que tienen sobre la continuación del embarazo.

Cuarto ciclo: *Continuación del embarazo-proyecto de parto*. Es donde es posible apreciar si el embarazo fue aceptado o se resignó. Asimismo, si fue un embarazo cuidado, descuidado y esperado. Los movimientos fetales y el crecimiento abdominal fueron los cambios percibidos por la adolescentes como los más importantes. Esta percepción principalmente fue el umbral de transición para que un embarazo rechazado fuera aceptado o se viviera con resignación; para demostrar al varón que dentro de ella vive algo de él, y como la evidencia para justificar los sacrificios que están llevando a cabo, el cambio en su modo de vida, la subordinación de sus propios deseos. La preocupación de las adolescentes en este ciclo gira alrededor de no expulsar el feto: "puedo abortar, se puede venir, se puede salir". Ellas informan a la pareja de todo lo que hacen para que no suceda esto, o de lo que pueden dejar de hacer para que suceda. En consecuencia, mencionaron como acciones para atender la gestación: no correr, no levantar cosas pesadas, no brincar, no bailar, no fajarse, no usar ropa apretada, no tomar ningún medicamento o té que fuera abortivo, no hacer movimientos bruscos. Los motivos que ellas nos expresaron se centran en protegerlo: no aplastarlo, buscar información, atención, comer bien, tomar vitaminas, vacunarse, no preocuparse, levantar su ánimo porque el hijo sufre las consecuencias. Siguen consejos que se basan en creencias populares sobre las precauciones que debe seguir una embarazada para proteger al niño (por ejemplo, el listón rojo, el alfiler para los eclipses). Las indicaciones médicas siempre las validan con los otros, toman las medicinas si existe alguna identidad mórbida, definida por el médico y siempre que lo acepte la pareja.

Quinto ciclo: *Nacimiento del hijo-proyecto de vida*. Ellas consideran el parto con la finalidad de asegurar el nacimiento del hijo. Las jóvenes hicieron especial énfasis en la exploración ginecológica; ellas se oponían, no sabían de este examen. No recordaron dolor, sino miedo, vergüenza de que vieran, que tocaran aquello que probablemente aprendieron como una prohibición. Por ejemplo, ellas se extrañan de padecer infección urinaria, "lo que no se siente, no existe". El médico se los dijo y fueron descubiertas por medio de

exámenes de laboratorio. Tienen la expectativa de una atención hospitalaria siguiendo la recomendación de un miembro cercano que ya tuvo la experiencia en ese lugar y de ser atendida con paciencia, que estén constantemente al pendiente de ellas y dar a luz sin dolor. Después del parto, dependiendo de su situación, ellas imaginan un conjunto de realidades que tendrán que enfrentar: la atención del recién nacido, trabajar, cambiarse de casa, estudiar, atender a la pareja. Como madre, esposa, o cumpliendo sus expectativas de capacitación para trabajar como maestra, cultora de belleza, educadora, enfermera.

Cambios psicosociales

Las adolescentes, en el transcurso del embarazo, hicieron referencia a cambios emocionales como son los afectos de tristeza y hostilidad: "estaba muy sensible, muy sentida, lloraba con facilidad", "estaba melancólica, triste". Aspectos que han sido documentados como cambios en el estado de ánimo que experimentan las mujeres en la gestación por una etapa de tensión y ansiedad o cambios hormonales que las predispone a padecer desórdenes afectivos (Larrain y Rodríguez, 1993; Ravelo, 1995: 232). Si bien es importante tener en cuenta estos aportes, consideramos necesario buscar su implicación social, porque las adolescentes los mencionaron relacionándolos con ámbitos de interacción que las llevan a "extrañar su estilo de vida anterior" y en considerar "ya no soy la misma", anclados a las condiciones en las cuales se encuentran viviendo su embarazo. Por ejemplo, la separación brusca y conflictiva del hogar, el cambio de grupos de referencia con los que se relacionaba, el aislamiento y confinamiento en el hogar, la custodia de la pareja o la suegra o por su frustración de que no resultó lo que ellas esperaban.

Si se toma en cuenta que, desde la perspectiva interaccionista, la conformación del *self* se lleva a cabo en interacción con otros significativos y su respuesta afirmativa, entonces estos cambios emocionales reflejan una disminución de la identidad a consecuencia del confinamiento en el hogar, la custodia y la ausencia de visitantes o de la actividad social que ellas realizaban en su unidad doméstica

y en el grupo de pares. Sin embargo, la transformación de la identidad no sólo incluye lo psicológico (baja autoestima, estados de ánimo, etc.) ni el relacionamiento con otros, sino que tiene implicaciones “éticas y políticas” (Fried y Fuks, 1994) que siguen una lógica de dominación. Así, estos eventos estarían cumpliendo propósitos bien definidos: el sometimiento, la subyugación de la adolescente desde situaciones donde está presente la violencia.¹⁹

En este estudio, los actos de violencia fueron reportados por las entrevistadas como agresiones físicas y simbólicas por parte del varón, como son: amenazas explícitas de ser abandonada, de hacerla responsable si el hijo nacía mal, del confinamiento forzoso en el hogar y del conflicto que surge de las falsas expectativas que tanto se ha formado con respecto a su relación de pareja. Estas expresiones de violencia son rerrotuladas por ella mediante las siguientes justificaciones: “es que es muy celoso, está chípil por el embarazo”, “lo hace porque me lo merezco: lo desobedezco” o “él me dice: tú eres quien me obliga hacerlo”.

Redes sociales

El varón pareja de las adolescentes es quien aparece como el más importante y el que tiene más influencia sobre lo que ellas deciden y hacen para atender la concepción. Él vigila, supervisa y permite o no, el seguimiento de indicaciones. Ellas valoran este ejercicio de autoridad como legítimo en su capacidad de hacerlo padre (excepto dos que fueron abandonadas), en el siguiente sentido: “él es responsable de esto, por lo que es necesario que intervenga, lo comparta, contribuya”, estando junto a ellas el mayor tiempo posible, escuchando sus temores, dudas, compartiendo los movimientos fetales, acompañándola a la consulta, ayudando en el quehacer doméstico, decidiendo lo que es bueno para el hijo y ellas.

¹⁹ “En un sentido convencional, la violencia expresa la utilización de la fuerza o la coacción para obligar a alguien a obrar en contra de su voluntad o, en contra de sus principios o, en contra de sí misma. Es decir, se usa con una determinada intencionalidad, para el logro de determinados fines como el sometimiento a una autoridad” (Ramírez, 1991).

Asimismo, el otro significativo para la adolescente son las mujeres con experiencia en el embarazo y la maternidad. Aquí, la intención de la interacción se ubica principalmente en la búsqueda de apoyo cognoscitivo para "definir la situación" y orientar sus acciones de búsqueda para la atención prenatal. Además, las apoyan en los cuidados del embarazo y en el seguimiento de las indicaciones médicas (económico, material y servicios). Las adolescentes también les otorgan un peso importante en la validación de pronunciamientos médicos o populares. Se recurre principalmente a la mamá; si rompieron relaciones con ella, o están distanciadas, recurren a otros miembros de la red femenina por cercanía física, como las cuñadas y la suegra.

Utilización de la atención médica prenatal

En general, las adolescentes no se definen enfermas durante el embarazo; refieren molestias, incapacidad y dolor como propios de la evolución del embarazo. La mayoría, cuando el médico ha emitido un diagnóstico, ellas lo repiten: "me dijo que tengo baja la presión", "que estoy anémica", "me salió en los análisis infección en la orina".

Excepto las adolescentes del grupo marginal, todas acudieron a solicitar atención médica prenatal. En aquel embarazo deseado y decidido y aceptado, las jóvenes acudieron en forma temprana y sistemática. La gestación producto de un deseo ambivalente, que en un principio es negada, rechazada y después se vive con resignación, la atención médica prenatal es buscada tardíamente al final del embarazo, para ver si está bien el niño y para la atención del parto.

Ellas recurren a diversos agentes populares y al médico. También tienen contacto con otros agentes de las instituciones de salud como son la enfermera materno-infantil (EMI) y la trabajadora social. Al médico recurren para que las revise y determine que todo está bien; desde la lógica "ellos deben de saber, porque han estudiado". En los casos que fueron derivadas a la EMI, de ella recibieron orientación para cuidarse y saber sobre los cambios del embarazo, así como orientación sobre el parto y cuidado del recién nacido.

Recurrieron a la trabajadora social para que les resolviera algún problema sobre el costo de la consulta, les apuntara que acudió a su cita prenatal y las orientara con respecto a los lugares para la atención del parto o algún problema económico. En el caso del sobador, la partera, el homeópata, la demanda se dirigió a la resolución de una necesidad específica: “desencajar, mover al feto”, “para saber el sexo del bebé”, “para no batallar en el parto”, “para saber si voy a necesitar cesárea”.

EL EMBARAZO Y SU ATENCIÓN: UNA EXPERIENCIA DISTINTIVA

En este apartado se incluye un resumen de los principales hallazgos por grupo social.

El grupo marginal

Las adolescentes de este grupo fueron las más jóvenes del estudio (en promedio tenían 15.3 años de edad), tienen menos escolaridad (5.3 años en promedio) y antes del embarazo ya habían dejado de estudiar por incapacidad económica. Se insertaron al trabajo asalariado antes de los 12 años como empleadas domésticas para contribuir al mantenimiento de su familia. Al unirse en pareja las entrevistadas ya no trabajaban porque su compañero “no las dejó”, “él podía darle lo que necesitaba”. Los compañeros de las entrevistadas son también los más jóvenes, en promedio 17.6 años de edad; fue su primer novio, más o menos por seis meses y el primer compañero de relaciones coitales. En los dos primeros meses de “irse con él” se embarazaron, y viven en unión libre en la casa de la familia del varón. Una es abandonada y permanece con su familia. En su relato “irse con el novio” aparece como la huida de un medio familiar hostil y violento, donde están presentes sentimientos de soledad y desamparo a partir de la muerte de la madre, experiencias de violencia con el padrastro y falta de solidaridad de la madre ante esta circunstancia (también cursó un embarazo en la adolescencia).

El embarazo se presenta como un evento no decidido. Juana y Clementina comentaron al respecto:

Yo me fui con las intenciones ...m, porque él quedó que se iba a juntar conmigo y yo me fui con él.

Yo no quería, pero Cristino quería y lo quería complacer. Me dijo: es que yo ya quiero que te embaraces, yo ya quiero un... mi niño, y pues sí, ya ni me cuidaba ni nada, ya hasta que salí.

A la suspensión de la menstruación enfatizaron en no saber "lo que pasaba" y llegan a darle sentido por medio de otra mujer de su red, por cercanía física. No existe un cuestionamiento, "le dijeron...", "la llevaron a ...". Simplemente se acepta el dictamen.

Doña Tacha [sobadora] me dijo que estaba mala, porque ella me sobó. Mi tía Jova fue quien me llevó, pero yo no pensé que tenía eso: que estaba así..., esperando. Yo no sabía hasta que un día le pregunté a mi hermana y me dijo que yo estaba así, y ya creí, pero supe como a los cinco meses.

[...] pues no quería, pero ya qué podía hacer, estaba así y ya, quién me podía ayudar a no estar embarazada, pos nadie.

Posteriormente, el embarazo es rechazado y se resignan viviéndolo con indiferencia y fatalismo.

La violencia física está presente notablemente en estos discursos. Clementina nos describió estas situaciones:

Él me decía: ¿A quién quieres ver, con quién quieres quedar bien?, y luego la ropa que tenía así blusitas y eso me las rompía, o faldas así rabonsillas. Hasta porque voy a la tienda se enoja. No me deja ir porque es muy celoso y dice que yo voy de volada. [...] Un día, me soltó un cachetadón así con su mano [empuña la mano]. Me dijo: "¡Cállate! Clementina", y yo: "¡Ah! no yo no me voy a callar", y me pegó por eso. Pues me salió sangre de la nariz y aquí [se señala la mejilla derecha], traía como hinchado todo esto, porque me dio así [pone la mano extendida de frente en toda la cara]. Así en veces así le hago así, "¡ah!, ¡ah!", y dice: "Clementina ¡cállate!, no te quiero pegar", ya mejor me callo, yo pienso que él tiene razón porque lo desobedezco.

Las adolescentes tienen redes pequeñas, circunscritas a la unidad doméstica de origen y actual, sin posibilidades de apoyo en

bienes. Su principal influencia es en el desciframiento de cambios físicos y su apoyo en colaborar en los cuidados domésticos y llevar a la adolescente a consulta con la finalidad de planear el costo económico de la atención del parto.

Estas adolescentes cursaron el embarazo sin atención prenatal; en forma esporádica fueron llevadas con la sobadora o al Centro de Salud. Al no tener la capacidad económica de cubrir el examen indicado por el médico y al condicionar el médico las consultas posteriores a este resultado, ellas no regresan.

Al momento de la entrevista sólo una adolescente había recibido atención prenatal: en forma mixta, temprana, no sistemática y siguiendo una pauta posfáctica.²⁰ Al principio deja de asistir con el médico (Cruz Verde) al no poder comprar las vitaminas y el medicamento indicado; es llevada con la sobadora una sola vez, con dolor, fiebre, incapacidad y malestar. No vuelve porque "ya está bien, la curó: le desenchajó al niño". Sigue fielmente las indicaciones de ella, que no implican gasto económico, sino privaciones y sacrificio a escala personal: bañarse con agua fría, no dormir, caminar para prevenir "que se pegue el niño" y evitar una cesárea. Al final es llevada por una cuñada al Centro de Salud buscando un parto gratuito. Para todas, este evento es algo que irremediamente tiene que suceder y "ya presentándose a ver qué se hace" o "que sea lo que Dios quiera".

El grupo popular

Estas adolescentes tienen en promedio 16.1 años de edad y fueron a la escuela alrededor de nueve años. No siguieron estudiando porque se "sentían muy presionadas" al tener al mismo tiempo que trabajar y atender a la familia: "no podían con todo". Otras consideraron que ya habían terminado su vida de estudiantes. Sólo dos continuaban asistiendo a la preparatoria. Se insertan al mercado

²⁰ Utilizamos los criterios propuestos por Llovet (1989) para la utilización de los servicios de salud: *preventiva*, cuando ésta se lleva a cabo en la ausencia de estados mórbidos; *posfáctica*, se refiere a una utilización tardía y retrasada de los servicios de salud en relación con señales mórbidas; *fáctica*, cuando la utilización es producto de la aparición de señales mórbidas.

laboral en promedio a los 14 años, para satisfacer sus gastos personales y en segundo término ayudar a la familia. Tienen una trayectoria laboral conformada por diversas ocupaciones y empleos inestables (en la maquila, empleadas en servicios personales no domésticos). A la fecha de la entrevista continúan trabajando, pero sin salario. Ayudan al compañero en el negocio familiar "para que lo que gana les ajuste más". Su compañero tiene en promedio una edad de 20.2 años. La relación con su pareja antes del embarazo dura en promedio dos años, como primer o segundo novio.

En su relato siempre hicieron referencia a la fiesta de 15 años, como el evento que antecede a la unión en pareja: "fue su chambelán", "ahí se enamoró", en su fiesta "lo conoció". En su relación de pareja se refiere al entendimiento, la confianza y al carácter "a todo dar" del varón. El embarazo lo inician viviendo en unión libre y después se casan por el civil, permaneciendo con la familia del varón. Como motivo para unirse con la pareja mencionaron conflictos con la madre: "era una egoísta, impositiva, posesiva, pensaba que era una niña". También se refirieron a la separación de los padres; ellas deseaban formar una familia, tener algo seguro "para no andar rodando" con la abuelita, las tías, etc. Se sentían sin apoyo, consideraban que "estaba caminando en la cuerda floja" y que necesitaban "alguien que les jalara la correíta". En este grupo, la madre estaba, al igual que la adolescente, cursando un embarazo, producto de una segunda unión conyugal.

En este grupo predominó el embarazo producto de una situación ambivalente y principalmente fue la estrategia para retener al compañero. Por ejemplo, Katia menciona:

Mira, el principal motivo te lo voy a decir... de que yo tuve muchos problemas en mi matriz cuando estaba soltera y yo tenía miedo a no poder tener hijos porque tanto que yo veía, que yo oía: "se acaba de casar y no puede tener hijos". Y yo me quedaba: "¿Y si yo no puedo? ¡Ay Dios mío!" Oía bien muchos comentarios: "No, pues me dejé porque no podía tener hijos" o "anda con otra porque yo no puedo tener hijos". Por otra parte me sentía yo muy sola... porque te digo que él no agarraba la onda de que estaba casado, y se iba y me dejaba y dos, tres de la mañana. Entonces yo le dije que yo quería salir embarazada.

Ellas sospecharon del embarazo por conocimientos previos de la siguiente secuencia causal: relaciones coitales-suspensión de la menstruación-embarazo; casi todas lo confirmaron cuando sintieron los movimientos fetales.

En este grupo se encuentran las adolescentes que consideraron la posibilidad de interrumpir el embarazo. El denominador común es que deseaban el embarazo, pero ocurrió inoportunamente y, sobre todo, el varón no compartía ese deseo. Ellas asumieron hacerlo realidad y ante el reproche o la indiferencia del varón, temen ser abandonadas por él. Entonces le comunicaron su intención de abortar, desde el sufrimiento que esto les provocaba. Finalmente, fueron persuadidas por la pareja para continuar el embarazo. Se resignan después de ocultar y rechazar la gestación, verbalizando situaciones externas a ellas, que no puede controlar: "fue la voluntad de Dios", "es la función de la mujer", por lo tanto no son la "primera ni la única que le pasa esto". Al parecer, lo que estaba en juego no era una vida, sino algo mucho más complejo: la relación de pareja. Mago persuade al varón de la siguiente forma:

Él me reprochó porque habíamos quedado que no iba a salir embarazada hasta que terminara de estudiar y en realidad tenía razón. Entonces desde ahí empezó mi confusión, desde ahí empecé a decir, pues no, no lo voy a tener, sí lo voy a tener y problemitas. Pero cuando llevé a su hijo a vivir con nosotros. Entonces yo le dije: "no lo quiero, no lo quiero. ¿Tú conoces un método más seguro que los tés? porque he estado tomando té [ruda] y me sentí mal y eso nunca lo voy a pagar, porque no tengo por qué quitarle la vida a un ser que no se puede ni defender todavía", yo le dije, "y me duele mucho, quizá me duela más a mí que a ti, porque yo lo estoy sintiendo, llevo algo dentro de mí, por qué no le voy a dar la oportunidad de ser lo que él quiere en la vida". Luego me dice: "pues si quieres no lo hagas", dice: "pues ya viene y tanto tú como yo lo queríamos, vas a evitar que esté aquí con nosotros", dice "déjalo", "bueno..." le digo... y desde entonces me traía a todos lados.

En los discursos de estas mujeres también está presente la violencia, predominando en su forma simbólica; por ejemplo, Luisa nos relata:

Claudio me dice: "no lo quieres, va a nacer mal, va a nacer muy desnutrido, si se muere..., contigo es con quien me voy a dejar ir, tú vas a tener la culpa". Me decía cosas así, y se enojaba y pues me compuse [...] Me dice que no le gusta que yo ande afuera de mi casa o aquí y allá, o sea, en jacaes pues..., así como si no tuviera quehacer. Pero me enfado, me aburro, me siento muy triste, como antes yo no era así, yo era bien alegre, me gustaba platicar, ser amiguera, de todo así. O será porque es una cosa muy diferente, en el noviazgo, en el casamiento es otra cosa, pero yo creí que no iba a ser así, yo nunca me imaginé pues, no creí que fuera a ser así, tan posesivo, tan desconfiado, no sé, de que nomás quisiera que estuviera yo así, ahí encerrada. No tenemos ni tele, ni nada, quisiera salir, ir con alguien o platicar. Pero digo, ¿con quién?, ya cuando uno está así [embarazada], ya no tan fácil tienes amigas. Ya no es igual, yo estoy aparte. Y no tengo amigas desde que estoy con él. No me deja ir a mi casa, pos por como estoy. Me siento melancólica, con ganas de llorar, de desahogarme así, o de gritar o de golpear a alguien, no sé... de desquitarme todos mis sentimientos.

Las adolescentes de este grupo abordan principalmente a las mujeres de su familia de más edad y con experiencia: "ellas ya saben"; de ellas recibieron explicaciones sobre los cambios de la gestación y la normalización de síntomas. Recomendaron dónde buscar atención prenatal, con ellas validaron los diagnósticos y las indicaciones médicas y no médicas para el cuidado del embarazo. La red es de un tamaño regular, integrada por el grupo doméstico familiar actual, en algunos casos la mamá o alguna hermana; su apoyo fue preponderantemente cognitivo y material. Las explicaciones y consejos —a diferencia de los otros dos grupos— estuvieron preponderantemente basadas en creencias y mitos sobre el cuidado del embarazo.²¹ La adolescente abiertamente expresó "no creer en ellas"; sin embargo, las toma en cuenta "por si las dudas", pero las valida con el médico.

²¹ Zolla y Mellado (1995: 71-92) clasifican los consejos que la embarazada recibe de su red en dos grandes grupos: "los del 'sentido común', que poseen una lógica fácilmente aprehensible, y los de la esfera del mito". Dentro de los primeros pueden mencionarse todo lo que hace la adolescente como parte del cambio de su estilo de vida, para "que no se le vaya a salir". Entre los consejos que caen dentro de la esfera del mito, el uso del alfiler y del listón rojo para protegerse de los eclipses, preocuparse de que el niño "se pegue".

Tienen una atención mixta (médica y popular: huesero, sobadora, homeópata), no sistemática, plural y en diferentes niveles de atención (puestos de urgencia, centros de salud del DIF y/o maternidades de la Secretaría de Salud, Hospital Civil y en dos casos el Seguro Social). Recibieron atención en dos y hasta en cinco lugares diferentes. Hay una escasa posibilidad de seleccionar al médico y recibieron consulta por parte hasta de siete diferentes. También fueron atendidas por la trabajadora social y la enfermera materno-infantil (EMI). Algunas acuden al inicio de la gestación para saber si están embarazadas. En los ciclos posteriores ellas deseaban encontrar una explicación, buscando llegar a un acuerdo conjunto para definir los cambios que están experimentando. Secundariamente, el interés es para que las exploren, revise que todo va bien y les informe sobre el parto. Las que rechazan el embarazo, al aceptarlo acuden en forma tardía para ver "si el niño está bien", para estar tranquilas de que no le hicieron daño. Siguen una pauta fáctica: para la atención del parto, mencionan haber seleccionado el lugar al que acuden como el mejor, las que perdieron el Seguro Social siempre refieren es "tipo IMSS", y las que no son derechohabientes acuden para completar el número de citas indicado para que "el parto sea gratuito". condición que les "permite ahorrar ese dinero para otras cosas". Solicitan atención prenatal por autodeterminación o por consejo de la pareja.

En las consultas prenatales son acompañadas generalmente por la suegra, la cuñada o la mamá y en algunas ocasiones por el varón. Califican la atención recibida de regular a mala, porque consideran que el médico no tiene los conocimientos suficientes: "se equivocaron" en "lo que debería de pesar", "en el tiempo del embarazo", "me dijeron que eran dos y no era cierto". O bien no cumplen sus expectativas: ellas se quejaron de que no les preguntan "¿cómo se siente?, ¿cómo ha estado?", sólo esperan un "sí" o un "no" que es normal. También estas adolescentes refieren una actitud punitiva y negativa del médico hacia ellas por estar embarazadas "chicas".

Aunque no, pero sí lo hace sentir mal a veces, de "¿por qué tan jovencita? ¿por qué tan chica? que ahorita tú deberías de estar en las fiestas", ya pues si uno metió las patas pos total ni modo. En sí fue lo que no me gustó.

Para la atención del parto, tienen desconfianza, miedo a estar solas, al dolor, a que muera, a que no salga bien y a la cesárea.

El grupo medio

Estas adolescentes tienen 17 años en promedio y mayor escolaridad, alrededor de 10 años. Al embarazo y la entrevista, la mayoría continuaban estudiando. Sólo dos de ellas trabajaban para practicar lo que estaban estudiando. Ellas conocieron a su "esposo" en la escuela o por medio de un pariente, fue su amigo y después fueron novios por más de dos años. Generalmente es el tercer o cuarto novio que tiene y primer compañero de relaciones coitales. Ellos tienen en promedio 22 años. Al referirse a la relación con el varón, las adolescentes aluden a la confianza, el conocimiento, al amor, como las características que más le gustaron en su relación. Estas adolescentes inician el embarazo solteras, pero dentro de los tres primeros meses celebran el matrimonio civil y religioso y viven independientemente de sus familias.

En los discursos de este grupo, el embarazo aparece como un acto de rebeldía a la autoridad paterna y a visualizar a muy largo plazo la unión con la pareja. Muchas de estas familias no aceptaban al novio (porque no estudiaba, no estaba acomodado o porque "no le gustaba a mi mamá porque era moreno"). En el ambiente familiar percibían un autoritarismo paterno y por los hermanos mayores, situación que apoyaba y legitimaba la madre. No hay antecedentes directos en el grupo doméstico-familiar de embarazo en la adolescencia.

En las narrativas de las adolescentes de este grupo el embarazo aparece como decidido, un fin en sí mismo, aceptado y atendido. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que al momento de la entrevista ellas consideran que ya lograron lo que querían (están casadas por el civil y religioso). Al respecto Gloria comentó:

Quería tener un bebé, quería saber qué era un hijo [se ríe]. Pues me daba mucha emoción tener un hijo, veo a las demás y pues bueno, a muchas mujeres, lo principal de sus vidas son sus hijos, que el amor y todo lo que sienten y todo lo que los hijos le dan a la mujer, bueno al matrimonio [la pareja]. Entonces dije; "¿qué es en verdad lo que se

siente?, yo quiero sentir igual que ellas, quiero sentir pues el amor, quiero ver a un niño chiquito que corra, que patalee, que grite, que todo". Y también, que sea correspondido, nosotros darle amor y que él nos dé amor. Más bien yo quería tener un bebé, formar un hogar. Siempre, siempre, desde chiquita me acuerdo que jugaba a la maestra, siempre, a las comiditas y a la mamá y siempre me gustaba que mi casa, ilusionada en mi casa, en mis hijos, toda mi vida soñé con eso. Nunca me estuve cuidando para no salir embarazada.

Ellas recurren con mejor manejo de la información, experiencia con los servicios de salud y realizan en forma más consistente las indicaciones hechas por los médicos. Casi inmediatamente a la suspensión de la menstruación, deciden solas o en pareja acudir a confirmar el embarazo, al laboratorio o con el ginecobstetra. Saben que una embarazada "tiene riesgos" y así "se usa, siempre lo he visto en la familia". En el transcurso del embarazo, estas mujeres mantienen un vínculo más estrecho con su cuerpo y los cuidados que le prodiga.

En sus relatos hay una apropiación del discurso médico para definir y explicar lo que les pasa y el porqué y para qué de sus acciones. Durante el transcurso del embarazo, siguieron una pauta preventiva (oportuna y sistemática), especializada (ginecobstetra), en forma particular por acceso económico o social (parentesco, amistad con el médico). Tuvieron la opción de seleccionarlo, dependiendo de la evaluación que hicieron sobre su presentación, el prestigio de su competencia profesional y la confianza que le tienen. Éste siempre les explica, las adiestra. En el caso en que no satisficieron sus expectativas cambiaron de médico.

La adolescente que inicia en forma tardía su concurrencia al Centro de Salud (tuvo una movilidad económica descendente al unirse con el varón), justifica esta utilización porque "sabe" (por medio de lecturas especializadas sobre el embarazo) que "todo estaba normal, no se sentía mal" y acude a control prenatal para que la atención del parto sea gratuita.

Todas siguen fielmente las indicaciones médicas porque consideran que ellos son los que saben y están conformes con la atención recibida. Tienen una red pequeña y densa, limitada al esposo y a su familia de origen. La función de la red es principalmente de apoyo

afectivo y para seguir las indicaciones médicas. Siempre son acompañadas por la pareja al control prenatal.

Las adolescentes que están insertas en el mercado laboral también hacen uso de la institución para obtener su incapacidad de maternidad. Por ejemplo, Gloria nos cuenta sobre la atención médica recibida durante su embarazo:

Sí le tengo mucha confianza a este doctor, porque yo siento que sabe mucho, te explica todas las cosas, saca sus libros con dibujos porque pues uno no entiende y él te explica y nunca te dice cosas con términos de medicina, sino al contrario te explica sencillo y fácil. Me dice: "éstos son los signos de alarma, esto no se debe presentar, si pasa esto llámame a cualquier hora [...]" siempre lo veo muy limpio y todo, bien arreglado y se nota que sabe, bueno yo digo que sabe, porque pues las primeras veces, te dice y todo y te manda hacer un examen y en el examen sale lo que te dijo. Siempre me checa la presión, el peso, el corazón, los pulmones y me revisa donde está el bebé, donde va, escucha su corazón, me escucha la placenta, me ve si estoy hinchada o si no me revisa las piernas, los tobillos. Me dice que todo va super bien. Me pregunta qué es lo que he sentido, qué problemas he tenido y pues no, la verdad no, hasta ahorita no he tenido.

CONCLUSIONES

La información que hemos presentado permite identificar una serie de formas en que se articulan similitudes y diferencias en relación con los significados y cursos de acciones que, en torno a la atención del embarazo, siguen las adolescentes en los diferentes grupos sociales estudiados. Como coincidencias destacan:

a) La existencia de estructuras interpretativas que rescatan de su acervo biográfico, basadas en el conocimiento y experiencia de su cuerpo y a la luz de situaciones, para dirigir sus acciones. Así, se trata de un proceso donde ellas son el actor principal, que valida opiniones especializadas y comunes, confrontándolas con su experiencia que transcurre y en la elaboración de sus propias historias.

b) La concepción es una construcción sociosimbólica, en el sentido que señala Lamas (1994: 6): "En la forma de pensarnos, en

la construcción de nuestra propia imagen, de nuestra autoconcepción, utilizamos elementos y categorías de nuestra cultura." Por lo tanto, resulta una experiencia compleja cargada de implicaciones genéricas que entretejen el sentido y las acciones que llevan a cabo las adolescentes en relación con la sexualidad, la anticoncepción y la reproducción. Asimismo, refuerza la perspectiva de ser mujer a través, no sólo de la dependencia, el sometimiento y la subordinación, al visualizar la gestación como la opción para unirse al varón, formar una familia o vivir mejor, sino también en los motivos de atención que potencializan la relación: el varón concebido como dador de vida y la función de anidación de la mujer se dirigen a asegurar la viabilidad del otro interno. En su visión de futuro encaminado a después de dar vida, las mujeres dan amor, conocimiento, cuidado, responsabilidad y servicio al "otro": como esposas, madres y como trabajadoras.

Al igual que otros estudios, el aborto en este trabajo se plantea en referencia a las relaciones que se siguen con el varón (Cardich y Carrasco, 1993), y aparentemente por la amenaza de la pérdida de seguridad que el nacimiento parecía implicar (Browner, 1992). También aparece la legitimación de la violencia que ejerce el varón, justificándola como parte de su condición de mujeres desde el "así tiene que ser".

c) El sistema de referencia, como el subconjunto de la red social que más influencia tuvo en la elaboración de estructuras interpretativas y en las acciones de atención, fueron, por un lado, las mujeres de la familia de origen y la actual con experiencia en el embarazo y la maternidad y, por otro, el varón, para supervisar y autorizar su realización, así como diversos agentes populares y de las instituciones de salud. Estas funciones han sido reportadas para el uso de la atención prenatal (Infante y Schlaepfer, 1995).

d) El embarazo en general no es definido como un problema de acuerdo con los parámetros médicos institucionales. Para la adolescente se convirtió en un problema cuando sucede lo contrario a sus expectativas: a) "le sucede a todas las mujeres, pero creí que a mí no me iba a suceder"; b) "no pensé embarazarme a pesar de no usar anticonceptivos y sucedió", "él me engañó y me abandonó"; c) "no estoy casada y pienso que así debe ser", y d) "creía que iba a ser diferente, que iba a vivir mejor, pero no y ahora me arrepien-

to". Tampoco el embarazo es definido como un estado que requiera sólo atención médica institucional. Un conjunto de aspectos referidos por la mujer correspondieron a una cultura cotidiana y ámbitos de atención popular y familiar; además, frente a un mismo cambio, las adolescentes tuvieron reacciones subjetivas de muy diversa índole. Entonces existe variación en su registro e interpretación más que los estímulos objetivos que lo están motivando, lo cual deberíamos tomar en cuenta desde lo que señala Sommer (1993): "[en] la atención médica del embarazo se prioriza al feto con la intención de no reconocer el derecho de la mujer al control sobre su propio cuerpo".

El embarazo en este estudio fue una experiencia distintiva, sobre la base de considerar:

a) El embarazo en la trayectoria de vida de la adolescente. El curso de vida y de embarazo para el grupo marginal es más rápido e intenso; las adolescentes se enfrentan tempranamente a hacerse responsables de manejar su sexualidad, su capacidad reproductiva, basándose en decisiones que no toman ellas. En el grupo popular, estos eventos aparecen como estrategias, alternativas para una vida distinta: madurar y convertirse en mujer por medio de la maternidad. Para las del estrato medio, la unión con la pareja y el embarazo aparece también como una estrategia, pero a diferencia del anterior, para apresurar un curso de vida —que hasta el embarazo seguía una trayectoria normativa e institucional— con la finalidad de realizar su proyecto personal: tener esposo y formar una familia.

b) Las funciones de las redes. Para las adolescentes marginales, sirvieron principalmente para la transmisión de valoraciones orientativas, brindar recursos alternativos de atención cotidiana en el ámbito doméstico y planear una atención económica del parto. En el popular fueron un espacio de negociación con todos los miembros para la construcción de significados y en la atención del embarazo, a diferencia de la red del grupo medio, que sirvió para acrecentar su capital cultural y para la supervisión del embarazo.

c) Los distintos tipos de violencia, presentes en el grupo marginal y popular.

d) En la variedad de niveles subjetivos para solicitar, seleccionar y evaluar la atención recibida. En el grupo popular las creencias y mitos tradicionales sobre la atención del embarazo están, al parecer, en transición hacia una resignificación que incorpora nuevos recursos que les brinda su relación con las instituciones de salud. En el transcurso de la gestación, ellas establecen un complejo rejuego entre imposición, consenso y negociación, al recurrir a una atención prenatal oportuna y no sistemática o tardía. El consumo preventivo de actos médicos fue predominante en las adolescentes de grupos medios. Ellas adoptan una conducta más racional y visualizan las posibles eventualidades por la previsión a largo plazo, en el bienestar de ellas y su hijo, en comparación con las del grupo popular preocupadas por lo que van a hacer, organizar para salir adelante con todo (familia, trabajo y/o estudio). Mantienen una relación más reflexiva con su cuerpo y son más competentes para detectar la necesidad del control prenatal. En el presente estudio, estas adolescentes fueron el principal público consumidor de los actos médicos y reproductoras de una ideología que medicaliza el embarazo y su atención.

A partir de la caracterización que hemos sugerido, puede concluirse que, en un nivel más general, las adolescentes están construyendo estructuras interpretativas, acrecentando su acervo biográfico de conocimientos y acciones de atención conforme están viviendo el embarazo. Sin embargo, se trata de un proceso que se está pautando en algo que no es real, pero que se configura como una autoridad cultural. Al respecto, Lamas (1995) señala: "se trata de una función idealizada que encierra la imagen de un amor maternal esencial e inmutable que refleja inadecuadamente la experiencia cotidiana". Así, "lo que enoja, la trampa, lo que atrapa es la idealización del embarazo, la maternidad, aquello que cancela a la mujer trascender su condición biológica a una social y al cuerpo como centro de otras experiencias vivificantes y no sólo de sufrimiento, de dolor como algo natural que así tiene que ser". Entonces habría que cuestionar hasta dónde el discurso científico se fundamenta en la idealización-institucionalización de la adolescencia, de la mujer y de la maternidad.

Existen similitudes entre los diferentes grupos, de acuerdo con estructuras interpretativas y con una identidad de género que da significado al embarazo y la maternidad. Estas variaciones y diferencias radican sobre la base de condicionantes socioeconómicos de los motivos y en el poder tener acceso a una secuencia y atención prenatal. Por ello la atención del embarazo adolescente representa un campo estructurado y reproductor de prácticas de exclusión social en relación con oportunidades y opciones para el consumo de actos de agentes médicos y no médicos, institucionales, privados, familiares y populares. Exclusión que recrea lo distinto y lo distintivo.

A continuación presentamos algunas de las aportaciones que puede brindar este estudio.

A través de esta investigación ha sido posible recuperar, al menos parcialmente, un sujeto social frecuentemente olvidado, pero considerado prioritario en el futuro demográfico y económico del país: la mujer adolescente embarazada. Asimismo, constatamos que explorar significados es considerar lo que construye un sujeto y un grupo en interrelación con su entorno temporal, espacial y social, para lo que fue necesario transitar de las trayectorias normativas a secuencias de disrupciones-transiciones en un mundo cotidiano. Es necesario continuar con investigaciones que consideren la concepción como una construcción individual y colectiva desde referentes simbólicos y socioeconómicos. Ello llevará a cuestionar estos referentes en el sentido de desmitificar la adolescencia, el embarazo-maternidad y la atención prenatal, como programas prioritarios, homogéneo-universales y profundizarlos como campos de representaciones y prácticas culturales (cotidiana y especializadas) distintivas.

Si bien en la actualidad y desde un enfoque de la salud reproductiva se reconoce "que se requiere un esfuerzo considerable de científicos sociales y de la salud" (Salles y Tuirán, 1995: 6), consideramos que, además, es necesario desmonopolizar la investigación como el quehacer de los científicos y para la producción de los discursos dominantes. Ésta debe de integrar a los y las adolescentes y a los otros significativos que hasta ahora han sido excluidos, bajo un enfoque participativo encaminado a democratizar el proceso de producción y utilización del conocimiento. Esto conlleva la

idea de un cambio que integre la revaloración del conocimiento popular, la desmitificación de lo científico y la participación-acción de la embarazada, como una forma de contribuir al efecto que tienen las asimetrías sociales en la salud reproductiva y asegurar las potencialidades de dos sujetos en formación: la adolescente y su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Francisco y Octavio Mojarro (1991), "Planificación familiar", *Demos. Carta Demográfica sobre México*.
- Bagú, Sergio (1977), *Tiempo, realidad social y conocimiento*, México, Siglo XXI, 4a. ed.
- Barme, Catherine (1990), *El estudio de la situación de la mujer pobre en México*, México, Unicef.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann (1991), *La construcción de la realidad social*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bourdieu, Pierre (1988), *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- (1990), *Sociología y cultura*, México, Conaculta/Grijalbo.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán (1984), "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, México, UNAM-PIS-PAL/El Colegio de México.
- Browner, Carole (1992), "Toma de decisiones sobre el aborto: algunos hallazgos en Colombia", *Estudios de Población*, núm. 1-6.
- Cardich, Rosario y Frescia Carrasco (1993), *Desde las mujeres: visiones del aborto. Nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto*, Lima, The Population Council.
- Chávez, Blanca (1990), "Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la anticoncepción de los adolescentes de secundarias estatales de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco", tesis de maestría en ciencias de la salud pública, Universidad de Guadalajara.
- De la Peña, Guillermo (1995), "El cambio social en la ciudad de Guadalajara: notas bibliográficas", *Cuadernos de Difusión Científica*, núm. 46, Universidad de Guadalajara.
- Feinholz, Dafna y Héctor Ávila (1996), "Embarazo no deseado: el problema de la temporalidad", en T. Lartigue y H. Ávila (comps.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. I, México, Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.
- Fernández, Francisco et al. (1995), "Problemas perinatales del embarazo en edad precoz", *Revista de Salud del Distrito Federal*, núm. 3.

- Fried, Dora y Saul Fuks (1994), "Metáforas del cambio: terapia y proceso", en *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, México, Paidós.
- Gadamer, Hans (1977), *Verdad y método*, Barcelona, Sigüeme.
- García de Alba, Javier et al. (1990), "Morbilidad y mortalidad en la Zona Metropolitana de Guadalajara", en G. de la Peña et al., (comp.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México*, México, Universidad de Guadalajara/CIESAS.
- Giori, Danilo (1994), "Edad, salud y curso de la vida", en Pierpaolo Donati, *Manual de sociología de la salud*, Madrid, Díaz Santos.
- Hartman, Betsy (1987), *Reproductive Rights and Wrongs: the Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*, Nueva York, Harper and Row Publishers.
- Heller, Agnes (1993), *Teoría de los sentimientos*, México, Fontamara.
- INEGI (1994a), *Los jóvenes en México, XI Censo General de Población y Vivienda, 1970 y 1990*, Aguascalientes.
- (1994b), *Jalisco. Resultados definitivos de datos por AGEB urbana, XI Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Estatal en Jalisco (1994), *Informe de la Jefatura de Servicios Médicos*, Departamento de Integración de la Información, año 1, núm. 4, marzo.
- Infante, Claudia y Loraine Schlaepfer (1995), "Redes sociales y embarazo", en S. E. Pérez-Gil et al. (coord.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara/INNSZ.
- Irvine, Janice (1994), "Cultural differences and adolescent sexualities", en *Sexual Cultures and the Construction of Adolescent Identities*, Philadelphia, Temple University Press.
- Lamas, Martha (1994), "Cuerpo: diferencia social y género", *Debate Feminista*, núm. 10.
- (1995), "¿Madrecita santa?", en E. Florescano (comp.), *Mitos mexicanos*, México, Aguilar.
- Larrain, Soledad y Teresa Rodríguez (1993), "Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer", en OMS-OPS, *Género, mujer y salud*, Publicación científica núm. 541, Washington.
- Lozano, Rafael, Claudia Infante y Loraine Schlaepfer et al. (1993), *Desigualdad, pobreza y salud en México*, El Nacional.
- Luker, Kristin (1984), *Taking Chances: Abortion and Decision Not to Contracept*, Berkeley, University of California Press.
- Lundgren, Rebecka et al. (1989), "Actitudes y prácticas sobre cuidados prenatales de adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México", México (mimeo.).
- Llovet, Juan José (1989), *Servicios de salud en sectores populares*, Buenos Aires, Humanitas.
- Mares, Rosa (1992), "La dinámica familiar de la adolescente embarazada en cinco hospitales de la Zona Metropolitana de Guadalajara", tesis de licenciatura en trabajo social, Universidad de Guadalajara.

- Monroy, Anameli (1992), "El embarazo en la adolescencia: la experiencia en América Latina", en G. López *et al.* (eds.), *Salud reproductiva en las Américas*, Washington, OMS-OPS.
- Munitz, Mabel y Tomás Silber (1992), "El embarazo entre adolescentes. Enfoque clínico epidemiológico", en G. López *et al.* (eds.), *Salud reproductiva en las Américas*, Washington, OMS-OPS.
- Orozco, Imelda (1996), "Aborto inducido y comportamiento reproductivo en Guadalajara", tesis de maestría en ciencias de la salud pública, Universidad de Guadalajara.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1988), "Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones", *Cuaderno técnico*, núm.12, Washington.
- (1995), "Salud sexual y reproductiva", *Comunicación para la salud*, núm. 8, Washington.
- Prado, Carlos y Ana Salcedo (1993), "Salud reproductiva de la adolescente embarazada: un estudio interinstitucional" (mimeo.).
- Quinn, Michael (1990), "Qualitative Evaluation and Research Methods", cap. 8, Newbury Park, California, Sage Publications.
- Ramírez, Himelda (1991), "La socialización de la violencia", en L. Luna (comp.), *Género, clase y raza en América Latina. Algunas aportaciones*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Ravelo, Patricia (1995), "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en S. González (comp.) *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México.
- Ricoeur, Paul (1988), *El discurso de la acción*, Madrid, Cátedra.
- Ruano, Graciela (1995), "La Guadalajara de hoy", *Gaceta Municipal*, julio-septiembre.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1995), "Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6.
- Schlaepfer, Loraine y Claudia Infante (1996), "Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros", en T. Lartigue y H. Ávila (comps.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. II, México, Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.
- Schutz, Alfred (1989), "Elaboración de los objetos mentales en el pensamiento de sentido común", en I. Horowitz (comp.), *Historia y elementos de la sociología del conocimiento*, Buenos Aires, Universitaria de Buenos Aires.
- Sommer, Susana (1993), "Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías", *Debate Feminista*, vol. 8, p. 79.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (1990), *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and Techniques*, Newbury Park, California, Sage Publications.

- Tubert, Silvia (1991), *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI, pp. 2-47.
- Tuirán, Rodolfo (1994), "Trayectoria de vida", Documento del curso de análisis cualitativo en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de México.
- Vaggeti, Silvia (1991), "El aborto: una derrota del pensamiento", *Debate Feminista*, vol. 3.
- Villa, Francisco *et al.* (1994), "Embarazo a término en menores de 15 años", *Asociación Médica de Jalisco*, núm. 2.
- Vives, Juan (1996), "El deseo de tener un hijo", en T. Lartigue y H. Ávila (comps.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. 1, México, Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.
- Zemelman, Hugo (1992), *Los horizontes de la razón I. Dialéctica y apropiación del presente*, Madrid, Anthropos/El Colegio de México.
- Zolla, Carlos y Virginia Mellado (1995), "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en S. González (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México.

TERCERA PARTE

EXPERIENCIAS ALREDEDOR DEL EMBARAZO Y EL PARTO

LA PERCEPCIÓN DE LA MATERNIDAD EN UN GRUPO DE MUJERES RURALES

ANA ELIZABETH NÚÑEZ INTERIANO

INTRODUCCIÓN¹

Este trabajo plantea el estudio de las percepciones acerca de la maternidad de un grupo de mujeres de contextos rurales, participantes y no participantes en proyectos de desarrollo² en el estado de Tlaxcala. Se entienden las percepciones "como actos cognoscitivos, formados a partir de un contexto sociocultural y expresadas de nuevo en él" (Rubalcava y Salles, 1993: 40).

Partimos de considerar a la maternidad como una construcción histórica, social y cultural, asentada sobre la cualidad biológica de las mujeres de producir otro cuerpo, de parirlo y amamantarlo. Estas ideas han sido expuestas ya por otras autoras como Chodorow, al decirnos que las mujeres "asumen la responsabilidad primordial del cuidado de los hijos y establecen con ellos los lazos emocionales primarios; el ejercicio de la maternidad constituye todavía uno de los pocos elementos universales y permanentes de la división sexual del trabajo" (1984: 13).

Desde esta perspectiva, revisamos algunas investigaciones que vinculan a la maternidad con la identidad genérica de las mujeres y con su estatus. Se observa, en la primera línea de investigación, que la maternidad en las sociedades ocupa un lugar central en la definición de la feminidad. El estereotipo comúnmente aceptado,

¹ Agradezco al Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México el apoyo recibido para esta investigación, parte de mi tesis de maestría en sociología en la Universidad Iberoamericana.

² Se refiere a proyectos cuyos objetivos son mejorar las condiciones de vida de los grupos familiares y de desarrollo comunitario.

asimila a la buena mujer con una buena madre y ésta a su vez sería aquella que subordina sus intereses personales a los intereses de todos los demás: hijas e hijos, compañero. No obstante que la madre pueda tener otros intereses y otras actividades, la maternidad debe constituir la razón de su existencia (Schmukler, 1989; Ferro, 1991; Elú, 1993; González Montes, 1994a; Fagetti, 1994). En ese mismo sentido Oliveira y Gómez (1989: 38), retomando a Eichenbaum y Orback, señalan que el proceso de construcción de la identidad genérica en las niñas, consistiría en la asimilación de que "el comportamiento adecuado de las mujeres sería el de condescender a los deseos y necesidades de los otros".

En una segunda línea de investigación, tendríamos aquellos estudios que relacionan la maternidad con el estatus de las mujeres, donde encontramos, por un lado, el ejercicio de la maternidad como generador de estatus para las mujeres, concediéndoles recompensas no sólo económicas, de poder y prestigio, sino también como validación de la apropiación personal de derechos reproductivos. Por otra parte, tendríamos que los roles reproductivos de las mujeres llevarían a construcciones sociales, que pueden traer diversas consecuencias para las mujeres. Así, cuando éstas no pueden tener hijos(as), o no son lo suficientemente prolíficas, las mujeres se expondrían a la presión y marginación social, a ser calificadas de "perezosas" por el no cumplimiento de esa función socialmente asignada, a tener relaciones inestables de pareja, a ser llamadas "mulas" (Browner y Perdue, 1988; Fagetti, 1994; González Montes, 1994a). De allí tendríamos que "el valor sobresaliente que la maternidad sigue teniendo en la sociedad mexicana no hace que las mujeres sean consideradas como ciudadanas con derechos... En vez de ello, si una mujer tiene menos hijos debe enfrentar el reto que significa ser vista como 'menos madre'" (Ortiz-Ortega, Amuchástegu y Rivas, 1995: 225).

En el orden de la maternidad como generadora de estatus, Elú (1993), al estudiar la mortalidad materna en el estado de Tlaxcala, plantea que las mujeres, como parte del proceso de socialización y construcción de su identidad, aprenden que sus posibilidades de acceso al poder se relacionan estrechamente con la maternidad, el cual se concretará al convertirse en madres y posteriormente en suegras. Browner y Perdue (1988), por su parte, en su investigación

en una comunidad chinanteca de Oaxaca, plantean que en sociedades de fuerte dominio masculino, la autonomía femenina en materia de reproducción estaría vinculada con la autonomía en otros dominios sociales. Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas (1995), al trabajar con mujeres participantes en organizaciones comunitarias de base, en tres contextos mexicanos: Distrito Federal, Oaxaca y Sonora, encontraron también que la maternidad cumple para las mujeres entrevistadas el papel de validación de sí mismas como sujetos de derecho, en la lucha por la satisfacción de ciertas necesidades y para reclamar su integridad corporal.

Otro aspecto señalado en la literatura sería el de los cambios socioeconómicos sufridos en México (Muñiz, 1995) y especialmente en el campo en la última década (González Montes y Salles, 1995). En este contexto, se ha mencionado que la vivencia de la maternidad habría sufrido modificaciones para las mujeres rurales (Fagetú, 1994), lo mismo que para las valoraciones alrededor de los hijos (González Montes, 1994a).

A partir de lo anterior podríamos preguntarnos si, en el contexto de esos cambios que están ocurriendo en el campo mexicano, ¿se habría afectado también la percepción de la maternidad en las mujeres de esta investigación? De haberse afectado, ¿sería más perceptible en las generaciones jóvenes?, ¿cuáles serían los nuevos roles que estarían asumiendo las mujeres?, ¿serían también generadores de estatus? Al respecto, nuestra hipótesis dice que se empiezan a vislumbrar algunos cambios en las percepciones de las mujeres jóvenes de nuestra investigación, presentándose con muchas ambigüedades y donde la participación social femenina podría desempeñar un papel de cara a asumir nuevos roles. Sobre los cambios y permanencias en esas percepciones daremos cuenta en el resto de este trabajo, para lo cual distinguiremos a las mujeres estudiadas en dos categorías: jóvenes (hasta 40 años) y mayores (después de los 40 años).³

³ Se considera que esa distinción podría permitirnos observar diferencias generacionales entre las entrevistadas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre el estatus de la mujer y cuidado de los hijos desarrollada en el estado de Tlaxcala. La información base proviene de la aplicación de una encuesta a 86 mujeres participantes y no participantes en proyectos promovidos por organismos no gubernamentales (ONG) durante los meses de mayo, junio y julio de 1994. La muestra incluyó proyectos que se llevan a cabo en siete municipios del estado, universo de trabajo de los organismos ejecutores de proyectos.

El procedimiento para la determinación de la muestra fue el siguiente: luego de contactar al conjunto de ONG que operaban en Tlaxcala en 1994, se les solicitó un listado de las actividades que realizaban y datos sobre los objetivos de los proyectos, número de participantes y ubicación. Con la información proporcionada, se determinó los proyectos a estudiar: aquellos con diez o más miembros; en un único caso se eligió un proyecto de pocos participantes. Se seleccionaron al azar los proyectos y, dentro de éstos, a las mujeres a encuestar, tratando de respetar la proporcionalidad con respecto al tamaño de los proyectos. Este criterio no siempre se pudo seguir y la selección de las mujeres encuestadas no fue aleatoria debido principalmente al papel que desempeñaron las ONG en el establecimiento de los contactos en las comunidades.

Se aplicó un cuestionario a las participantes y se les solicitó que nos indicaran una conocida o amiga de más o menos la misma edad y estatus matrimonial de su comunidad que no participara en ningún proyecto. A éstas se les aplicó el mismo instrumento, salvo la parte referente a la evaluación de los proyectos.

Con base en los resultados del análisis de las encuestas (cuadro 1), se seleccionó una submuestra por edad, escolaridad y estado civil para llevar adelante entrevistas cualitativas a mujeres participantes y no participantes en proyectos. A partir de la submuestra, se seleccionó a las mujeres de acuerdo con los siguientes criterios: conocimiento personal previo a través de la encuesta o de los promotores de los proyectos, unidas, con hijos vivos, fallecidos o abortos.⁴ De este procedimiento surgieron las posibles entrevista-

⁴ Dado que el proyecto de investigación más amplio incluía aspectos de salud reproductiva.

das. Cabe anotar que al cotejar los datos de las entrevistas de la submuestra con la información obtenida de la encuesta, se encontró que los criterios antes mencionados llevaron a que entre las no participantes hubiera pocas mujeres jóvenes.

Se realizaron 15 entrevistas, ocho a mujeres participantes y siete a no participantes. Éstas se llevaron a cabo en los meses de diciembre de 1994 y febrero de 1995, realizándose como promedio una entrevista diaria. La pauta utilizada para las entrevistadas consideró aspectos relacionados con la percepción de la maternidad, número de hijos deseados, cuidado de los hijos, historia reproductiva y de su participación en el proyecto.

En el caso de las mujeres no participantes, fue más difícil obtener entrevistas profundas. Consideramos que se debió fundamentalmente a que ellas, por lo general, no hablan sobre la temática contenida en la pauta. Por el contrario, entre las participantes, existe mayor intercambio de experiencias con otras personas y mayor interés de colaborar, debido a su relación con las ONG.

EL CONTEXTO ESPACIAL Y SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tlaxcala es uno de los estados más pequeños de la República Mexicana; ocupa el penúltimo lugar en cuanto a extensión territorial. Su nombre proviene del vocablo *tlaxcallan*, cuyo significado es "hacer tortillas". La economía del estado radica en 35.7% en el sector terciario (servicios), con 32% en el secundario (industria) y 29% en el primario (agricultura). Predomina la agricultura de temporal: únicamente 11.2% de la superficie sembrada goza del beneficio del riego. Los principales cultivos son: maíz grano, trigo, cebada grano, frijol, haba verde y papa.

Con respecto a algunos indicadores básicos de salud reproductiva en el estado, la tasa global de fecundidad estimada para 1996 era cercana a tres hijos por mujer (Conapo, 1996). Las usuarias activas de planificación familiar por método anticonceptivo para ese mismo año eran 28 334, distribuidas de la siguiente manera: 9 415 esterilizadas a través del método quirúrgico, utilizaban el DIU 8 659; pastillas, 5 176; condones, 4 088; inyecciones, 844, y otros, 152.

Los lugares donde se realizaron entrevistas fueron: Recoba, López Mateos, San Miguel El Piñón (comunidades ejidales); Acuitlapilco y Muñoztla (semirurales y periféricos a ciudades importantes como Tlaxcala y Santa Ana Chiautempan). Todas las mujeres entrevistadas son de origen rural. En todas esas comunidades había agua entubada, drenaje y energía eléctrica, careciendo casi la mitad de ellas de centro de salud; ninguna tenía riego. Sin embargo, todas tenían escuela primaria y transporte público que las conectaba con la capital y otros centros urbanos importantes. Aun cuando estos lugares cuentan con la mayoría de los servicios, tienen poca integración a la economía del estado y a la nacional. No existe agricultura comercial, industrias, ni maquila rural y pocas posibilidades de obtener ingresos. Su vínculo a la economía estatal y nacional se da principalmente a través de las migraciones temporales a las ciudades para trabajar de obreros, obreras, albañiles o empleadas domésticas (González Montes, 1994b).

CUADRO 1

Características generales de las mujeres encuestadas por participación y no participación en proyectos (porcentajes)

	Sí (n=42)	No (n=44)	Total
<i>Edad</i>	100.0	100.0	100.0
Hasta 24	25.6	18.6	22.1
Entre 25 y 35	23.3	30.2	26.7
36 a 45	30.2	18.6	24.4
46 y más	20.9	32.6	26.7
<i>Estado civil</i>	100.0	100.0	100.0
Solteras	20.9	9.3	15.1
Casadas o unidas	74.4	83.7	79.1
Viudas o separadas	4.7	7.0	5.8
<i>Escolaridad</i>	100.0	100.0	100.0
Hasta quinto de primaria	37.2	39.5	38.4
Sexto de primaria	11.6	32.6	22.1
Secundaria y más	51.2	27.9	39.5
<i>Número de hijos</i>	100.0	100.0	100.0
Ninguno	23.3	18.6	20.9
Entre 1 y 3	30.2	34.9	32.6
Entre 4 y 6	34.9	20.9	27.9
7 y más	11.6	25.6	18.6

Fuente: Encuesta a participantes y no participantes de proyectos de desarrollo en el estado de Tlaxcala.

CUADRO 2
Antecedentes generales de las mujeres entrevistadas

	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Embarazos</i>	<i>Abortos</i>	<i>Hijos vivos</i>	<i>Hijos fallecidos</i>
<i>Participantes</i>						
Ernestina	58	1o Pr.	7		5	2
Beatriz	36	6o Pr.	3		3	
Angélica	36	6o Pr.	6	1	5	
Josefina	36	3o Pr.	5		5	
Antonia	28	Bach.	2		2	
Esperanza	26	Secund.	2		2	
Cecilia	25	2o Pr.	4		4	
Amparo*	20	Ninguna	3		2	
<i>No participantes</i>						
Blanca	58	Ninguna	14	1	8	5
Rosa	58	Ninguna	11		8	3
Rosario	52	1o Pr.	9	2	7	
Marta	48	6o Pr.	3		3	
Alicia	43	6o Pr.	9		8	1
Margarita	39	Ninguna	3		3	
Vicenta	27	Secund.	3		3	

* Embarazada al momento de la entrevista.

Fuente: Encuesta a participantes y no participantes de proyectos de desarrollo en el estado de Tlaxcala.

MATERNIDAD Y TRABAJO FUERA DE LA CASA

Un hallazgo importante de la investigación sobre la condición de la mujer mexicana en los últimos diez años ha sido el de su creciente incorporación a los mercados de trabajo (Christenson, García y Oliveira, 1989; García y Oliveira, 1991 y 1994; Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas, 1995). Ésta se ha visto aumentada en las mujeres mayores de 24 años y en los hogares con hijos(as) pequeños(as), contrario a tendencias en el pasado. Dicha inserción estaría siendo afectada por el incremento en las necesidades y la escasez de los recursos familiares, en el contexto de una crisis económica, así como por las oportunidades brindadas por los mercados de trabajo.

Para el campo mexicano se plantea que estaría sucediendo el mismo fenómeno (González Montes, 1994b), el cual abarcaría

tanto el trabajo agropecuario como otras actividades económicas vinculadas a diferentes sectores (González Montes y Salles, 1995). Para señalar la importancia de dicho proceso se le ha llegado a denominar "feminización de la fuerza de trabajo (González Montes y Salles, 1994).

González Montes y Salles (1994) plantean que una de las estrategias más antiguas para lograr la sobrevivencia de los hogares campesinos ha sido la migración temporal de sus miembros hacia las ciudades, con un fuerte componente femenino principalmente de mujeres jóvenes y solteras. Estas autoras señalan, entre otras de las condiciones que estarían detrás de esta emigración, el residir en zonas de minifundio, marcadamente pobres y con ausencia de fuentes locales de empleo, donde la inserción al mercado de trabajo sería una etapa en la vida de las jóvenes, generalmente antes del matrimonio.

En esta sección de nuestro trabajo vincularemos la percepción de la maternidad de nuestras entrevistadas con el trabajo remunerado. Con ese objetivo distinguiremos tres etapas en el ciclo de vida de las mujeres estudiadas: la anterior al matrimonio o unión, la de unidas con hijos(as) pequeños y al momento de la entrevista. En nuestra investigación, si bien encontramos que el trabajo remunerado aparecía en diferentes etapas de la vida de las mujeres, su presencia había sido más fuerte cuando las entrevistadas eran jóvenes y antes de su matrimonio o unión; existen variaciones en cuanto a las ocupaciones desarrolladas, dependiendo de la edad de las mujeres.

Para el grupo de mujeres mayores de 40 años, sus principales ocupaciones en la etapa anterior al matrimonio fueron de empleadas domésticas (González Montes y Salles, 1995), lavanderas y en menor medida dependientes en comercios. Comenzaron su actividad laboral cuando aún eran menores de edad, tenían poca escolaridad y generalmente la desarrollaron fuera de sus lugares de origen, en ciudades como México, Puebla o Tlaxcala. Ellas accedieron al mercado de trabajo, dependiendo de su ubicación en la escala de hijos, generalmente al ser las mayores entre sus hermanos. También ante la ausencia o fallecimiento de la madre, las hijas mayores salieron a trabajar para ayudar a sus padres en la economía familiar y la crianza de los hermanos menores.

Las mujeres menores de 40 años pudieron insertarse al mercado de trabajo con una mayor edad que la generación anterior, mayor escolaridad y ante una relativa ampliación de las oportunidades de empleo cercanas a sus domicilios. Así, pudieron trabajar como costureras en empresas maquiladoras y en el comercio en ciudades del estado de Tlaxcala (Robichaux, 1989) y, en menor medida, como empleadas domésticas en la Ciudad de México.

El abandono del trabajo remunerado después del matrimonio o unión se dio de parte de las mujeres de ambos grupos, aunque con diferencia de matices en sus percepciones y planteamientos. Según el discurso de las mujeres de mayor edad, aquél se produjo para dedicarse al cuidado del hogar y de los hijos y a la atención del marido. En las más jóvenes intervienen también estas percepciones, con énfasis en que les gustaría que dicha situación fuera transitoria, dado que esa etapa se presenta ligada estrechamente a la llegada de los primeros hijos e hijas. En ambos casos no puede desestimarse la influencia del marido tanto para la percepción, como para la toma de la decisión. A lo anterior se pueden agregar las dificultades que para ambos grupos de mujeres significa la permanencia en los trabajos que desarrollaban antes de su unión, al realizarlos en lugares no cercanos a sus comunidades, así como su posterior reinserción al mercado de trabajo, en un contexto de pocas fuentes de empleo.

Para la mayoría de las entrevistadas que se encuentran unidas y con hijos(as) pequeños, el trabajo remunerado es percibido como una obligación, una actividad necesaria, dado su papel de madres y de responsables del sostenimiento de sus hijos(as), el cual tiene que ser atendido por la mujer, en la medida que el hombre no pueda cumplirla totalmente o a entera satisfacción de las necesidades de los hijos(as) y de ellas. Congruente con el planteamiento anterior, en esa etapa de la vida de las entrevistadas, la reanudación del trabajo fuera de la casa no ha sido la norma: las mujeres han tenido que volver a él por excepción y debido a causas de fuerza mayor; entre éstas se encuentran el abandono por parte del marido del hogar y/o de sus responsabilidades hacia los hijos(as), imposibilidad física del marido de trabajar, muerte de su hijo y la necesidad de alejarse del hogar para olvidar su dolor. Al producirse nuevas uniones, surge

también la obligación de continuar trabajando para sostener a los hijos(as) producto de una primera unión.

Nunca trabajé... mi esposo estuvo malo de la garganta y no podía trabajar, tenía que guardar reposo y entonces yo le dije "si tú vas a estar así, yo tengo que trabajar, porque ¿quién me va a dar dinero?" O sea yo lo hacía por el niño, porque ya teníamos un niño... y yo empecé a trabajar aquí en Hueyo [Hueyotlipán] en la costura... me embaracé del segundo bebé y ya no volví... dije va a pasar un tiempo nada más que el niño crezca y ya me meto a trabajar (Antonia).

Entre las mujeres que trabajaron o trabajan de manera remunerada simultáneamente a la crianza de sus hijos e hijas, esa etapa se convierte en transitoria; una vez solucionado el conflicto dejaron de trabajar. Pocas continuaron haciéndolo principalmente por motivos económicos. En todos los casos, significó un conflicto serio tener que recurrir a las parientes para el cuidado de ellos, o dejar a las mayores al cuidado de los más pequeños, surgiendo en algunos casos sentimientos de culpabilidad y de abandono hacia hijos(as).

Mencionamos arriba que entre las mujeres jóvenes había algunas diferencia de matices con respecto a las mayores, en cuanto a la percepción de su papel de madre y el trabajo remunerado; ello ocasiona ambigüedades y por supuesto conflictos en la definición de los roles y actividades. En las más jóvenes, si bien se percibe como prioridad el cuidado de los hijos(as), es claro que desearían igualmente poder generar ingresos para sus hogares, sin descuidar su rol de madres. Surgen así planteamientos de realizar trabajo en su hogar, aspirar a la creación de fuentes de empleo cercanas a su residencia, etcétera.

Sí me gustaría volver a trabajar, pero en mi casa, así que yo tuviera mi casa bien ya, tener una máquina y volver a empezar a trabajar y aquí estamos bien reducidos para tener una máquina y trabajar, la verdad a mí sí me gustaría... (Esperanza).

Al momento de la entrevista, del grupo de mujeres que tenían bajo su cuidado hijos(as) pequeñas, solamente dos realizaban actividades remuneradas: una, de mayor escolaridad, contaba con un empleo a tiempo parcial de educadora en su localidad, mientras

que la otra realizaba trabajos esporádicos en festejos y eventos de la comunidad.

En cuanto a los arreglos domésticos y extradomésticos que permitieron y permiten a las mujeres con hijos(as) pequeños desarrollar una actividad remunerada (Blanco, 1991), encontramos algunas variantes: las mujeres reciben ayuda de parientas suyas, la madre o hermana; llevan con ellas a sus hijos cuando tienen que realizar algún trabajo esporádico, como cocinar para una fiesta; las hijas mayores cuidan al resto de las hermanas o hermanos pequeños; cuando las entrevistadas no tienen parientes mujeres viviendo en las comunidades recurren a la familia del marido, principalmente la suegra; en ningún caso se mencionó a otra mujer extraña a la familia.

Al momento de la entrevista, de las dos mujeres jóvenes que laboraban remuneradamente, solamente una recibía ayuda para el cuidado de sus hijos, proviniendo ésta de su madre y en menor medida de su suegra; la otra lleva a sus hijos con ella cuando trabaja.

MATERNIDAD Y CUIDADO DE LOS HIJOS

Al igual que en el anterior apartado, consideraremos etapas en la vida de las entrevistadas para vincularlas al cuidado de los hijos. La primera etapa sería la residencia posterior al matrimonio y la segunda, que llamaremos de independencia en pareja, coincide en todos los casos con el momento de la entrevista.

En las comunidades estudiadas, el patrón de residencia después de la unión continúa siendo principalmente patrilocal (Robichaux, 1989; Álvarez Icaza, 1990), el cual se mantiene no sólo por razones culturales, sino también por factores estructurales, como la escasez de tierra para trabajar y la dificultad de edificar una vivienda para los recién casados. Con el correr del tiempo éstos reciben tierra de parte de las autoridades ejidales —en algunos casos también pueden recibir préstamo en dinero— con la consiguiente independización, aun cuando continúen trabajando en tierras de los padres. Así, nuestras entrevistadas residieron mayoritariamente después de su matrimonio o unión en casa de los parientes del marido; pocas mujeres vivieron de manera independiente con su pareja. Estas

últimas pudieron hacerlo porque sus maridos no eran originarios del estado, pero sí residían en él por razones de trabajo.

En algunos estudios se ha establecido la relación entre la fecundidad y la residencia posmarital, donde existiría una relación positiva entre el número de hijos y el número de años de residencia patrilocal (Álvarez Icaza, 1990). Entre las explicaciones se encontrarían la posibilidad de compartir el cuidado de hijos(as) con la abuela de los niños(as) —la suegra— y en pautas culturales hacia un mayor número de hijos que se estaría transmitiendo y favoreciendo en este tipo de residencia.

En la presente investigación se encontraron resultados que refuerzan el planteamiento acerca de la participación de la suegra en el cuidado de los hijos, con indicios en cuanto a una relación positiva con la fecundidad, aunque sin poder confirmarlo. Nuestras entrevistadas que vivieron con parientes del esposo después del matrimonio, declararon la participación de la suegra y cuñadas en el cuidado de sus hijos(as), así como la existencia de una distribución del trabajo doméstico entre las diferentes mujeres que convivían en la unidad doméstica, especialmente en lo referente a comida, limpieza de la casa, cuidado de los niños(as). La mujer casada tenía que atender personalmente a su marido.

Aun cuando la mayoría de estas mujeres pudo contar con ese tipo de arreglos cuando sus hijos e hijas estaban pequeños, solamente una realizaba actividades fuera de su casa durante esa etapa de residencia posmarital. Esa mujer continuó estudiando durante su primer año de matrimonio, con el propósito de terminar su bachillerato.

En el momento de la entrevista, todas las mujeres vivían de manera independiente con su pareja e hijos —grupos domésticos nucleares—, con varios años residiendo bajo esta modalidad. No obstante que en la etapa de residencia posmarital las suegras asumieron un papel importante en el cuidado de los hijos(as) de las mujeres entrevistadas, en el presente todas aquellas con hijos(as) pequeños los cuidan personalmente y sólo reciben ayuda de manera ocasional.

Entre las mujeres participantes en proyectos, encontramos el mayor número de madres con hijos(as) menores de 12 años. Las participantes mayores de 40 años convivían con hijos casados y

nietos. Para aquellas con hijos menores de 12 años, también el cuidado de sus hijos(as) es percibido como la principal actividad en su rol de madres: se considera exclusiva de ellas y es la mejor atención que puedan brindarles a sus hijos; se duda del cuidado de otra persona, piensan que nunca será igual. Como se mencionó antes, esa responsabilidad puede ser delegada —en circunstancias extraordinarias— a parientes mujeres cercanas a ella o del marido: madre, suegra o hermanas; ninguna mencionó a personas extrañas a la familia. Una manifestó haber recibido mucha ayuda de su suegra y cuñadas, debido a la cercanía de sus embarazos y por manifestar ella un cierto rechazo hacia el hijo.

El cuidado en los primeros años se concreta a velar por su alimentación, salud, vestido, la inserción en la escuela. Después de esos primeros años reviste otras actividades y diferentes motivaciones. La presencia de la madre cerca de ellos es considerada en esta etapa necesaria, para dar consejos y encauzar la vida de sus hijos(as), expuestos a diferentes peligros. La participación de los maridos en dicho cuidado, no es frecuente, pueden “ayudar”, pero siempre lo asumen parcialmente, nunca en los aspectos de preparación de comidas, cambio de pañales en los bebés, baño, los cuales son considerados exclusivos de las mujeres. Sólo una de las entrevistadas se encontraba en situación de excepción en el cuidado cotidiano de los hijos, quien recurría a su madre para el cuidado de sus hijos pequeños y, en menor medida, a la suegra.

Las mujeres que al momento de la entrevista tenían menos de 40 años, presentaban algunas consideraciones al cuidado de hijos(as) por parte de su suegra: lo perciben como negativo, ya que había ocasionado para ellas situaciones conflictivas que a la fecha no lograban resolver. Por un lado el surgimiento de sentimientos de culpabilidad, al sentir que no quieren a esos hijos de la misma manera, que los criados por ellas desde los primeros días de nacidos; aducen no conocerlos lo suficiente, no haberles proporcionado el mismo cuidado, tratamiento y afecto. Por otra parte, sienten que estos hijos criados en su etapa temprana por la suegra, la quieren y obedecen más, en comparación a ellas que son sus madres. A la fecha, aun cuando esos niños viven permanentemente con sus madres, continúan buscando a su abuela y su cercanía, lo que ocasiona molestias en sus madres.

LAS CUALIDADES DE LA MADRE: ENTREGA Y SACRIFICIO HACIA LOS HIJOS

Vimos al principio de este trabajo que el estereotipo socialmente aceptado es el que identifica a la buena mujer con la buena madre, donde los intereses de la mujer están subordinados a los de otras personas y realizar los deseos de esas personas es fundamental para la mujer-madre. Entre nuestras entrevistadas está igualmente difundido ese estereotipo, donde las cualidades esenciales de la madre son la entrega y el sacrificio hacia los hijos(as), que la pueden llevar a olvidarse de ella misma y de su ser mujer (Fagetti, 1994; González Montes, 1994a).

Esas cualidades se expresan en la preocupación permanente de la madre por la situación y/o destino de sus hijos(as), la ayuda también constante y pronta a solucionar sus problemas, independientemente de la edad. Una mayor comprensión de la madre a los problemas de aquéllos, la ayuda para convencer a los padres en la toma de decisiones favorables a los deseos de hijos(as) y hasta la renuncia a una nueva vida de pareja. En este contexto, adquiere mucha importancia la pauta de relaciones sostenida entre madre e hija. Para algunas de las entrevistadas la entrega de sus madres a sus hijos simboliza el más claro ejemplo a imitar.

[...] también mi madre, hasta la vez... nos trata como si fuéramos unos bebés, ella quisiera lo mejor para nosotros [...] o sea es una madre que su pecado ha sido ser madre, porque mi madre quisiera lo mejor para nosotros, porque ve la situación de mi hermana y llora, ella quisiera darnos todo lo de ella, por decir van mis hermanas y les da esto, ya no sabe ni qué cargarles de mandado... ha sido su pecado más grande de mi mamá querernos tanto, tanto (Beatriz).

De la entrega y sacrificio de la madre hacia los hijos, del ejercicio cotidiano de la maternidad, se derivan tanto compensaciones como obligaciones. Éstas son percibidas con ambivalencia, de allí que las mujeres expresen mucha satisfacción en algunos aspectos y en otros hagan énfasis en la carga de trabajo que les implica. La percepción y el acento en las compensaciones o en el trabajo, dependen de factores objetivos de la vida de las mujeres, la variedad e intensidad de actividades que realizan, el número de hijos(as), la distribución del trabajo doméstico entre los diferentes miembros

del hogar, etc. Las compensaciones se obtienen de compartir el crecimiento de sus hijos(as) sanos y felices, distracciones, juegos, descansos, actividades que son percibidas como importantes y necesarias para una buena relación madre-hijo(a).

Durante mis labores domésticas sí descanso, a veces me llevo a mi hijo al parquecito, o nos dormimos los dos, porque luego se cansa de jugar, o me lo llevo a mi casa, con mi mamá y así nos sirve de descanso un rato y me vuelvo a regresar... yo me siento bien y que él venga [el esposo] y que me encuentre limpia y que encuentre a su hijo limpio, que de todos modos de nada sirve que lo bañe yo, al rato que ya jugó que ya se volvió a ensuciar (Elisa).

Ilustra la percepción del estereotipo de la buena madre, así como su permanencia entre las mujeres entrevistadas, el hecho de que las jóvenes que no recibieron cuidados, la entrega y abnegación de sus respectivas madres, las critican abiertamente, y perciben esas ausencias como muestras de desamor hacia ellas. Se preguntan si es posible considerar madre a alguien que no quiere a sus hijos(as), al no haberse preocupado, ni cuidado de ellos; algo que ellas desean evitar con respecto a su progenie.

En las mujeres mayores que no fueron criadas por sus madres ni cuidadas por éstas de pequeñas se percibe una diferencia en relación con las jóvenes; generalmente no cuestionan a sus madres, perciben la situación más como producto de circunstancias que de voluntades individuales.

Es de señalar que del total de las entrevistadas, seis de ellas no estuvieron con sus madres desde edades tempranas, sea por la muerte de éstas, o por encontrarse trabajando en otras ciudades. En estos casos, las referencias se dirigen a sus abuelas, hermanas mayores, patronas, etcétera, quienes ocuparon ese lugar en lo relativo a enseñanzas y consejos en el proceso de convertirse en mujeres. En otras situaciones fueron estas mujeres-hijas quienes asumieron ante el resto de sus hermanas(os) el papel de madres.

MATERNIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y VALOR DE LOS HIJOS(AS)

En este apartado se tratará de observar la relación entre la actividad de la maternidad y la percepción en cuanto a la regulación de la fecundidad, así como las motivaciones que pueden encontrarse detrás de ella.

En la literatura acerca de la fecundidad y su regulación a través de una práctica anticonceptiva, aparecen delineadas dos perspectivas teóricas: por un lado, la que vincula la baja en los niveles de fecundidad —y en consecuencia la aceptación de la práctica anticonceptiva— con cambios en el desarrollo socioeconómico de las sociedades (Caldwell y Caldwell, 1978; Zúñiga, Hernández y Rojano, 1988, entre algunos); la otra perspectiva, llamada difusionista (Lerner y Quesnel, 1994) supone que el desarrollo en la infraestructura de salud, específicamente la acción de la planificación familiar, posibilitarán un rápido e intenso impacto del uso de la tecnología anticonceptiva entre la población.

Por su parte, en la literatura que vincula la participación de las mujeres en proyectos con la regulación de la fecundidad (Amin, Ahmed, Chowdhury y Ahmed, 1994; Buvinic, 1989), algunos autores consideran dicha relación positiva, mientras que otros la advierten como un foco estrecho e insuficiente, que debe pasar a la consideración de temas más amplios como la autonomía de las mujeres y las decisiones de poder.

Las bases de esa relación positiva estarían tanto en el papel de los proyectos como generadores de ingresos, con la consecuente creación de condiciones de independencia económica para las mujeres, como en el apoyo y legitimidad social que ellas encuentran en los grupos en los cuales participan, hecho que les permite enfrentar la influencia pronatalista de sus familias extensas, así como los costos sociales en sus comunidades, para un comportamiento reproductivo innovador.

Sin olvidar la complejidad de las relaciones, podemos señalar algunos aspectos importantes que en esta investigación aparecieron vinculados con la fecundidad. De una parte, entre nuestras entrevistadas encontramos que a menor edad correspondía una mayor escolaridad, y entre estas últimas descendía el número de hijos; esto resulta congruente con la ampliación de las oportunidades educa-

tivas para las mujeres en México en los últimos años (Castro y Juárez, 1995; Conapo, 1996). Por otra parte estaría la introducción de las políticas de población y los programas de planificación familiar en el campo, a partir de 1970 (Lerner y Quesnel, 1994). Según el testimonio de una de nuestras entrevistadas, ella fue esterilizada como parte de un grupo pionero en su región a mediados de los años setenta.

Entre las mujeres estudiadas y en relación con su edad, se pueden distinguir dos comportamientos reproductivos vinculados a la anticoncepción. En primer lugar, tenemos a las mujeres mayores de 40 años; ellas, mayoritariamente, no regularon su fecundidad, por desconocimiento, ausencia de oferta de anticonceptivos, etcétera. Otras conocieron éstos casi al final de su vida reproductiva y a través de un método definitivo como la esterilización. En este grupo, consecuentemente, las mujeres concibieron y parieron un número elevado de hijos (más de cinco en la mayoría de los casos).

[...] ahora sí que los que Dios me dio, pues son los siete que tuve y tengo, no se conocían en esa época los métodos... si en esa época hubiera habido lo que hay ahora yo no hubiera tenido tantos (Rosario).

En segundo término tenemos a las mujeres menores de 40 años, quienes han podido utilizar durante toda su vida reproductiva algún método para regular su fecundidad; entre ellas se encuentra también un importante número de mujeres esterilizadas.

[...] los he planificado, desde la primera niña con inyecciones, me las receta el doctor y aquí hay una señora... todas vamos, las que queremos, ella nos pone las inyecciones, nada más pagamos uno cincuenta por la jeringa (Vicenta).

Las decisiones acerca de la anticoncepción

Importantes en la percepción de las mujeres ante la maternidad, son sus planteamientos acerca de las decisiones alrededor de la anticoncepción y en particular sobre la esterilización o anticoncepción quirúrgica. Sobre el particular, varios autores coinciden en el

hecho de que en México la anticoncepción quirúrgica se ha incrementado durante los últimos años. De acuerdo con las estimaciones, una de cada cinco mujeres unidas en edad fértil está operada con fines anticonceptivos y casi 40% de las usuarias de algún método están protegidas por un método definitivo (Bronfman, López y Tuirán, 1986; Figueroa, 1994). Figueroa (1994), al respecto de la elección de la anticoncepción quirúrgica, plantea varios elementos a tener en cuenta: en primer lugar estaría la participación de las mujeres en la decisión de su esterilización. Según los datos presentados en las áreas rurales, 18.1% de las mujeres no lo decidió directamente y en dos de tres casos, la mujer se puso de acuerdo con la persona que lo hizo. El segundo elemento sería el porcentaje de mujeres que optó por la operación "a pesar de querer más hijos".⁵ En la categoría de mujeres con menor escolaridad y de aquellas que residen en zonas rurales, el valor de ese indicador es el más alto, con 12.3 y 18.2% respectivamente.

En ese mismo sentido, un hallazgo de nuestra investigación fue que en la mayoría de los casos de mujeres esterilizadas la participación de otras personas, el esposo o parientes del esposo, tuvo una influencia determinante en la toma de la decisión. Todas las mujeres esterilizadas, a excepción de una, señalan al esposo, y en menor medida a la suegra, como la persona que recomendó la operación, la cual fue realizada seguidamente al parto. La mayoría de estas mujeres todavía querían tener otro hijo más.

[...] fue con el consentimiento de él, de mi esposo, no fue mi consentimiento mío, o sea que cuando a él le preguntaron que si ya con tres era más que suficiente, entonces él dijo, "no pues sí de una vez opérenla". Pero ya después que me van diciendo, no pues hice mi coraje, pus cómo, cómo si qué tal si yo quería tener otro, no orita verdad, pero pus más después, más adelante, porque cómo podía saber que si se me moría uno y nada más me iban a quedar dos, no, no es justo (Beatriz).

El tercer aspecto señalado por Figueroa(1994) y el cual también aparece en nuestra investigación,⁶ sería que las mujeres que

⁵ Entrecomillado en el original

⁶ Similares descubrimientos realizaron Bronfman, López y Tuirán (1986).

residen en zonas rurales y las de menor escolaridad, presentaron una menor experiencia en el uso, medida a través del número de métodos que usaron antes de la oclusión tubaria. 31.9 y 37.1% de las mujeres de esos grupos declararon que su historia de uso de método comenzó con uno definitivo y sólo una tercera parte había usado por lo menos dos métodos diferentes antes de recurrir a la esterilización. Entre nuestras entrevistadas esta situación se expresó en que para la mitad de las esterilizadas éste había sido el primer método conocido y utilizado para limitar su fecundidad.

Las motivaciones detrás de las decisiones reproductivas

En términos ideales las mujeres entrevistadas, al momento de ser encuestadas, respondieron que las decisiones acerca del número de hijos debía "ser tomada" por la pareja de común acuerdo. Al explorar con mayor profundidad este tema, observamos que aparecieron divergencias al respecto.

Vimos antes que algunas de las mujeres esterilizadas plantearon el deseo de haber tenido un hijo más, a excepción de dos que deseaban limitar su fecundidad (Figuroa, 1994). Las mujeres explican sus motivaciones para un número mayor de hijos, en la percepción acerca de la mortalidad infantil. Ellas hubieran querido seguir contando con la posibilidad de sustituir a un hijo fallecido, con otro, posibilidad que desaparece al ser esterilizadas. En un solo caso la mujer consideró que el número elevado de hijos obedeció sobre todo a la necesidad de su marido, quien percibía en la procreación una reafirmación de su masculinidad.

Otro elemento motivador de los deseos de las mujeres para un número mayor de hijos, sería la percepción acerca del valor concedido a la maternidad. Vimos antes que los hijos les conceden estatus y las hacen acreedoras a una serie de recompensas, entre las que se pueden contar las afectivas y materiales. La maternidad les concede también, sobre todo en su contexto rural, una reafirmación de su identidad de mujeres y un sentido cotidiano a sus vidas, al utilizar la mayor parte de su tiempo en la crianza y cuidado de sus hijos.

También podría ayudarnos a explicar las motivaciones de las mujeres para un número mayor de hijos, las consideraciones que

Zúñiga, Hernández y Rojano (1988) desarrollan acerca de los factores estructurales como determinantes de los tamaños ideales de familia en el sector rural.⁷ En su análisis, los hijos, especialmente los varones, significan un mayor beneficio económico para las familias dadas las características de producción de las unidades domésticas campesinas.

Zúñiga, Hernández, Menkes y Santos (1986) agregarían a lo anterior que la práctica anticonceptiva podría incrementarse en el campo, si se presentara un mayor contacto institucional de las mujeres, a la hora de la atención de sus partos, con los programas de planificación familiar, a través de los hospitales y clínicas de salud. Este factor institucional se presenta en el estado de Tlaxcala y en nuestro estudio con gran influencia en el comportamiento reproductivo de las mujeres.

En nuestra investigación algunos de los anteriores planteamientos en torno al valor de los hijos se matizan. En los últimos años, las fuertes migraciones del campo a la ciudad han llevado a los hombres jóvenes a buscar trabajo en éstas; muchas veces no regresan a sus lugares de origen, afectando de alguna manera la valoración de los padres acerca de ellos, al no poder seguir considerándolos un apoyo económico ni en el presente, ni para la vejez.

También entre las entrevistadas se perciben diferencias en el valor concedido a hijas e hijos. Al comparar a las mujeres por sus edades se expresa en las mujeres de más de 40 años, la idea de los hijos fundamentalmente como apoyo económico y las hijas como ayuda en la casa. Si bien las hijas no participan en el trabajo agrícola, pueden irse a trabajar a las ciudades en las maquiladoras y, en última instancia, como empleadas domésticas.

En las mujeres menores de 40 años se encuentra también ese valor con respecto a hijas e hijos, disminuido en el aspecto económico, con fuerte acento hacia lo emocional, y en ese plano las hijas ocupan un primer lugar. Estas mujeres perciben en las hijas un valor afectivo muy grande, un apoyo más seguro en la vejez, una compañía en sus soledades. Estos sentimientos les generan ambigüedad, ya que por un lado a las que no tienen hijas les gustaría tenerlas, pero por otro temen al sufrimiento que les generaría la separación

⁷ En ese mismo sentido véase Potter (1984).

de sus hijas debido al matrimonio.⁸ Asimismo, piensan que no les gustaría que sufrieran en el matrimonio las mismas circunstancias que ellas, al considerar que en general están en desventaja frente al hombre, por el mayor cúmulo de responsabilidades que sostienen ante el hogar, el marido y los hijos.

En las mujeres jóvenes y con capacidad reproductiva se encuentran planteamientos tanto para un mayor número de hijos (cuando tienen dos), como por limitar su fecundidad. Expresan la percepción de que hay que criar "hijos de calidad",⁹ lo cual se concreta, en su caso, a tener aquellos hijos que puedan alimentar, vestir, educar y atender adecuadamente, todo ello en el marco de sus posibilidades económicas y de tiempo.

En la motivación de las mujeres por espaciar o limitar su descendencia, no pueden dejar de observarse los efectos de las condicionantes macroeconómicas como la crisis económica del campo en los últimos años y la repercusión directa en sus economías domésticas (González Montes y Salles, 1995), así como las influencias institucionales, la difusión de campañas gubernamentales acerca de las ventajas de reducir la fecundidad.

Un aspecto que denota el cambio en la percepción de las mujeres con respecto al ejercicio de la maternidad y su regulación, se encuentra en que las mujeres que tuvieron más descendencia no les recomendarían a sus hijas un número mayor de dos o tres hijos.

Nada más dos hijos o hasta tres [recomendaría a su hija], pero más ya no, no es porque no los quiera uno tener, adora uno mucho a sus hijos, pero ahora con las cosas que se están mirando y ya todas las cosas bien caras y si uno tiene muchos hijos los desatiende uno mucho, no les da uno de comer bien... y para que no sufran pues poquitos, así se mantienen bien y no los desatiende uno mucho, sí los desatiende pero no igual que si tiene uno muchos (Angélica).

⁸ Recuérdese el planteamiento hecho antes sobre los patrones de residencia posmatrimonial.

⁹ Concepto creado por Gary Becker en 1960.

LA MATERNIDAD Y LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS

Abordaremos la participación de las mujeres en los proyectos de desarrollo, a partir del concepto de *empowerment*,¹⁰ utilizado según Batliwala (1994) desde mediados de los ochenta en el campo del desarrollo, para remplazar a términos como bienestar, participación comunitaria y alivio de la pobreza, que habían fallado en hacer progresos significativos en el mejoramiento del estatus de las mujeres. Según la misma autora, el *empowerment* implicaría elementos como la redistribución del poder en diferentes niveles, géneros o individuos, así como la transformación de las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género y las desigualdades sociales, capacitando a las mujeres pobres para ganar acceso y control tanto de los recursos materiales como de la información.

Otra perspectiva de acercamiento al tema podría ser la distinción hecha por Young (citada por Batliwala, 1994) entre la "condición" y la "posición" de las mujeres.¹¹ La primera estaría referida a la situación material de vida de las mujeres y la segunda al estatus económico y social de ellas comparados con los de los mismos hombres. Aplicado a los proyectos, se dice que la mayoría de ellos habrían estado orientados a mejorar las condiciones cotidianas de vida de las mujeres, dejando de lado las bases estructurales de su subordinación y desigualdad (Batliwala, 1994).

A partir de lo anterior, uno de los aspectos que resalta en la investigación sobre participación de la mujer en proyectos, sería la de los efectos ambivalentes o contradictorios generados en su situación (Boserup, 1989; Alsop, 1993; Aranda, 1993; Vlassoff, 1994). Así, los proyectos que involucran mayores niveles de tecnología para la agricultura, al estar orientados a los varones, reforzarían la posición de éstos respecto a la mujer, incidiendo negativamente en su estatus. Se plantea también que "las actividades y empresas en que las mujeres son normalmente involucradas, siempre son una manifestación de una cultura existente en la cual ambos reflejan y determi-

¹⁰ Se utilizará el vocablo en inglés.

¹¹ Véase también González Montes (1994a).

nan la forma en que las mujeres son percibidas y la manera en que ellas se perciben a sí mismas" (Alsop, 1993: 369).¹²

No pueden dejar de destacarse los efectos positivos de los proyectos en las condiciones de vida de las mujeres, que elevan sus niveles de subsistencia con respecto a las no participantes, por la participación en grupos de iguales, donde las mujeres encuentran un espacio para la discusión y el intercambio de ideas y de opiniones, aspectos importantes en los contextos donde se desarrollan muchos de estos proyectos (Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas, 1995; Amin *et al.*, 1994; Conapo, 1996).

Los proyectos estudiados en esta investigación se encontrarían entre los que buscan mejorar las condiciones de vida de las mujeres y sus grupos familiares, especialmente los hijos(as), a través de proporcionarles mejor alimentación y mejores cuidados en lo relativo a la salud, pretenden también ofrecer a las mujeres conocimientos y un espacio de socialización con sus congéneres. Todos ellos son aspectos que acrecientan la base de recursos de las mujeres.

Entre los efectos contradictorios o ambivalentes que generarían, se encuentran el aumentar la carga de trabajo, así como la falta de creación de alternativas que generen ingresos económicos para las mujeres, reforzar sus roles tradicionales al desarrollar actividades ligadas al mantenimiento y reproducción de su unidad doméstica —como son el cultivo de huertos caseros y la crianza de aves de corral—, sin contemplar en su trabajo ninguna perspectiva de género, haciendo hincapié en la participación en los proyectos en beneficio de y para la familia (Talamante, Careaga y Parada, 1994).

[...] en ratos en las tardes es cuando hacíamos las cosas, terminando de hacer nuestros quehaceres de la casa, en las tardes, como a las cuatro de la tarde nos poníamos a rascar [la tierra], un pedacito y... hasta como a las siete antes de que se oscureciera, luego nos íbamos ya íbamos para nuestras casas (Antonia).

[...] y mi esposo me decía "pero qué vas a aprender..." Mi suegra decía "déjala ahorita que sus hijos están chiquitos" y así empezamos, el

¹² Traducción libre del inglés.

grupo empezó, primero que nos daban cursos de cocina, nos venían a enseñar cómo se prepara la soya que es muy buen alimento para los niños... nos enseñaron a preparar la soya... de poquito en poquito nos hemos ido ahorrando la bolsa... entonces ha cambiado tanto como en ama de casa, tanto entre mi familia y todo (Cecilia).

Las mujeres entrevistadas perciben su participación como altamente beneficiosa, al vincularla al ejercicio de la maternidad y al cuidado de los hijos(as). Perciben también esa integración como una manera de enseñar a sus hijos(as) a través del ejemplo y del discurso, la realización de actividades que les generen satisfacciones y beneficios a ellas, a los niños(as) y a la comunidad donde residen.

Un argumento encontrado en la mayoría de las mujeres entrevistadas como motivador de su incorporación, es su calidad de madres; al orientarse a la mejoría de la alimentación y salud de su familia, especialmente los niños(as), aquellas que tienen hijos e hijas pequeñas pueden cumplir de mejor manera su rol. Esta razón reduciría la aceptación de los proyectos en las mujeres que ya dejaron atrás esa etapa en el ejercicio de la maternidad.

El grupo de mujeres participantes somos de los veinticinco a los treinta y cinco años, yo pienso que las mujeres grandes ya no participan... han de decir bueno y yo para qué si eso lo habríamos aprendido antes, cuando teníamos nuestros pequeñitos, que podíamos darles las cosas de aquí, yo pienso que por eso ellas ya no participan (Cecilia).

CONSIDERACIONES FINALES

Podríamos decir que si bien el contexto socioeconómico del campo mexicano ha cambiado en los últimos años (González Montes y Salles, 1995), éste no se refleja todavía en las comunidades estudiadas en la presente investigación, las cuales se encontrarían aún en una situación de marginalidad con relación a la economía nacional. Su agricultura es principalmente de autoconsumo, con pocas fuentes de empleo, etc., razón por la cual las mujeres que viven en estos lugares, entre ellas las entrevistadas, no pueden acceder mayoritariamente a las oportunidades de trabajo que en otras regiones y ciudades existen (García y Oliveira, 1994). En esas condiciones

parece difícil que las mujeres estudiadas puedan percibir y asumir otros roles que sustituyan a la maternidad, como actividad principal en sus vidas y que les generen el estatus que aquélla les provee.

En consecuencia, se le concede una prioridad importante a la maternidad y al cuidado de los hijos, sobre todo cuando existen hijos(as) pequeños. Se puede decir que constituye todavía el eje organizador de sus vidas. Asimismo, las actividades que las mujeres desarrollan fuera de su ámbito doméstico, continúan orientadas mayoritariamente a cumplir de mejor manera su rol maternal. Esta situación presenta variaciones en relación directa con la edad de las mujeres; entre las jóvenes se encuentra la presencia constante de conflictos y ambigüedades en la vivencia de ese rol, resolviéndose generalmente en favor de la maternidad. No obstante que planteamos que en lo fundamental no se encuentran modificaciones en la percepción de mujeres jóvenes y mayores acerca de la maternidad, coincidiríamos con González Montes y Salles (1995) en cuanto a la existencia de cambios en las valoraciones respecto de hijas e hijos en los contextos rurales, pero diríamos de nuestra parte que se está operando un cambio en la percepción del valor que hijos e hijas tienen para ellas. Esta modificación abre las posibilidades para una mayor aceptación de la anticoncepción y nos permite vislumbrar en el futuro cambios en la percepción de la maternidad, también en la medida que las mujeres puedan asumir nuevos roles sociales que sean generadores de estatus.

En este contexto, al reflexionar sobre el papel de los proyectos, la participación de las mujeres en ellos y las ONG en Tlaxcala, no se puede dejar de señalar la necesidad de involucrar en ese trabajo una perspectiva de género que permita transitar de una visión de mejorar las condiciones de vida de la familia y de la mujer, a otra de cambiar su situación y desarrollar su *empowerment*. Veríamos así que la participación social de las mujeres, específicamente la participación en proyectos, podría convertirse en una opción para asumir nuevos roles que le concedieran estatus no solamente en el ámbito de su familia, sino también en el comunitario. Esto aún no ha sido posible en el contexto estudiado, más bien coincidiríamos con Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas, cuando dicen que "los espacios abiertos por las mujeres, todavía no han subvertido los arreglos básicos de género" (1995: 235).

BIBLIOGRAFÍA

- Alsop, Ruth (1993), "¿Cuáles intereses? Problemas en la planificación para las necesidades prácticas de las mujeres", *World Development*, vol. 21, núm. 3.
- Álvarez Icaza, Emilio (1990), *Características del comportamiento reproductivo en dos comunidades de Tlaxcala: una perspectiva desde la pareja*, tesis de maestría, México, Flacso.
- Amin Ruhul, A. U. Ahmed, J. Chowdhury y M. Ahmed (1994), "Poor Women's Participation in Income-Generating Projects and Their Fertility Regulation in Rural Bangladesh: Evidence from a Recent Survey", *World Development*, vol. 22, núm. 4, abril.
- Aranda, Josefina (1993), "Políticas públicas y mujeres campesinas en México", en Soledad González Montes (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México.
- Batliwala, Srilatha (1994), "El significado del *empowerment* de las mujeres: nuevos conceptos para la acción", en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered Health, Empowerment, and Rights*, Harvard University Press.
- Blanco Sánchez, Mercedes (1991), "Patrones de división del trabajo doméstico: un estudio comparativo entre dos grupos de mujeres de sectores medios", en Orlandina de Oliveira (coord.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México.
- Boserup, Ester (1989), "The status of Women, and Rural Development", *Population and Development Review*, sup. vol. 15.
- Bronfman, Mario, Elsa López y Rodolfo Tuirán (1986), "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 2, pp. 165-204.
- Browner, C. H. y Sondra T. Perdue (1988), "Women's secrets: bases for reproductive and social autonomy in a Mexican community", *American Ethnologist*, vol. 15, núm. 1, pp. 84-97.
- Buvinic, Mayra (1989), "Investing in Poor Women: The Psychology of Donor Support", *World Development Review*, vol. 17, núm. 7.
- Caldwell, John y Pat Caldwell (1978), "The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, vol. 13, núm. 3, pp. 409-437.
- Castro Martín, Teresa y Fátima Juárez (1995), "La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, vol. 21, núm. 2.
- Chodorow, Nancy (1984), *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona, Gedisa.
- Christenson, Bruce, Brígida García y Orlandina de Oliveira (1989), *Las múltiples condicionantes del trabajo femenino*, México, El Colegio de México.

- Conapo (Consejo Nacional de Población) (1996), *Situación demográfica del estado de Tlaxcala*, México.
- Elú, María del Carmen (1993), *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Fagetti, Antonella (1994), "Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural", en Vania Salles (coord.), *Relaciones de género y transformaciones agrarias*, México, El Colegio de México.
- Ferro, Norma (1991), *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- Figueroa, Juan Guillermo (1994), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", en INEGI-Somede, *Memorias de la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*, México.
- García Brígida y Orlandina de Oliveira (1991), "Motherhood, Work and Women's Condition in Mexico", informe final presentado a la Fundación Rockefeller, México, El Colegio de México.
- (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- González Montes, Soledad (1994a), "La maternidad en la construcción de la identidad femenina", en Vania Salles y Elsie McPhail (coords.), *Nuevos textos y renovados pretextos*, México, El Colegio de México.
- (1994b), "Mujeres, trabajo y pobreza en el campo mexicano: una revisión bibliográfica reciente", en Javier Alatorre (coord.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México.
- y Vania Salles (1995), "Mujeres que se quedan, mujeres que se van... continuidad y cambios de las relaciones sociales en contextos de aceleradas mudanzas rurales", en Soledad González Montes y Vania Salles (coords.), *Relaciones de género y transformaciones. Estudio sobre el campo mexicano*, México, PIEM, El Colegio de México, pp. 15-50.
- Lerner, Susana y André Quesnel (1994), "Mediaciones institucionales y regulación de la fecundidad. Reflexiones en torno al estado del conocimiento", en INEGI/Somede, *Memorias de la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*, México.
- (s/f), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México" (mimeo.).
- Mahmud, Simeen y Anne M. Johnston (1994), "Women Status Empowerment, and Reproductive Outcomes", en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Harvard Center for Population and Development Studies, Boston, pp. 150-159.
- Muñiz, Patricia (1995), "Origen social, trayectorias educativas y deserción universitaria en los ochenta", tesis de doctorado en ciencias sociales con especialidad en estudios de población, México, El Colegio de México.

- Oliveira, Orlandina de y Liliana Gómez Montes (1989), *Subordinación y resistencia femeninas: notas de lectura*, México, El Colegio de México.
- Ortiz-Ortega, Adriana, Ana Amuchástegui y Marta Rivas (1995), "Negociando los derechos reproductivos en México", en Alicia Elena Pérez Duarte (ed.), *¿Derechos reproductivos en México?*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Potter, Joseph (1984), "Una apreciación del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, UNAM/El Colegio de México/PISPAL, pp. 1061-1082.
- Robichaux, David (1989), "Don Santos tenía razón", *Umbral XXI*, núm. 1, México, Universidad Iberoamericana.
- Ruvalcaba, Rosa María y Vania Salles (1993), "Hogares de trabajadoras y percepciones femeninas", *El Cotidiano*, núm. 53.
- Schmukler, Beatriz (1989), "Negociaciones de género y estrategias femeninas en familias populares", *Revista Paraguaya de Sociología*, año 26, núm. 74.
- Talamante Díaz, Cecilia, Gloria Careaga Pérez y Lorena Parada Ampudia (1994), "¿Es la cooperación para las mujeres?", en Javier Alatorre (coord.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México.
- Vlassoff, Carol (1994), "From Rags to Riches: The Impact of Rural Development on Women's Status in an Indian Village", *World Development*, vol. 22, núm. 5.
- Zúñiga Elena, Daniel Hernández y Esther Rojano María (1988), "Determinantes de la práctica anticonceptiva en áreas rurales de México", en Secretaría de Salud, *Memoria de la Reunión sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México*, México.
- , Daniel Hernández, Catherine Menkes y Carlos Santos (1986), *Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en las áreas rurales de México*, México, IMSS/PISPAL/ AMIDEM.

198-22276

APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL PARTO: EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE LAS MADRES, *DOULAS* Y EL PERSONAL CLÍNICO DEL HOSPITAL*

LOURDES CAMPERO CUENCA
CARMEN DÍAZ MÉNDEZ
OLIVIA ORTIZ RAMÍREZ
CECILIA GARCÍA BARRIOS
SOFÍA REYNOSO DELGADO
ANA LANGER GLAS

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la atención del embarazo, parto y posparto inmediato se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente. El personal de salud tiende a concebir el trabajo de parto y el parto como eventos factibles de presentar diversas patologías, por lo que madre y/o niño requieren de cuidados y tecnología especializada. Sin duda, este modelo de atención ha contribuido sustancialmente a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; no obstante, también presenta algunas dificultades. Debido a que en la mayor parte de las instituciones públicas de México no se permite la entrada de la pareja ni de otro familiar a la sala de labor, este modelo de atención ha dejado a la mujer sin el apoyo y compañía que tradicionalmente recibía ya sea de una partera, de

* Agradecemos al Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, a la Fundación Wellstart International y al Instituto Nacional de Salud Pública por su apoyo y financiamiento para llevar a cabo este proyecto. Al equipo del Centro de Educación para el Parto (Cepapar), a la doctora Carolina Martínez y especialmente a todas las *doulas* y mujeres que participaron, por su confianza y disposición a cooperar en un estudio de esta naturaleza.

las mujeres de la comunidad o de sus familiares. La mujer experimenta angustia y ansiedad al estar pariendo "sola" y en la mayoría de los casos las experiencias subjetivas de las mujeres durante su trabajo de parto y parto no se consideran importantes, por lo que no se toman en cuenta. Es así que, para muchas mujeres, la experiencia de parto se convierte en un proceso mecánico e intimidante.

Este trabajo presenta algunos de los resultados más significativos de una investigación que comparó las experiencias de mujeres que recibieron apoyo psicosocial por medio de una *doula*¹ durante su trabajo de parto y parto, contra la de aquellas mujeres que vivieron esta misma experiencia según la norma hospitalaria, es decir, sin ninguna compañía en particular. Para entender mejor el contexto que influye en estas experiencias se exploraron de forma paralela las opiniones que tanto enfermeras, médicos y *doulas* tuvieron acerca del apoyo psicosocial ofrecido a las mujeres primíparas. Estas experiencias y opiniones se presentan junto con los resultados de un estudio observacional llevado a cabo simultáneamente.

Para dar cuenta de ello, este trabajo se organiza de la siguiente manera: en una primera parte, se hace referencia a estudios de apoyo psicosocial llevados a cabo en otros países, así como a un ensayo clínico realizado en la Ciudad de México, el cual dio origen al estudio cualitativo que aquí se presenta. Se presentan también los objetivos y las preguntas centrales que guiaron nuestro estudio. El segundo apartado comprende el marco conceptual a través del cual se presentan y discuten los resultados obtenidos. Posteriormente, en un tercer apartado, se explicita la metodología de trabajo. De manera breve se presenta el escenario de trabajo; la formación de *doulas* y su perfil, y la intervención de apoyo psicosocial en la sala de labor. Además, se da cuenta de la conformación de la muestra de sujetos para cada uno de los grupos: mujeres, médicos, enfermeras y *doulas*, así como algunas particularidades del estudio observacional. Por último, se menciona la estrategia utilizada para el análisis de la información. En el cuarto apartado se presentan los resultados más representativos de las experiencias de las mujeres con y sin

¹ La palabra griega *doula* ha sido utilizada para identificar a una mujer que ofrece apoyo continuo (físico, emocional y que proporciona información) a una mujer durante su trabajo de parto, parto y posparto inmediato (Keirse *et al.*, 1989).

compañía durante su trabajo de parto y parto, así como los resultados obtenidos de las opiniones de las *doulas* y del personal clínico respecto al apoyo psicosocial otorgado a las mujeres por una *doula*. A lo largo de este trabajo se intercalan algunos de los resultados obtenidos del estudio observacional, los cuales permiten aclarar, subrayar o complementar los testimonios de las mujeres y opiniones de los otros sujetos entrevistados. Para finalizar, se hace una reflexión global de la experiencia.

ANTECEDENTES

El apoyo psicosocial durante el trabajo de parto y parto ha sido objeto de interés sobre todo por el impacto que genera en los resultados obstétricos y en la salud del recién nacido. Varios estudios clínicos realizados en Guatemala, Estados Unidos y Sudáfrica, han demostrado efectos positivos en la implementación de una intervención con *doulas* para el apoyo psicosocial de las mujeres parturientas. Las mayores contribuciones de estos estudios han sido destacar la relación entre apoyo psicosocial y la reducción de distintas intervenciones obstétricas, como por ejemplo el uso de anestesia, analgesia, cesáreas y fórceps (Keirse *et al.*, 1989; Sosa *et al.*, 1980; Klaus *et al.*, 1980; Kennell *et al.*, 1991; Klaus *et al.*, 1992). En estos estudios, se ha encontrado que el apoyo durante el trabajo de parto acelera la recuperación materna, favorece el establecimiento temprano de los lazos madre-hijo, reduce la ansiedad y depresión a las seis semanas posparto y modifica la duración del trabajo de parto (Klaus *et al.*, 1992; Hofmeyr *et al.*, 1991). En el estudio más reciente (Sudáfrica) también se encontró un efecto positivo del apoyo psicosocial en la iniciación y continuidad de la alimentación al seno materno (Hofmeyr *et al.*, 1991).

Todas estas ventajas en la salud del niño y de la madre motivaron la realización de una intervención clínica similar en México. Paralelamente, se planteó este estudio cualitativo que permitiera recoger una dimensión diferente de la realidad obtenida por el estudio clínico. Es decir, que se interesara por el significado que tenía para la mujer parturienta el haber estado acompañada durante su trabajo de parto y parto. Fue así que se consideró pertinente

aprovechar toda la infraestructura que el estudio clínico² tenía implementado en el hospital (entre otras, la capacitación para la formación de las *doulas*), para realizar el presente estudio.

Al considerar que el parto es simultáneamente un evento social, un evento obstétrico y una experiencia personal (Kitzinger, 1989), este estudio se propuso como objetivo central analizar, desde una dimensión cualitativa, el significado del apoyo psicosocial en los diversos actores que participan en el parto hospitalario.

MARCO CONCEPTUAL

Es común que la futura madre (especialmente la primípara) que ingresa en un hospital, se sienta sola, asustada y ansiosa durante el trabajo de parto (Jacobson, 1986). En términos generales, la mujer no comprende lo que está pasando a su alrededor y lo que se espera de ella. El miedo, el dolor y la ansiedad se incrementan en un ambiente clínico mecanizado y a cargo de personas desconocidas, trayendo consecuencias adversas sobre el progreso del trabajo de parto.

Se sabe que, en particular, la experiencia del primer parto es recordada intensamente por muchas mujeres (Simkin, 1992) y que las reacciones emocionales hacia su parto no se olvidan (Konrad, 1987). También se ha documentado que los pensamientos, sentimientos y actitudes sobre la experiencia de parto afectan su auto-percepción como mujer y como madre (Butanni y Hodnett, 1980), y más aún, se conoce que una experiencia muy intensa, como

² El estudio clínico tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención de apoyo psicosocial durante el parto y las primeras horas posparto, sobre la salud física y emocional de la madre y del recién nacido, así como sobre el incremento en la proporción, duración y exclusividad de la alimentación al seno materno. La evaluación de esta intervención se realizó a través de un ensayo clínico aleatorizado y un estudio del costo-efectividad del programa. Esta última fue considerada como un elemento esencial para el planteamiento de recomendaciones para la toma de decisiones de las autoridades de salud. Dicha intervención se implementó y evaluó en un hospital de ginecobstetricia del sistema de seguridad social en la Ciudad de México. Se aleatorizaron 724 mujeres, quedando 363 en el grupo control y 361 en el de intervención. Para mayor detalle, consúltese el reporte técnico en las oficinas del Population Council, Ciudad de México.

podría ser ésta, puede tener una influencia en la totalidad de la persona (Hillan, 1990; Simkin, 1991).

También se ha visto, de manera especial, que la relación que se establece entre el médico y el paciente en diversas situaciones trae consigo, en muchos casos, ansiedad por parte del paciente. Esto se debe, por ejemplo, al hecho de que la figura del médico representa autoridad para el paciente y a que el encuentro se da en un lugar ajeno al paciente, el cual tiene que adoptar diferentes posiciones físicas que pueden ser incómodas, pasivas, dependientes, o penosas. Alrededor de esta relación existe un constante interrogatorio al que se supone el paciente debe responder siempre; la estructura de la conversación en muchos casos es muy complicada al igual que el vocabulario que se utiliza (Zola, 1981). Generalmente, los pacientes entran al hospital sintiendo que deben ser obedientes, cooperativos y que deben esperar atención sólo si están muy enfermos. Algunos estudios muestran que el personal del hospital evalúa al paciente según la cantidad de problemas que causa, es decir, el personal del hospital espera realizar su trabajo a través de rutinas y con el mínimo número de interrupciones (Oakley, 1981).

Frente a la medicalización³ e intervencionismo clínico en la atención del parto, en las últimas décadas han surgido corrientes de educación para el parto. Esto implica una participación consciente de la mujer en el parto como resultado deseado y a la vez, un mayor reconocimiento de las necesidades emocionales de la mujer parturienta. Es así que, principalmente en países desarrollados, se han desarrollado diversos programas que proporcionan compañía y apoyo físico y emocional a mujeres en trabajo de parto durante su estancia en el hospital. A este tipo de intervención se le ha llamado "apoyo social" (Chalmers y Wolman, 1993).

Entre las experiencias más conocidas que han intentado proporcionar a la mujer un entorno más favorable durante su parto, destaca la incorporación de un acompañante. Entre los posibles personajes que se han considerado, ya sea en la práctica o la investigación, están: el personal clínico, la pareja u otros familiares

³ Entendiendo por medicalizado un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización (Menéndez, 1984).

o amigos, así como personal especialmente capacitado para cumplir con esa función (Keirse *et al.*, 1989). En esta última categoría se ubican las *doulas*.

El apoyo social ha sido definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros (Thoits, 1982). Aunque existen diversas clasificaciones en torno al apoyo psicosocial, la mayoría de ellas se deriva de la siguiente tipología que distingue los aspectos primarios del apoyo: *a)* apoyo emocional: se refiere al comportamiento que favorece sentimientos de comodidad y dirige a un individuo a sentir que él o ella es admirado, respetado y amado y que otros están dispuestos a proveerle cuidado y seguridad; *b)* apoyo cognitivo: se refiere a la información, conocimientos y/o consejos que ayudan al individuo a entender su entorno y adaptarse a los cambios, y *c)* apoyo material: se refiere a acciones y servicios que ayudan a resolver problemas prácticos (Jacobson, 1986).

Este tipo de apoyos debe ser proporcionado por sujetos que sean significativos para el que recibe el apoyo. La participación activa de los sujetos significativos, puede ayudar a los individuos a controlar la angustia o ansiedad, ya sea sobrellevando la fuente de angustia o bien enfrentando la dificultad, es decir, permitiendo a los individuos expresar y legitimizar los efectos negativos que genera una situación crítica (Heller, Swindle y Duserbury, 1986; Thoits, 1986). Para una mujer en sala de labor, el apoyo psicosocial puede ser proporcionado por una *doula*, quien la ayuda de manera importante a hacer frente a emociones y problemas en este momento crucial de su vida, convirtiéndose en un sujeto significativo para ella.

Según Butanni y Hodnett (1980), las necesidades que una mujer tiene en el trabajo de parto hospitalario podrían agruparse en tres: mantener el control, realizar expectativas y mantener la autoestima. El control se experimenta de diversas formas: sobre las fuerzas del trabajo de parto originadas dentro de ella; en las técnicas y mecanismos, como la respiración coordinada que ella utiliza para controlar esas fuerzas; en el control sobre el medio ambiente, como podría ser la inducción del parto, la aplicación de oxitocina y aplicación de rutinas hospitalarias, y en el control que ella ejerce sobre el propio ambiente en que está pariendo, como sería en la toma de decisiones sobre la conducción de su trabajo de parto

(Butanni y Hodnett, 1980). El hecho de experimentar control se ha reconocido como un componente clave en la satisfacción de un parto y en la forma como es recordado a través del tiempo (Hodnett y Osborn, 1989; Kitzinger, 1990). La mujer espera tener algún grado de control durante su experiencia de trabajo de parto y a la vez su satisfacción primaria y autoestima derivan de esta posibilidad de lograrlo (Butanni y Hodnett, 1980).

Algunas experiencias que se conocen a través de investigaciones en otros países hacen referencia a que la satisfacción está determinada por factores como la preparación y expectativas previas; el tipo de parto; la armonía con el cuerpo; el sentimiento de haber sobrellevado el dolor y las contracciones; la posibilidad de relajarse; la información recibida, y la existencia de un espacio para preguntas e información frecuente y completa de lo que está sucediendo. También desempeñan un papel importante los consejos o sugerencias que se reciben durante la interacción con el personal clínico; la consideración y confianza que se muestra hacia ella en los diferentes momentos de su estancia en el hospital, y el grado de control que la mujer siente sobre su experiencia. Autoeficiencia y autocontrol son algunas de las afirmaciones que las mujeres refieren en relación con un sentimiento de satisfacción con su parto (Hillan, 1990; Kitzinger, 1990; Green, Coupland y Kitzinger, 1990; Jo, 1985).

En síntesis, el apoyo psicosocial promueve la posibilidad de mantener a lo largo de su trabajo de parto y parto un estado emocional positivo, relajado y por lo tanto de autocontrol, impactando positivamente la salud y bienestar de la madre y el hijo.

METODOLOGÍA

A continuación se explica, de manera sintética, el escenario de trabajo donde se llevó a cabo la intervención; el perfil de la *doula* y su formación como tal; la intervención de apoyo psicosocial; la conformación de grupos de informantes clave y eventos de observación, y por último, la estrategia de análisis del material obtenido.

Escenario de trabajo

El proyecto se realizó en la Ciudad de México en un hospital de ginecobstetricia del sistema de seguridad social, el cual cuenta con cuidados obstétricos convencionales, con facilidades de alojamiento conjunto y con un programa de promoción de la alimentación al seno materno. El servicio de tococirugía cuenta con cuatro salas de labor, cada una con seis camas, ocho salas de expulsión y cuatro quirófanos. De acuerdo con los registros del hospital se atienden, en promedio, 400 partos mensuales, 40% de los cuales son de mujeres primíparas.

Las mujeres que entran al hospital pasan por diferentes servicios dentro de esta unidad; de manera general y considerando parte de lo recogido por el estudio observacional, podríamos decir que el trayecto por el que pasa una mujer es el siguiente.

El proceso de ingreso a la unidad hospitalaria se inicia en el momento de solicitar su revisión en el servicio de admisión; ahí el médico realiza una revisión y valoración de la etapa de trabajo de parto en la que se encuentra la mujer. Si la mujer presenta un trabajo de parto irregular y la dilatación cervical es de uno a dos centímetros, es enviada a piso para su regulación y llegado el momento es enviada a sala de labor (tococirugía) para su atención. Cuando está en piso y aun cuando haya sido canalizada, la mujer puede caminar y desplazarse con cierta libertad. Si por el contrario, la mujer ha iniciado ya un trabajo de parto regular y la dilatación cervical es de tres a cuatro centímetros, se le practica la tricotomía y pasa de inmediato al servicio de tococirugía para su vigilancia y atención. A su ingreso se le canaliza y acuesta, sin permitirle levantarse de la cama, su estancia en sala de labor abarca un promedio de cinco horas.⁴ Una vez que el bebé empieza a coronar, la mujer es trasladada a expulsivo. Posterior al parto o cesárea, la mujer es enviada al servicio de recuperación y ahí permanece en observación aproximadamente dos horas. Después de este tiempo, es enviada a piso y, si la hora lo permite, recibe la visita de sus familiares.⁵ Si la mujer tuvo a su hijo por parto vaginal y no se

⁴ Este dato se tomó del ensayo clínico.

⁵ Durante el corto tiempo que las mujeres pasan en piso la enfermera materno infantil les imparte, en forma grupal, una plática sobre lactancia materna; sin

presenta ninguna complicación, es dada de alta aproximadamente a las 24 horas de haber parido. Si el nacimiento fue por cesárea, la mujer permanece alrededor de 72 horas en el hospital.

Perfil y capacitación de la doula

El perfil de las *doulas* ha sido ampliamente discutido por aquellos que han desarrollado programas de este tipo.⁶ Para este estudio se determinó que las *doulas* serían en primera instancia enfermeras o auxiliares de enfermería; sin embargo, se abrió la convocatoria para otros sujetos que también mostraran interés en el área. Se decidió invitar primeramente a enfermeras jubiladas, ya que se consideró que son un recurso humano que en general puede reunir muchas ventajas para este tipo de intervenciones. Se trata de personal relativamente joven, pero a la vez con experiencia en el área, generalmente sin trabajo (por ser jubiladas), pero todavía con mucha energía y ganas de seguir laborando algunas horas o días de la semana. Además, aunque no se consideró indispensable, muchas de ellas habían pasado por la experiencia personal de tener hijos, lo que favorecía entender aún mejor la experiencia de un parto. Cabe mencionar que esta última característica nunca fue un criterio de exclusión para una enfermera no madre, así como tampoco el no estar jubilada.

El curso de capacitación proporcionó conocimientos, actitudes y destrezas básicas para llevar a cabo una intervención psicosocial exitosa con mujeres primíparas en condiciones de partos hospitalarios normales.⁷ A lo largo del trabajo de campo se llevaron a cabo

embargo, las mujeres no siempre tienen oportunidad de escucharla. Esta plática dura aproximadamente 30 minutos.

⁶ En algunos estudios, las *doulas* han sido mujeres provenientes de la comunidad, con la idea de que éstas compartan el mismo nivel socioeconómico y cultural de las mujeres que reciben el apoyo psicosocial. Sin embargo, a pesar de que este perfil es teóricamente el ideal, pocas instituciones de salud lo aceptan. Por ello, otros estudios han sugerido que el rol de la *doula* sea desarrollado por personal capacitado en el área (Klaus, Kennell y Klaus, 1993).

⁷ El curso estuvo diseñado por investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en coordinación con el Centro de Educación para el Parto (Cepapar). Su duración fue de tres semanas y se llevó a cabo en las instalaciones del mismo hospital. Este curso estuvo estructurado bajo una modalidad teórico-práctica. La

estrategias para favorecer una capacitación constante, así como para identificar problemas y alternativas de solución a los mismos.⁸

La intervención de apoyo psicosocial

La función principal de la intervención consistió en ofrecer, a través de una *doula*, apoyo continuo a la mujer en trabajo de parto, durante su estancia en la sala de labor y hasta después del nacimiento de su hijo. Entre las tareas a desarrollar por las *doulas* durante el trabajo de parto y parto estaban: favorecer el diálogo para disminuir la ansiedad, decir palabras alentadoras y tranquilizantes; reconocer el esfuerzo realizado por la mujer; conversar; mantener contacto visual permanente; dar información acerca del progreso de su trabajo de parto; explicar, en términos claros y comprensibles, todas las indicaciones y procedimientos médicos; alentarla a adoptar posiciones menos incómodas (dentro de las posibilidades que el estar acostada permite); dar sugerencias sobre técnicas de relajación y respiración; hacer masajes, tomarle la mano, acariciarla; ofrecer el cómodo, cambiar la ropa de cama cuando fuera necesario y mostrar la mejor manera para tener un parto más exitoso. Posteriormente, en el posparto inmediato, siempre y cuando las condiciones de la mujer y el recién nacido lo permitieran, se alentaba a la mujer a cargar a su hijo inmediatamente después del nacimiento y se promovía la lactancia materna. En todo momento se intentaba dar respuesta a las dudas de la mujer.

discusión y desarrollo de tareas específicas en torno a diferentes elementos que constituyen el conocimiento anatómico-fisiológico y comportamiento de la mujer en el trabajo de parto y parto, fueron los componentes centrales de éste. Se incorporaron, de manera sustantiva y a través de diferentes métodos didácticos, actividades que permitieran desarrollar destrezas y actitudes para la conformación de lo que sería el "rol de la *doula*". Al término del curso, de 20 participantes, se seleccionaron a 11.

⁸ Las estrategias que se implementaron fueron: 1) se elaboró un pequeño banco de información con los temas básicos a los que frecuentemente se enfrentaban. Las *doulas* tenían acceso a éste todos los días; 2) con la idea de retroalimentar y reflexionar sobre su propia práctica, se diseñó un ejercicio de elaboración y discusión de casos que ellas como *doulas* enfrentaban en su trabajo cotidiano, y 3) mensual o bimestralmente se realizaron reuniones donde se aclaraban dudas, se organizaba el trabajo subsecuente y se abrían espacios para preguntas y discusiones.

Posterior al parto, unas horas después de que la mujer era llevada a piso y si había tenido parto vaginal, era visitada por otra *doula* para hablar de lactancia materna. En el caso de que la mujer hubiera tenido cesárea, la plática se posponía un día. Esta plática la daba una *doula* previamente entrenada para hablar con ella sobre los beneficios de la lactancia, las dificultades frecuentes que pudiera enfrentar para una lactancia exitosa y algunas alternativas de solución a estos problemas.⁹ La plática pretendía ser vivencial e intentaba que la madre tomara a su bebé en brazos y se lo pusiera al seno de modo que se hicieran comentarios y sugerencias más concretas.¹⁰ La visita duraba de 45 a 60 minutos y con ello concluía la intervención.

*Exploración de percepciones y experiencias
en relación con el parto y posparto inmediato*

Las entrevistas a profundidad permitieron recoger el punto de vista de los actores involucrados, en sus propias explicaciones, en sus propias maneras de ver, nombrar y atribuir sentido a la realidad. Las observaciones permitieron conocer, a través de registros puntuales, los diferentes aspectos de la relación que se generó entre los sujetos involucrados. Ambas técnicas se complementaron para construir motivos interpretativos de los procesos sociales que ocurrieron en la sala de labor, sala de expulsión y el quirófano (Kitzinger, 1990; Herzlich, 1987; Oakley, 1990).

Las entrevistas se diseñaron de respuesta abierta, para ser realizadas a través de una conversación. Se contó con una guía de puntos o rubros a tratar que favorecía "dejar hablar" al informante (Reyna y Díaz, 1989; Lincoln y Guba, 1985; Spradley, 1979). Se utilizó la saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967), como criterio para determinar el número de entrevistas a profundidad necesarias para el estudio.

⁹ Con el fin de unificar y reforzar la información que se transmitía en esta plática, se elaboró un pequeño rotafolio con base en un manual. Éste se regalaba a la mujer al final de esta plática, con el fin de que la mujer pudiera resolver sus dudas.

¹⁰ Cuando las mujeres no tenían a sus bebés en ese momento con ellas, el contenido de la plática era el mismo y se contaba con un muñeco con el que se intentaba hacer algún simulacro que sirviera de ejemplo a la madre sobre cómo cargarlo y las diferentes posturas recomendadas para una lactancia más exitosa.

*Conformación de entrevistas
por grupos de informantes clave y observaciones*

Las entrevistas a mujeres

La guía de entrevista a las mujeres enmarcaba los siguientes temas: la experiencia global de su embarazo, principalmente enfocada al apoyo por el compañero o algún otro miembro de la familia o amigo(a); el trabajo de parto, la experiencia del parto, la relación con la *doula* y/o personal clínico y el contexto en que se dio.¹¹

Para que una mujer formara parte del estudio y quedara seleccionada para estar acompañada por una *doula* durante su parto, se tomaron, en primer lugar, los mismos criterios de inclusión y exclusión que del estudio clínico. Los criterios de inclusión estaban relacionados con la delimitación del estudio y con algunas características que tenían que ver con los tiempos y la accesibilidad que hicieran factible la intervención.¹² Los criterios de exclusión se referían al estado de salud de la mujer y el bebé.¹³

Las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión se consideraban como población potencial para participar como sujetos de la muestra. A éstas se les aplicaba un pequeño cuestionario con el fin de identificar algunas características particulares¹⁴ (edad,

¹¹ El estudio comprendió también entrevistas a las mujeres a las seis semanas posparto, para conocer su inicio en la maternidad y su experiencia con la lactancia. Sin embargo, en este trabajo no se hablará de estos resultados.

¹² Los criterios de inclusión al estudio fueron: que la mujer fuera primípara (es decir, que no hubiera tenido ningún parto anterior por vía vaginal); que llegara al hospital con trabajo de parto establecido (el cual estaba supeditado a la norma del hospital para definir trabajo de parto establecido); que entrara a sala de labor con seis o menos centímetros de dilatación cervical, que fuera admitida en la sala de labor durante el turno matutino (entre 7:30 a.m y 3:00 p.m); que viviera en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, y que aceptara voluntariamente participar en el estudio.

¹³ Los criterios de exclusión al estudio fueron: que tuviera indicaciones explícitas de cesárea; mujeres con dos o más cesáreas previas; mujeres con embarazo de menos de 37 semanas, determinado por el médico de admisión; madres con complicaciones clínicas: hipertensión, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, retraso mental, eclampsia, epilepsia, alteraciones psiquiátricas y condiciones del feto: óbito, embarazo gemelar y sufrimiento fetal al ingreso.

¹⁴ Debido a que la población que acude a los servicios de salud de esta institución de seguridad social, cuenta relativamente con las mismas características socioeconómicas (en este hospital, mujeres de clase media y clase media baja de la

escolaridad, estado civil y tipo de nacimiento). Con base en éstas se establecieron "parejas de mujeres", con el objeto de que existiera una mejor representatividad de algunas características particulares de las mujeres para la conformación de la muestra.

Luego de obtener el consentimiento informado de la primera mujer, se le asignaba a una *doula* para que la acompañara durante su trabajo de parto y parto y se le pedía posteriormente ser entrevistada. La segunda mujer de este par, era seleccionada después del nacimiento del niño. Se le aplicaba el cuestionario mencionado anteriormente y se le pedía consentimiento para ser entrevistada después de unas horas. De esta manera se tenían dos mujeres, una con y otra sin apoyo, con características considerablemente similares.

Cuando el parto había sido vaginal, las entrevistas se hacían después de unas cinco horas o más; cuando el parto había terminado en cesárea, la entrevista se hacía hasta el día siguiente. El número de entrevistas realizadas a mujeres en el posparto inmediato fue de 16 (ocho con *doula* y ocho sin *doula*).

Las entrevistas al personal clínico

Las entrevistas al personal clínico se hicieron a médicos y enfermeras que hubieran estado presentes durante el trabajo de las *doulas* para explorar su percepción, opinión y resistencias acerca del apoyo psicosocial ofrecido a la mujer. De esta manera se favorecía el visualizar las posibles dificultades y/o cualidades que ellos pudieran identificar en este tipo de apoyo.

Los criterios para seleccionar a médicos y enfermeras fueron los siguientes: *a)* que trabajaran en el turno matutino del servicio, *b)* que fuera personal de base en el servicio; en el caso de médicos incluir por lo menos un residente, *c)* que hubieran atendido a

zona sur de la Ciudad de México) se realizó solamente el registro de algunas otras características. Éstas se consideraron como posibles variables que ayudaran a obtener una mejor representatividad de las mujeres primíparas que asistían en ese momento a este hospital (Bronfman y Castro, 1988).

mujeres acompañadas por una *doula*, y *d*) que aceptaran participar en el estudio. Previo consentimiento se realizaron ocho entrevistas, cuatro a enfermeras y cuatro a médicos.

Las entrevistas a *doulas*

Las entrevistas a las *doulas* se centraron básicamente en dos aspectos: por un lado, se buscó explorar la percepción, opinión y resistencias que ellas encontraban en el trabajo de apoyo psicosocial a la mujer durante su parto y primeras horas posparto y por otro, recoger los elementos centrales de su propio proceso de capacitación, cansancio, rutinización del trabajo, iniciativa y creatividad.¹⁵

Para la selección de las *doulas* a entrevistar se consideró su formación académica, edad y práctica profesional.¹⁶ Previo consentimiento, se realizaron ocho entrevistas a *doulas* (en dos momentos diferentes, aproximadamente a la mitad del periodo en el que se llevó a cabo la intervención, es decir, después de haber acompañado aproximadamente a 50% de las mujeres que le correspondería a esa *doula* acompañar y al final de la intervención hospitalaria, es decir, después de haber acompañado a 100% de las mujeres.

Conformación de la observación

Las observaciones se llevaron a cabo en la sala de labor, expulsivos y quirófanos. Se trató de observación participante con observador no identificado. Fueron determinadas de dos maneras: las primeras "observaciones individuales"; en éstas, una observadora registraba los eventos de una sala de labor (aproximadamente con seis camas, aunque no siempre todas ocupadas), poniendo mayor atención a la interacción que se generaba entre el personal clínico, la *doula* y una

¹⁵ Es importante considerar que la mayoría de ellas son enfermeras o auxiliares de enfermería y que la mayoría son jubiladas, ya que esto podría ayudar a explicarnos muchas de sus conductas y apreciaciones, así como del proceso mismo.

¹⁶ Se seleccionaron dos *doulas* jubiladas, más una promotora de lactancia, que también era jubilada y una *doula* no jubilada.

mujer en particular. La otra observación se llamó "observación simultánea"; en ésta, mientras una observadora realizaba una observación individual, otra observadora registraba de manera general los movimientos en las otras salas de labor, expulsivos y quirófanos.

Las observaciones se programaban sin avisar al personal ni al equipo de *doulas* y se realizaron algunas veces con presencia de *doulas* en las salas y algunas sin presencia de ellas. Se llevaron a cabo seis observaciones de trabajos de parto y partos (incluidas en éstos las cesáreas). De éstas, cuatro fueron "individuales" y dos fueron "simultáneas".

Estrategias de análisis de la información

Cada entrevista quedó grabada en un casete etiquetado con el nombre de la persona a la que se había entrevistado, el grupo al que pertenecía (con o sin *doula*), el día y lugar de la entrevista y una clave para identificar a la entrevistadora. Al terminar cada entrevista, se transcribía textualmente en un procesador de palabras.

A partir de las guías de entrevista, se diseñó un índice general de temas, subtemas y códigos que sirvieron como base para el inicio del trabajo de análisis. Posteriormente, éstos se fueron modificando de acuerdo con el desarrollo de la investigación (Miles y Huberman, 1984). Una vez codificadas las entrevistas, se trabajó con el paquete de cómputo The Ethnograph (Seidel, Kjolseth y Seymour, 1995) como herramienta de apoyo para el análisis del material.

RESULTADOS

Debido a la gran cantidad de información que generó cada grupo de entrevistas, se realizó una selección de temas representativos para este trabajo. Se dará cuenta a grandes rasgos de la experiencia de las mujeres en cuanto a su estancia hospitalaria y del significado de recibir un apoyo psicosocial, en contraste con las mujeres que no lo tuvieron. En lo que se refiere al personal clínico y *doulas*, se presen-

tarán algunas ideas centrales en torno a su percepción y opinión del trabajo de apoyo psicosocial ofrecido a las mujeres.¹⁷

Entrevistas a mujeres en hospital

Los resultados de este apartado se organizan en cuatro bloques. El primero contiene experiencias y percepciones de las mujeres sobre la institución y el trato recibido por el personal clínico del hospital. El segundo describe las experiencias y percepciones de las mujeres respecto a la información, rutinas e intervenciones médicas. El tercero se refiere a su experiencia de trabajo de parto y su autopercepción en el proceso. El cuarto bloque rescata opiniones sobre la compañía en trabajo de parto y parto. De manera general y con el fin de contextualizar, mencionaremos que entre las mujeres del estudio hay un número importante de embarazos no planeados, que la mayoría de estas mujeres son muy jóvenes y algunas sin una pareja estable.

Experiencias y percepciones sobre la institución y el trato recibido por el personal clínico del hospital

Entre las mujeres que llegan al hospital a parir se observa un sentimiento dual o contradictorio. Por un lado la mujer expresa cierto miedo a la institución: “dicen que aquí no las atienden bien y que es mejor en la clínica particular”, dado que existe la idea generalizada de que ahí la pueden maltratar o malatender. Sin embargo, a ella sólo le queda confiar en los médicos que tienen el conocimiento para tomar decisiones respecto a ella y a su bebé: “ellos son los que más saben y ahora sí que lo que ellos digan, no lo que yo quiera”, “ora sí que uno viene y dice: no pues ahí dejo todo en manos del médico”.

A lo largo de su estancia la mujer aprende la lógica del hospital: “Si yo hubiera estado histérica, gritando, ningún médico hubiera

¹⁷ A partir de aquí, en cursivas se presentan los temas seleccionados y entre comillas se citan los testimonios de algunos de los sujetos entrevistados.

tenido la paciencia para trabajar conmigo". Quien está más tranquila, molesta menos y le va mejor. También las mujeres aprenden viendo a las otras mujeres: "la señora de al lado... gritaba mucho y lloraba y se desesperaba y pues más la dejaban solita, entonces yo decía mejor sí me callo; y pues no, o sea al contrario... me estuvieron revisando".

La mujer en trabajo de parto que llega al hospital se incorpora a una inercia frente a la cual en pocos momentos le es posible intervenir y/o afectar. Aun cuando hubo algunas diferencias interesantes entre las mujeres de un grupo y otro, en general predomina la actitud de subordinación.

Entre las mujeres del grupo sin *doula* aparece de manera más frecuente el temor a ser maltratadas. Ellas reportan claramente una asociación entre molestar y maltrato; no quieren molestar por temor a ser maltratadas, se "aguantan" por el bien de su bebé. La mayoría comenta que no tuvo comunicación prácticamente con nadie y cuando la hubo fue rápida y concreta: "... y no pude platicar con nadie, las únicas que se me acercaban eran las enfermeras y los doctores que me hacían los tactos". Sin embargo, al preguntar directamente sobre el *trato que tuvieron por parte del personal clínico* la gran mayoría reporta que fue "bueno y que todo estuvo bien".

Cuando la mujer se atreve a quejarse de algún médico, la expresión se minimiza: "son un poquito déspotas", "me lastimaron tantito", etcétera. Sólo una mujer se quejó fuertemente y expresó que sintió coraje porque al hacerle un tacto la lastimaron: "me salió sangre y pensé que tal vez lastimaron también a mi bebé". Esto, desde luego, no excluye que al final todas las mujeres agradecen explícitamente el haber sido atendidas. Las mujeres del grupo con *doula*, expresan más fácilmente aspectos que no fueron de su agrado y pueden expresar una mayor gama de sentimientos, desde coraje hasta agradecimiento. Estos extremos nos hablan de una mayor posibilidad de expresión por haber sido tomadas en cuenta, lo que las hace sentirse con algunos derechos, al menos el de preguntar y cuestionar el maltrato, si lo llegaron a sentir. De cualquier modo, también es común que acepten el maltrato como una cuestión de mala suerte, o justificándolo por el exceso de trabajo de los médicos: "pues sí porque tenía mucho trabajo, creo",

o "tenía más personas que atender", "sí, por atender a una no podía atender a otra".

Experiencias y percepciones sobre información, rutinas e intervenciones médicas

La *información que la mujer recibe del médico y la enfermera* es, en general, muy poca para ambos grupos de mujeres, además de caracterizarse por ser autoritaria y unidireccional; prácticamente no hay condiciones para hablar y menos para preguntar. Es como si se diera por sentado que la mujer aceptará lo que el médico indica: "le vamos a hacer un tacto", "le vamos a quitar el suero", "le vamos a poner su bloqueo".

La mujer tiene poca claridad acerca de los procedimientos médicos. La información que se le ofrece es a través de datos aislados, por lo que le es difícil integrarla. Además, muchas veces el médico no se dirige a la mujer sino sólo a la enfermera y algunas veces a la *doula* que la acompaña: "[...] no, él no me dijo, pero dijo, la señora ya se va a piso y ya luego me subieron", "yo nada más oía que el doctor le decía a la enfermera, aplique esto, aplique lo otro". Para el caso de las mujeres del grupo sin *doula* esta situación se hace aún más extrema ya que al preguntarles sobre las explicaciones recibidas, ellas dicen que "estuvo bien", como conformándose con la poca o nula información. Para las mujeres del grupo con *doula*, es ésta quien resuelve en mucho las necesidades de información, ya que al médico se le percibe como alguien que siempre está apurado.

Entre las opiniones y actitudes de las mujeres de ambos grupos ante las diferentes *rutinas o intervenciones médicas*, encontramos que las mujeres de ambos grupos asumen que cualquier rutina es necesaria o es parte del proceso para tener un bebé. Ellas ni siquiera se plantean el participar en las decisiones que toma el personal del hospital sobre su cuerpo, esto es, de hacer o no una tricotomía, poner oxitocina, tactos, bloqueo, decidir una cesárea, hacer una episiotomía, etcétera.

Al preguntar sobre el hecho de que si *se imaginaba que le harían tacto* durante su trabajo de parto, vemos que en general a las mujeres les cuesta trabajo hablar del tema, cuando más se refieren a él como

la revisión: "me vino a revisar" y lo mencionan como algo que no se puede evitar. El tacto se suma a la experiencia dolorosa del trabajo de parto ante la que se sienten impotentes.

Si bien todas las mujeres expresan sus comentarios con relación al tacto en medio de cierto pudor, en el grupo con *doula* sus comentarios expresan una queja más directa: "nunca me habían hecho eso, se siente uno raro, se siente una avergonzada de que todo el mundo esté viendo y estén haciéndolo enfrente de otras personas". Sus quejas también están relacionadas con la frecuencia con que se hacen los mismos; las mujeres comentan que: "[...] se siente uno molesto, cada ratito que le estén haciendo a una tacto, tacto, tacto" y finalmente sus comentarios eran con relación al dolor: "por qué tan bruscos", "por qué no se esperaban a que pasara la contracción". Algunas mujeres se preguntan si no habría otra forma de valorar su proceso que fuera menos dolorosa; expresan que hubieran querido que fueran menos revisiones y que los médicos fueran más cuidadosos.

Curiosamente, para algunas de las mujeres del grupo sin *doula* el tacto representa una de las escasas formas de estar atendida, por ejemplo una de ellas dice: "estaban al pendiente de mí". Esta revisión es casi el único momento en que el médico y la mujer hacen contacto a lo largo del trabajo de parto. El médico llega, hace el tacto y se va. Aun cuando ésta es una experiencia difícil para algunas mujeres, este hecho representa la posibilidad de recibir comentarios y conocer por parte del médico alguna información sobre su avance. Para este grupo, el tacto tiene un impacto menos negativo que para el otro grupo de mujeres, ya que si no fuera por esto ellas se sentirían aún más olvidadas. En esos casos el tacto se convierte en el único referente, una mujer dice: "yo hubiera querido que me hicieran tacto cada media hora", entiéndase "yo hubiera querido que me hicieran caso al menos cada media hora". Una vez más la mujer se siente sin derecho a pedir mejor atención a lo largo del trabajo de parto, por lo que se tiene que conformar con este tipo de "con-tactos". Se trata entonces de una situación de mucha ambivalencia para la mujer, por un lado la vergüenza y el dolor y por otro la única forma de conocer el estado y desarrollo de su proceso.

Con relación al *bloqueo*, tanto para el grupo con *doula* como para el grupo sin *doula*, se observa que no hubo una explicación

clara por parte del anestesista de lo que iba a hacer. Se informa del bloqueo al momento de aplicarlo y los comentarios que se hacen durante la aplicación son en muchos casos amenazantes. Esto pudo apreciarse también en las observaciones. Particularmente en esta intervención, cuya aplicación requiere de una postura física que a las mujeres les resulta muy molesta o incómoda en esos momentos, los médicos utilizan la intimidación como estrategia para mantener inmóvil a las mujeres: “si se mueve, usted va a ser la responsable de que pique a su bebé”, “si le pasa algo al bebé es su culpa”. En un caso se escucha a una doctora: “¿entonces no vas a querer el bloqueo?”, ante lo cual la mujer contesta: “no porque me dijeron que me hace vomitar”, la doctora responde: “de todos modos vas a vomitar al rato, ya verás”. Contrariamente a lo que la doctora predijo la señora tuvo un parto sin bloqueo y sin vomitar. Aunque en la mayoría de los casos la mujer no tiene un conocimiento previo sobre el bloqueo, se asocia con la *fantasía* de que el dolor desaparecerá. Otras veces se presenta también el *miedo* a que el bebé sea afectado.

En cuanto a la rutina de la *episiotomía*, encontramos que en ambos grupos se acepta “por el bien del bebé”. La mayoría de las mujeres no saben qué es y ni siquiera saben si se les practicó. En el grupo con *doula* cuando el personal clínico no le informaba a la mujer sobre esto era la *doula* quien lo hacía posteriormente. Como consecuencia también de la falta de información o claridad en ésta, hay veces que la mujer asume la episiotomía como si ella tuviera la culpa de su realización: “quizá no abrí lo suficiente, por eso me tuvieron que cortar”.

En general tanto para uno y otro grupo, la *actitud de la mujer ante la cesárea* es de miedo: “miedo a la operación”, “a que me abran”, “a quedar con una cicatriz”; la cesárea no se desea racionalmente, no está como primera opción para tener a sus bebés. Aparece sólo como idea o fantasía para acabar con el dolor, sobre todo ante los momentos más críticos de las contracciones. Las mujeres entonces piensan en la posibilidad de una cesárea para poner fin al sufrimiento y a la espera. En los casos donde la cesárea era ya un hecho inminente, las mujeres se sobreponían al miedo y terminaban aceptándola “por el bien de su bebé”.

En cuanto a la *información recibida en torno a una cesárea*, es difícil saber qué se les dijo exactamente. Lo que sí sabemos es que, aun cuando se da, es poco comprendida. Como la mujer no conoce de manera precisa lo que le está pasando, muchas veces queda más confundida después de algunos mensajes aislados. En el ejemplo siguiente se puede ver la confusión y *cómo se explica ella misma la cesárea*: “me dijo que el bebé ya no podía bajar más y que tenía ruptura de membranas”. Momentos antes ella mencionó que fue la doctora misma quien le rompió las membranas y luego le plantea esta ruptura como justificación de la operación. Ante esto es posible pensar que aun cuando recibe información, ésta es poco clara para ella, ya que se da de manera vaga y con un vocabulario muy técnico. Hay mujeres que viven la cesárea con culpa, esto es, pensando que por no haber resistido lo suficiente terminaron con una cesárea. Especialmente para las mujeres del grupo sin *doula*, las razones de una cesárea se viven con mucha confusión o incertidumbre de si finalmente se les practicará o no una cesárea. Esto ocurre principalmente porque algunas veces los médicos sólo dejan abierta la posibilidad y no la van clarificando a lo largo del desarrollo del trabajo de parto. Es hasta el momento en que se va a realizar que ésta se les confirma, es decir, unos minutos antes de que se la lleven al quirófano. Para las mujeres del grupo con *doula*, la presencia de la *doula* sirvió para explicar lo que los médicos o enfermeras habían o no dicho.

La experiencia de trabajo de parto y su autopercepción durante el proceso

La experiencia del trabajo de parto es expresada como dolorosa prácticamente por todas las mujeres. Hay miedo al dolor, tanto de sentirlo como de ser incapaz de soportarlo; hay también valentía por momentos: “tenía que aguantar por el bebé”; y desesperación: “sentía que me moría, no sé, que no podía”. Algunas, temerosas de ser reprendidas, contenían su dolor. Para las mujeres del grupo con *doula*, el dolor se hace más llevadero. Existe la sensación de que se hace algo ante el dolor: “trataba de respirar profundo para controlarlo”, “la *doula* me hacía masaje...”, “platicar con ella me distraía y

sentía un poco menos el dolor". Por el contrario, las mujeres del grupo sin *doula* carecen de herramientas para enfrentarlo y por lo mismo, en muchos casos se vive el dolor y el sufrimiento del parto como algo necesario e insalvable.

Para las mujeres del grupo sin *doula*, *la vivencia del tiempo* durante esta etapa es confusa. Al entrar a la sala de labor, la mayoría perdieron la noción del tiempo, dado que no encontraron referencias que les ayudaran a ubicarse: "perdí la noción del tiempo, no sabía si era de mañana, de tarde o de noche". Para ellas el tiempo corre sólo en función de las horas de dolor, no saben qué sigue ni cuándo parará. Para las mujeres del grupo con *doula* la vivencia del tiempo es diferente. En la medida que reconocen etapas e intensidades en su trabajo de parto, el correr de las horas implica avance (dilatación); y aun en medio del dolor y ratos de desesperación, pueden identificar mejor el final. En síntesis, hay una mayor correlación entre el tiempo, el dolor y la dilatación, por tanto, se observa una mayor claridad y objetividad en este tema. Les resulta menos difícil vivir la experiencia con el cuerpo y la mente dirigidos hacia el momento del parto. Por último, expresan que: "el tener alguien con quien platicar, me ayudó a pasar el tiempo".

También en el grupo con *doula*, hay un mayor reconocimiento del espacio inmediato, es decir, *la sala de labor*. Encontramos una mayor conciencia y recuerdo de otras mujeres. Muchas pueden recordar cuántas mujeres había donde ellas estaban y cómo estaban las demás con relación a ella. Es decir, mantuvieron la capacidad de voltear a ver su entorno y pudieron describirlo. Para las mujeres del grupo sin *doula* no hay un recuerdo claro de qué era lo que sucedía a su alrededor. Ninguna platicó con otra mujer, aunque expresan que les hubiera gustado. No se acuerdan bien si había otras mujeres en la sala, es decir, captaron menos lo que pasaba a su alrededor que el otro grupo.

La percepción de la mujer ante su propio trabajo de parto es uno de los indicadores más importantes que diferencian las experiencias en ambos grupos. La mujer del grupo con *doula* tiende a una actitud positiva ante ella misma, valora lo que hizo. Se siente activa en su trabajo de parto, siente que ayudó al nacimiento de su bebé y que no sólo el médico trabajó en ello. Ella puede expresar: "estuve tranquila", "me relajé", "respiraba profundamente", "pujé duro",

etc. Es decir, pudo distinguir las diversas acciones realizadas por ella misma, estuvo al pendiente de sus avances y concibe a su bebé esforzándose junto con ella. Está consciente de lo que está pasando, por lo que reconoce el trabajo de parto como un proceso y por lo mismo, su dolor tiene un sentido. Ella expresa que la *doula* le ayudó a no desesperarse y a pensar positivamente. En síntesis, es posible decir que su experiencia de trabajo de parto tendió a una mayor vivencia de participación y a una *autoevaluación* más positiva.

Por el contrario, la mayoría de las mujeres del grupo sin *doula*, quedaron con la impresión de que fueron los médicos los que resolvieron su parto; tal pareciera que viven el momento del parto como si fuera una intervención más al final de una cadena de intervenciones. Ellas delegan su parto al personal clínico y se sienten subordinadas a lo que los médicos digan en todo momento. La espera para ellas no tiene el sentido de un proceso. El trabajo de parto se convierte en una larga espera, llena de incertidumbres sin señales que le indiquen en cuánto tiempo nacerá su bebé: "sí, porque yo lo que quería era que me dijeran ya, ya está, ya se va a aliviar, o ya la vamos a pasar a quirófano, pero no, no me decían nada".

Opinión de las mujeres sobre la compañía en trabajo de parto y parto

En relación con lo que las mujeres identifican como *acciones de las doulas* durante el trabajo de parto, van desde el simple hecho de la compañía, hasta su participación de manera activa en el trabajo de parto, expulsivo o quirófano. Como se mencionó anteriormente, la *doula* funciona como puente de comunicación entre la mujer y el personal clínico. La mujer prefiere preguntarle a la *doula* que al médico. También funciona como fuente de información, no sólo con relación a los aspectos del desarrollo del trabajo de parto, sino como portadora de experiencias de otras mujeres o de la propia. La *doula* también actúa como espejo que le devuelve a la mujer imágenes sobre el desarrollo de su trabajo de parto. Las mujeres del grupo con *doula* expresan como principal *ventaja de la compañía* la presencia continua de otra persona. Expresan que la simple posibilidad de

platicar con alguien fue algo muy importante para ellas: “sola no habría sabido qué hacer”. Las mujeres del grupo sin *doula* evidentemente hubieran querido estar acompañadas: “me hubiera gustado que estuviera mi mamá o mi esposo, por sentir apoyo, por sentir cariño de alguien, que le importo a alguien... ”.

Entrevistas al personal clínico del hospital

Entrevistas a las enfermeras

En el discurso de las enfermeras encontramos contradicciones y diferencias de opinión. Algunas de ellas reconocen ventajas de la compañía tanto para las mujeres como para ellas como enfermeras; otras encuentran problemático lo que la *doula* dice o hace con las mujeres, sin embargo, por momentos, también reconocen ventajas.

Si bien en algún momento todas las enfermeras entrevistadas coinciden en que el *trabajo de la doula* es bueno o importante para la mujer, también algunas reconocen que resulta ventajoso para las mismas enfermeras porque: “las señoras hablan con uno más tranquilamente”. Cubre lo que la enfermera no puede hacer: “entonces uno por las prisas, haga de cuenta que el diagnóstico que está de cesárea es una placenta previa que es ya de urgencia, ya que vaya rápido a quirófano, entonces ahí podría una plática rápida de un momentito decirle la *doula*: no, mire no se asuste, el quirófano ahí todo le van hacer para su bien”. El trabajo de la *doula* para algunas enfermeras es bueno porque cubre el vacío de información con el que llega la mujer.

Sin embargo, se dio un problema de territorialidad con respecto a las *doulas* que se expresa de diversas maneras; dice una enfermera: “la mujer es paciente de la enfermera, no de la *doula*, ella está atenta a mi paciente, pero no la puedo yo descuidar...”. También hay una preocupación porque las *funciones de la doula* estén claras y diferenciadas de las de la enfermera. Según éstas, la *doula* no debe interferir en la función de la enfermera, pero sí solidarizarse con ella cuando ésta tiene un exceso de trabajo: “un ejemplo, yo estoy que me atiborro de trabajo... y por decir la *doula* está sentada, yo no estoy diciendo eh, que lo hagan, pero o sea, como acto

humanitario, no se necesita ser una enfermera para dar un cómodo”.

Por otra parte, hay tareas como el *informar* que, según las enfermeras, son tareas únicas del personal clínico. El médico es el que tiene la obligación de dar la información o en todo caso ellas como enfermeras y si la mujer le pregunta a la *doula*, ella debe decir: “mire ahorita le pregunta a la doctora, es más, que ya ni me digan a mí porque la doctora tiene la obligación de responder”.

Algunas de las enfermeras no están de acuerdo con la *atención individualizada* que la *doula* proporciona a la mujer: “Usted es la enferma y yo soy la *doula* y le empieza a decir lo que se le ofrezca, yo soy la *doula*, la voy a cuidar toda la mañana, ya me asignaron especialmente para usted, para todo lo que se le ofrezca, o sea, que a veces cambian los términos.” Señalan que la mujer no debe pensar que la *doula* es la enfermera: “... le dan todo pero la paciente piensa que usted es la enfermera, entonces todo le pregunta a usted...”; “ella misma debe de presentarse, mire yo nada más mi función es ésta, especifica ahí, decirle, mi función es yo no soy enfermera, entonces así se separan bien”.

Las formas en que se da la *relación doula-mujer* representa conflicto para algunas enfermeras porque: “las consienten”, “las chiquean” y esto, dicen, establece una dependencia de las mujeres hacia las *doulas*: “entonces se sienten sobreprotegidas y a veces ni quieren que uno las toque sino exclusivamente las señoritas *doulas*...”. En estos comentarios parece implícita la idea de que se hace tan estrecho el binomio mujer-*doula*, que la enfermera se siente prácticamente fuera. Por otro lado, expresan que la mujer sin *doula*: “se ve como más fuerte”, dando como razón que la mujer que está sola se sobrepone al dolor en tanto que sólo puede contar con ella misma.

Algunas desconfían de la *formación* o saberes que maneja la *doula*: “las señoras se aferran a las *doulas* en expulsivo; aunque haya personal capacitado a su lado, ellas voltean a la *doula*...”. No se reconoce a la *doula* como personal también capacitado para estar con la mujer en el expulsivo. Se comenta: “Quisiera que las *doulas* tuvieran un poquito más de conocimiento para que pudieran explicarle bien a la señora.” Otras en cambio tienen cierto respeto hacia la *doula* ya que: “son enfermeras, ya están capacitadas, no van a

hacer nada indebido". Esta aparente contradicción hace evidente la descalificación hacia el trabajo como *doula* pero el reconocimiento como enfermera.

Llama la atención que aun cuando el trabajo de las *doulas* es cuestionado en muchos sentidos, aparezca como *sugerencia* que se debería extender el trabajo de la *doula* con multigestas, en quirófano y en trabajos de parto difíciles. Se sugiere la idea de la permanencia del proyecto, que de alguna manera representaría una fuente de trabajo en el futuro para las enfermeras jubiladas.

A lo largo de las entrevistas subyace un tono de resistencia por parte de la mayoría de las enfermeras. Coincide que esta actitud se relaciona con la primera etapa de la intervención; en los momentos de la adaptación. Una enfermera dice: "después de seis meses las *doulas* cambiaron". No es casual que estas resistencias hayan sido al principio de la práctica y no al final. Tal vez no sea exagerado llevar esta reflexión hasta el punto del rechazo a cualquier cosa que rompa con la rutina y la dinámica que tienen las enfermeras.

En síntesis, las principales *desventajas* y *resistencias* al trabajo de las *doulas*, apuntan hacia la estrecha relación que se generó entre mujer y *doula*. La *doula* se apropia de un espacio que la enfermera ha construido tradicionalmente como suyo. La presencia de la *doula* hace explícitas algunas deficiencias del servicio, principalmente las que tienen que ver con calidez y atención personal a la mujer. Por el contrario las *ventajas* de la *doula* se reconocen en su trabajo y sobre todo como apoyo al personal.

Entrevistas con médicos

A diferencia de las enfermeras, los médicos parecen contar con menos elementos para evaluar el trabajo de las *doulas*. Según sus testimonios, este desconocimiento se debe a que la dinámica en que están inmersos los obliga a moverse de un lugar a otro constantemente y a que no dispusieron de un papel que oficialmente les anunciara del trabajo de las *doulas*, lo que nos habla de la necesidad de formalización a la que está acostumbrado este personal. Entre los testimonios de los médicos también es posible encontrar algunas contradicciones: por principio aparece un desconocimiento y des-

valorización del trabajo de las *doulas*, aunque en otro momento pareciera que sí hay un reconocimiento de las tareas y funciones específicas que resultan ventajosas para la mujer y el personal.

De acuerdo con el conjunto de respuestas, se pueden identificar aspectos muy concretos que definen el deber ser de la *doula*. Sugieren que sea una persona capacitada tanto en términos de conocimientos obstétricos, como en la dinámica hospitalaria, con la salvedad de que tenga la información, pero que informe sólo bajo la autorización del médico. Hay un cuestionamiento hacia la *formación* y el *trabajo de las doulas*, aunque no las conocen, opinan que deberían ser personas: "que sepan lo que están haciendo" y que no nada más: "le acaricien la cabeza [a la señora] y le den masajes". Hay médicos que expresan que el trabajo de la *doula* ni le afecta ni le facilita en nada su trabajo ya que: "básicamente el trabajo que nosotros tenemos que hacer, ya está establecido. Creo que no influye [el trabajo de la *doula*] porque la paciente está, ya está en un proceso fisiológico normal que no influye que esté o no esté".

En este sentido, la posibilidad de que el médico encuentre *diferencias y/o ventajas entre las mujeres que estuvieron acompañadas por una doula y las que no*, no varía mucho porque no hay un reconocimiento claro de lo que se está haciendo. Hay quien sí logra apuntar algo: "la que no está acompañada tiene más agonía, más desesperación, más tiempo de trabajo de parto, más desorden y, en cuanto al producto no he visto una diferencia significativa, tal vez no haya ninguna; pero por el aspecto afectivo la mujer que tiene compañía tiene un trabajo de parto más tranquilo".

Algunos médicos pueden reconocer que la *doula* hace algo que él como médico debería de hacer: "deberíamos de ser nosotros, los mismos médicos, los que hagamos eso pero la plantilla no es suficiente para cuidar a cada una de nuestras pacientes, por eso [la *doula*] sigue siendo un auxiliar". La *dinámica hospitalaria* aparece como la razón que justifica su falta de mayor *atención con las mujeres*. Y en este sentido, la *doula* viene a llenar un hueco que ellos dejan vacío: "lo que pasa es que para permitir una adecuada atención médica con los recursos higiénicos, tecnológicos adecuados, no pueden estar todos participando y mucho menos en un centro hospitalario donde hay gran cantidad de pacientes, a un solo médi-

co le corresponde un gran volumen de pacientes; no tiene el tiempo y atención suficiente para dedicárselo a cada paciente”.

Con la intención de salvar la situación, sugieren de alguna manera integrarlas a la jerarquía del servicio y a las formas de comunicación ya establecidas: mujer-*doula*-enfermera-médico. En ese sentido, debe actuar como auxiliar de la enfermera y del médico complementando lo que ellos, por un exceso de trabajo, no pueden hacer.

En síntesis, es posible decir que en general sí hay un reconocimiento tanto de los médicos como de las enfermeras de que hay un espacio de atención a las mujeres que no está cubierto por las funciones de ninguno de los dos: hace falta *apoyo* “emocional”, “psicológico”, “de información”, etc. Las *doulas* cubren esos huecos. Por lo tanto hay un reconocimiento de la importancia del trabajo de las *doulas* en ese sentido.

Entrevistas con doulas (1a. y 2a. entrevistas)

Uno de los aspectos que llama la atención es la forma en que se fue gestando el personaje *doula*. El hecho de que muchas, durante 20 o 30 años, hayan formado parte de una dinámica en la que sus relaciones con médicos y demás personal clínico tuviera jerarquías establecidas, facilitó que el discurso manejado hacia cada uno de esos personajes incorporara una mirada crítica y de toma de distancia. Así, poco a poco a la identidad de enfermera se fue sumando la de *doula* hasta quedar, a lo largo de la práctica de un año, por encima de la primera y casi sólo como un referente importante pero no necesario.

La *doula* asistió al *curso* un poco sin saber de qué se trataba. Para aquellas mujeres jubiladas se presentaba una posibilidad de sentirse útiles de nuevo en su área de trabajo, de volver a ganar dinero y de aprender algo más. En un inicio hubo incertidumbre por parte de las *doulas*, sobre la posibilidad de que el *proyecto* funcionara: “cuando nos dieron el curso, como que estábamos medias dudosas de que esto funcionara [...] porque desgraciadamente nosotros estuvimos dentro del hospital y nos dimos cuenta de cómo somos

nosotras [las enfermeras] [...] mis compañeras, sabíamos que iban a ser negativas, que no nos iban a apoyar”.

Es posible entender la *relación* que estableció la *doula* con la *enfermera* y con el *médico*, como una relación de poder en la que se sentía dispuesta a hacer ciertas concesiones con tal de que la dejaran hacer su trabajo: “si ellas [las enfermeras] están ocupadas poniendo por ejemplo una venoclisis y llega el doctor a explorar a una señora, que dice que quiere guantes, quiere el pinar, quiere solución y me dicen ¿no se los pasas? pues sí, cómo digo que no, si es para la señora, si no nos tocó pues ni modo pero es para atender a la señora”.

En la segunda entrevista realizada a la *doula* ella expresa claramente un proceso de cambio en la relación con estos personajes. De mucha resistencia en un principio, a una etapa de convivencia/tolerancia después, hasta llegar con algunos médicos y enfermeras a una franca aceptación: “pues al principio era un poco agresivo [el trato de las enfermeras], ¿no?, con las señoras y con nosotros, pero fue cambiando a llegar a ser trato amable, porque ya después ellas tenían la confianza, ‘¿sabes qué?, mientras salgo tantito te encargo mi sala’ y ya iban”. En el caso particular de algunas enfermeras, llegaron al punto de apropiarse de algunas de las técnicas de las *doulas* y ponerlas en práctica con las señoras: “compartían un poco de lo que estábamos haciendo porque supuestamente ellas veían lo que nosotros hacíamos y ellas lo practicaban con otra señora cuando estaba muy inquieta”.

La *doula* habla de la *relación enfermera-doula* y las diferencias que se dan en su práctica y atención a la mujer. Una y otra perciben a la mujer que está en trabajo de parto de manera casi opuesta. Como *doula* se preocupa por: “encontrarle el modo” a la mujer para involucrarla y que ésta pueda tener un trabajo de parto y un parto menos difícil. Como *doula* tiene el tiempo y la preparación para dar una atención individualizada. Como *doula* puede reconocer las diferencias de trato que requiere cada mujer y las lleva a cabo: “una las va conociendo más, por ejemplo uno dice: si con aquella señora no funcionó esto, ahora puede ser, si le hago esto, esto otro [...] pero uno le va buscando ahí para que la señora pues sí, que se sienta cómoda, es lo importante para uno, es el objetivo, que llegue a expulsión muy bien, que tenga ese recuerdo, porque sí queda,

definitivamente malo o bueno, sí queda para toda la vida". La *doula* sabe que la enfermera pareciera estar más al pendiente del médico que de la señora, dado que la enfermera tiene que seguir las indicaciones médicas como una parte importante de su trabajo; lo que es propiamente atención a la mujer pasa a segundo término.

La *relación doula-médico*, a diferencia de la *relación doula-enfermera*, no pasa por la territorialidad, en tanto que ellos no están permanentemente en las salas; la batalla con ellos no fue tan minuto a minuto como con las enfermeras. La posición autoritaria que algunos médicos tuvieron durante la intervención de las *doulas* dificultó en mucho su trabajo, enfrentándolas con la idea de que la mujer como paciente, su embarazo y su parto son competencia de este personal. Todas las *doulas* mencionaron la nula posibilidad de expresar desacuerdo abierto con el médico, especialmente frente a la mujer. Sin embargo, una vez ganada la confianza de los médicos el trabajo se hizo más fácil: "de hecho yo tuve un percance con un doctor, que me dijo que yo no servía más que para dos cosas, para nada y para nada [...] Eso me lo dijo al principio del programa; cuando empezábamos y entonces, este, ahora ya me conoce, ya sabe cómo trabajo, ya él dice 'no pues es muy diferente', hasta el trato que me da a mí y a la señora".

En cuanto a la *relación doula-mujer*, encontramos que la *doula* vive intensamente junto con la mujer su trabajo de parto. La mayor dificultad que puede encontrar la *doula* para su labor es que la mujer la rechace. Por eso su tarea está en "conquistar" a la mujer para que acepte ser guiada por sus indicaciones: "casi ninguna me grita a la hora de que ya está en expulsión y ella sí gritó, bueno, tiene derechos también ¿no?" La *doula* hace un juego entre enfermera-*doula*-madre: "y se identifica uno, ya ha pasado uno por esas experiencias también, a veces veo como si fuera mi hija, entonces pues siendo así, pues uno quisiera para el hijo tratar de apoyarlo en todas formas". En algunos momentos, hay una especie de entrega de la *doula* hacia la señora. Dice una *doula*: "yo les digo, yo ahorita soy tus ojos, ahorita haz de cuenta que tú eres yo, lo que tú quieras hacer, lo que tú quieras ver, tú dímelo".

Las *doulas* asumieron como parte de su trabajo, o más aún, como responsabilidad el evitar que la mujer fuera sometida a las rutinas del servicio, especialmente a cesáreas. De hecho ellas refie-

ren que el médico "echa a perder su trabajo", o "su trabajo se viene abajo" cuando alguna de las mujeres a la que apoyaron termina en cesárea. La *doula* puede reconocer que son muchos los factores que determinan una cesárea, sin embargo albergaba siempre la esperanza de que su labor con la señora sea lo suficientemente efectiva como para evitarla: "hay muchos factores que intervienen, porque por ejemplo pudo tener problema el niño, entonces dice uno qué lástima pero ya no se pudo hacer nada, dentro de sus capacidades, pues ya no, no fue problema de uno".

El hecho de que la *doula* se encargue precisamente del dolor y la tranquilidad de la mujer permitió que en alguna forma disminuyera la tensión en el ambiente del servicio. La *doula* funciona en cierto modo como un "pararrayos" de las tensiones de todos y al final reportan que el servicio funcionó mucho mejor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hasta ahora, la evaluación de intervenciones de apoyo psicosocial por *doulas* ha sido evaluada solamente por estudios epidemiológicos. Si bien éstos han abordado el problema de manera interesante, es importante destacar que los estudios cualitativos conforman un complemento indispensable, ya que al explorar la dimensión subjetiva, ofrecen un mejor entendimiento del problema. La integración y complementariedad de ambos enfoques favorece señalar los efectos de una intervención de esta naturaleza, así como las barreras y factores facilitadores que deben ser considerados para su posible incorporación como parte de la rutina hospitalaria.

Entre los estudios implementados para evaluar los efectos de la intervención de una *doula* durante el trabajo de parto y parto, este proyecto es el único que ha recogido y sistematizado información sobre las experiencias y percepciones de las mujeres que estuvieron acompañadas por una *doula*, en contraste con los sentimientos de aquellas que experimentaron su parto solas. También este estudio es el único que ha entrevistado tanto al personal clínico del hospital como a las propias *doulas*, para identificar los beneficios y dificultades que conlleva una intervención de esta naturaleza en una institución pública.

Ciertamente, los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a todas las instituciones, ya que están limitados por una muestra con base en los criterios previamente mencionados y por los objetivos concretos de este estudio en particular. Pero sí es posible, de todas maneras, resaltar una serie de elementos ya que tales resultados pueden ser representativos de la atención que reciben amplios grupos de mujeres, si se toma en cuenta que aproximadamente 60% de los partos son atendidos en instituciones de esta naturaleza. Es necesario, por lo tanto, apuntar ciertos factores que por su importancia deben ser considerados tanto por el personal clínico de esta y otras instituciones, como por el conjunto de esfuerzos institucionales dirigidos a mejorar la calidad de los cuidados obstétricos y la salud de la mujer en particular.

Con relación al concepto básico de calidad de la atención, descrito por Bruce (1989), la información es un elemento fundamental en todos los aspectos de atención. Esto incluye información sobre las condiciones actuales y el tratamiento a seguir; oportunidad para preguntar y recibir respuestas precisas y claras; respeto por la capacidad de la mujer y su derecho a tomar decisiones, y sensibilidad hacia las preocupaciones de las mujeres, ofreciendo oportunidades para que las expresen.

Conforme a los resultados obtenidos, se hace evidente que las necesidades de las mujeres en cuanto atención, información y comunicación rebasan con mucho lo que la institución les ofrece o prevé. En general, las mujeres entrevistadas hacen referencia de manera constante a la falta de información por parte del personal clínico; a que les hubiera gustado saber más sobre diversos asuntos, acerca de su proceso o acerca de lo que sucedía a su alrededor, etcétera. En este sentido, para las mujeres acompañadas, las *doulas* lograron cubrir esta demanda de manera muy importante.

El hecho de contar con alguien con quien platicar fue algo valiosísimo para la totalidad de estas mujeres. La *doula* las remite constantemente a su propio cuerpo, a sus sentimientos y sus emociones. Su verbalización constante favoreció una mejor integración de la experiencia. Para estas mujeres, quedaron cubiertas en gran medida sus necesidades de información, comunicación y por tanto tendieron a una atención de mayor calidad. Los testimonios de las mujeres con *doula* están llenos de anécdotas y referencias a sus

intervenciones en los momentos de duda y angustia. Aparecen alusiones a situaciones que ocurrían alrededor y a las explicaciones que la *doula* daba cuando no se comprendía el lenguaje médico. Por el contrario, aquellas mujeres que vivieron su parto sin *doula*, al no contar con este referente, quedan a merced de lo que la institución les permite saber. De acuerdo con los testimonios se puede establecer una relación entre saber y una tendencia a involucrarse; es decir, la información que la mujer va obteniendo y procesando sobre su avance le permite aprehender el proceso que se desarrolla en su cuerpo y así tener una actitud más participativa.

Las vivencias de las mujeres de ambos grupos fueron muy diferentes. Si bien la satisfacción es un sentimiento generalizado en todas y se relaciona directamente con el nacimiento de su hijo y la culminación del proceso de su embarazo, evidentemente esta satisfacción no alude al mismo significado para ambos grupos. Mientras que para unas —las que no estuvieron acompañadas—, la satisfacción reside primordialmente en tener a su hijo y estar bien de salud, para las otras representa además el reconocimiento de haber sido capaces de trabajar para parir, de esforzarse hasta el fin, de no desfallecer ni dejarse vencer por sentimientos negativos.

Este sentimiento de satisfacción está íntimamente ligado al descrito por ejemplo por Butanni *et al.* (1980) y por Hodnett *et al.* (1989), en cuanto a su relación con la experiencia de control. Aunque las mujeres no hablan del control en sí como algo que lograron, lo expresan como una tendencia que gradualmente pudieron experimentar. De acuerdo con el sentido que ellas mismas le dan en su discurso, el control tiene que ver más bien con su participación y seguimiento de la evolución de su trabajo de parto. Es decir, las mujeres refieren cierto autocontrol diferenciándolo de un control situacional o externo, como sería la aplicación de rutinas médicas, ante las cuales se sienten impotentes.

Con la medicalización del parto y predominantemente en los hospitales con alto volumen de mujeres, como en este caso, es común la aplicación de un conjunto de acciones de rutina, como si todas fueran necesarias para todos los casos. Llama la atención que la Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (Secretaría de Salud, 1994), establece en su apartado de Atención del parto una

serie de aspectos que no debieran ser aplicados de forma rutinaria en partos normales, como, por ejemplo, el empleo de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto, inducción y conducción; y rasurado del vello púbico y la episiotomía. También, aun cuando esto no sucede en la práctica, la norma establece que durante el trabajo de parto normal, la mujer podrá deambular alternando con reposo, etc., lo cual, de acuerdo con nuestros registros de observación no se llevó a cabo.

En los testimonios de las mujeres se aprecia cómo a lo largo de su estancia van aprendiendo de una manera silenciosa aquello a lo que no tienen derecho; como expresar su opinión, exigir atención y tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Las constantes intervenciones del servicio refuerzan la idea de que el cuerpo de la mujer está bajo el control del personal de salud. Esto nos lleva a reflexionar sobre el derechos a la información, atención, respeto y autonomía para las mujeres que constituyen parte de los derechos reproductivos de la mujer parturienta en una institución hospitalaria (Cook, 1993).

En este estudio, al igual que en otros, se apoya la idea de que la mujer parturienta y principalmente la primeriza, tiene una profunda necesidad de compañía, empatía y ayuda concreta. La compañía significativa y continua de una *doula*, como se puede apreciar en los resultados, contrarresta la tendencia a la despersonalización característica de este tipo de instituciones.

El hecho de que la *doula* fuera un personaje no institucionalizado dentro del sistema médico generó en un principio diversos conflictos en su incorporación al servicio de tococirugía; no obstante la evaluación global fue muy positiva. Para el personal clínico, aun entre problemas de territorialidad y descalificación, resultó ser de gran ayuda aligerando la carga de trabajo, favoreciendo la tranquilidad de la mujer y, según sus propias palabras, contribuyendo a la "monitorización de la paciente". A la *doula* le proporcionó, además de una oportunidad de trabajo, la realización de una labor de servicio que la enriqueció de manera profesional y personal. De esta forma llega a tener la satisfacción que la enfermera, por los motivos ya conocidos, logra tener de manera parcial.

Así, hablar de *doulas* es hablar de cambios, en las vidas personales, en la actitud hacia la mujer en trabajo de parto, en la concep-

ción del trabajo, en el personal de servicio. Ellas terminan completamente convencidas de que su trabajo es fundamental en el servicio, dado que funcionan como enlace entre la mujer y el personal.

En síntesis, los hallazgos de este estudio apuntan a señalar varias implicaciones para el modelo de atención vigente en la atención del parto. Se confirma que los servicios de salud continuamente priorizan el proceso del parto desde el punto de vista biomédico, al costo de ignorar otras dimensiones igualmente importantes: la psicológica y emocional de la mujer. Los hallazgos llaman la atención hacia la necesidad de reconceptualizar el parto como un evento multidimensional, que debe involucrar a la totalidad de la persona y no solamente al componente físico del individuo. Se muestra que la tarea que desarrolla la *doula* se requiere dentro de la atención y dinámica del servicio de tococirugía, ya que su campo de acción está dirigido al bienestar psicológico y emocional de la mujer, el cual aparece como "tierra de nadie" según se hizo evidente a lo largo de este estudio.

Para terminar, coincidimos con Kitzinger en que el parto es un evento estresante debido a la compleja interacción entre el dolor, la inmovilización, las intervenciones médicas y el fracaso de las relaciones humanas dentro de la institución hospitalaria (Kitzinger, 1990). Como hemos mostrado con este estudio, proporcionar apoyo psicosocial a la mujer durante su parto le ayuda a sobrellevar la situación a la que se enfrenta, logrando en esta primera experiencia reproductiva un sentimiento de compañía y con un grado de mayor control y satisfacción, fortaleciendo a la vez un sentimiento de autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman, M. y R. Castro (1988), "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra", *Archivos de Investigación Médica*, núm. 19, pp. 351-360.
- Bruce, J. (1989), "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework", *Working Paper* núm. 1, Nueva York, The Population Council.
- Butanni, P. y E. Hodnett (1980), "Mothers Perceptions of their Labor Experiences", *Maternal Nursing Journal*, núm. 9, pp. 73-82.

- Cook, R. J. (1993), "International human rights and women's reproductive health", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 2, pp. 73-86.
- Chalmers, B. y W. Wolman (1993), "Social support in Labor - a selective review", *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynaecology*, núm. 14, pp. 1-15.
- Glaser, B. G. y A. L. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Green, J. M., V. A. Coupland y J. V. Kitzinger (1990), "Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women", *Birth*, núm. 17, pp. 1, 15-24.
- Heller, K., R. W. Swindle y L. Duserbury (1986), "Component Social Support Process: Comments and Integration", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, núm. 4, pp. 466-470.
- Herzlich, C. (1987), *Illness and Self in Society*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Hillan, E. (1990), "Research and Audit. Womens Views of Cesarean Sections", en H. Roberts (ed.), *Womens Health Matters*, pp. 157-177.
- Hodnett, E. D. y R. W. Osborn (1989), "Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes", *Research in Nursing and Health*, núm. 12, pp. 289-297.
- Hofmeyr, G. J., V. Ch. Nikodem, W. L. Wolman, B. E. Chalmers y T. Kramer (1991), "Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, núm. 98, 756-764.
- Jacobson, D. E. (1986), "Types and Timing of Social Support", *Journal of Health and Social Behaviour*, núm. 27, pp. 250-264.
- Jo, G. (1985), "Views of Women and their Medical and Midwifery Attendants about Instrumental Delivery Using Vacuum Extractions and Forceps", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, núm. 4, pp. 1-9.
- Keirse, M. J. N. C., M. Enkin y J. Lumley (1989), "Social and professional support during childbirth", en I. Chalmers et al. (ed.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 2, pp. 805-819, Oxford, Oxford Medical Publication.
- Kennell J. H., M. H. Klaus, S. McGrath, S. Robertson y C. Hinckley (1991), "Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital. A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, núm. 17, pp. 2197-2201.
- Kitzinger, S. (1989), "Childbirth and Society", en I. Chalmers et al. (ed.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 1, pp. 99-109, Oxford, Oxford Medical Publications.
- (1990), "Birth and Violence Against Women. Generating hypotheses from womens accounts of unhappiness after childbirth", en H. Roberts (ed.), *Womens Health Matters*, pp. 63-80, Londres, Routledge.
- Klaus, M. H., J. H. Kennell, G. Berkowitz y P. H. Klaus (1992), "Maternal Assistance and Support in Labor: Father, Nurse, Midwife or Doula?",

- Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology*, vol. 4, núm. 4, pp. 211-217.
- Klaus, M. H., J. H. Kennell, S. S. Robertson y R. Sosa (1980), "Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity", *British Medical Journal*, núm. 2930, pp. 585-587.
- , J. H. Kennell y P. H. Klaus (1993), *Mothering the Mother*, Addison-Wesley Publishing Company.
- Konrad, C. J. (1987), "Helping Mothers Integrate the Birth Experience", *MCN*, núm. 12, pp. 268-269.
- Lincoln, Y. y E. Guba (1985) *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, Sage Publications.
- Menéndez, E. (1984), "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud", *Cuadernos de la Casa Chata*, núm. 86, CIESAS.
- Miles, M. B. y A. M. Huberman (1984), *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Beverly Hills, Sage Publications.
- Oakley, A. (1981), "Interviewing Women: a contradiction in terms", en H. Roberts (ed.), *Doing Feminist Research*, Londres, Routledge y Kegan Paul.
- (1990), "Whos Afraid of the Randomized Controlled Trial?", en H. Roberts (ed.), *Womens Health Counts*, pp. 167-195, Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Reyna, M. y C. V. Díaz (1989), *Saber hablar poder hablar. El lenguaje en la vida cotidiana*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, col. Modular.
- Secretaría de Salud (1994), *Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, México, Secretaría de Salud.
- Seidel, J. U., E. Kjolseth y E. Seymour (1995), *The Ethnograph Software: A User's Guide. Version 4.0*, Littleton CO, Qualis Research Associates.
- Simkin, P. ((1991), "Just Another Day in a Women's Life? Women's Long-Term Perceptions of their First Birth Experience. Part I", *Birth*, vol. 18, núm. 4, pp. 203-210.
- (1992), "A Day You'll Never Forget. The Day You Give Birth to your First Child", *Birth, Issues in Perinatal Care*.
- Sosa, R., J. H. Kennell, M. H. Klaus, S. Robertson y J. Urrutia (1980), "The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction", *New England Journal of Medicine*, núm. 303, pp. 597-600.
- Spradley, J. (1979), *The Ethnographic Interview*, Nueva York, Holt.
- Thoits, P. A. (1982), "Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 23, pp. 145-159.
- (1986), "Social Support as Coping Assistance", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, núm. 4, pp. 416-423.

- Zola, I. K. (1981) "Structural Constraints in the Doctor Patient Relationship: The Case of Non-Compliance", en L. Eisenberg *et al.* (ed.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Boston, Reidel Publishing Company.

LA PRÁCTICA DE LA CESÁREA EN LAS ÁREAS URBANAS DE MÉXICO*

ROSARIO CÁRDENAS **

Este trabajo analiza algunos de los diferenciales y determinantes sociodemográficos asociados con la utilización de cesárea en las áreas urbanas de México. Para los propósitos de este estudio, las áreas urbanas comprenden localidades con al menos 2 500 habitantes. Aunque en esta definición cabrían, basándose en el número de habitantes, las zonas metropolitanas del país muestreadas en la encuesta —Guadalajara, México y Monterrey—, éstas han sido excluidas del estudio.

La fuente de datos utilizada es la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) llevada a cabo en 1987. Esta encuesta constituye la única información disponible sobre la práctica de cesáreas, con el grado de representatividad analizado. Los diferenciales en la práctica de la cesárea son mostrados a través de indicadores estadísticos descriptivos. Para el análisis de los determinantes se utilizó la técnica de regresión logística multivariada.

* Esta investigación fue financiada por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, A.C. Versiones parciales o preliminares han sido presentadas en: Reunión Anual de la Population Association of America, San Francisco, California, abril 6-8, 1995; V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Ciudad de México, junio 5-9, 1995; Taller de Avances de Investigación, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Tepoztlán, Morelos, septiembre 12-14, 1995; XX Congreso Latinoamericano de Sociología. Sesión: Política y Seguridad Social, Ciudad de México, octubre 1-6, 1995; Taro Takemi Program in International Health Weekly Seminar, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, febrero 6, 1996. La autora agradece los comentarios de los participantes en los eventos antes mencionados, particularmente los de Patricia Fernández Ham, Alfonso S. González Cervera y Rodolfo Tuirán, así como los del revisor anónimo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad.

** Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de la autora y no necesariamente reflejan las de la institución donde labora.

Los resultados obtenidos concuerdan, en general, con lo reportado en diversas partes del mundo. En las áreas urbanas de menos de 20 000 habitantes se observó una asociación positiva entre la edad de la mujer al momento del parto y la utilización de cesárea, y en las áreas de 20 000 o más habitantes una relación negativa entre número de hijos y cesárea. La asociación estadísticamente significativa entre la institución de atención del parto y la escolaridad de la mujer y la práctica de la cesárea en las zonas urbanas con 20 000 o más habitantes, sugiere la influencia diferencial de factores socioeconómicos en su utilización. Por otra parte, la relación estadísticamente significativa entre aborto (áreas urbanas con 20 000 o más habitantes) o pesos extremos al nacimiento (áreas urbanas de menos de 20 000 habitantes) y el uso de cesárea, se interpreta como indicio de que, en algunos casos, criterios médicos son incluidos en la decisión de llevarla a cabo.

A manera de conclusión se apuntan algunos de los elementos que podrían retomarse, tanto a partir del propio estudio como de la experiencia internacional, en la definición de programas tendientes a promover el uso médicamente justificado de esta cirugía.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la cesárea antecede la era cristiana. La primera representación que se ha relacionado con su utilización es una tablilla cuneiforme mesopotámica, que data del segundo milenio a.C., y que describe la adopción de un niño. En ésta, el niño es referido como "sacado del útero" (Blumenfeld-Kosinski, 1990: 21).¹

El primer registro civil de su utilización se da bajo el mandato del rey romano Numa Pompilio (715-673 a.C.), quien promulgó la *lex regia*. Esta ley establecía como ilegal el entierro de una mujer embarazada en tanto el hijo no hubiera sido removido mediante una incisión: *si mater praegnans mortua sit fructus quam primam caute extrahitur* (Blumenfeld-Kosinski, 1990: 21; Hæger, 1990: 104).

¹ Aunque la acción de sacar es distinta de cortar, la inexistencia de fórceps sugeriría que se describe una cesárea (Blumenfeld-Kosinski, 1990: 21).

A pesar de lo antiguo del uso de la cesárea en el caso de fallecimiento de la madre, es en 1500 cuando se documenta la primera llevada a cabo en una mujer viva. Uno de los primeros registros que detalla los antecedentes obstétricos en el caso de una cesárea data de 1820 (Kaufman, 1993). Comprensiblemente, dados los recursos disponibles en la época, las complicaciones secundarias a la operación eran muy frecuentes. Una encuesta realizada en Dinamarca en 1841 reportó una mortalidad de 62%. Ello quizá explica que en París, entre 1787 y 1876, no se haya practicado ninguna (Hæger, 1990: 106).

En el intento de reducir la morbimortalidad asociada a su uso se han sugerido diversas alternativas. Por ejemplo: acceder al útero a través de la ingle, técnica conocida como "nacimiento de Buda", abatiendo el riesgo de peritonitis; o extirpar el útero inmediatamente después del nacimiento, afectando la mortalidad por hemorragia. Sin embargo, la disminución que actualmente se observa de las complicaciones derivadas de su práctica ha sido el resultado tanto de mejoras en las técnicas quirúrgicas, como del desarrollo de anestésicos y antibióticos.

Así por ejemplo, entre 1951 y 1980, en Suecia la letalidad por cesárea se redujo de 5.1% a 0.4 por mil operaciones, lo que representa una disminución de la mortalidad asociada a ésta de 8.6 a 4.4 por 100 000 nacimientos (Högberg, 1989). Sin embargo, no obstante los avances logrados, el riesgo de morir es mayor en el caso de una cesárea comparado con un parto vaginal. Por ejemplo, en Brisbane, Australia, en 1986-1987 este riesgo era 3.2 veces superior al de un parto vaginal (Broe y Khoo, 1989).

Adicionalmente, la cesárea incrementa la probabilidad de desarrollar diversas complicaciones. En Zimbabue se observaron complicaciones mayores en 15% de las mujeres y menores en 27% de los casos (De Muylder, 1989); en Tailandia la morbilidad poscesárea registrada fue de 5.5% (Pothinam *et al.*, 1992) y en Hannover, Alemania, entre 1976 y 1985 ésta fue de 29% (Lelle *et al.*, 1989). La infección, tanto de la herida como el desarrollo de endometritis, es una de las complicaciones poscesárea observada con mayor frecuencia. En Francia, diversos estudios han reportado incidencias de endometritis o infección de 13% (Tissot-Guerraz *et al.*, 1990), 14% (Desjardins *et al.*, 1996), y 25% (Borruto y Audra, 1989); en Boston

la tasa de infección en primeras cesáreas no electivas fue de 9% (Hirschhorn *et al.*, 1993) y en Houston, Texas, la incidencia acumulada durante 10 meses fue 6.9% (Roberts *et al.*, 1993). En Gran Bretaña las infecciones de la herida ascendieron a 11.3% y las urinarias a 14.5 (Parrott *et al.*, 1989). En ocasiones la infección de la herida deriva en necrosis de la fascia, y se requiere entonces una limpieza quirúrgica de la herida. Aunque se trata de una complicación poco frecuente, un estudio muestra una incidencia de 1.8 por 1 000 cesáreas (Goepfert *et al.*, 1997); la morbilidad y mortalidad asociadas son muy altas.

Además de las complicaciones inmediatas, la cesárea se ha asociado a cuadros patológicos desarrollados en el mediano o largo plazos. Entre ellos destacan la endometriosis (Dell'Acqua *et al.*, 1993; Petrozza *et al.*, 1993; Sartori *et al.*, 1989; Wong *et al.*, 1995);² placenta previa (Taylor *et al.*, 1994); trastornos peritoneales (Cornier *et al.*, 1990; George *et al.*, 1995; Rane y Murray, 1993);³ fistulas vesicouterinas (Molina *et al.*, 1989; Vu *et al.*, 1995) o uretero-uterina (Natta *et al.*, 1993), y ruptura uterina durante un embarazo ulterior (Sinha y De, 1993; Vendittelli *et al.*, 1993).⁴

La salud del recién nacido también puede verse afectada negativamente por la cesárea (Annibale *et al.*, 1995). Estudios llevados a cabo en India (Mavalankar *et al.*, 1991), Malasia (Boo *et al.*, 1991) y

² Al respecto véase también: Bottino *et al.*, 1990; Magee *et al.*, 1994; Petrozza *et al.*, 1993; Picucci *et al.*, 1995; Wolf y Singh, 1989.

³ Entre ellos se incluyen cuadros de síndrome de Ogilvie, *i. e.*, pseudobstrucción del colon sin lesión patológica (Cornier *et al.*, 1990; Kolben y Loos, 1993; Rodríguez-Ballesteros *et al.*, 1989; Sperling *et al.*, 1990; Walss Rodríguez *et al.*, 1990; Weber *et al.*, 1993); peritonitis generalizada que se presenta varias semanas después de la cesárea, posiblemente causada por "megacolon tóxico" secundario a una pseudobstrucción (Rane y Murray, 1993); y peritonitis por *vernix caseosa*, probablemente como resultado del derramamiento de material queratinoso (*vernix caseosa*) contenido en el líquido amniótico sobre el peritoneo durante la cesárea (George *et al.*, 1995). Al respecto véase también: Rodríguez-Ballesteros *et al.*, 1989; Sperling *et al.*, 1990; Walss Rodríguez *et al.*, 1990; Weber *et al.*, 1993.

⁴ Se ha propuesto que los cambios anatómicos observados en la cicatriz quirúrgica de úteros donde la última cesárea había sido practicada entre dos y 15 años antes, podrían asociarse a manifestaciones clínicas del tipo de la menorragia, en general, y aquellos observados en el segmento inferior del útero con dolor abdominal bajo, a dispareunia y dismenorrea (Morris, 1995).

Nigeria (Emembolu, 1992) muestran un aumento en las mortalidades intraparto y/o neonatal temprana en niños nacidos por esta vía. Asimismo, se ha observado un incremento del riesgo de padecer síndrome de dificultad respiratoria neonatal (Curet *et al.*, 1988), ya sea de manera natural o iatrogénica (Parilla *et al.*, 1993), al optarse por cesárea electiva de repetición sin confirmar edad gestacional o esperar el inicio del periodo de labor (Hales *et al.*, 1993). Aunque los resultados no son concluyentes, también se cree que aumenta la posibilidad de desarrollar otitis media (Mansfield *et al.*, 1993).

Adicionalmente, se ha propuesto que la prolongación de la estancia hospitalaria posparto, asociada a la cesárea, incrementa el riesgo para los neonatos de desarrollar infecciones, tanto por la intensificación del contacto con patógenos como por la diversificación de éstos (Fryklund *et al.*, 1991). Un análisis de la colonización intestinal encontró una mayor diversidad de gérmenes entre niños nacidos por cesárea (Adlerberth *et al.*, 1991). La cesárea interfiere también con los patrones de lactancia. Tanto en Israel (Mansbach *et al.*, 1991) como en Zaire (Enzunga y Fischer, 1990), se ha observado que las mujeres intervenidas por cesárea retrasan el inicio de la alimentación al seno materno, aunque en Israel una vez comenzada ésta, el patrón no se diferencia del registrado en mujeres con partos vaginales. Sin embargo, se ha reportado: en Brasil, un acortamiento de la duración de la lactancia en el caso de niños nacidos por cesárea (Barros y Victora, 1990); en China una mayor tendencia a establecer alimentación artificial (Chen, 1992), y entre las mujeres beduinas que viven en Israel una disminución de la lactancia exclusiva (Forman *et al.*, 1991).

Aunque no existe información empírica a partir de la cual evaluar la frecuencia esperada de cesáreas en función de condiciones médicas, a partir del análisis de diversos indicadores obstétricos, se ha propuesto como promedio una tasa de entre 6 y 8% (Francome y Savage, 1993). En las últimas décadas, diversos estudios han mostrado tanto tasas de cesárea por arriba de las previamente mencionadas, como un incremento en su utilización. En Estados Unidos, por ejemplo, entre 1965 y 1986 dicha tasa pasó de 4.5 a 24.1% (Sakala, 1993), convirtiéndose en 1988 en la intervención quirúrgica más frecuente (Stafford, 1990).

Tanto la edad de la mujer al momento del parto (Berkowitz *et al.*, 1990; Harlow *et al.*, 1995; Lam, 1993; Turcot *et al.*, 1997),⁵ como su escolaridad (Taffel, 1994) y el residir en una zona urbana (Tshibangu *et al.*, 1991; Victora y Barros, 1988; Webster *et al.*, 1992), se asocian positivamente con el uso de cesárea. En Australia, por ejemplo, la tasa de cesárea en 1986 para la región continental del país era de 16.9%, mientras en Camberra era de 26.3% (Renwick, 1991). Con relación a la escolaridad, en Italia la tasa de cesárea entre mujeres con educación universitaria fue 40% superior a la observada entre madres con nivel de primaria (Buttino *et al.*, 1990; Parazzini *et al.*, 1992).

También en Italia dos estudios, uno que incluyó mujeres de hasta 40 años (Parazzini *et al.*, 1992) y otro entre mujeres de 45 años y más (Buttino *et al.*, 1990), reportaron tasas de cesárea tres veces superiores en comparación con las registradas entre adolescentes. En América Latina, el análisis de una base de datos de 11 instituciones señala que el riesgo de ser intervenida vía cesárea es tres veces mayor entre mujeres nulíparas de 29 a 49 años, que el observado en grupos de menor edad (Delgado *et al.*, 1991). Resultados similares han sido reportados entre adolescentes en Grecia (Creatsas *et al.*, 1991) y Suiza (Krahenmann y Bruhwiler, 1992), así como en mujeres mayores en Hong Kong (Haines *et al.*, 1991) y Canadá (Nair, 1991).

Algunos estudios señalan diferenciales en el uso de cesárea para grupos étnicos que habitan en la misma región. Un estudio comparativo de las poblaciones asiática, hispana, sajona y negra residentes en San Diego, California mostró tasas de 7.6, 13.7, 17.4 y 17.6%, respectivamente (Weeks y Rumbault, 1993). Un análisis similar llevado a cabo en Los Ángeles reportó la tasa de cesárea más alta entre la población blanca no hispánica (20.6%) y la menor entre la mexicanoamericana (13.9%), siendo las de la asiaticamericana y negra 19.2 y 18.9%, respectivamente (Gould *et al.*, 1989).

Asimismo, se ha observado una alta variabilidad en las tasas de cesárea. Un estudio comparativo interhospitalario señala tasas de entre 2.2 y 16.8% (De Muylder y Amy, 1993). Resultados similares

⁵ Al respecto véase también: Parrish *et al.*, 1994; Peaceman *et al.*, 1993; Peipert y Bracken, 1993; Signorelli *et al.*, 1991; Taffel, 1994; Vercellini *et al.*, 1993; Webster *et al.*, 1992; Witter *et al.*, 1988; Zander *et al.*, 1989.

han sido obtenidos: en el estado de Washington, Estados Unidos, entre 0 y 43% (Mckenzie y Stephenson, 1993); en cuatro hospitales de la región Ottawa-Carleton en Canadá, entre 11.8 y 19.6% (Stewart *et al.*, 1990); en siete instituciones obstétricas en Francia, entre 5.3 y 17.4% (Simini *et al.*, 1990); en tres hospitales en Italia: 29.4, 15.7 y 16.1% (Signorelli *et al.*, 1995); y en 12 hospitales en Zimbabwe entre 2.2 y 16.8% (De Muylder y Amy, 1993). De igual forma, una encuesta sobre prácticas obstétricas en 12 países reporta un diferencial de tres veces en el uso de cesárea y de diez veces en la frecuencia de partos vaginales con fórceps y/o succión (Stephenson *et al.*, 1993).

La asociación diferencial entre variables como edad, escolaridad, lugar de residencia o grupo étnico de la madre y el nivel de cesárea observado, así como el incremento en su práctica y la variabilidad intrarregional e intrahospitalaria, hacen suponer que la decisión de llevarla a cabo no siempre responde a criterios médicos. En Estados Unidos se estima que éste es el caso en alrededor de la mitad de las cesáreas practicadas (Shearer, 1993).

Es incuestionable la utilidad de la cesárea en la resolución de problemas médicos detectados durante el embarazo o el parto; en ocasiones es la única alternativa para salvar la vida de la madre y/o de su hijo. Sin embargo, en virtud de la morbimortalidad que el procedimiento quirúrgico mismo conlleva, su aplicación debe estar basada en criterios médicos, donde la decisión de llevarla a cabo pondere la posibilidad de desarrollar complicaciones. En México, las estadísticas del sector salud registraron en 1995 una tasa de cesárea de 28.5% (Sistema Nacional de Salud, 1995), cifra superior a la observada en países como Estados Unidos. Sin embargo, se observan grandes diferenciales en el interior del país: un estudio llevado a cabo en Colima reportó una tasa de cesárea de 34.8% (Uribarren y Evangelista, 1993), mientras los registros del Sistema Nacional de Salud para 1995 señalan tasas de cesárea estatales que varían entre 19.8% en Zacatecas y 42.1% en Nuevo León (Sistema Nacional de Salud, 1995).

En este contexto, el objetivo de este trabajo es analizar algunos diferenciales y determinantes socioeconómicos y demográficos en relación con la práctica de la cesárea en las áreas urbanas del país. Para los propósitos de este estudio, las zonas urbanas han sido

definidas como aquéllas con 2 500 o más habitantes, sin incluir las zonas metropolitanas del país. Asimismo, sobre la base de la representatividad estadística de la fuente de datos analizada se distinguen dos estratos de áreas urbanas: *i*) aquéllas con 2 500 pero menos de 20 000 habitantes; y *ii*) en las que residían 20 000 habitantes o más, en ambos casos al momento de la encuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS

La información analizada proviene de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) llevada a cabo en 1987. Aunque entre los datos recabados por esta encuesta no se incluyeron variables importantes en relación con la posible pertinencia de la cesárea, *i.e.*, distocia de presentación (Bolaji y Meehan, 1993; Mor-Yosef *et al.*, 1990; Signorelli *et al.*, 1991), estatura de la madre (Peaceman *et al.*, 1993; Van Roosmalen y Brand, 1992) y complicaciones obstétricas previas (Iyasu *et al.*, 1993; Parazzini *et al.*, 1992), ésta constituye, hasta la fecha, la única fuente de información disponible con el grado de representatividad analizado en este trabajo.

Los datos relacionados al tipo de parto fueron preguntados para todos los embarazos ocurridos durante los cinco años previos a la encuesta. No obstante, con la intención de evitar sobrerrepresentación de mujeres con factores de alto riesgo para cesárea, *i.e.*, con intervalos intergenésicos cortos, y el potencial sesgo que conlleva, el análisis se restringió a información sobre el último parto exclusivamente. La información analizada incluye características demográficas y socioeconómicas de las mujeres y sus parejas. El análisis de ésta ha sido llevado a cabo utilizando el paquete estadístico SAS.

Las variables seleccionadas para el estudio fueron expresamente reagrupadas para el análisis. El estado marital fue clasificado en tres grupos: *i*) soltera; *ii*) casada, y *iii*) unión libre. En el grupo de solteras fueron incluidas, además de éstas, aquellas que declararon ser separadas, divorciadas o viudas, es decir, todas las mujeres que al momento de la encuesta no se encontraban en una relación de pareja estable. Las mujeres con niveles de escolaridad correspondientes a secundaria o prevocacional, preparatoria o vocacional,

licenciatura o profesional, o posgrado conforman una sola categoría de análisis. Las instituciones de atención a la salud pertenecientes a la Secretaría de Salud, DIF u otras instancias gubernamentales constituyen el grupo denominado público, mientras que el de seguridad social incluye aquellas pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El grupo de atención privada comprende los hospitales privados exclusivamente.

A partir de las variables agrupadas se revisaron los diferenciales en la utilización de la cesárea. Dichos diferenciales fueron un elemento guía en la definición de los diversos modelos estadísticos probados a lo largo del análisis.

La asociación entre características socioeconómicas y demográficas y la utilización de cesárea en estos estratos urbanos fue analizada usando una regresión logística multivariada. La variable respuesta (cesárea) fue definida dicotómicamente (sí/no). Las variables independientes fueron agrupadas, bien de manera discreta en dos (aborto) o tres niveles (escolaridad de la mujer, inicio de atención prenatal, institución de atención del parto, peso al nacimiento), o en forma continua (edad de la mujer al momento del parto, número de hijos).

Algunas variables incluidas en la primera fase del análisis no fueron incorporadas en el modelo estadístico propuesto, debido a su bajo poder explicativo. Tal fue el caso de variables como: actividad laboral actual y estado marital en el caso de las mujeres, y aquellas relacionadas con la pareja: escolaridad y posición en el empleo.

El objetivo del estudio es medir la asociación entre las variables socioeconómicas y demográficas seleccionadas y el uso de cesárea. De aquí que el modelo estadístico propuesto no responda preponderantemente a criterios de ajuste sino de asociación entre las variables. Los resultados de dicho modelo se presentan en el cuadro 1.

RESULTADOS

Ciudades de menos de 20 000 habitantes

El 55% de las mujeres incluidas en la muestra, residentes en estas ciudades del país, tenía entre 20 y 29 años al momento del parto estudiado; 40.1% no había concluido la educación primaria, y solamente 7.6% tenía estudios de bachillerato o superiores. La mayoría de las mujeres declararon estar casadas (77.2%). En relación con su actividad laboral, 32.7% de las mujeres reportaron estar trabajando al momento de la encuesta. Respecto a los niveles de fecundidad, 44.6% había tenido al menos cuatro hijos.

Las variables sobre utilización de servicios muestran que 84.7% de las mujeres recibieron atención prenatal, aunque sólo 65% acudió durante el primer trimestre del embarazo. El 69.1% de los partos analizados fueron atendidos por un médico y 43.1% del total tuvieron lugar en instituciones de seguridad social. El nivel de cesárea observado en estas ciudades fue de 13.9%. La frecuencia de bajo peso al nacimiento reportado en la encuesta fue de 5.2%, pero la ausencia de información en 34.9% de los casos cuestiona la confiabilidad de ésta en estas ciudades.

En relación con las características de las parejas de las mujeres estudiadas, 33.6% no completaron la educación primaria, mientras 16.4% reportaron haber concluido al menos el bachillerato. El 50.1% declararon ser empleados.

En esta zona del país, el análisis univariado muestra una frecuencia de cesárea ligeramente superior en las edades extremas, excepto en comparación con el grupo 35-39 años. En relación con la escolaridad, el patrón muestra la asociación positiva reportada en la literatura. El uso de cesárea también es mayor entre mujeres nulíparas. Tanto la atención prenatal, como el inicio temprano de ésta parecen asociarse a su utilización. De acuerdo con los datos, la institución de atención del parto no estaría influyendo en la práctica de la cesárea. La frecuencia de la cesárea también es mayor en el caso de hijos con pesos extremos: menores de 2.5 kg o mayores de 4 kilos.

En relación con las características de la pareja, la posición en el empleo no parece afectar el uso de cesárea; sin embargo, ésta es más

frecuente entre mujeres cuyas parejas alcanzaron niveles de escolaridad de bachillerato o superiores.

El análisis multivariado (cuadro 1) muestra un incremento significativo del riesgo de cesárea de 6% por cada año de edad adicional de la mujer. Asimismo, señala una reducción de 17% entre las mujeres que estudiaron primaria comparadas con aquellas que alcanzaron un nivel de secundaria o más. El inicio tardío de la atención prenatal (tercer trimestre) se asocia con una reducción de 90% en el riesgo de ser intervenida vía cesárea, comparado con haberlo hecho oportunamente (primer trimestre). Pesos al nacimiento fuera de los límites considerados promedio (2.5 a 3.5 kg) se asocian significativamente con un incremento en la frecuencia de cesárea.

CUADRO 1
Asociación entre las variables analizadas y el riesgo de cesárea

Variable*	Ciudades	
	20 000 o más	2 500 a 19 999
	Razón de momios	Razón de momios
Edad	1.08	1.06 p<0.005
Escolaridad (secundaria o más)		
Primaria incompleta	0.43 p<0.001	0.77
Primaria	0.75 p<0.001	0.83 p<0.001
Paridad**	0.82 p<0.001	0.83
Aborto	2.22 p<0.001	
Atención prenatal (primer trimestre)		
Segundo	0.83	0.69
Tercero	1.82	0.10 p<0.010
Institución de atención (privada)		
Pública	0.37 p<0.001	1.11
Seguridad social	0.69	1.11
Peso al nacimiento (2.5-3.5 kg)		
2.5 o menos		2.69 p<0.010
3.5 o más		1.79 p<0.005

* La categoría de referencia se presenta entre paréntesis.

** Variable continua.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.

Ciudades de más de 20 000 habitantes

De las mujeres incluidas en la muestra de esta zona del país 59.6% tenían entre 20 y 29 años de edad al momento del nacimiento analizado. Más de la cuarta parte no había concluido la educación primaria. El nivel de escolaridad de las parejas de estas mujeres es comparativamente mayor: 28.4% habían estudiado preparatoria o más. Tres de cada cuatro mujeres de esta muestra declaró estar casada; una de cada tres estar empleada formalmente al momento de la entrevista, y más de la mitad haber tenido hasta dos hijos (52.2%) y 29.4% cuatro o más.

En relación con la utilización de servicios de salud, 91.4% había recibido atención prenatal, aunque sólo 72.3% lo inició durante el primer trimestre del embarazo; 82.6% de los embarazos fueron atendidos por un médico, siendo las instituciones de seguridad social la principal fuente de servicio (59.0%). En 20.3% de los casos el parto fue por cesárea, cifra superior a la observada en las ciudades de menos de 20 000 habitantes y similar a la observada recientemente en algunos países desarrollados. El porcentaje de neonatos con bajo peso al nacimiento fue 6.8%. En relación con la ocupación de la pareja, la mayoría de las mujeres declaró que eran empleados.

En las mujeres residentes en ciudades de 20 000 o más habitantes, el análisis univariado sugiere que la edad, el nivel de escolaridad, tener pocos hijos, haber recibido atención prenatal temprana, acudir a una institución privada para la atención del parto, tener hijos con bajo peso al nacimiento, así como altos niveles de escolaridad de la pareja, se relacionan con un incremento en el uso de cesárea.

El análisis multivariado (cuadro 1) señala la escolaridad como un factor asociado negativamente con el uso de cesárea. Las mujeres que no completaron la educación primaria tienen un riesgo 57% menor de tener un parto por cesárea, comparadas con quienes alcanzaron, al menos, el nivel de secundaria, mientras que entre aquellas que completaron los estudios correspondientes a primaria el riesgo es 25% menor. Asimismo, por cada hijo adicional el riesgo de cesárea disminuye 18%. La atención del parto en instituciones públicas conlleva un riesgo 63% menor de ser resuelto vía cesárea.

Aun cuando la calidad de la información sobre aborto preguntada en la encuesta no puede ser evaluada, la similitud entre los niveles reportados en ambas zonas del país sugiere la posibilidad de explorarla. Una limitación adicional de esta información es la falta de distinción entre inducido y espontáneo. Aunque esta variable fue incluida en los distintos estadios de análisis multivariado en los dos estratos urbanos analizados, únicamente en las ciudades de 20 000 o más habitantes se observó una asociación positiva con el riesgo de cesárea.

Diversos estudios señalan una asociación positiva entre el antecedente de complicaciones obstétricas, entre los cuales se incluye el aborto, y el uso de cesárea. En general, eventos obstétricos negativos previos son un indicador de potenciales complicaciones durante el embarazo y el parto, de tal manera que el hallazgo de un incremento en el riesgo de cesárea asociado, en este caso a haber reportado al menos un aborto, podría sugerir un uso médicamente correcto de ésta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio coinciden con lo reportado en diversas partes del mundo, sugiriendo, en general, un exceso en la utilización de la cesárea en los dos estratos urbanos analizados.

Aun cuando la encuesta analizada presenta limitaciones, propias de un diseño no específico para problemas como el estudiado, los resultados permiten sugerir algunas líneas estratégicas. Tales líneas pudieran propiciar la utilización médicamente fundamentada de la cesárea, particularmente en el caso de las áreas urbanas con 20 000 o más habitantes. Respecto estas últimas, los resultados en cuanto a escolaridad de la mujer e institución de atención del parto apuntan la influencia de factores socioeconómicos en la práctica de la cesárea. Contrarrestar incentivos económicos como los sugeridos por estos resultados requiere programas que involucren, tanto a las mujeres como las instituciones y los proveedores del servicio.

Así, los estudios que señalan a las propias mujeres como demandantes de la cesárea (Abitbol *et al.*, 1993; Holland *et al.*, 1992; Kline

y Arias, 1993; Sperling *et al.*, 1994) subrayan la necesidad de diseñar programas de educación para la salud que incrementen el conocimiento sobre los elementos que justifican que aquélla sea llevada a cabo y los riesgos que una intervención innecesaria conlleva. De igual forma, se ha reportado el efecto benéfico de apoyar, mediante servicios de consejería o psicoterapia de corta duración, a aquellas mujeres cuya experiencias en partos previos o temores infundados en relación con el parto vaginal las hacen demandar una cesárea electiva (Ryding, 1993). Además de la posible reducción de la tasa de cesárea, estrategias como ésta podrían afectar positivamente la utilización de otros servicios, tanto de salud reproductiva como en general, al brindar a las mujeres elementos de referencia sobre los cuales reconocer sus necesidades de salud y estar en condiciones de demandar la satisfacción de éstas.

En relación con las instituciones, con el fin de garantizar el adecuado uso de la cesárea se han propuesto varias estrategias. Entre ellas: la combinación de auditorías con retroalimentación (Kiwanuka y Moore, 1993); las revisiones críticas semanales (Tay *et al.*, 1992); la introducción de criterios diagnósticos aunados a la revisión entre pares de las cesáreas efectuadas durante las 24 horas previas (Wareham *et al.*, 1993), o la combinación de varias de éstas (Rust *et al.*, 1993).

La ejecución de programas enfocados a reducir las cesáreas de repetición, constituye un elemento fundamental en el conjunto de una estrategia comprensiva cuyo propósito sea la utilización juiciosa de la cesárea. Los resultados de los países donde los programas de atención vaginal poscesárea (VBAC)⁶ han sido puestos en marcha son prometedores (Socol *et al.*, 1993; Soliman y Burrows, 1993). Recientemente, se ha reportado que el uso fallido de fórceps durante el segundo estadio de labor, en unidades médicas donde una cesárea puede llevarse a cabo de inmediato, no se asocia con un aumento en la morbilidad de la madre y/o su hijo (Revah *et al.*, 1997).

⁶ En el intento de facilitar la comparación con los reportes en la literatura, se mantiene el acrónimo en inglés para los nacimientos vaginales después de una cesárea: Vaginal Birth After Caesarea (VBAC).

La versión cefálica externa es considerada una técnica segura y costo efectiva en la reducción de cesáreas por distocias de presentación (Zhang *et al.*, 1993). De igual forma, estudios que analizan el impacto del parto vaginal en caso de presentación podálica no reportan un incremento en la morbilidad comparado con una cesárea, cuando es atendido por personal debidamente calificado (Sevelda *et al.*, 1993).

Medidas relativamente simples de llevar a cabo, como permitir a las mujeres que no presentan complicaciones durante el periodo de labor que continúen deambulando, puede reducir el uso de cesárea (Albers *et al.*, 1997).

En relación con los proveedores del servicio, las experiencias reportadas apuntan: *i*) la revisión de contenidos curriculares del entrenamiento tanto médico como de especialización; *ii*) los requerimientos de certificación, y *iii*) la educación continua, como elementos que propician la modificación del comportamiento del personal de salud en relación con la práctica de la cesárea.

En el caso de áreas urbanas con menos de 20 000 habitantes, el incremento en el riesgo de ser intervenida vía cesárea asociado a la edad de la mujer al momento del parto, sugiere la importancia de ésta en la decisión de llevarla a cabo. De hecho, algunos de los estudios que analizan esta relación, destacan la importancia de esta variable como fundamental en la decisión de practicar una cesárea (Gordon *et al.*, 1991) y en ocasiones como el factor determinante (McCloskey *et al.*, 1992). Sin embargo, a diferencia de la estatura de la mujer (Harrison, 1990; Scott *et al.*, 1989; Van Roosmalen y Brand, 1992)⁷ o el incremento de peso durante el embarazo (Witter *et al.*, 1995), la edad no constituye en sí misma una variable *proxy* de riesgo obstétrico. Revertir la percepción del personal de salud en relación con ésta, requiere el establecimiento de protocolos de manejo que insistan en la importancia de una evaluación detallada de la evolución del embarazo y la vigilancia estrecha del desarrollo de la labor y el parto.

⁷ Al respecto véase también Harlow *et al.*, 1995; Sokal *et al.*, 1991; Witter *et al.*, 1995.

Adicionalmente, es importante reconocer la sinergia que en ocasiones ha sido reportada entre la provisión de servicios de planificación familiar y el uso de cesárea (Arruda, 1991; Faundes y Cecatti, 1993; Lindsay, 1991; Nakamura, 1993; Pitaktepsombati y Janowitz, 1991; Ruminjo y Ngugi, 1993; Vázquez Calzada, 1989). En estos casos, la cesárea es usada como vía de acceso para llevar a cabo la oclusión quirúrgica bilateral de las trompas de Falopio (OTB).⁸ En ocasiones, la realización simultánea de ambos actos quirúrgicos responde a riesgos médicos asociados con un posible futuro embarazo, y en algunas otras al propósito *ex profeso* de interrumpir la fecundidad. Sin embargo, en el contexto de un uso correcto de la cesárea, este último no debe ser el factor en el cual se base la decisión de efectuarla. En la actualidad, los avances quirúrgicos y de instrumental médico posibilitan realizar una OTB durante el posparto inmediato, con un mínimo de riesgos y con igual grado de efectividad.

Con el objetivo de evitar el impacto negativo que sobre la salud de las mujeres y sus hijos puede tener una cesárea médicamente injustificada, es fundamental reconocer a éstas como un problema de salud pública. Entre los elementos a considerarse están, además de los mencionados a lo largo del texto, por ejemplo: *i*) el incremento en el riesgo de requerir transfusiones sanguíneas, con las necesidades de disponibilidad, almacenamiento y manejo que ello conlleva;⁹ *ii*) el desarrollo de complicaciones del tipo de la placenta previa, misma que incrementa el riesgo de histerectomías de emergencia (Stanco *et al.*, 1993);¹⁰ *iii*) el desarrollo de microorganismos resistentes a antibióticos (Soper, 1993); *iv*) la prolongación de la estancia hospitalaria con el costo adicional asociado, y *v*) el impacto psíquico y/o social de la intervención.

La evaluación cuidadosa de cada caso, la disponibilidad de protocolos de manejo, la revisión crítica de su utilización, la retroalimentación tanto a las instancias formadoras de recursos huma-

⁸ Conocida como salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral.

⁹ En un hospital de Melbourne, Australia, 9.4% de las mujeres intervenidas mediante cesárea requirieron transfusiones sanguíneas (Maxwell, 1989).

¹⁰ En Suecia, el riesgo de requerir una histerectomía simultánea a una cesárea, en el caso de mujeres con placenta previa y cicatriz uterina, es de 16% comparado con 3.6% en el caso de placenta previa y útero intacto (Nielsen *et al.*, 1989).

nos, como a las instituciones y los propios proveedores, y la difusión de información precisa a las mujeres, podría permitir revertir la tendencia creciente de la utilización de esta intervención en el país. En el contexto de la multitud de potenciales complicaciones asociadas a la práctica de esta cirugía, un programa cuyo objetivo fuera la reducción de su uso innecesario, se constituye en una estrategia preventiva para la protección de la salud de futuras madres y sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abitbol, M. M., I. Castillo, U. B. Taylor, B. L. Rochelson, S. Shmoys y A. G. Monheit (1993), "Vaginal birth after cesarean section: the patient's point of view", *American Family Physician*, vol. 47, núm. 1, pp. 129-134.
- Adlerberth, I., B. Carlsson, P. De Man, F. Jalil, S. R. Khan, P. Larsson, L. Mellander, C. Svanborg, A. E. Wold y L. A. Hanson (1991), "Intestinal colonization with enterobacteriaceae in Pakistani and Swedish hospital-delivered infants". *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 80, núm. 6-7, pp. 602-610.
- Albers, L. L., D. Anderson, L. Cragin, S. M. Daniels, C. Hunter, K. D. Sedler y D. Teaf (1997), "The relationship of ambulation in labor operative delivery", *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 42, núm. 1, pp. 4-8.
- Annibale, D. J., T. C. Hulsey, C. L. Wagner y W. M. Southgate (1995), "Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 149, núm. 8, pp. 862-867.
- Arruda, J. M. (1991), "Impacto de la pesquisa DHS en el Brasil" [Impacto de la encuesta DHS en Brasil], en IRD/Macro International, Inc., *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., 1991*, Columbia, Maryland, vol. 3, pp. 1903-1932.
- Barros, F. C. y C. G. Victora (1990), "Breastfeeding and Diarrhea in Brazilian Children", *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series*, núm. 3, The Population Council/ Demographic and Health Surveys Program, Nueva York, marzo.
- Berkowitz, G. S., M. L. Skovron, R. H. Lapinski y R. L. Berkowitz (1990), "Delayed childbearing and the outcome of pregnancy", *New England Journal of Medicine*, vol. 322, núm. 10, pp. 659-664.
- Blumenfeld-Kosinski, R. (1990), *Not of Woman Born. Representations of Caesarean Birth in Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca, Nueva York, Cornell University Press.

- Bolaji, I. I. y F. P. Meehan (1993), "Caesarean section survey in Galway - 1973 through 1987", *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, vol. 48, núm. 1, pp. 1-8.
- Boo, N. Y., N. M. Nasri, S. K. Cheong y N. Sivamohan (1991), "A 2-year study of neonatal mortality in a large Malaysian hospital", *Singapore Medical Journal*, vol. 32, núm. 2, pp. 142-147.
- Borruto, F. y P. Audra (1989), "Infective-hemorrhagic complications of cesarean section. A case review of 2220 subjects", *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, vol. 16, núm. 4, pp. 97-100.
- Bottino, G., M. Marinello, C. Menna, B. Torchio y R. Vergano (1990), "Endometriosis della parete addominale inferiore. Descrizione di due casi secondari a taglio cesareo" [Endometriosis de la pared abdominal inferior. Reporte de dos casos secundarios a cesárea], *Minerva Ginecologica*, vol. 42, núm. 6, pp. 283-285.
- Broe, S. y Khoo S. K. (1989), "How safe is caesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity", *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 29, núm. 2, pp. 93-98.
- Buttino, I., L. Tozzi, L. Bocciolone, N. Pirotta y F. Prazzini (1990), "I determinanti della frequenza del taglio cesareo in Italia, 1980-1983" [Determinantes de la frecuencia de cesárea en Italia, 1980-1983], *Annali di Ostetricia, Ginecologia, Medicina Perinatale*, vol. 111, núm. 4, pp. 245-256.
- Chen, Y. (1992), "Factors associated with artificial feeding in Shanghai", *American Journal of Public Health*, vol. 82, núm. 2, pp. 264-266.
- Cornier, J. L., J. Batila, J. Jallut, C. Lahaye, M. Favier y Y. Malinas (1990), "La dilatation aigue idiopathique du colon droit ou syndrome d'Ogilvie. À propos d'un cas rencontré après une césarienne" [Dilatación idiopática aguda del colon derecho o síndrome de Ogilvie. A propósito de un caso encontrado después de una cesárea], *Revue Française de Gynecologie et d'Obstetrique*, vol. 85, núm. 3, pp. 194-198.
- Creatsas, G., N. Goumalatos, E. Deligeoroglou, T. Karagitsou, C. Calpaktoglou y N. Arefetz (1991), "Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women", *Journal of Adolescent Health*, vol. 12, núm. 2, pp. 77-81.
- Curet, L. B., R. D. Zachman, A. V. Rao, W. K. Poole, J. Morrison y G. Burkett (1988), "Effect of mode of delivery on incidence of respiratory distress syndrome", *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 27, núm. 2, pp. 165-170.
- De Muylder, X. (1989), "Caesarean section morbidity at district level in Zimbabwe", *Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, vol. 92, núm. 2, pp. 89-92.
- y Amy J. J. (1993), "Caesarean section rates in an African country", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 7, núm. 3, pp. 234-244.
- Delgado, L. R., F. Nieto, A. G. Díaz y R. Schwarcz (1991), "Caesarean section and maternal age in low-risk nulliparas", *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 36, núm. 4, pp. 271-276.

- Dell'Acqua, S., E. Colosi, M. Angiolillo, G. Rivela, S. Bovenga y A. Natale (1993), "Endometriosis della parete abdominale dopo taglio cesareo" [Endometriosis de la pared abdominal después de cesárea], *Minerva Ginecologica*, vol. 45, núm. 6, pp. 327-331.
- Desjardins, C., H. O. Diallo, P. Audet-Lapointe y F. Harel (1996), "Étude rétrospective de l'endométrite post-césarienne. 1992-1993, Hôpital Notre-Dame, Montréal, Canada" [Estudio retrospectivo de endometritis poscesárea. 1992-1993, Hospital de Notre-Dame, Montreal, Canadá], *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 25, núm. 4, pp. 419-423.
- Emembolu, J. (1992), "The preterm breech delivery in Zaria, Northern Nigeria", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 38, núm. 4, pp. 287-291.
- Enzunga, A. y P. R. Fischer (1990) "Neonatal weight loss in rural Zaire", *Annals of Tropical Paediatrics*, vol. 10, núm. 2, pp. 159-163.
- Faundes, A. y J. G. Cecatti (1993), "Which policy for caesarean sections in Brazil? An analysis of trends and consequences", *Health Policy and Planning*, vol. 8, núm. 1, pp. 33-42.
- Forman, M. R., H. W. Berendes, G. Lewando-Hundt, B. Sarov y L. Naggan (1991), "Perinatal factors influencing infant feeding practices at birth: the Bedouin Infant Feeding Study", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 5, núm. 2, pp. 168-180.
- Francome, C. y W. Savage (1993), "Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate?", *Social Science & Medicine*, vol. 37, núm. 10, pp. 1199-1218.
- Fryklund, B., K. Tullus y L. G. Burman (1991), "Epidemiology of enteric bacteria in neonatal units. Influence of procedures and patient variables", *Journal of Hospital Infection*, vol. 18, núm. 1, pp. 15-21.
- George, E., S. Leyser, H. L. Zimmer, D. A. Simonowitz, R. L. Agress y D. D. Nordin (1995), "Vernix caseosa peritonitis. An infrequent complication of cesarean section with distinctive histopathologic features", *American Journal of Clinical Pathology*, vol. 103, núm. 6, pp. 681-684.
- Goepfert, A. R., D. A. Guinn, W. W. Andrews y J. C. Hauth (1997), "Necrotizing fasciitis after cesarean delivery", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 89, núm. 3, pp. 409-412.
- Gordon, D., J. Milberg, J. Daling y D. Hickok (1991), "Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 77, núm. 4, pp. 493-497.
- Gould, J. B., B. Davey y R. S. Stafford (1989), "Socioeconomic differences in rates of cesarean section", *New England Journal of Medicine*, vol. 321, núm. 4, pp. 233-239.
- Hæger, K. (1990), *The Illustrated History of Surgery*, Nueva York, Bell Publishing Company.
- Haines, C. J., M. S. Rogers y D. H. Leung (1991), "Neonatal outcome and its relationship with maternal age", *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 31, núm. 3, pp. 209-212.

- Hales, K. A., M. A. Morgan y G. R. Thurnau (1993), "Influence of labor and route of delivery on the frequency of respiratory morbidity in term neonates", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 43, núm. 1, pp. 35-40.
- Harlow, B. L., F. D. Frigoletto, D. W. Cramer, J. K. Evans, R. P. Bain, B. Ewigman y D. McNellis (1995), "Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. RADIUS Study Group. Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound Study", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 172, núm. 1, pte. 1, pp. 156-162.
- Harrison, K. A. (1990), *Towards Better Maternal and Perinatal Health in Sub-Saharan Africa: Our Work has been Cut Out For Us*, Kuru, Nigeria, National Institute for Policy and Strategic Studies.
- Hirschhorn, L. R., J. S. Currier y R. Platt (1993), "Electronic surveillance of antibiotic exposure and coded discharge diagnoses as indicators of postoperative infection and other quality assurance measures", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 14, núm. 1, pp. 21-28.
- Högberg, U. (1989), "Maternal deaths related to cesarean section in Sweden, 1951-1980", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 68, núm. 4, pp. 351-317.
- Holland, J. G., A. R. Dupre, P. G. Blake, R. W. Martin y J. N. Martin Jr. (1992), "Trial of labor after cesarean delivery: experience in the non-university level II regional hospital setting", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 79, núm. 6, pp. 936-939.
- Iyasu, S., A. K. Saftlas, D. L. Rowley, L. M. Koonin, H. W. Lawson y H. K. Atrash (1993), "The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 168, núm. 5, pp. 1424-1429.
- Kaufman, M. H. (1993) "Reflections on Dr. Henderson of Perth's case of impracticable labour: an early case (1820) in which the caesarean operation was performed", *Scottish Medical Journal*, vol. 38, núm. 3, pp. 85-88.
- Kiwanuka, A. I. y W. M. Moore (1993), "Influence of audit and feedback on use of cesarean section in a geographically-defined population", *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, vol. 50, núm. 1, pp. 59-64.
- Kline, J. y F. Arias (1993), "Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery", *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 38, núm. 4, pp. 289-292.
- Kolben, M. y W. Loos (1993), "Akute Pseudo-Obstruktion des Kolons (Ogilvie-Syndrom) nach Sectio caesarea—eine seltene Komplikation" [Pseudobstrucción aguda del colon (Síndrome de Ogilvie) después de cesárea, una complicación rara], *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 53, núm. 8, pp. 577-579.

- Krahenmann, F. y H. Bruhwiler (1992), "Adoleszente Primiparae, 17 Jahre und Junger" [Mujeres adolescentes primíparas, 17 años y menores], *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 52, núm. 9, pp. 539-543.
- Lam, S. K. (1993), "Caesarean on request", *Lancet*, vol. 341, núm. 8847, p. 763.
- Lelle, R. J., K. Goeschen, D. Wichmann y J. Schneider (1989), "Retrospektive Analyse von 663 Entbindungen aus Beckenendlage der Jahre 1976 bis 1985" [Análisis retrospectivo de 663 partos podálicos durante los años 1976 a 1985], *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*, vol. 193, núm. 6, pp. 268-275.
- Lindsay, J. (1991), "The politics of population control in Namibia", en Meredith Tushen (ed.), *Women and Health in Africa*, Trenton, Nueva Jersey, Africa World Press, pp. 143-167.
- Magee, K. P., J. D. Blanco, J. M. Graham, C. Rayburn y S. Prien (1994), "Endometritis after cesarean: the effect of age", *American Journal of Perinatology*, vol. 11, núm. 1, pp. 24-26.
- Mansbach, I. K., C. W. Greenbaum y J. Sulkes (1991), "Onset and duration of breast feeding among Israeli mothers: relationships with smoking and type of delivery", *Social Science and Medicine*, vol. 33, núm. 12, pp. 1391-1397.
- Mansfield, C. J., H. J. Daniel, E. A. Sumpter, J. Barnes, D. Coggins y M. Young (1993), "Mode de naissance et otite muqueuse" [Tipo de nacimiento y otitis media], *Archives Françaises de Pédiatrie*, vol. 50, núm. 2, pp. 97-100.
- Mavalankar, D. V., C. R. Trivedi y R. H. Gray (1991), "Levels and risk factors for perinatal mortality in Ahmedabad, India", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 69, núm. 4, pp. 435-442.
- Maxwell, C. N. (1989), "Blood transfusion and caesarean section", *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 29, núm. 2, pp. 121-123.
- McCloskey, L., D. B. Petitti y C. J. Hobel (1992), "Variations in the use of cesarean delivery for dystocia: lessons about the source of care", *Medical Care*, vol. 30, núm. 2, pp. 126-135.
- McKenzie, L. y P. A. Stephenson (1993), "Variation in cesarean section rates among hospitals in Washington State", *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 8, pp. 1109-1113.
- Molina, L. R., C. M. Lynne y V. A. Politano (1989), "Treatment of vesicouterine fistula by fulguration", *Journal of Urology*, vol. 141, núm. 6, pp. 1422-1423.
- Mor-Yosef, S., A. Samueloff, B. Modan, D. Navot y J. G. Schenker (1990), "Ranking the risk factors for cesarean: logistic regression analysis of a nationwide study", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, núm. 6, pp. 944-947.
- Morris, H. (1995), "Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms?", *International Journal of Gynecological Pathology*, vol. 14, núm. 1, pp. 16-20.
- Nair, C. (1991), "Trends in cesarean section deliveries in Canada", *Health Reports*, vol. 3, núm. 3, pp. 203-219.

- Nakamura, M. (1993), "Increasing FP access in Brazil", *JOICFP News*, núm. 233, p. 3.
- Natta, F., N. R. Gioanetti, C. Zanon, P. Alluminio y F. Ballario (1993), "Una rara complicanza in patologia ostetrica: la fistola uretero-uterina" [Una complicación rara de patología obstétrica: fístula uretero-uterina], *Minerva Ginecologica*, vol. 45, núm. 10, pp. 507-510.
- Nielsen, T. F., H. Hagberg y U. Ljungblad (1989), "Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section", *Gynecologic & Obstetric Investigation*, vol. 27, núm. 2, pp. 88-90.
- Parazzini, F., N. Pirotta, C. LaVecchia y L. Fedele (1992), "Determinants of caesarean section rates in Italy", *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 99, núm. 2, pp. 203-206.
- Parilla, B. V., S. L. Dooley, R. D. Jansen y M. L. Socol (1993), "Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 81, núm. 3, pp. 392-395.
- Parrish, K. M., V. L. Holt, T. R. Easterling, F. A. Connell y J. P. LoGerfo (1994), "Effect of changes in maternal age, parity, and birth weight distribution on primary cesarean delivery rates", *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, núm. 6, pp. 443-447.
- Parrott, T., A. J. Evans, A. Lowes y K. J. Dennis (1989), "Infection following caesarean section", *Journal of Hospital Infection*, vol. 13, núm. 4, pp. 349-354.
- Peaceman, A. M., J. A. López-Zeno, J. P. Minogue y M. L. Socol (1993), "Factors that influence route of delivery-active versus traditional labor management", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 169, núm. 4, pp. 940-944.
- Peipert, J. F. y M. B. Bracken (1993), "Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 81, núm. 2, pp. 200-205.
- Petrozza, V., F. M. Magliocca, S. Pulvirenti, G. Massimi, C. de Salazar y F. Carpino (1993), "Endometriosi peritoneale asintomatica dopo taglio cesareo" [Endometriosis peritoneal asintomática después de una cesárea], *Minerva Ginecologica*, vol. 45, núm. 7-8, pp. 349-353.
- Picucci, L., M. L. Alibrandi, Stella Persico y A. Crescenzi (1995), "Su di un caso di endometriosi ombelicale dopo taglio cesareo" [Un caso de endometriosis umbilical después de una cesárea], *Minerva Ginecologica*, vol. 47, núm. 4, pp. 165-170.
- Pitaktepsombati, P. y B. Janowitz (1991), "Sterilization acceptance and regret in Thailand", *Contraception*, vol. 44, núm. 6, pp. 623-637.
- Pothinam, S., T. Chanpoo y P. Lumbiganon (1992), "Post-cesarean section puerperal morbidity. The incidence and risk factors at Srinagarind Hospital", *Journal of the Medical Association of Thailand*, vol. 75, núm. 39, pp. 173-177.
- Rane, M. y A. Murray (1993), "Peritonitis due to colonic ileus after cesarean section. A report of two cases", *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 38, núm. 5, pp. 403-404.

- Renwick, M. Y. (1991), "Caesarean section rates, Australia 1986: variations at state and small area level", *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 31, núm. 4, pp. 299-304.
- Revah, A., Y. Ezra, D. Farine y K. Ritchie (1997), "Failed trial of vacuum or forceps-maternal and fetal outcome", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 176, núm. 1, pte. 1, pp. 200-204.
- Roberts, S., M. Maccato, S. Faro y P. Pinell (1993), "The microbiology of post-caesarean wound morbidity", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 81, núm. 3, pp. 383-386.
- Rodríguez-Ballesteros, R., A. Torres-Bautista, F. Torres-Valadez y J. A. Ruiz-Moreno (1989), "Ogilvie's syndrome in the postcaesarean section patient", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 28, núm. 2, pp. 185-187.
- Ruminjo, J. K. y F. Ngugi (1993), "Sterilisation failures in voluntary female surgical contraception", *East African Medical Journal*, vol. 70, núm. 4, pp. 238-241.
- Rust, O. A., J. C. Place, D. Meléndez y P. A. Leyro (1993), "Lowering the caesarean rate at a small USAF hospital", *Military Medicine*, vol. 158, núm. 1, pp. 22-26.
- Ryding, E. L. (1993), "Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72, núm. 4, pp. 280-285.
- Sakala, C. (1993), "Medically unnecessary caesarean section births: introduction to a symposium", *Social Science & Medicine*, vol. 37, núm. 10, pp. 1177-1198.
- Sartori, C. A., G. Zamburlini, I. di Natale, M. Donadi, W. Adamo, G. C. Romagnoli, G. Patelli y R. Sorato (1989), "Endometriosis su cicatrice per cesareo. A proposito di tre casi" [Endometriosis en la cicatriz de la cesárea. A propósito de tres casos], *Minerva Chirurgica*, vol. 44, núm. 18, pp. 2043-2045.
- Scott, R. T., D. M. Strickland, G. D. Hankins y L. C. Gilstrap (1989), "Maternal height and weight gain during pregnancy as risk factors for caesarean section", *Military Medicine*, vol. 154, núm. 7, pp. 365-367.
- Sevelda, P., M. Stiglbauer, N. Vavra, M. Weninger, W. Sterniste y P. Wagenbichler (1993), "Die Beckenendlage bei Erstgebärenden—Vaginale Geburt oder Indikation zur primären Sektio?" [Presentación podálica en mujeres nulíparas, parto vaginal o indicaciones para una cesárea primaria?], *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 53, núm. 6, pp. 400-405.
- Shearer, E. L. (1993), "Caesarean section: medical benefits and costs", *Social Science & Medicine*, vol. 37, núm. 10, pp. 1223-1231.
- Signorelli, C., P. Elliott, M. S. Cattaruzza y J. Osborn (1991), "Trend in caesarean section in Italy: an examination of national data 1980-1985", *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, núm. 3, pp. 712-716.

- Signorelli, C., M. S. Cattaruzza y J. F. Osborn (1995), "Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study", *Public Health*, vol. 109, núm. 3, pp. 191-199.
- Simini, F., F. Maillard y G. Breart (1990), "Caesarean section odds ratios", *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, vol. 34, núm. 1-2, pp. 1-13.
- Sinha, P. y K. C. De (1993), "A 5-year study of caesarean hysterectomy cases", *Journal of the Indian Medical Association*, vol. 91, núm. 9, pp. 238-239.
- Sistema Nacional de Salud (1995), *Boletín de Información Estadística*, núm. 15, Secretaría de Salud, México.
- Socol, M. L., P. M. García, A. M. Peaceman y S. L. Dooley (1993), "Reducing cesarean births at a primarily private university hospital", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, núm. 6, pte. 1, pp. 1748-1754.
- Sokal, D., L. Sawadogo y A. Adjibade (1991), "Short stature and cephalopelvic disproportion in Burkina Faso, West Africa", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 35, núm. 4, pp. 347-350.
- Soliman, S. R. y R. F. Burrows (1993), "Caesarean section: an analysis of the experience before and after the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 148, núm. 8, pp. 1315-1320.
- Soper, D. E. (1993), "Infections following cesarean section", *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, vol. 5, núm. 4, pp. 517-520.
- Sperling, L. S., A. L. Schantz, K. Toftager-Larsen y B. Ovlisen (1990), "Non-obstructive cecal dilatation and perforation after cesarean section", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 69, núm. 5, pp. 437-439.
- Sperling, L. S., T. B. Henriksen, H. Ulrichsen, M. Hedegard, H. Moller, V. Hansen, B. Ovlisen y N. J. Secher (1994), "Indications for caesarean section in singleton pregnancies in two Danish counties with different cesarean section rates", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 73, núm. 2, pp. 129-135.
- Stafford, R. S. (1990), "Recent trends in cesarean section use in California", *Western Journal of Medicine*, vol. 153, núm. 5, pp. 511-514.
- Stanco, L. M., D. B. Schrimmer, R. H. Paul y D. R. Mishell Jr. (1993), "Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 168, núm. 3, pte. 1, pp. 879-883.
- Stephenson, P. A., C. Bakoula, E. Hemmninki, L. Knudsen, M. Lévasseur, J. Schenker, Z. Stembera, J. Tiba, H. P. Verbrugge y J. Zupan *et al.* (1993), "Patterns of use of obstetrical intervention in 12 countries", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 7, núm. 1, pp. 45-54.
- Stewart, P. J., C. Dulberg, A. C. Arnill, T. Elmslie, P. F. Hall (1990), "Diagnosis of dystocia and management with cesarean section among

- primiparous women in Ottawa-Carleton", *Canadian Medical Association Journal*, 142, núm. 5, pp. 459-463.
- Taffel, S. M. (1994), "Cesarean delivery in the United States, 1990", *Vital & Health Statistics, Series 21, Data on Natality, Marriage, & Divorce*, núm. 51, pp. 1-24.
- Tay, S. K., F. H. Tsakok y C. S. Ng (1992), "The use of intradepartmental audit to contain cesarean section rate", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 39, núm. 2, pp. 99-103.
- Taylor, V. M., M. D. Kramer, T. L. Vaughan y S. Peacock (1994), "Placenta previa and prior cesarean delivery: how strong is the association?", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 84, núm. 1, pp. 55-57.
- Tissot-Guerraz, F., L. Moussy, F. Agniel, A. Andre, M. E. Reverdy, C. C. Miellet, P. Audra, G. Putet, M. Sepetjan y D. Dargent (1990), "Infection hospitalière en maternité. Trois années de surveillance portant sur 9 204 accouchements dont 1 333 césariennes" [Infección hospitalaria en el departamento de maternidad. Tres años de vigilancia en 9 204 partos de los cuales 1 333 fueron cesáreas], *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 19, núm. 1, pp. 19-24.
- Tshibangu, K., E. Mboloko, K. Kizonde, L. Bolemba, M. Biayi, K. Engendju y K. Sinamuli (1991), "Particularismes de la gravidopuerperalité en Afrique centrale. I. Operation césarienne dans trois environnements différents du Zaïre" [Particularidades de la gravidez-puerperio en África central. I. Operación cesárea en tres ambientes distintos de Zaïre], *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 20, núm. 1, pp. 69-73.
- Turcot, L., S. Marcoux y W. D. Fraser (1997), "Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. Canadian Early Amniotomy Study Group", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 176, núm. 2, pp. 395-402.
- Uribarren Berrueta, O. y C. Evangelista Salazar (1993), "Cesárea: su frecuencia e indicaciones", *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 61, núm. 6, pp. 168-170.
- Van Roosmalen, J. y R. Brand (1992), "Maternal height and the outcome of labor in rural Tanzania", *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 37, núm. 3, pp. 169-177.
- Vázquez Calzada, J. L. (1989), "El efecto de los partos por cesárea sobre la esterilización femenina en Puerto Rico", *Puerto Rico Health Sciences Journal*, vol. 8, núm. 2, pp. 215-223.
- Vendittelli, F., J. L. Tabaste y C. Labarchede (1993), "Rupture uterine sur uterus antérieurement césarisé. Révue de littérature à propos de deux cas" [Ruptura uterina en una cesárea previa. Revisión de la literatura y reporte de dos casos], *Revue Française de Gynecologie et d'Obstetrique*, vol. 88, núm. 5, pp. 333-341.
- Vercellini, P., G. Zuliani, M. T. Rognoni, L. Trespidi, S. Oldani y A. Cardinale (1993), "Pregnancy at forty and over: a case-control study",

European Journal of Obstetrics Gynecology & Reproductive Biology, vol. 48, núm. 3, pp. 191-195.

- Victoria, C. G. y F. C. Barros (1988), "Diagnosis of the health of the children of Ceara State. Cross-sectional study of a representative sample of 8 000 families" (mimeo.).
- Vu, K. K., P. C. Brittain, J. P. Fontenot, F. E. Harlass, C. G. Hawley-Bowland y F. Díaz-Ball (1995), "Vesicouterine fistula after cesarean section. A case report", *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 40, núm. 3, pp. 221-222.
- Walss Rodríguez, R. J., P. Hernández Roman y G. Siller Rodríguez (1990), "Pseudobstrucción del colon (síndrome de Ogilvie), asociado a operación cesárea. Informe de dos casos y revisión de la literatura", *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 58, pp. 289-291.
- Wareham, V., C. Bain y D. Crickshank (1993), "Caesarean section audit by peer review", *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, vol. 48, núm. 1, pp. 9-14.
- Weber, P., S. Heckel, M. Hummel y P. Dellenbach (1993), "Syndrome d'Ogilvie après césarienne. À propos de trois cas. Revue de la littérature" [Síndrome de Ogilvie después de una cesárea. A propósito de tres casos. Revisión de la literatura], *Journal of Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 22, núm. 6, pp. 653-658.
- Webster, J. (1988), "Post-caesarean wound infection: a review of the risk factors", *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 28, núm. 3, pp. 201-207.
- Webster, L. A., J. R. Daling, C. McFarlane, D. Ashley y C. W. Warren (1992), "Prevalence and determinants of caesarean section in Jamaica", *Journal of Biosocial Science*, vol. 24, núm. 4, pp. 515-525.
- Weeks, J. R. y R. G. Rumbaut (1993), "Why do immigrant Asian and Hispanic women experience superior perinatal health outcomes?", presentado en la Reunión Anual de la Population Association of America, Cincinnati, Ohio, abril, núm 1-3.
- Witter F. R., J. T. Repke y J. R. Niebyl (1988), "The effect of maternal age on primary cesarean section rate", *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 27, núm. 1, pp. 51-55.
- , L. E. Caulfield y R. J. Stoltzfus (1995), "Influence of maternal anthropometric status and birth weight on the risk of cesarean delivery", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 85, núm. 6, pp. 947-951.
- Wolf, G. C. y K. B. Singh (1989), "Caesarean scar endometriosis: a review", *Obstetrical & Gynecological Survey*, vol. 44, núm. 2, pp. 89-95.
- Wong Chen, F. J., A. Juárez Azpilcueta, C. Villarreal Peral, R. Duarte Torres y E. Motta Martínez (1995), "Endometriosis cutánea en cicatriz abdominal, posterior a operación cesárea. Informe de un caso y revisión de la literatura", *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 63, pp. 222-225.
- Zander, J., K. Holzmann y H. K. Selbmann (1989), "Materialien aus der bayerischen Perinatalerhebung zur Problematik der Sectiofrequenz" [Datos de la encuesta perinatal de Bavaria acerca del problema de la

incidencia de la cesárea], *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 49, núm. 4, pp. 328-336.

Zhang, J., W. A. Bowes Jr. y J. A. Fortney (1993), "Efficacy of external cephalic version: a review", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 82, núm. 2, pp. 306-312.

MUJERES INDÍGENAS CAMPESINAS Y VIOLENCIA SEXUAL: UN ESTUDIO DE CASO EN LA SIERRA NORTE DE PUEBLA

MARÍA EUGENIA D'AUBETERRE BUZNEGO

INTRODUCCIÓN

Diversas causas contribuyen a hacer invisible la violencia que se ejerce sobre las mujeres en las comunidades indígenas campesinas del país. La indolencia, la corrupción y el sesgo androcéntrico que dominan en los tortuosos procedimientos judiciales, el desconocimiento de los más elementales derechos humanos de las víctimas, la subestimación de la temática por parte de las tradiciones académicas abocadas al estudio de estas poblaciones e incluso los mismos paradigmas teóricos aplicados al estudio de las llamadas "sociedades tradicionales", entre otros factores, han contribuido a opacar el conocimiento de la problemática.

No obstante, hoy se reconoce que a la violencia estructural que ha caracterizado la relación de estos grupos en su conjunto con la sociedad nacional, traducida en marginación social, explotación económica y opresión cultural, se suma la violencia cotidiana, sistemática que experimentan las mujeres indígenas campesinas definidas por su subalternidad de género frente a los varones de sus propios grupos y a los "otros" en general.

Particularmente, se sabe poco acerca de la violencia sexual que padecen las mujeres en escenarios regionales en los que interactúan diversos grupos étnicos y una pluralidad de sistemas normativos, así como de los recursos de demanda que pueden interponerse en estos casos y de su resolución en los distintos niveles donde se regulan los conflictos sociales.

Las siguientes reflexiones sintetizan uno de los aspectos considerados en un proyecto de investigación más vasto, que se proponía

analizar las repercusiones de la violencia doméstica en la salud reproductiva de las mujeres del municipio de Cuetzalan,¹ ubicado en la Sierra Norte del estado de Puebla.

De acuerdo con el Censo de 1990, la población total del municipio alcanzaba 35 676 habitantes, de los cuales 25 708 son hablantes del nahuatl, una variante regional del náhuatl. La economía del municipio se sustenta básicamente en el cultivo comercial del café y en la producción de granos básicos para el autoconsumo doméstico. Las tres causas más frecuentes de muerte están asociadas a la pobreza: desnutrición y anemia, enfermedades de las vías respiratorias e infecciones intestinales, responsables de casi 40% de los decesos ocurridos en 1994, según el Registro Civil.

El objetivo general del proyecto, en su primera fase, fue conocer las formas de violencia que se ejercen sobre las mujeres del municipio, la percepción que de ella tienen las propias mujeres, las autoridades y los prestadores de servicios de salud en la región, tanto los médicos adscritos al sistema de la medicina académica pública como los médicos tradicionales de la zona. Durante las dos etapas de trabajo de campo efectuadas en la región, en los meses de noviembre de 1994 y mayo de 1995, realizamos entrevistas a profundidad a diversos informantes: a un grupo de artesanas de la ciudad de Cuetzalan, a médicos del Hospital de Campo del Instituto Nacional Indigenista (INI), a parteras y curanderos adscritos al mismo hospital, a autoridades y jueces del Distrito Judicial de Zacapoaxtla, de la cabecera municipal de Cuetzalan y de las localidades de San Andrés Tzicuilan y San Miguel Tzinacapan. En esas instancias de procuración de justicia y arbitraje de conflictos, tuvimos la oportunidad de consultar archivos y de registrar, mediante observación participante, los procedimientos habitualmente seguidos en la aten-

¹ La investigación "Violencia doméstica y sus repercusiones para la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla)", se realizó con financiamiento de la Asociación Mexicana de Estudios de Población y fue coordinada por la doctora Soledad González Montes investigadora del PIEM, de El Colegio de México; en ella participaron también las investigadoras Pilar Alberti Manzanares, Beatriz Martínez Corona y Susana Mejía Flores, pertenecientes al Centro de Estudios Rurales del Colegio de Posgraduados. Mi incorporación a este equipo fue posible gracias a un financiamiento parcial otorgado por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Para la redacción del presente artículo he recuperado parte de la información general contenida en el informe presentado a las instituciones que brindaron financiamiento.

ción de casos de violencia sexual e intrafamiliar. Asimismo, las autoridades del Hospital de Campo del INI nos facilitaron la aplicación de una encuesta y diversas entrevistas a mujeres en edades reproductivas, pacientes de la consulta externa de ese centro hospitalario. A lo largo de este texto acudo a algunos de los testimonios de estos informantes; he modificado sus nombres para preservar su anonimato.

En los siguientes apartados inicialmente se aborda parte de la información obtenida en las actas de denuncias por delitos sexuales. En seguida, se discute lo que podría calificarse como el núcleo o complejo cultural de la violencia sexual hacia las mujeres de la región. Se trata, por una parte, de las normatividades puestas en juego en el tratamiento de estos delitos, de las conceptualizaciones sobre el bien a proteger y las formas de reparación del daño. En estas normatividades se trenza un complicado diálogo entre el derecho de la costumbre y las normas del derecho nacional. Ambos son sistemas subsidiarios, con distintos matices, de un orden social y simbólico que regula las relaciones entre los géneros, y en el que las capacidades sexuales y procreativas de las mujeres así como el ejercicio del erotismo femenino, deben estar puestos al servicio de los otros: cónyuges, amasios, novios, etcétera.

Al mismo tiempo, integran este complejo las representaciones sobre la sexualidad femenina, las instituciones que la modelan, el entramado de relaciones sociales propiciatorias de la violencia sexual, el sistema de códigos que la interpretan y, con frecuencia, la legitiman.

EL CURSO DE LAS DENUNCIAS POR AGRESIÓN SEXUAL

Las ocho agencias locales del Ministerio Público, adscritas a las juntas auxiliares que integran el municipio de Cuetzalan —ubicadas en San Miguel Tzinacapan, San Andrés Tzicuilan, Xocoyolo, Zacatipan, Yancuitalpan, Reyeshogpan, Yagualinchan y Xiloxochico— y la agencia subalterna de la cabecera municipal de Cuetzalan están subordinadas a la agencia distrital del Ministerio Público, localizada en la ciudad de Zacapoaxtla.

Pudimos advertir que las denuncias por lesiones y maltrato a las mujeres, abandono físico de persona, conflictos conyugales diversos, adulterio, etc., procuran ser "resueltas" en la localidad o en la agencia de la cabecera municipal, mediante la firma de las llamadas actas de convenios o de conformidad. En éstas, paradójicamente, tanto denunciantes como denunciados se ven obligados a pagar multas que alcanzan distintos montos según los casos sean ventilados en las localidades, en el municipio o de acuerdo con la gravedad del delito. Exclusivamente cuando las lesiones tardan más de 15 días en sanar, las denuncias son remitidas a la instancia judicial del distrito judicial y turnadas en su caso al juzgado penal.

Cabe señalar que sólo en la instancia distrital las autoridades son profesionales del derecho, los agentes y los jueces de paz en las localidades ejercen el cargo sin percibir honorarios y, al igual que los funcionarios de la agencia municipal, son entrenados en el desempeño de sus funciones una vez que son designados.

Los delitos de violación y estupro son perseguidos de oficio, no alcanzan fianza; formalmente, no pueden arbitrarse en las instancias locales mediante arreglos entre las partes a través de la firma de actas de "conformidad". En tales casos, las denuncias interpuestas en las comunidades o en la cabecera municipal son turnadas al Distrito Judicial de Zacapoaxtla. Tras dictarse orden de aprehensión al inculpado, el agente del Ministerio Público municipal procede al careo entre las partes, al interrogatorio de testigos, al acopio inicial de pruebas y en su caso, a la integración del dictamen médico. Si considera procedente la denuncia, el inculpado es remitido al distrito judicial, pues tanto en la agencia municipal como en las localidades sólo existe prisión preventiva no mayor de 24 horas.

Este curso, sucintamente descrito, supone sin embargo, pagos "informales" para acelerar la remisión de citatorios y oficios, para asegurar la rápida captura de los inculpados. Implica también, invertir tiempo y dinero para trasladarse de comunidades distantes y precariamente comunicadas con la cabecera municipal y distrital, en donde las víctimas deberán someterse a nuevos interrogatorios y ratificar sus denuncias. Supone, en fin, desempeñarse en instancias judiciales y penales en donde se profundiza la distancia social y cultural entre demandantes y autoridades. Sin duda, el mismo procedimiento judicial contribuye al subregistro de la pro-

blemática y a la decantación de las denuncias a lo largo de las distintas instancias judiciales.

Al mismo tiempo, tal como ha sido advertido en otros estudios (Collier, 1973; Nader y Metzger, 1963), es evidente que la población dispone de códigos mediante los cuales se evalúa la gravedad de los delitos, los castigos acordes y los escenarios donde se ritualiza su resolución. Así, ciertos conflictos ubicados en el terreno familiar y doméstico procuran ser resueltos apelando a la intermediación de figuras de autoridad del ámbito familiar (padres, suegros, padrinos, etc.); de no ser resueltos en este nivel, se apela entonces a las autoridades locales, con las que se comparten la lengua, un mismo universo cultural, lazos de vecindad, de parentesco y compadrazgo.

Este proceder constituye también una estrategia para equilibrar intereses y evitar lesionar la convivencia del grupo y, al mismo tiempo, regular el grado de publicidad de conflictos que pongan en entredicho el ideal de vida familiar. La cercanía física y afectiva de las instancias locales de regulación de los conflictos, la menor distancia social entre demandantes y autoridades, así como el relativo menor gasto monetario implicado en la búsqueda de su resolución, favorecen la apelación a estas instancias. Pero, a la vez, para las mujeres, acudir a estas agencias de intermediación local supone adecuarse a procesos de arbitraje frecuentemente sesgados por las complicidades que se asientan en los vínculos de parentesco, de compadrazgo o de amistad entre autoridades y denunciados o, que simplemente resultan del hecho de compartir una misma condición genérica.

En esta perspectiva, en los casos de denuncias por delitos sexuales, en la medida en que los actores involucrados en el conflicto pertenecen a grupos familiares diversos, o a comunidades vecinas o cuando los arreglos son virtualmente imposibles, como después veremos, la alternativa es la búsqueda de sanciones más severas, recurriéndose entonces a autoridades de mayor rango, más imparciales y distantes.

TIPIFICACIÓN DE LOS DELITOS SEXUALES,
CARACTERÍSTICAS DE LOS INculpADOS Y DE LAS VÍCTIMAS

Entre enero de 1994 y mayo de 1995, de las 92 denuncias presentadas en la Agencia Subalterna del Ministerio Público de Cuetzalan por alguna forma de violencia ejercida por varones hacia mujeres, 15 fueron delitos calificados como ataques al pudor, violación o intento de violación y estupro, lo que representa 16.3% de estas denuncias (cuadro 1). Las víctimas, en su mayoría, eran solteras, sólo dos de ellas casadas, de edades comprendidas entre los 11 y los 23 años. En diez de las denuncias registradas, las agraviadas eran menores de edad.

CUADRO 1
Denuncias presentadas en la Agencia Subalterna
del Ministerio Público en Cuetzalan por delitos calificados
como ataques al pudor, violación y estupro,
según la relación entre agresor y agraviada

Tipificación del delito	Parentesco con el agresor y edad de la agraviada					
	Padre o padrastro		Otro parentesco		Sin parentesco	
	Mayor de edad	Menor de edad	Mayor de edad	Menor de edad	Mayor de edad	Menor de edad
Ataques al pudor						1
Estupro						2
Intento de violación	1		1			5
Violación		2	1		2	

Fuente: Actas de denuncias concentradas en el Archivo de la Agencia Municipal del Ministerio Público en Cuetzalan, Puebla. Enero de 1994 a mayo de 1995.

Los niveles de instrucción de estas mujeres fluctuaban del analfabetismo al último año de primaria. Las actas no incluyen referencias sobre bilingüismo. Sólo en una de ellas se indica marginalmente que se requirió de la ayuda de un intérprete. Es frecuente que en estas circunstancias algún agente del cuerpo de policía del Ayuntamiento desempeñe esa tarea.

Sólo tres de las agresiones sexuales denunciadas ocurrieron en la ciudad de Cuetzalan; las restantes en poblados circunvecinos. Los ataques tuvieron lugar en caminos y despoblados transitados por las

víctimas para desempeñar sus actividades laborales o escolares; en otros casos, el escenario de la violencia es el propio hogar de la agraviada. Finalmente, aparecen hoteles y posadas donde las mujeres son llevadas por el atacante. Esta situación al parecer está ligada a la creciente migración de las jóvenes a las ciudades de Puebla, el Distrito Federal y Zacapoaxtla. En sus comunidades de origen, y con la licencia de sus familiares, fueron "enganchadas" por sujetos que se ofrecieron para colocarlas como sirvientas, meseras, etc., en las mencionadas ciudades, en donde fueron presas del engaño y la violencia de estos intermediarios.

En la mayor parte de las denuncias presentadas, el agresor no guardaba parentesco alguno con la agraviada; en tres de las denuncias los inculpados fueron el padre o el padrastro, y en dos los agresores eran cuñados de las víctimas. En el primer caso, además, la joven es producto de una relación incestuosa de este hombre con su hija, madre de la menor.

Cabe mencionar también que la violencia sexual aparece acotada marginalmente en denuncias presentadas por otros agravios, aunque no las incluimos en el cuadro anterior: así, en litigios de herencia y linderos de parcelas, en demandas de pensiones y por ataques físicos denunciados por mujeres, colateralmente, se hace mención al hostigamiento sexual del que han sido objeto ellas por parte de sus suegros, o al que están sometidas las hijas de las denunciantes por parte de sus amasios o esposos. En estos últimos casos, de las actas de denuncias se desprende que las menores se ven obligadas a separarse de sus madres y abandonan el hogar para evitar nuevas agresiones. En otros, es la madre, con su descendencia, la que decide separarse del amasío.

Son escasos los datos que ofrecen las actas del Archivo de la Agencia Municipal sobre los inculpados por estos delitos: se especifica más ampliamente el estado civil, la escolaridad, las edades y la ocupación sólo en aquellas denuncias que involucran a padres, padrastros y otros parientes; por lo general, cuando el denunciado no guarda relación con la agraviada, la información es precaria, limitándose al nombre y el lugar de residencia. En los casos en donde pudimos obtener la información cabal, se aprecia que la mayoría de los denunciados, con la excepción de un hombre de ocupación albañil, son campesinos, sus edades van de los 23 a los 57

años, es decir, existe una brecha notable entre las edades de los denunciados y las víctimas de alguna modalidad de violencia sexual.

En ocho de las denuncias tanto la agraviada como el agresor pertenecen a la misma comunidad; en tres de ellas el inculpado reside en otra comunidad y en las tres restantes no se registra el domicilio del agresor en el acta de averiguación.

LA REPARACIÓN DEL DAÑO

De acuerdo con la opinión vertida por algunos informantes que laboran en la agencia de Ministerio Público y en el juzgado municipal, con frecuencia es difícil delimitar denuncias de estupro, raptos y violaciones. Se asevera que, usualmente, denuncias de este tipo constituyen un recurso que esgrimen las muchachas para asegurarse marido, o lograr hacer efectiva una promesa de matrimonio. Pero la información que se desprende de los expedientes consultados en la Agencia Municipal no confirma este prejuicio; por el contrario, las denunciantes solicitaban que el agresor fuera sancionado con encarcelamiento o se exigía la intervención de la autoridad para evitar nuevas agresiones.

Las denuncias de casos de fugas de parejas se localizan más frecuentemente en las instancias comunales; en efecto, la fuga concertada de los novios constituye una estrategia para doblegar la autoridad paterna. En tales circunstancias, como en casi todas las comunidades campesinas del país, el conflicto usualmente encuentra resolución en la localidad mediante la reconciliación de las dos familias, la aceptación de la unión y la concertación de la fecha para formalizarla. Homologar las demandas de raptos y estupro presentadas en las agencias del Ministerio Público con esta estrategia matrimonial, funciona como un dispositivo ideológico que a la postre descalifica y atenúa a los ojos de la autoridad mestiza la gravedad de las denuncias.

Este prejuicio corre paralelo a otro, el de poner en entredicho la probidad moral y el comportamiento sexual de la población indígena. En ese tenor, una autoridad calificada de la Agencia del Ministerio Público de Zacapoaxtla, declara:

Aquí la gente es muy promiscua, estoy hablando de Zacapoaxtla y de Cuetzalan, siguiendo las averiguaciones que tenemos, hay mucha promiscuidad aquí en Cuetzalan. Las niñas ya no son tan niñas, ya tienen un conocimiento muy avanzado o bien definido de lo que es una relación sexual. No quiero decir que la están provocando, eso definitivamente no les quita derecho de tener su libertad sexual, pero la mujer joven de aquí, sabe muy bien lo que es una relación sexual, sabe muy bien sus alcances y sabe también cómo combatirla de una manera su propia libertad sexual.

En las demandas presentadas por las mujeres pueden advertirse ciertas constantes. En los casos de violación donde las víctimas resultan embarazadas se demanda, además del encarcelamiento del violador, el pago de la atención del parto y pensiones económicas para hacer frente al cuidado y manutención de la criatura. Otra forma de concebir la reparación del daño que pudimos identificar en los expedientes, no sólo en los casos de violencia sexual, sino en denuncias por lesiones y maltratos en general, es la solicitud de compensaciones en dinero que toman como parámetro el salario mínimo en la región. Particularmente, las jornaleras o trabajadoras en la rama de servicios exigen esta forma de reparación como su equivalente al salario que dejaron de percibir a causa del daño físico padecido y por los costos de la atención médica que recibieron. Especialmente llamó nuestra atención una denuncia de violación donde la sanción fue el establecimiento de una multa en dinero, con la justificación de que la denunciante no era virgen; despojado de ese atributo, el sujeto de derecho se presenta disminuido ante la ley y entonces el bien a proteger son las capacidades laborales y la salud. No obstante que en su declaración la denunciante refería privación de la libertad, ataques físicos y violación, certificada por un dictamen médico, el delito fue calificado como "engaño y abandono", y se dictaminó el pago de una multa de 20 nuevos pesos para compensar a la agraviada por los dos días que dejó de asistir a su trabajo.

La valoración de la virginidad también resalta en casos de denuncias por ataques sexuales a mujeres casadas. Durante el estudio, tuve la oportunidad de presenciar una denuncia por intento de violación y robo, perpetrado por un cuñado de la víctima. Durante su declaración, la joven mujer insistía en mostrar que dado que ella

ya era “señora”, el episodio de violencia había puesto en riesgo principalmente a su cuñada adolescente, quien ocupaba el mismo lecho que ella al momento del ataque fallido. La agresión no constituía una amenaza para su virginidad. Como puede verse, la valoración de la virginidad, compartida por autoridades y denunciantes, atenúa la gravedad del delito de violación cuando las víctimas son mujeres casadas o que ya se han iniciado en la vida sexual. No sorprende entonces que la mayoría de las denuncias presentadas involucren mayoritariamente a mujeres solteras.

En el entramado de reglas aplicadas en la reparación del daño y en las solicitudes de las agraviadas, puede entreverse una compleja articulación del derecho de la sociedad nacional y la persistencia de antiguas tradiciones y prácticas del derecho de costumbre, o más bien, de apropiaciones selectivas de costumbres pasadas.

Inscrita en una lógica de gradación de niveles que atiende a la competencia de las jurisdicciones a que hemos aludido, la procuración de justicia aparece mediada, además, por las relaciones interétnicas: la dispersión y lejanía de poblados y rancherías de la cabecera municipal favorece la aplicación del derecho de costumbre en las comunidades más distantes. El concepto de lejanía, en este contexto, no remite exclusivamente a la mera distancia física, sino más bien, a la delimitación de fronteras étnicas y al sentimiento de adscripción a un universo de reglas de convivencia y orden social, al que se le concede la legitimidad y la validez adecuadas para reparar los daños en los términos de una cultura propia. Esta distancia, asumida en la acepción anterior, se estrecha a consecuencia de los procesos de transculturación y secularización que experimentan las comunidades indígenas de la región. Testimonios de informantes que fungieron como autoridades en un ámbito local, hoy ancianos y retirados del cargo, permiten apreciar que, en décadas pasadas, el derecho de costumbre se aplicaba también al tratamiento de denuncias por delitos sexuales. Multas en dinero y correctivos eran aplicados a los transgresores antes de acudir a las autoridades municipales, último recurso al que se apelaba en casos de reincidencia.

Llama la atención que el juez de Tzicuilan —cuya cabecera, San Andrés, tiene 2 700 habitantes en su mayoría considerados mestizos— afirme que a excepción de las denuncias por violación de la

reglamentación de uso del suelo, los casos de "chismes y ofensas" se remiten a Cuetzalan, al igual que los de abandonos y golpes a las esposas. En tanto, en San Miguel Tzinacapan, otra junta auxiliar del municipio estudiado, de población mayoritariamente indígena, las actas del juzgado ponen de manifiesto una presencia más viva del derecho de costumbre en el tratamiento de conflictos de toda índole: litigios por linderos, conflictos familiares por herencia, denuncias de raptó, abandonos y disputas conyugales son sometidos a arreglos locales. Su resolución se procura mediante la firma de actas de convenio o conformidad que equilibran intereses en conflicto.

Un integrante de la Comisión de Derechos Humanos Takachihualis, de esa última localidad, nos refirió que los casos de violación...

Son muy poco denunciados, lo que pasa es que la mujer debe decir, y no lo dice por vergüenza, porque siente que lo va a perder todo, la gente la va a tachar y luego la autoridad no le soluciona nada porque no tiene pruebas y no puede denunciar, excepto que tenga moretones, tiene que ser golpeada la mujer si es que fue violada, aunque aquí [en Tzinacapan] la tradición aunque no sea golpeada, aquí se conoce como violación, pero debe demostrar...

En los casos de intento de violación, la reparación del daño en términos del derecho de costumbre está mediada por el estado civil del inculpaado:

Aquí depende si el hombre no tiene esposa, pues es obligado a que se case con la muchacha y deberá de cumplir, en caso de que es un esposo con compromiso, pues que repare el daño... pagando una multa, una multa excesiva para que no vuelva a cometer y ya no sería arreglado con la autoridad local, se mandaría a otra autoridad. Cuando sí se comprueba que es violación, ya ese caso se consigna a la autoridad, porque ya no tiene solución, excepto que sea un joven sin esposa, entonces es obligado a casarse.

Sin embargo, al parecer, no siempre las mujeres aceptan esta regla no escrita, y rechazan un vínculo conyugal en el que no ha mediado su voluntad. En Tzinacapan, durante la gestión como juez

de paz de don Moisés Chávez a finales de los ochenta, una joven se negó a adoptar el acuerdo usual:

Una vez una muchacha vino con su papá a demandarse con un hombre que la jaloneó. Ella dijo que la atajó y la jaloneó. Yo mandé a traer a ese hombre, cuando ya estaban los dos le pregunté: “¿Tú conoces a ese hombre, tienes trato con ese muchacho?” El hombre dijo que la había parado porque la quería para su esposa, para llevarla a su casa, pero ella no quiso. Ella dijo que no, “me he de casar cuando tenga edad, no ahora, no lo quiero”. Le di un correctivo de 60 mil pesos y él entendió, ya no la molestó, se hizo un acta. Son correctivos. Ahora dicen que le sacan más dinero, que ya los denunciaron a Zacapoaxtla, pero no tienen derecho a cobrar más.

La reparación del daño en los casos de intento de violación, como puede apreciarse, busca un equilibrio de las partes analizando la situación particular tanto del que inflige el daño, como la de la parte agraviada, o en términos de otro informante, de la “parte que sufrió y la parte que hizo sufrir”. No se transgrede una norma abstracta, sino que se afecta a una persona en concreto, definida por sus relaciones sociales, por su comportamiento presente y pasado, que la comunidad toda conoce. El bien a proteger, como es notorio en la regla referida, es la honra femenina lesionada y el imperativo de salvaguardarla para los fines matrimoniales, pero a la vez, es visible el intento de proteger el vínculo conyugal y los derechos de esposas e hijos del inculpado. Asimismo, los ataques al pudor y los intentos de violación son percibidos no sólo como lesiones directas a la agraviadas sino como afrentas al ideal de la monogamia familiar:

Yo no permití que lo sacaran hasta que no pagara la multa, y si no lo paga, allí que esté [en la cárcel], por andar cometiendo ese tipo de actos aun teniendo esposa...

Como se ha señalado antes, en general, en las actas que revisamos en la Agencia del Ministerio Público del Municipio de Cuetzalan no aparece registrado el estado civil de los indiciados por casos de violación, intento de violación y estupro. Si las reglas aplicadas en el derecho de costumbre para impartir justicia en estos casos son

comunes a todas las poblaciones indias del municipio, es previsible que los delitos sexuales que se denuncian en la cabecera municipal y en la ciudad de Zacapoaxtla sean preferentemente aquellos cometidos por hombres ya casados, o que guarden alguna relación de parentesco con las víctimas que les imposibilita reparar el daño mediante el matrimonio, o con los que una alianza matrimonial resulta indeseable.

Desconocemos cómo se trataba la violencia sexual en el derecho tradicional de estos pueblos; antiguamente, de acuerdo con una de nuestras informantes de edad avanzada, en Tzinacapan, a los que cometían robo se los exponía al escarnio público, exhibiéndoseles por las calles del pueblo con los objetos robados "para que la gente supiera y conociera que esa persona no era buena". Puede suponerse que existían sanciones y escarmientos severos para los violadores.

Hoy día, al violador que no puede reparar el daño mediante el matrimonio con la víctima se le somete a los procesos judiciales de la autoridad mestiza: se saca de un universo social y cultural, expulsándolo a otro ámbito de normatividades donde la violación, independientemente de la situación de vida del inculpaado, sea casado o soltero, es perseguida de oficio, sin alcanzar derecho a fianza. Cabría pensar que, simbólicamente, acudir al escarmiento de la justicia mestiza tiene para estas poblaciones el mismo significado profundo que el castigo de la expulsión y el desconocimiento por parte del grupo al que se pertenece, lo que supone, virtualmente, una muerte social.

VIOLENCIA SEXUAL Y SISTEMA CULTURAL

Virginidad y recato sexual

La herencia de la cultura prehispánica de los antiguos nahuas como la tradición católica impuesta desde la conquista, se imbrica en el sistema de creencias y prácticas en torno a la sexualidad de los grupos nahuas de hoy. Ambas tradiciones compartían profundos temores y ansiedades en torno a la sexualidad humana y su ejercicio inmoderado, traducidas en constreñimientos y tabúes, en prácticas

de evitación y segregación sexual, e inscritas en un orden social de una marcada preeminencia masculina.

El resguardo de la virginidad de las mujeres es una de las prácticas en la que confluyen las dos tradiciones. La tradición católica erigió en la virginidad de María el paradigma de sexualidad femenina positiva: nutriente, volcada hacia la maternidad, recatada y casta, negadora del deseo, María es matriz receptora sin la mediación del coito. Su contraparte, Eva, es la encarnación de la incontinenencia que desencadena la perdición de la mítica pareja de ancestros y de toda su descendencia. El reino de la gracia original sucumbe ante el descubrimiento del deseo y el desacato de la autoridad divina.

Entre los nahuas precolombinos también la virginidad era un bienpreciado. Sin embargo, la sexualidad para los antiguos nahuas no estaba rodeada por la aureola de un pecado original. En este sistema, la fecundación humana actúa como metáfora de la creación del cosmos. De acuerdo con López Austin (1980: 328), sexualidad y procreación constituían para los nahuas precolombinos fuentes de gozo, del placer que mitiga y contrarresta las penurias y los sufrimientos terrenales. El placer del coito y la procreación eran dones divinos, fuente de vida y regeneración; no obstante, a la par, la pasión sin control podía desencadenar males terribles, enfermedades y muerte, en fin, el descalabro del orden social.

De un lado la sexualidad es fuerza creadora de vida, al mismo tiempo, amenaza para la vida y la salud (López Austin, 1980: 334). De esta visión dual se desprende una postura atemperada, la búsqueda del equilibrio y la moderación. La castidad en ambos sexos era propiciada mediante dispositivos coercitivos e ideológicos: una rigurosa disciplina de los cuerpos, severos castigos físicos, continencias rituales con fines religiosos; en los casos extremos, la muerte misma penaba la desmesura. Mientras que se concebía que la potencia viril era limitada, postergándose la iniciación sexual para asegurar la prolongación de su vigor durante la vida adulta, el apetito sexual femenino era visto como insaciable.

Taggart (1992), en un estudio realizado en dos poblaciones de la Sierra Norte, encuentra que entre los nahuas de hoy existe una asociación metonímica entre el término *tahsol* (basura) y la pasión sexual excesiva, aquella que puede desencadenar eventos desastro-

sos para el individuo y la familia. Esta asociación retiene la visión de los nahuas del siglo xvi de un universo caracterizado por fuerzas interdependientes de orden y desorden, donde la tierra está ligada a la suciedad: la deidad de la tierra, Tlazoltéotl, era la diosa del polvo, la basura, de los adúlteros y de las mujeres promiscuas. Siendo la sexualidad humana una fuerza potencialmente peligrosa y, a la vez, una emoción humana creativa, requiere ser manejada, no sólo mediante la segregación entre los géneros y la evitación entre hermanos, sino también mediante la moderación emocional.

El control de la sexualidad femenina

El pudor y la castidad siguen siendo normas que rigen el comportamiento de las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida. La moderación del deseo sexual y la inculcación de estas virtudes se modelan mediante una disciplina de los cuerpos, el cumplimiento de tabúes y la segregación sexual impuestos desde la niñez. Pero con el advenimiento de la pubertad y la aparición de las primeras reglas se acentúan los cuidados y controles sobre la sexualidad de las mujeres, con vistas a preservar su virginidad para el hombre que las reciba en matrimonio. Éste será a la vez depositario de los derechos sobre sus capacidades reproductivas.

En las mujeres que hemos entrevistado en el municipio de Cuetzalan, primordialmente en aquellas de edades más avanzadas, resalta la vivencia de las primeras reglas como un evento desconcertante e inesperado del cual, en su mayoría, no habían sido advertidas. La menstruación se conceptualiza como enfermedad ligada a una serie de constreñimientos y cambios en los hábitos cotidianos: el ejercicio de la sexualidad fuera de los márgenes del matrimonio aparece rodeado de riesgos y consecuencias perniciosas.

En general, son las madres las que prodigan atenciones y consejos sobre el cuidado y la higiene del cuerpo, las que advierten de los peligros de las relaciones sexuales ilícitas, vale decir, fuera del vínculo conyugal. Los hombres, por su parte, depositan en las madres el resguardo de la virginidad de sus hijas:

Sentía yo como si estuviera incompleta, de sentido, de pensamiento, padecía yo de mucho dolor de cabeza [cuando menstruaba], será por susto, por falta de alimentación. Mi mamá me hacía un té de mequite, o un té de soapacle, con poquito de aguardiente y me lo tomaba yo y con eso se me pasaba. Ya era yo señorita y me cuidaba yo mucho más. Ya me decía mi mamá que cuando uno es señorita hay muchos peligros para nosotras, porque si no nos cuidamos y tenemos una relación con un hombre, nos podemos embarazar. Por eso hay que cuidarse y portarse bien (Concepción López, 49 años, originaria de San Andrés Tzicuilan).

Pero también son las tías y abuelas, incluso vecinas en casos de orfandad, quienes imparten las primeras instrucciones para los cuidados especiales del cuerpo, las que inculcan en las niñas las precauciones debidas, reproduciendo de generación en generación cosmovisiones ancestrales:

Sí me asusté, hasta yo lloraba. Vivía una señora ahí y le dije quién sabe qué cosa me pasaba, que a lo mejor ya me iba morir, cómo me voy a curar. Empecé a llorar, tenía yo 13 años. Ella me dijo, pues mañana no vas a la escuela, estáte en tu casa, se va a quitar. Me dijo que no bebiera yo agua fría y que no me bañara con el agua fría porque me podía hacer daño. Cuando tenía yo esa enfermedad no me iba yo hasta el río. Y yo mejor no salía yo a ninguna parte, me quedaba en la casa porque tenía yo miedo (Crisanta Martínez, originaria de San Miguel Tzinacapan).

El tabú del agua fría, presente en casi todos los testimonios de las mujeres entrevistadas, está relacionado con la creencia de los antiguos nahuas de que las transformaciones en el estado físico y los cambios orgánicos provocan la pérdida del equilibrio; ello se traducía ya fuera en debilidad del individuo, o en irradiaciones nocivas para los semejantes, plantas, animales y cosas. Dicho desequilibrio, explica López Austin (1980: 290), "se expresa principalmente en términos de exceso de naturaleza fría o de naturaleza caliente, y así se dice que las mujeres menstruantes, preñadas, puérperas o durante el parto tienen una condición de exceso de calor [...] La penetración de fuerzas frías —añade el autor— es muy perjudicial en este periodo de predominio de calor, pues está generalmente aceptado que la persona excesivamente caliente es

muy vulnerable a los ataques de frío. Éste, en vez de provocar un equilibrio en el ser caliente, causa con el cambio brusco daños de consideración en el cuerpo humano”.

Pero además de estos riesgos para la salud, que tratan de incorporar los consejos de las mayores, la menstruación se tradujo para muchas mujeres en segregación de algunos espacios sociales. Entre estos últimos está la escuela que, en ciertos casos, debe ser abandonada a consecuencia de una decisión paterna en la que intervienen no sólo factores como la precariedad de recursos económicos y la necesidad de aprovechar las capacidades de trabajo de las adolescentes, sino el imperativo de resguardar su virginidad.

Así, la aparición de la menarquia en las jóvenes enfrenta a los padres al dilema de ceder tempranamente a la hija en matrimonio o retenerla durante más tiempo. Es por eso que extreman los controles sobre su sexualidad y tratan de librarla del asedio de los otros hombres. E intentan así prevenir embarazos ilegítimos que obstaculicen la posibilidad de casarla convenientemente en el futuro y establecer alianzas de su elección. Este dilema y la necesidad de proteger el valor matrimonial de las hijas después de la menarquia han sido analizados en los estudios interculturales realizados por Paige y Paige (1981: 82), quienes han encontrado que son básicamente privativas de aquellas culturas que conceden un alto valor a la virginidad. Por ello, los años que siguen a la pubertad están plagados de amenazas, de asedios, controles y decisiones impuestas que las jóvenes no pueden eludir. Los testimonios que siguen son elocuentes en sí mismos:

Cuando tenía 10 años ya salí de la escuela, nomás me salí en tercer año, pero aprendí un poquito. Ya no me dejaron porque mi papá decía que ya estaba grande y algunos muchachos dicen algunas cosas, dijo mi papá, ya no vas, y ya no fui. Ya estuve en el rancho en día y dormía en la casa. Casi todo el día estaba en el rancho, para cortar café o hacer algunos trabajos [...] me cuidaban mucho mis papás, me decían, no te vayas a otro lado porque estás solita, no te encuentres con otro muchacho, porque si te encuentras con otro muchacho y no la vienen a pedir a usted, entonces no te doy nada de rancho, te quedas así. Y yo tenía mucho miedo a mi papá [...] hasta que tuve 14 años ya me piden (en matrimonio), me pidieron dos años y dos años me

esperaron. Cuando tuve 16 años me casé (Lucía Martínez, originaria de Tzinacapan).

En algunos casos, circunstancias como la extrema pobreza y la orfandad precipitan la decisión de entregar a la muchacha en matrimonio, aliviando la carga de manutención y cuidados que asumen viudos y tutores:

Yo casi no lo conocía. Nomás me fueron a tocar a mi casa porque me fueron a pedir [en matrimonio], yo no lo conocía, de dónde viene, de qué tamaño [era], nada. Me fueron a pedir y me dijo mi papá: "sí te voy a dejar casar, porque yo no voy a vivir para siempre". Entonces pues aunque no quiera, me animaron mis tías; me decían: "en todo caso es mejor para evitar problemas", porque me querían muchos muchachos, hasta me espiaban y me iban a jalar [...] Me querían robar, por eso me casaron; porque un día me jalaban en el camino, me agarraron mi mano y me querían llevar, pero no quise yo, entonces grité y me ayudaron mis vecinos y lo demandamos al señor (Guadalupe Andrade, 48 años, originaria de San Miguel Tzinacapan).

Sólo se roba lo que es poseído por otro. Los hombres no se roban, sólo se roban menores de edad y mujeres. Las mujeres están definidas por su pertenencia a un grupo familiar en calidad de posesiones, por su sujeción a la autoridad que detentan los adultos del grupo familiar. Dada la prohibición cultural de casarse o mantener relaciones sexuales con los hombres del mismo grupo de parientes, las mujeres deben ser intercambiadas por otras mujeres adscritas a otros grupos. Esta circulación no es anárquica, sino que en cada cultura está sujeta a reglas específicas, que cristalizan en los sistemas matrimoniales.

La violencia sexual se inscribe en una densa red de prerrogativas y de derechos de los hombres sobre las mujeres, quienes las ceden y las reciben bajo regulaciones pactadas. El matrimonio asegura el disfrute exclusivo de una o varias mujeres en el caso de los sistemas poligénicos; el asedio sexual y la violación son el ejercicio de estas prerrogativas fuera de las regulaciones establecidas. Acoso sexual y violación, en conjunto, afirma Castañeda (1987: 70), "forman parte del ejercicio del poder de los hombres sobre el conjunto de las mujeres, consideradas al mismo tiempo como una

propiedad individual y colectiva a la cual tiene acceso cualquier hombre en cualquier momento, lugar y circunstancia que se le presente”.

Este sistema, sin embargo, no está libre de paradojas y sus reglas pueden volverse en contra de sus beneficiarios. Así, agrega Castañeda (1987: 72): “Cada mujer pertenece a alguien: a un grupo social, a una familia, a una madre, a un hombre. Relacionarse con una mujer ajena, que pertenece a otros, significa transgredir una propiedad; demuestra la capacidad de un individuo de pasar por alto los límites que le son impuestos [...] mientras, por otro lado, la protección que esos mismos hombres prodigan a sus mujeres, manifiesta en múltiples prohibiciones, pone en evidencia que ellos mismos corren el riesgo de ser burlados, de verse invadidos en lo que es suyo, de sufrir un golpe en su honor.”

En suma, la menarquia aparece en las jóvenes significada no sólo por cambios somáticos y malestares físicos, sino por la conciencia del aumento de los peligros que las amenazan, así como por el inminente paso a la vida conyugal y el desempeño de los roles de la maternidad. Ligado a esto, el patrón de residencia matrimonial patrivirilocal, dominante en la región, se traduce para las mujeres en el pronto abandono de sus círculos afectivos más íntimos, del hogar paterno y con frecuencia de su propia comunidad, e implica, a veces, la súbita incorporación a grupos sociales con los que se mantienen vínculos contradictorios, como en el caso de las uniones y matrimonios interétnicos.²

Sobre todo en el pasado, dada la práctica de los matrimonios concertados por los padres de los contrayentes, el matrimonio significaba para las mujeres, el inicio de la convivencia con un virtual desconocido, la subordinación a un nuevo tutelaje: el que ejercen maridos y suegros. Aludiendo a su propia experiencia, don Moisés, de 69 años, nativo de Tzinacapan, refiere:

Nuestros papás pedían a las mujeres, los papás se arreglaban, llevaban regalos y cuando quedaban entendidos, llevaban a dar tres kilos de carne de puerco y se visitaban. Yo nunca hablé con mi esposa antes de que la pidieran, sólo la vi y le dije a mi papá que la pidiera. Antes había

² Para exogamia, movilidad geográfica de las mujeres y matrimonios interétnicos en un municipio vecino de la misma región, véase Castañeda (1987: 55 y ss).

más respeto, ahora nada más las atajan y se las llevan a la fuerza. Ahora hasta las mujeres van a la escuela, ahora parejo van a la escuela. Que estudien los muchachos. La juventud ahora se hablan en la calle, y hombres y mujeres son iguales.

La escolarización, sin duda, ha introducido importantes cambios en las prácticas tradicionales de segregación y evitación sexual. Con frecuencia, se atribuye a la escuela la erosión de la rigurosa disciplina que ejercían los padres sobre las hijas en el pasado y una mayor libertad en la elección conyugal.

Incesto

Pero la violencia sexual no es patrimonio exclusivo de los "otros" hombres ajenos al grupo familiar: asedios y violaciones tienen como escenario también espacios familiares, domésticos, y como protagonistas a padres, padrastros, amasios, maridos, cuñados e incluso suegros y compadres.

Del incesto se habla poco, y se denuncia menos. El estudio llevado a cabo por Taggart (1975) en Huitzilán y Yaonáhuac entre los nahuas de la Sierra Norte, mencionado antes, sostiene que la marcada segregación entre los géneros obedece al miedo y la consecuente intención de evitar el incesto entre hermanos. Aplicando la perspectiva psicoanalítica al análisis cultural, el autor argumenta que estos profundos temores se enraizan en deseos inconscientes reprimidos, asociados a dinámicas psicológicas profundas, en este caso, a la débil resolución del complejo de Edipo, particularmente en los hombres.

Esta controvertida y compleja interpretación, sostenida mediante el análisis de cuentos y relatos, de prácticas de crianza y amamantamiento, de tabúes y de los requerimientos del sistema de producción, que en conjunto hacen del grupo doméstico una unidad primordial para asegurar la reproducción de los individuos, no considera, sin embargo, la incidencia de las prácticas incestuosas entre padres e hijas, padrastros e hijastras y otros parientes de distinto grado.

El horror y el silencio rodean estos episodios; no obstante, cuando algunas mujeres que entrevistamos accedieron a referirse al

tema mencionaron, básicamente, abusos cometidos por padres y padrastros con sus hijas-hijastras y de otros parientes. Sin duda fueron las parteras y mujeres de mayor edad las que ofrecen una interpretación más sutil y acabada de la percepción de estas poblaciones en relación con las prácticas incestuosas.

Parteras y curanderas, especialistas e intelectuales de su cultura, con el reconocimiento y el prestigio que les dan el saber y el poder de actuar sobre lo asible y lo inasible, tienen acceso a los más recónditos y oscuros resquicios del alma humana. Cercanas a los misterios de la vida, de la muerte, a la enfermedad y la desesperanza, guardan en sus arcones, junto con sus hierbas, santos y ungüentos curativos, confidencias y secretos del acontecer de sus comunidades. Son las que interpretan las causas de las desgracias, las que restauran los equilibrios somáticos y la armonía social amenazados por la desmesura y los excesos.

Martina, curandera de una población cercana a la cabecera municipal, aceptó una tarde relatarnos la dolorosa experiencia de su ahijada, cautiva de una relación incestuosa:

[...] de esos casos hay bastantes. Tuve una niña, soy su madrina. Un día su papá, al ver que ya estaba bonita, que la encierra. Pues ella vio la forma que se escapó y se vino y dice: "Mire usted, ya yo no quiero ir a mi casa, porque mi papá me anduvo correteando y le pegó a mi mamá, la desgredió y todo porque quién sabe qué me quería hacer, porque me abrazaba y no me soltaba." Después vino el señor borracho y me vino a gritar y saliendo de aquí ella le dijo: "tú me quieres llevar porque quieres que yo sea tu mujer, pero yo no voy a ser" [...] y se escapó. Pero al final de cuentas sí la hizo su mujer. Después ya la veía bien pálida y le dije: "Qué te pasa? qué, ¿tienes cola o te duele la barriga?" y ella dice: "No, es que mi papá manda todos los días a mi mamá a casa de mi abuelita y se queda conmigo." "Tu papá", le digo, "es que es una bestia, ¿qué no sabe que es pecado?" Y dice: "pues sí, pero él me obliga, quiere que después de eso, que le lave yo su ropa". Y la tenía en su casa, la cela, no la deja que salga, sabe que es de él nada más. La niña se enfermó de susto, porque el señor toma y cuando no quiere ella dejarse, le pega muy feo. Nadien habla porque tienen miedo.

Los incestuosos son los que no aceptan las reglas del intercambio, los que quieren retener a sus hijas para sí, "los que más bien no quieren que sean para otros"; expulsan a sus posibles rivales, mar-

cando de por vida a la hija como objeto de su propiedad. Según nos refirió Martina, la curandera, puede que en estos casos las muchachas logren escapar de esos virtuales cautiverios, casarse en otros lugares, con huérfanos o con hombres mayores. Siempre será un matrimonio evaluado como desventajoso.

El incestuoso hace uso desmesurado de su autoridad. El incesto no es patrimonio exclusivo de pobres o ricos, de "macehuales" o de hombres "de razón",³ aunque varias informantes refieren que su incidencia es mayor en las rancherías alejadas. El incesto aparece también ligado a la locura:

Por ahí tenemos otro que también se volvió loco, abusó de la primera hija, tuvo tres hijos, [los] regalaron y luego ella pensó y se fue de dependienta al pueblo de Cuetzalan y ahí ya se la buscó un señor ahí. Y luego siguió la otra [hija], otra vez la enfermó, la embarazó el señor, se murió y la criatura la regalaron a México, y orita todavía le queda otra.

Sin embargo, detrás de la locura subyacen otras causas más profundas:

Esos hombres son como una cosa que no tiene corazón, que no piensa, que no siente, porque el hijo es una cosa que se hizo por mí, por mi corazón se hizo y no puedo decir que puedo antojarlos como míos, porque son cosas prohibidas.

Para intentar acercarnos a la asociación que establece la curandera entre el corazón, la locura y el incesto podemos acudir a las interpretaciones que proporcionan algunos autores, estudiosos del sistema de representaciones del cuerpo y la cosmovisión de estos pueblos. Tanto en las concepciones de los antiguos nahuas como en los nahuas de hoy, el *teyolia* o *yolia* constituye una entidad anímica o principio energético regulador de un amplio espectro de actividades psíquico-emotivas, responsable del equilibrio entre las funciones del *tonalli* (razón) y las del *ihíyotl* (pasiones más alejadas del proceso cognoscitivo). Aramoni (1990: 42) refiere que al corazón,

³ *Macehual* es el término aplicado en la región al campesino indígena, *coyomes* es el apelativo de los mestizos u "hombres de razón".

centro del *teyolía*, "se le atribuía la memoria, el conocimiento, el hábito, la afición, la voluntad, la conducción de la acción y de la emoción, los atributos morales relativos al sexo, en suma, toda la gama de procesos vitales". Afecciones de este centro vital aparecen ligadas con la locura.

El incesto, vinculado con los trastornos y desequilibrios de las fuerzas vitales que ligan al individuo con el cosmos, conmociona al mismo tiempo el orden familiar y social, transgrede las normas del intercambio matrimonial, el ideal de la monogamia y la armonía del grupo familiar. Las madres, con frecuencia, viven el drama de sus hijas con resignación, sumidas en el terror. Presas de las amenazas y los maltratos de sus cónyuges, algunas deciden abandonarlos:

Por eso abandonó al señor, porque maltrataba mucho a sus hijas, una hija que ya era mayorcita le dijo que su papá la obligaba a hacer el quehacer aunque fuera de noche, y quería abusar de su hija. La pobre niña le decía a su mamá que si algún día lo abandonaba que ella se iría con ella, que no se quedaba con su papá. La golpeaba porque ella defendía a sus hijas. Y entonces abandonó a su esposo, por esas cosas (Victoria, 49 años, artesana originaria de San Andrés Tzicuilan).

Para las madres no hay muchas opciones: denunciar al esposo o al amasio puede traducirse en el deterioro de la situación económica de la familia, o verse sometidas, ellas mismas, a las agresiones del denunciado:

la señora quería separarse de su esposo, porque según que el esposo quiere abusar de sus hijas, tiene dos hijas grandes y pues una de ellas, la mayor, vino a la presidencia a echarle en cara a su papá que quería abusar de ella y ya no quisieron estar con él un tiempo. Se tomaron esos acuerdos de que se separaran, pero como unos veinte días o un mes, vino la señora a platicarme que ya estaban de acuerdo otra vez que se querían juntar de nuevo. No es porque ella tema quedarse abandonada, sino porque a veces la amenaza y la mujer no sabe a dónde ir.

Otras mujeres procuran el alejamiento de la hija del grupo familiar, manteniendo así el vínculo conyugal para asegurar la sobrevivencia de los restantes hijos. Además, las presiones económicas modelan estas decisiones en el contexto de un orden familiar de

derechos y obligaciones, regulados por el sistema de parentesco, en el que las mujeres están virtualmente excluidas de la propiedad de los bienes o, en el mejor de los casos, son sólo herederas marginales.

El predominio de la herencia masculina por vía patrilineal⁴ y la dependencia vital con respecto a los hombres de sus grupos, contribuye a acentuar la situación de pobreza de las mujeres, su vulnerabilidad en situaciones de abandono y conflicto conyugal.

Por su parte, las niñas violentadas por padres y padrastros se enferman de "susto", al tiempo se tornan pálidas e inapetentes. Se dice también que no crecen, que "se quedan chaparritas". Conviene recordar nuevamente con López Austin (1980: 244) que entre los antiguos nahuas se vinculaba el *tonalli*⁵ con el coito: "la actividad sexual prematura provocaba la disminución del crecimiento y de la inteligencia, facultades ambas atribuidas a dicha entidad anímica. Los padres aconsejaban a sus hijos que no tuviesen relaciones sexuales antes del pleno crecimiento y del embarnecimiento, y se suponía que los actos tempranos menguaban capacidades mentales".

La descripción del síndrome que manifiestan las víctimas de relaciones incestuosas son semejantes al cuadro de signos y síntomas observado en el paciente que ha perdido el *tonalli*: pérdida de vigor, palidez, fiebre, inapetencia, insomnio. Estos signos, sin embargo, no se presentaban de inmediato: "poco a poco va sintiendo las consecuencias del susto y, si no hay cura, el mal progresa hasta que llega la muerte" (López Austin, 1980: 249).

⁴ El predominio de la patrivirilocalidad posmatrimonial y de la herencia preferencial por vía patrilineal entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla ha sido analizado en los estudios ya clásicos de J. M. Taggart (1975) realizado en Huitzilán de Serdán, y de Lourdes Arizpe (1990) en el poblado de Zacatipan, del mismo municipio de Cuetzalan. El patrón de herencia dominante evidencia un fuerte sesgo masculino y es observable tanto en grupos campesinos indios como entre mestizos.

⁵ El sustantivo *tonalli* se deriva del verbo *tona*, "irradiar", apunta López Austin (1980: 222-262). Es un concepto complejo que ha suscitado prolijas investigaciones. El autor lo define como una de las entidades anímicas que da fuerza al individuo, valor, calor; asociado al crecimiento, tendría su asiento en la cabeza, se introduce en el individuo después del nacimiento, al parecer se sustancializa en forma de aliento. Aramoni (1990: 28-47) también utiliza el término de "principios energéticos" portadores y transmisores de energía humana, a la vez que receptores de energía divina para referirse al *tonalli*, al *teyolia* y al *ihiyoll*.

En la atención de estas niñas se emplean los recursos tradicionalmente referidos en la región para la cura del *susto*.⁶ Sintetizamos el testimonio de una curandera, cuyos servicios fueron requeridos para atender a una niña de 11 años, violada por su padrastro. El dramático relato resume los padecimientos físicos y morales que rodean el episodio, la incertidumbre económica que enfrenta la madre a consecuencia de la separación del amasio, el apoyo terapéutico y material que brinda la curandera en estas circunstancias:

Ella [la madre] es de Xiloxochico y se vino a juntar con ese señor de Cuahtamazaco, y ya tenía dos hijos de otro señor. Ella se fue a Cuetzalan a trabajar en las casas. Su marido decía que le dolía el ojo y la chamaca de 11 años la dejó a su casa con los hijos de su padrastro. Luego cuando ella llegó, como a las seis de la tarde, la niña le dice que le duele su cintura. Le enseña la niña como le hizo el señor, dice que hasta le tronaba su cinturita. A fuerza la ocupó. Cuando se presentó conmigo la vagina la tenía hinchada y estaba un poquito sangrando. Yo la llevé al cuarto y me dijo: "mi padrastro me dijo que si yo decía me iba a pegar". Ya hizo el año que está encerrado [en la cárcel]. Ella no tiene ni para su maíz, yo le estoy prestando 15 mil para su maicito, no tiene ni con qué pasar y tiene chiquitos del señor que está encerrado. La niña, así está ya, nada más le di espíritus en caso de que se hubiera espantado [...]

Además de la cura del *susto*, las curanderas reparan las lesiones físicas ocasionadas a las niñas violentadas. En otro caso de violación fueron requeridas las atenciones de Martina, la mencionada curandera de Tzicuilan:

Entonces yo la paladié, le puse las pelotillas, le di unos baños. La curé últimamente, pues es pena decirlo, pero la verdad, caminaba mal. El señor [el papá] es un señor bien grande y ella chiquita, la lastimó, la descaderó. Vino y le di una apretada y le puse un parche.

En los testimonios recabados, advertimos que la reprobación de la violencia sexual de padres sobre hijas es equivalente a la que se

⁶ El "susto" constituye uno de los síndromes de afiliación cultural de la región. Sobre la terapéutica del "susto" véase el trabajo de Soledad González Montes en el informe presentado a la Asociación Mexicana de Estudios de Población.

experimenta hacia los hombres que abusan sexualmente de sus hijastras. Ambos proceder despiertan el horror y el rechazo, y con frecuencia son silenciados por la vergüenza. Al mismo tiempo, otras modalidades de violencia sexual son homologadas con prácticas incestuosas: así, los casos de abusos sexuales cometidos en contra de hijastras, cuñadas e incluso comadres, en las que no media una relación de consanguinidad, sino de alianza, merecen la misma reprobación que los que están definidos por la filiación entre padres e hijas.

El tabú del incesto, en términos estrictos, prohíbe el matrimonio y las relaciones sexuales entre madre-hijo, entre padre-hija, entre hermanos que comparten un mismo padre y una misma madre. Son estas relaciones proscritas por el tabú las que han merecido mayor atención por parte de los etnólogos. Sin embargo, algunos pueblos sancionan negativamente también las relaciones entre padrastros e hijastras, entre un hombre y las hermanas o la madre de su esposa, entre un hombre y su madrastra o la esposa de su hermano. Asimismo, pueden estar proscritas las relaciones sexuales entre los no consanguíneos que, mediante sacramentos y rituales, pasan a ser parientes, como es el caso de los padrinos de boda o de bautizo de los hijos en la población estudiada. Los compadres, en estos contextos, como en el caso de las poblaciones nahuas de la Sierra Norte (Taggart, 1975) tienen el estatuto de parientes espirituales y sus respectivos hijos se consideran también como hermanos espirituales.⁷

Estas prohibiciones englobarían lo que Hérítier (1994) ha caracterizado bajo la denominación de "incesto de segundo tipo". La prohibición descansaría en la reflexión que todas las sociedades realizan sobre la puesta en contacto de cuerpos, humores y sustancias concebidas como idénticas o diferentes. Las soluciones dadas a este problema por las culturas en cada tiempo y lugar pueden ser diversas: cuando se considera que la acumulación de lo idéntico

⁷ Entre los nahuas de Huitzilán, Taggart (1975: 95) encuentra que: "Cualquier clase de parentesco ritual es impedimento para contraer matrimonio entre las dos partes o la descendencia de ambas. Sin embargo, no todos los parentescos rituales tienen la misma importancia. No es lo mismo un parentesco ritual de bautismo o de matrimonio que otros de menor importancia (como por ejemplo el de cruz) y la prohibición del incesto en el primer caso no siempre se extiende al segundo."

genera efectos nocivos, se buscará la combinación de elementos clasificados como diferentes.

Así, la consumación de la unión sexual implicaría, en estos sistemas de pensamiento, la circulación de fluidos de un cuerpo a otro que se tocan e interpenetran. Resumiendo y simplificando en exceso el planteamiento de Hérítier, la reprobación moral de este tipo de relaciones sexuales concibiéndolas como incestuosas propondría de considerar simbólicamente idénticas a la hija y a la madre, a las dos hermanas, carnales o espirituales —como en el caso de las comadres unidas por la alianza sacramental del bautismo—: la misma carne y la sustancia corporal compartida se tocarían a través de una pareja común: el hombre incestuoso.

En nuestro estudio, además de la violación incestuosa padre-hija, padastro-hijastra, hemos identificado con una frecuencia que no puede soslayarse los abusos sexuales cometidos por hombres hacia sus cuñadas. De las 15 denuncias presentadas en la agencia de Cuetzalan, dos aludían a esta modalidad de parentesco. Además, parteras, curanderas y mujeres entrevistadas en el Hospital de Campo del INI aludieron a estos abusos.

En el plano simbólico, también de acuerdo con Hérítier (1994: 331), todos estos delitos, tanto el incesto padre-hija, como los que engloba el llamado incesto de segundo tipo, tendrían en común el no separar lo que debe ser separado, mezclar lo que debe ser tenido a distancia, confundir los géneros, el parentesco y la alianza, una confusión que entraña una verdadera maldición.

El débito conyugal

Por último, quisiera referirme a la que es, con certeza, la forma de violencia sexual más opaca y encubierta, inexistente en el discurso jurídico y por ende, libre de regulación en los códigos de defensa social. Así, el sometimiento de las mujeres a relaciones coitales forzadas por parte de maridos y amasios, constituye una modalidad de violación velada que se ejerce en los espacios domésticos, amparada y legitimada por los derechos conyugales. Las mujeres de la región emplean el término "ocupar" para referirse a las relaciones sexuales; ser "ocupada" por el compañero aun en contra de los

propios deseos forma parte del listado de obligaciones adjudicadas a la esposa. Las mujeres acatan este deber con resignación para evitar conflictos con sus maridos, ser blanco de violencia física o de sospechas de infidelidad:

A veces que sí me obligaba, y hay veces que yo le decía que para qué tanto más si tenemos tiempo de hacer lo que quisiera. Hay veces que no se siente uno bien y ni da ganas de estar haciendo esas cosas. Luego decía él: "Bueno, ¿y para qué te busqué? Te busqué para que yo haga lo que yo quiera y cuando a mí me dé la gana. Eres mi mujer y para eso estás. ¿O no quieres porque tienes alguien?, ¿quieres hacer con otro lo que conmigo no?" Le decía yo que no, que no era eso, porque cuando una no está tranquila tampoco quiere hacer gusto de lo que él quiere (Antonia, 47 años, originaria de San Andrés Tzicuilan).

En este contexto es bastante improbable que las mujeres identifiquen y experimenten las relaciones sexuales impuestas como una modalidad de violencia masculina, sobre todo en el marco de una cultura que exalta las expresiones de virilidad y el apetito sexual irrefrenable de los hombres, y que le adjudica a los varones un papel activo en las relaciones amorosas, mientras que la sexualidad femenina, se considera, debe normarse por el recato y la continencia.

En los datos resultantes de nuestra encuesta aplicada a 40 pacientes del Hospital de Campo del INI en Cuetzalan, se advierte que las mujeres, en general, identifican tres circunstancias en las que no es conveniente mantener relaciones sexuales: todas coincidieron en que después del parto resultaban peligrosas, algunas extendían la prohibición a varios meses; a la vez, algunas mencionaron que el coito debía evitarse durante los últimos meses de la gestación. En segundo lugar, se afirma que la menstruación constituye un impedimento para el coito; algunas referían además que durante estos días aumentaba el riesgo de embarazo. También se consideran como inconvenientes cuando se está recibiendo algún tratamiento médico indicado para atacar infecciones de las vías genitourinarias. Esta última respuesta probablemente obedezca al creciente contacto de la población de la región con el discurso y las prácticas de la medicina académica.

Los impedimentos referidos se vinculan a cuidados de la salud, de las propias mujeres, de sus parejas, del producto en gestación e

incluso de los hijos ya nacidos; ninguna hizo alusión a su propio deseo como condición para mantener una relación sexual.

Los hombres que violentan estas prohibiciones son los que “no tienen respeto” por sus mujeres:

Porque hay hombres que no respetan a sus mujeres, llevan ocho días, 15 días de aliviadas y ya duermen con ellas. Yo me imagino que para hacer eso se necesita tener algo de amor, de gusto, ya sentir que el cuerpo ya pide. Hasta los he peliado, porque a veces vienen algunos casos, que así dándoles sus reglas a las mujeres las ocupan los hombres y se enferman. Luego les agarra una inflamación y empieza a escurrir como amarillo. Hace poco pelié a una señora, le dije, estás mala porque tu marido te ocupa reglando y eso no debe ser, ¡si eso huele mal! (Martina, partera de Tzicuilan).

El tabú puerperal está extensamente presente en todas las mujeres de la región, indias y mestizas. Como se ha referido antes, de acuerdo con la creencia de los nahuas, existe una condición de exceso de calor en el organismo de la puérpera cuyas emanaciones pueden ser nocivas para quienes la rodean. El término empleado por las curanderas para hacer alusión a estas emanaciones perniciosas es el de “humores fuertes”.

A la vez, Aramoni (1990: 115) advierte que la evitación sexual durante el puerperio y la menstruación entre los nahuas de hoy está mediada por las creencias en torno a la sangre impura de la menstruación y del parto como vehículo de estos humores y emanaciones malsanas del cuerpo: el término *xokiaj* refiere el mal olor de estos humores. Para las mujeres, el acatamiento del tabú puerperal implica, a veces, exponerse a la violencia física por parte del cónyuge:

[...] porque él, francamente, nunca me tuvo respeto. Cuando tuve el segundo niño, a los 15 días llegó y me quería ocupar. Le dije: “no me estés molestando porque estoy recién aliviada, si me agarra una hemorragia ¿me la vas a detener tú?”, entonces me dejó pateada, al otro día amanecí que no podía, me dio una patada aquí, en mi cintura. Y que va y lo regaña la partera, bien feo lo trató la señora (Lupe, 41 años, originaria de Zoquita).

Así, la terapéutica desarrollada en la región para contrarrestar los efectos nocivos de estas emanaciones pone de manifiesto que no

obstante los temores, prohibiciones, del empeño y los cuidados que las parteras prodigan a sus pacientes para evitar estos daños, algunos transgreden el tabú, y ameritan la atención de las mismas parteras:

Entonces el hombre más y más, se quema con eso de la mujer, si sigue así, pues se hincha y después se le hincha la parte, y muchas veces van al doctor y les dicen que ya no tiene remedio. Pero entonces hay que hacer lo siguiente, a mí me han tocado casos de esos bastantes, el hombre también se baña como si fuera una enferma y se cura: se gierven los gehuites, las hierbas, por ejemplo, el romero, el omequelite, el aguacate, la escobilla, el zoapatli, los miltos, se baña el enfermo y con eso sana. Así es la tradición.

En suma, si bien al hablar de sexo forzado en el matrimonio podríamos alterar las experiencias y la forma como las mujeres viven estas relaciones en términos de sus propias categorías culturales, lo que sí parece evidente es que su propia cultura proscribiera ciertas prácticas sexuales asociándolas a efectos perniciosos para la salud, y que la transgresión del tabú por parte de los hombres es conceptualizada como una forma de violencia a la que están expuestas las mujeres. No obstante, nunca encontramos un acta en que se denunciase este tipo de atropello.

CONCLUSIONES

Estudiar la violencia sexual e intrafamiliar en contextos rurales e indígenas supone un gran reto. No sólo por lo inexplorado del tema y la necesidad de una particular sensibilidad para abordar conflictos que involucran relaciones fundamentales en las que se asienta la vida comunitaria, confidencias y emociones intensas, frente a las cuales muchas veces no tenemos otra respuesta más que la compasión o la impotencia, sino también porque es necesario revisar modelos y enfoques que han privilegiado una visión que destaca la cohesión y el consenso en estas sociedades y que dan por sentada la capacidad de sus sistemas jurídicos para restaurar el equilibrio amenazado por las transgresiones al orden.

Se hace necesario, como lo advierte Collier (1995: 61), reconocer que el derecho, el control social y los procesos de disputas no

benefician a todo el mundo en general, sino a unos más que a otros y que confirman y refuerzan en sus posiciones desiguales, jerárquicas, no sólo a mestizos y a indios, sino también a hombres y mujeres.

La revisión de estos procesos a través de los expedientes de denuncias, de actas de acuerdos y resoluciones nos proporciona una valiosa información acerca de los valores y códigos puestos en juego, así como de las prácticas y procedimientos que alcanzan el estatuto de patrones culturales. No obstante, la decantación que sufren estas denuncias a consecuencia de los complicados vericuetos judiciales, de las complicidades y omisiones que con frecuencia tiñen estos procesos, del arraigo profundo de la ideología de la privacidad en la que deben ser mantenidos y vividos estos conflictos, conllevan a un subregistro de su magnitud, al desistimiento o al silencio. Se impone por tanto ampliar el periodo de años consultados en los archivos de agencias y juzgados para enriquecer el análisis mediante una perspectiva histórica e identificar así cambios y continuidades con respecto a décadas pasadas.

Pero, fundamentalmente, se requiere de un denso trabajo etnográfico en las comunidades que nos permita conocer los antecedentes, el curso cabal de estos procesos y el grado en que las sanciones y medidas aplicadas satisfacen realmente las demandas de las víctimas de violencia sexual y las repercusiones en sus vidas. Un trabajo que nos permita ahondar en el estudio de las articulaciones entre violencia sexual y el ejercicio del poder que organiza los sistemas de dominación económica, étnica y de género, que en este artículo apenas hemos esbozado.

Finalmente, pero no menos importante, hay que señalar la necesidad de poner en funcionamiento una agencia especializada de atención a la violencia intradoméstica en la región que dé cobertura, asimismo, a las denuncias por delitos sexuales. Formar y capacitar a un personal reclutado en las propias comunidades o que conozca de manera profunda el *ethos*, la cosmovisión y las tradiciones de la población atendida, sería un requisito ineludible. Las parteras y curanderas, por ejemplo, han desempeñado una labor terapéutica que debería ampliarse y sistematizarse, asignándoseles reconocimiento formal y compensaciones económicas dignas. Sus conocimientos, junto con los de los terapeutas académicos, podrían enriquecer los programas de apoyo médico-psicológico que ofrecie-

ran agencias especializadas a las víctimas de violencia sexual y doméstica.

Iniciar o ampliar programas de difusión de los derechos de las mujeres en lo tocante a salud, educación, trabajo, libertades sexuales y reproductivas, es una labor urgente que deberían asumir escuelas, organizaciones de productores y campesinas de la región e instituciones de salud pública. Una capacitación en esta materia es también recomendable para el personal de todas las instancias de arbitraje y procuración de justicia de la región.

La nula o escasa remuneración económica del personal que labora en las instancias más allegadas a las comunidades, conlleva con frecuencia a que el costo de los servicios, trámites y diligencias recaigan en los ciudadanos que los solicitan; esta práctica debe revertirse con la asignación de salarios decorosos.

Asimismo, las mujeres deben contar con más recursos materiales y simbólicos para poder franquear el cerco de las relaciones opresivas que mantienen con los varones, ya sean sus empleadores, padres, padrastros, amasios, esposos o los que las asedian con fines de contraer matrimonio doblegando sus negativas. Oportunidades de empleo, de educación, de decidir libremente con quién contraer matrimonio, de coberturas institucionales para poder ejercer los roles maternales, de contar, en plano de igualdad, con derechos sobre la tierra, de ser beneficiarias de créditos y asesoría agrícola, deben ser parte de sus horizontes de vida.

Las mujeres, eternas menores de edad, tuteladas de por vida, son socializadas en la dependencia vital hacia los varones. Por su parte, niños y adolescentes crecen con la convicción de que las mujeres de sus grupos les pertenecen, de que el mando y el control sobre ellas les será transmitido por sus mayores al alcanzar la vida adulta. A la vez, están convencidos de que el acceso a las otras mujeres está mediado por la competencia: las mujeres pueden obtenerse mediante convenios o mediante la invasión y el arrebato de derechos y prerrogativas que padres, hermanos y otros parientes tienen sobre ellas. Dentro de esta lógica, la violación es un acto ilegítimo de posesión, de "ocupación" de un territorio ajeno, de afirmación de poder y arrojo masculino frente a los "otros". No es extraño, pues, que una gran parte de los conflictos y actos de

violencia entre hombres se originen en disputas por la tierra y por las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Aramoni Burguete, María Elena (1990), *Talokan Tata, Talokan Nana: Nuestras raíces. Hierofanías y testimonios de un mundo indígena*, México, Conaculta.
- Arizpe, Lourdes (1990), *Parentesco y economía en una sociedad nahua*, México, CNCA-INI.
- Castañeda Salgado, Martha Patricia (1987), *Mujeres, cuerpo y maternidad en Nauzonlla*, tesis de antropología social, Puebla, Universidad Autónoma de Puebla, Colegio de Antropología Social, FFYL.
- Collier, Jane F. (1973), *Law and Social Change in Zinacantan*, Stanford, Stanford University Press.
- (1995), "Problemas teórico-metodológicos en la antropología jurídica", *Pueblos indígenas ante el derecho*, Victoria Chenaut y M. Teresa Sierra (coordinadoras), México, CIESAS-CEMCA, pp. 45-76.
- González Montes, Soledad *et al.* (1995), "La violencia doméstica y sus repercusiones para la salud reproductiva en una zona indígena, Cuetzalan, Puebla", *Informe presentado a la Asociación Mexicana de Estudios de Población*.
- Héritier, Françoise (1994), *Les deux soeurs et le mère: anthropologie de l'inceste*, París, Éditions Odile Jacob.
- López Austin, Alfredo (1980), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM.
- Nader, Laura y D. Metzger (1963), "Conflict Resolution in Two Mexican Communities", *American Anthropologist*, 65: 584-592.
- Paige Ericksen, Karen y J. M. Paige (1981), *The Politic of Reproductive Ritual*, California, University of California Press.
- Taggart M., James (1975), *Estructuras de los grupos domésticos de una comunidad de habla nahuatl de Puebla*, México, SEP-INI.
- (1992), "Gender segregation and cultural constructions of sexuality in two Hispanic societies", *American Ethnologist*, vol. 19, núm. 1, pp. 73-96.

PROBLEMAS DE LA ANTROPOLOGÍA FRENTE A LA MUERTE. CULTURA, GÉNERO Y MUERTE MATERNA EN LOS ALTOS DE CHIAPAS*

ANNA MARÍA GARZA
GRACIELA FREYERMUTH

INTRODUCCIÓN

Entre 1988 y 1993 se registraron en Chenalhó, un municipio tzotzil del altiplano chiapaneco, 1 154 muertes.¹ Muertes de niños, de mujeres y de hombres jóvenes,² muertes por diarrea, por calentura, por "alteración",³ por hambre y por parto... Muertes, casi todas, por la miseria y la desatención. La mayoría de aquellas muertes, de personas representadas por una cifra, corresponde a una historia dolorosa de penuria al costo de vivir en Los Altos de Chiapas, de ser pobre y de ser indio. A la mitad de ellas hay que sumarle la pena de ser mujer. Las personas que los números ocultan fueron campesinos

* Agradecemos a Juana María Ruiz, Sebastiana Vázquez, Emilio Luna y Angelino Calvo su invaluable ayuda durante el trabajo de campo, a Agustina González por la pesada tarea de la traducción y a Delmi Marcela Pinto por todo el apoyo que hizo posible nuestra tarea. Particularmente al doctor Eduardo Menéndez, asesor de nuestro proyecto.

¹ El Censo General de Población y Vivienda de 1990 consigna 30 680 habitantes en el municipio.

² 69% de las muertes en Chenalhó corresponden a menores de 50 años según las actas de defunción.

³ La alteración (*mevinik*), dice Holland, tiene como síntomas dificultad en la respiración, fatiga y dolores de estómago y de pecho; puede haber además calentura. Es causada por el trabajo excesivo o por esfuerzos grandes (1978: 271). En el trabajo de archivo aparece como una de las primeras causas de muerte en hombres y mujeres de todas las edades y entre ellas se ocultan muertes maternas. Además, suele ser considerado como uno de los peligros del posparto inmediato; para evitarlo se amarra una faja apretada en el estómago de la mujer que acaba de parir y así se impide que "suba la bola y tape la respiración" (Chenalhó, 1995).

y campesinas, hijos de ellos; gente con historias individuales construidas sobre un contexto social, económico, político y cultural que se edificó a lo largo de los tres siglos de la Colonia y del siglo y medio de una nación que se dice independiente.

De entre aquellas muertes, 11 fueron relacionadas por la Oficialía del Registro Civil de Chenalhó directamente con el embarazo, parto y puerperio; un corto recorrido por algunos poblados nos mostró que al menos otras nueve más de las que podríamos llamar muertes maternas⁴ se registraron por otras causas. Murieron cuando en otros países, en otras regiones de nuestro propio país, la vida hubiera podido ofrecerles todavía mucho tiempo más, no lo olvidamos.

Son muchas las historias recordadas de cada vida, de cada muerte: las de madres y hermanas, padres, hermanos, tíos, amigos, vecinos. Los relatos nos fueron hablando de cosas que pasaron, cosas que escucharon, cosas que vivieron con las difuntas. Sería fácil concluir, a partir de estas historias que escuchamos, que las parteras y los *iloles* no pueden resolver complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, y hay muchos argumentos empíricos para sustentarlo. Prosiguiendo con esta línea de razonamiento diríamos que la "costumbre", la cultura, limita enormemente las posibilidades de sobrevivencia de indígenas que rechazan mejores opciones técnicas de atención guiados por visiones deformadas sobre la medicina alópata, el médico y la hospitalización. Dentro de este contexto cultural, además, las mujeres llevarían la peor parte, primero porque la costumbre promueve el casamiento temprano y valora enormemente la fecundidad, exponiendo así a muchas jovencitas a riesgos reproductivos importantes y a otras a desgastes físicos serios. Además, el celoso dominio masculino sobre las mujeres y sus cuerpos y su interiorización impide acudir al médico y someterse a la exploración de rigor. El desconocimiento, muchos dirán ignorancia, haría temer también a la hospitalización, la intervención quirúrgica y en general a muchas de las técnicas de la medicina moderna. Ésta es la interpretación más frecuentemente

⁴ La definición clásica de la muerte materna es aquella que considera como tal a la muerte ocurrida durante el embarazo o en un periodo de 42 días después de su terminación debida a cualquier causa no accidental, ni incidental, relacionada o agravada por el embarazo o por la atención recibida (OMS, 1975).

socorrida por corrientes significativas dentro de la antropología y la antropología médica y muchas veces supuesto implícito de la demografía y la epidemiología.

No escuchamos una sola versión sobre las muertes, ni una única explicación sobre sus posibles causas. No es lo mismo lo que unos y otros cuentan; cada cual hace aparecer un pasado en el que se encadenan de forma particular los sucesos de una vida individual, sucesos a los que se otorga diferente jerarquía. Cada uno se extiende sobre pequeños acontecimientos que difieren entre sí; delinean, a veces, espacios distintos; hablan de asuntos desde las relaciones y vínculos emocionales que ellos construyeron con la difunta. Cada historia es única y ninguna la repetición del curso real de la vida, pues la vida y la muerte de cada mujer mueve el pasado de quien nos cuenta de manera específica; es más, mueve diferentes pasados. Sin embargo, cada una de ellas nos acerca a una forma de ver y vivir la vida que cuestiona muchas de nuestras certezas y nos mueve a buscar otra interpretación, tal vez porque, como dijera Rosaldo, "los etnógrafos se reubicen en tanto van comprendiendo [o cuando menos intentando comprender] otras culturas" (1991: 20).

Este ensayo surge de las inquietudes que nos dejaron las pláticas con los familiares de ocho mujeres a cuyas historias de vida y muerte nos acercamos más, las de Marcela, María, Catarina, Marta, Rosa y las tres que compartieron el mismo nombre, Juana. Nuestra intención, más que hacer un análisis exhaustivo de todo aquel enorme material —cuestión que rebasa los objetivos del presente trabajo— es poner sobre la mesa de debate algunas reflexiones en torno a la vida y la muerte, las culturas y los géneros a partir de nuestra experiencia en Chenalhó y guiados fundamentalmente por las propuestas para la interpretación social y cultural de Renato Rosaldo (1991).

SOBRE LAS DIFERENTES MANERAS DE ESTUDIAR LA MORTALIDAD MATERNA

Sentimos que incluso en el caso de que hubiera ya una respuesta para *todas* las cuestiones científicas imaginables, nuestros problemas vitales no habrían sido siquiera rozados.

WITTGENSTEIN, citado por Habermas, 1973: 162.

Durante muchos años, en la escena de los estudios de la muerte dominó la intención de buscar regularidades empíricas, patrones definidos y constantes a partir de los cuales perfilar tendencias generales o de mediano alcance. Las cifras parecían ser los datos que más se prestaban a una interrogación rigurosa, a la corrección y a la estimación para construir sistemas de información confiables. Aquello que no pudiera cuantificarse, o que no siguiera patrones definidos, era considerado como excepción sin interés teórico o como asunto que no podía sujetarse a la indagación sistemática, a un análisis que se esforzaba por ser desinteresado, racional y objetivo, o cuando menos algo que a ello se acercara.

Las generalizaciones han mostrado su utilidad, han permitido distinguir que la muerte toma la forma del espacio social que nos contiene. Que sigue los contornos y las texturas de las desigualdades que campean a nuestra sociedad: asola a las barriadas populares, a las comunidades campesinas y más aún a las indígenas; acompaña a las mujeres, les arrebató a sus hijos y a muchas, más temprano que tarde, se las lleva con violencia, desnutridas, anémicas, desgastadas. No obstante, de entre la enorme gama de muertes cuidadosamente tipificadas y analizadas, la muerte de mujeres por causas relacionadas con su embarazo, parto y puerperio no ha sido materia de preocupación prioritaria. Podría pensarse que razón suficiente de ello es que, según estadísticas oficiales, las llamadas muertes maternas no son en número particularmente significativas, no ocupan siquiera lugar entre las primeras 20 causas de muerte. Y en efecto, aun utilizando todo el instrumental técnico desarrollado por la demografía para corregir errores y filtros diversos, en términos absolutos la cantidad de decesos atribuibles a esta clase de muerte no puede compararse con la pavorosa tasa de muerte infantil, o con el número de gente que mata el cólera y otras infecciones gastrointestinales.

Pero hay razones para pensar que la marginación podría significar mucho más que la simple omisión de un fenómeno aparentemente menos escandaloso, pues en algunos lugares, como en los municipios del altiplano chiapaneco, la muerte materna sí resulta ser una importantísima causa de muerte para las mujeres de entre 14 y 49 años, e incluso, llega a ocupar espacio entre aquellas primeras 20 causas.⁵ La invisibilidad más bien parece producto de la construcción científica de los datos, que de aquello que ofrecería una realidad naturalmente dada. De hecho, la relación entre salud, enfermedad, muerte y la desigualdad en razón del género apenas empieza a explorarse y esta relación no ha sido cabalmente reconocida. Los decesos que resultan de la violencia doméstica, de la desnutrición enmarcada en la subordinación de género, de los abortos, de la mala atención, son también omisiones recurrentes tanto en estadísticas oficiales como en estudios analíticos.

La lectura de los silencios, sin embargo, puede ser también productiva, puede llevarnos no sólo a la búsqueda de fuentes alternativas de información o de técnicas de estimación, sino a la interpretación del significado de la propia ausencia, a entender cómo se construyen y se reproducen en espacios académicos desigualdades que tienen que ver con los géneros. Se abre entonces la oportunidad de adoptar una perspectiva más crítica sobre el conocimiento científico, reconociendo que "toda investigación empieza y termina dentro de la matriz social cultural" (Schütz, 1974: 274).

La necesidad de conocer el número de muertes maternas tanto en el campo como en las ciudades es innegable. Pero a través de la interrelación de variables cuantificadas de comportamiento social —ingresos, clases sociales, lugar de residencia, niveles educativos, edad y sexo, pertenencia religiosa y étnica, etcétera— y de las consecuencias que los científicos sociales han desprendido para la salud (que significativamente no son siempre las mismas), no pode-

⁵ En nuestro estudio de caso sobre un municipio tzotzil del altiplano chiapaneco, 11 casos fueron registrados en actas de defunción como muertes maternas; el rastreo en algunas localidades permitió reconocer varias más. La muerte relacionada directamente con la reproducción (siguiendo los criterios delimitados por la Organización Mundial de la Salud) ocupó el segundo lugar en las causas de muerte de las mujeres de entre 10 y 49 años y representó además la decimoquinta causa de muerte general. Elu en Tlaxcala (1993) y Hernández y Langer en Morelos (1992) encontraron también que existe una subestimación seria.

mos aspirar a comprender aquello que da sentido a la vida social y cultural. De hecho la obligada distancia con la vida cotidiana, con sus intereses y motivos, impide que se encamine la ciencia a comprender el significado de las experiencias vitales para quienes las experimentan. La muerte, que puede ser muchas cosas, es primero y ante todo una experiencia vital.

En los últimos años, sin embargo, puede percibirse que los intereses e interrogantes sobre la muerte parecen desprenderse de lo que fuera su tradicional preocupación para aventurarse en otros asuntos. Se han multiplicado los estudios que reconocen que la muerte sólo tiene sentido o sinsentido dentro de un mundo social y cultural concreto. Junto a muchos otros movimientos sociales y académicos, las perspectivas generadas a partir de las teorías y prácticas del feminismo han contribuido a enriquecer en muchos aspectos las reflexiones sobre lo social y lo cultural y han cuestionado las tradiciones que parecían más sólidamente ancladas. Su historia ha sido fundamentalmente una de trazar caminos en los que la experiencia personal es el centro de cuestionamiento y la fuente de conocimiento; en los que la subjetividad se ha convertido, más que en un obstáculo, en la posibilidad de interpretar la vida en su cotidianidad. Impedida por la práctica política de pretender neutralidad, se ha enfrentado con una academia que consideraba posible —y aun absolutamente indispensable como criterio fundador de cientificidad— el distanciamiento, la desubicación, de quien investiga. Esta manera de construir el conocimiento hizo que durante largo tiempo los estudios sobre la mujer, las mujeres y los géneros hayan sido marginados de disciplinas dominadas por el positivismo, aquel que pugnaba por la objetividad y la verdad androcéntrica. Pero los virajes recientes de los estudios sociales comienzan a abrir un espacio comprensivo que permite valorar de mejor manera los aportes del feminismo y sus preguntas en torno a las identidades de género y la construcción de relaciones asimétricas entre hombres y mujeres. Se reorientan entonces las perspectivas en torno a la reproducción, la maternidad, la paternidad, la sobrevivencia y la muerte.

Si la definición tradicional limitaba la muerte materna a la ocurrida en el periodo entre el embarazo y los 42 días posteriores al parto, la experiencia de las mujeres lleva a considerar que nuestra

visión sobre los procesos reproductivos debe ampliarse para situarlos dentro de la corriente de la vida, sin presentarlos como eventos biológicos naturales y aislados.⁶ La tarea es ahora el explorar algunos caminos, para interpretar el enredo que resulta vivir la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte en medio de la diversidad cultural y de múltiples procesos sociales coexistentes y contradictorios. En este nuevo espacio, la demografía y la estadística quedan desplazadas; la antropología y las "humanidades" se convierten en el nuevo corazón de las explicaciones sobre la mortalidad.

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN LOS ALTOS DE CHIAPAS

No es cierto, como piensan algunos mestizos, que nuestra costumbre es solamente comer verduras y pozol. Queremos tener derecho a comer carne, a tomar leche, a que nuestros hijos no mueran de desnutrición, ni que las mujeres se mueran en el parto.

"El grito de la luna: mujeres, derechos y tradiciones", 1994: 35.

En la vida real, aquella que no está compuesta por cifras, frente a la muerte surgen sentimientos intensos, producto de la relación entre personas vinculadas por parentescos, amistades, vecindad. Surgen percepciones contenidas y talladas en contextos locales específicos, enredadas en intereses y conflictos concretos, teñidas por aspiraciones que surgen en territorios particulares. Intentar entenderse con el otro, la otra, obliga a recurrir a instrumentos inciertos y de contenido impredecible: a la plática informal, a las entrevistas flexibles, a las historias de vida; asimismo, a relatos plagados de recuerdos muchas veces confusos y contradictorios, de olvidos, intereses, conflictos y creencias ciegas. Pero asomarse a los sucesos del mundo social y cultural tal como los experimentan las personas que viven en él, tiene implicaciones y consecuencias más allá de los procedimientos y de las técnicas de investigación.

⁶ Véase por ejemplo, Berer (1988).

Muchos trabajos actuales parten de la premisa de que la muerte temprana está relacionada no sólo con la pobreza, sino con otra serie de cuestiones que han sido englobadas bajo el término "factores culturales". Estos factores culturales, sin embargo, no tienen un significado unívoco en las diversas orientaciones que guían el análisis de la muerte. La perspectiva que sostiene que la ignorancia de los desposeídos, una pasividad culturalmente construida o la violencia extrema que se desarrolla en condiciones de miseria lleva al uso de prácticas dañinas para la salud e incluso a la muerte de los más vulnerables, ha tenido una influencia notable en los trabajos teóricos y analíticos y sobre las políticas públicas de salud. Sus alcances pueden evidenciarse en la organización, funcionamiento y objetivos de los servicios de salud en el campo, en particular en zonas indígenas y, hablando más específicamente, la muerte materna, en los supuestos que orientan la acción oficial más significativa para prevenirla: la promoción e incluso la imposición de los métodos anticonceptivos.

Esta manera de relacionar cultura, pobreza y salud se nutre de diferentes fuentes, pero tal vez entre las más significativas se encuentren los estudios que hicieron en las décadas de los cincuenta y sesenta Oscar Lewis, George Foster y otros antropólogos de la llamada "escuela de cultura y personalidad".

A finales de la década de los cincuenta, Oscar Lewis formuló su célebre conceptualización de lo que llamó la subcultura de la pobreza. Ésta se puede considerar un modo de vida que surge entre algunos pobres como resultado, básicamente, de un sentimiento de desesperanza y desesperación ante las condiciones materiales y políticas en las que viven. La cultura de la pobreza podía ser identificada a partir de alrededor de 60 características económicas combinadas con rasgos psicológicos y de conducta, y una de sus características más notables es que se transmite a las siguientes generaciones y tiende a perpetuarse porque forma el carácter y las aspiraciones de los niños que crecen en ella. Precisamente por ello, dice Lewis, la cultura de la pobreza se convierte en un serio problema pues no permite aprovechar las oportunidades de mejoramiento que se presentan (Lewis, 1986: 107-122).

Un concepto similar desarrolló George Foster en su trabajo sobre Tzintzuntzan. En él consideró que una "imagen del bien

limitado" —es decir, una idea culturalmente creada sobre la limitación de las cosas buenas a las que los individuos o las familias pueden acceder— llevaba a sus habitantes a crear barreras sociales, psicológicas y culturales que los frenan e impiden reconocer y aprovechar nuevas oportunidades (Foster, 1976).

El modelo de Lewis, el concepto de Foster y otros similares han servido de inspiración muchas veces para explicar problemas de salud desde la perspectiva de la medicina alópata. Se ha pensado que el rechazo, la desconfianza y la sospecha hacia las instituciones y al médico que con tanta frecuencia han sido reportados en algunas regiones, particularmente indígenas, es producto de la falta de iniciativa, de una actitud de fatalismo y resignación, de la ignorancia. Algunos encuentran en la misma fuente explicación para la violencia que surge de conflictos y contradicciones en el interior del mismo poblado, barrio urbano o comunidad indígena. No resultarían extrañas entonces las altas tasas de mortalidad.

Scheper-Hughes (1992) revitaliza esta discusión con un estudio reciente sobre muerte infantil en las favelas de Brasil, donde propone que condiciones cotidianas de extrema miseria y violencia pueden provocar una especie de "suspensión de la ética y la moral" en las relaciones humanas y particularmente en la de las madres hacia sus hijos. En las favelas de Brasil, dice, las mujeres descuidan a los hijos que consideran débiles y enfermizos, quienes difícilmente pueden sobrevivir en un ambiente ya de por sí enormemente hostil.⁷

Una serie de ideas, no siempre explícitas, da sustento a esa perspectiva. Contribuir a cambiar estos presupuestos que se admiten de ordinario sin inquietud alguna, es la intención que ahora nos guía. Entre las nociones que poco se examinan en los trabajos sobre la muerte y la cultura, y que aparecen atravesando muchos estudios de caso, está la consideración de que las comunidades campesinas y sobre todo las indígenas han quedado inmóviles o cuando menos retrasadas en la historia. Se renueva así una de las tantas oposiciones

⁷ "I have stumbled on a situation in which shantytown mothers appear to have 'suspended the ethical' —compassion, empathic love, and care— toward some of their weak and sickly infants. The 'reasonableness' and the 'inner logic' of their actions are patently obvious and are not up for question. But the moral and ethical dimensions of the practices disturb..." (Scheper-Hughes, 1992: 22).

de dos miembros —tradición *versus* modernidad— que poco aclaran la manera en que se vive y se enfrenta la enfermedad y la muerte. Esta concepción incluye otras oposiciones semejantes como la de sociedades simples-complejas, la de sociedades precapitalistas-capitalistas, la de cultura occidental-no occidental, la de campo-ciudad. Para la utilización de estas clasificaciones dicotómicas existen muchos serios inconvenientes, particularmente porque llevan a pensar en la poco convincente idea de que la historia es un proceso unitario, con una sola direccionalidad siempre progresiva. Una perspectiva más crítica nos invita a repensar la contradicción tradición-modernidad:

En lugar de tratar a los grupos étnicos o a las fronteras étnicas como sobrevivientes del pasado, de una era premoderna, muchos antropólogos interesados en la etnicidad están examinando los procesos políticos y económicos actuales que estimulan a los grupos para enfatizar su etnicidad distintiva, incluyendo la invención de tradiciones en lugar de su sobrevivencia o perpetuación (Collier, 1995: 66).

La idea de que algunos pueblos, precisamente los clasificados como tradicionales y no occidentales, mantienen su identidad a costa de la permanencia y la inmovilidad, ha repercutido fuertemente en los estudios y en la aplicación de programas de salud. William Holland decía a principios de los años sesenta:

Los tzotziles actuales parecen conservar mucho de las antiguas sociedades mayas de las que provienen. No pocos aspectos de la cultura tzotzil son herencia de la cultura maya clásica y han sufrido mínimas alteraciones [...] La medicina tradicional tzotzil es básicamente un sistema prehispánico de curación, llevado a cabo por un cuerpo de profanos que actúan como una combinación de médicos, magos, sacerdotes y adivinos [...] son tal vez los más importantes preservadores de una gran cantidad de conocimientos esotéricos antiguos de origen maya (Holland, 1978: 171).

Holland considera que ha habido avances y algunos cambios significativos en la percepción que los indios tienen de la medicina alópata, después de los primeros diez años del programa de cambio cultural dirigido, implementado por el Instituto Nacional Indigenista (INI) en Los Altos de Chiapas. Así, según esta versión, los

tzotziles y los indios en general parecerían haber hibernado durante largo tiempo en espera de programas que vendrían a integrarlos a la cultura y sociedad nacionales. El integracionismo indigenista ha sido fuertemente criticado desde entonces y, no obstante, las instituciones oficiales de salud todavía ahora insisten en atribuir a la renuencia de los indios a aceptar los métodos de control natal, las mismas razones que adujera el culturalismo estadounidense (SSA, 1992).

Posiciones como éstas no permiten entender cómo las parteras pueden “acomodar al niño en la panza” para preparar el parto, sobar con plantas medicinales desconocidas para la medicina alópata, utilizar la tan criticada “inyección para apurar el parto” (oxitocina) y rezar como lo hace una mujer de Chenalhó en Los Altos de Chiapas:

En sus manos del Señor estamos, por eso se le pide a Él, al Justo Juez, porque Él nos ha dado la vida, Él nos ve, y Él nos cuida, Él nos forma, Él nos da vida. Es para que no nos enfermemos pues, es para que no nos muramos. Él mira los sufrimientos de nuestros padres, de nuestras madres, por eso Él nos ve, Él nos cuida. Y por eso cuando ya nace el niño le pedimos a Dios que nazca bien, que Él lo baje, que Él lo nazca su hijo. Él pagó y Él lo compró, por eso tengo que hablar con Él, con nuestro padre, nuestro Jesucristo, Él nos ha hecho, Él nos ha dado, pues nosotros no sabemos, sólo nuestro Padre sabe. Pues tenemos que pedirle a Dios así: por favor, Padre, me vas ayudar. *Como un doctor, como una enfermera*, nos vamos ir a verla, tu hija (Chenalhó, agosto de 1995).

La posición tampoco explica por qué los enfermos acuden a uno de los llamados curanderos “tradicionales” y utilizan fármacos “modernos” comprados en la farmacia, o cómo concilian la fe religiosa de los pentecostales con la idea de que la enfermedad y la muerte pueden ser provocados por el mal echado que en español corriente llamamos brujería:

A mi nuera todo le ardía, todo el cuerpo... entonces fui al templo a rezarle a Dios. Lo mandé inyectar, pero qué va a ser, no sanó. Entonces vinieron mis compañeros y nos cansamos de orar, pero no. Así platicamos entre nosotros por qué será, por qué será que no le vale... la rezada ante Dios. Y ahí nomás estaba mi nuera gritando, no le valía nada y así se murió... Ahora ya lo investigamos de dónde vino la

enfermedad, fue en Tenejapa, ahí está su dueño, el que cortó su vela.⁸ [...] le cortaron su vela que por eso le ardía mucho su cuerpo, que porque le pusieron velas grandes, y lo quemaron, por eso sentía su cuerpo que le ardía y le cortaron su suerte... así fue como lo investigamos antier todavía... Mi compadre caminó bastante para llegar con los que tienen cofres, ahí lo preguntó. Lo supo que a mi difunta nuera le tocó, pero no era para ella. Lo pensaban matar a su hermana más grande, pero ellas tenían cambiado su nombre, Marcela se llamaba mi difunta nuera y María la hermana, pero se los cambiaron en la escuela y entonces quedaron al revés. Entonces a mi difunta nuera le tocó y también Dios no lo escuchó porque yo no lo supe y también no se lo dije (Chenalhó, mayo de 1995).

“Cultura híbrida” la llamaría García Canclini (1990), que ha tenido ya más de 500 años para prosperar. Historiadores y antropólogos nos han dado todo tipo de evidencia de ello (De Vos, 1994; Ruz, 1992), pero particularmente interesantes para nuestro tema son los materiales que Dolores Aramoni (1992) nos ofrece sobre los procesos que se iniciaron entre 1585 y 1801 contra indios zoques, chiapanecas y tzotziles acusados de brujería. En ellos puede percibirse que los indios que practican las artes de la curación incorporan muy pronto en ellas elementos de la simbología cristiana y crean formas de atención a la salud diferentes a las prehispánicas, aunque tampoco iguales a las europeas.

Renato Rosaldo (1991: 48) consideró que, entre otras cosas, el dominio excesivo en las ciencias sociales y particularmente en la antropología de conceptos como estructura, códigos, sistema y las normas clásicas de la etnología, ha llevado a describir mundos sociales ficticios donde la gente se ve atrapada en una telaraña de repetición eterna. El autor propone descentrar, romper el monopolio de la atención a los mecanismos de control, no eliminarlos (1991: 100). Esta perspectiva nos permite ver el cambio y entender al mismo tiempo el sentido de la continuidad de procesos y estructuras, con la advertencia de que la reproducción requiere de tanto esfuerzo de explicación interpretativa como la transformación (Yanagisako y Collier, 1994: 199).

⁸ *Cortar la vela*, según Guiteras, “consiste en una magia imitativa con elementos de ‘rezo’, ejecutados con el deseo de matar” (1965: 124).

Otra idea frecuente e íntimamente relacionada con las dicotomías precedentes, es que las mujeres son más conservadoras que los varones de su propio grupo y clase social. Esto, se argumenta, tiene sustento en datos empíricos como aquellos que registran los niveles de educación formal, el bilingüismo, el uso de vestimentas "indígenas", etcétera. De tales datos se infiere que las mujeres en general son más tradicionales en asuntos de la moral, en asuntos políticos, e incluso en aquellos que tienen que ver con la salud.

Las mujeres conformarían entonces un sector especialmente vulnerable, expuesto a problemas graves de salud en razón de sus dificultades para aceptar técnicas novedosas que podrían, en un momento determinado, evitar incluso su muerte. Es cierto que la mayoría de las mujeres que perdieron la vida en Chenalhó no buscaron ayuda médica, pero tampoco parecen haberlo hecho los varones, según lo indican los escuetos datos de las actas de defunción. Si la mayoría de los indios no considera, como alternativa convincente para la atención a la salud, los pocos servicios que las pequeñas clínicas comunitarias les ofrecen, ni tampoco los hospitales de la cercana San Cristóbal suelen ser muy socorridos, apresurarse a concluir que todo se debe a tradiciones y costumbres anacrónicas es tal vez una percepción limitada.

Algunas corrientes del feminismo, por el contrario, afirman que:

Las mujeres [...] estamos en la esquina del sistema, independientemente de nuestra etnia, raza, edad, nacionalidad, condiciones materiales, formas, cultura, profesión, oficio, participaciones, creencias, religiones, etc. Conscientes de ello nos instalamos en rebeldía para resquebrajar ese sistema y no para refuncionalizarlo (Álvarez, 1994: 95).

Para este feminismo las mujeres hemos sido oprimidas por los varones y el sistema emanado de su dominio, el patriarcado. La experiencia de ser mujer es entonces generalizable, independientemente de las distintas ubicaciones socioeconómicas y culturales.

Estas dos posturas opuestas acaban por tener mucho en común. Ambas centran sus argumentos en una suerte de esencia universal de la mujer que se manifiesta en todo momento, circunstancia y relación.

Una posición feminista más dinámica es la de Yanagisako y Collier (1994), quienes nos sugieren relacionar las diferencias de género no con universales biológicas o esencias psicológicas intemporales, sino con espacios sociales y culturales particulares. Es necesario entonces preguntarse cómo las diversas culturas entienden las diferencias entre hombres y mujeres, cómo se construyen las desigualdades entre ellos en la historia y cómo se articula con las otras desigualdades presentes en sociedades concretas.

En las localidades indígenas de Los Altos, las normas de relación entre los géneros, los espacios y roles de competencia para cada uno de ellos, se construyen y forman parte de las formas comunitarias de concebir el mundo y de vivirlo. La indianidad y la pertenencia a una etnia en particular, organiza y da contenido a las diferencias y desigualdades entre los géneros. Pero la identidad de las mujeres también es moldeada por las relaciones profundamente desiguales y racistas que se establecen entre los diversos grupos indígenas y los mestizos, relación que permea la estructura social, política y económica y se mezcla con la estructura de clases. No olvidarlo permite atender con mejor disposición los cuestionamientos de los y las indígenas hacia la medicina alópata.

Nuestras entrevistas confirman los datos que ofrece el sector salud sobre la población usuaria de los servicios médicos: derechohabientes en Chenalhó, solamente los maestros y sus dependientes (atendidos por el ISSSTE); el resto de la población sería atendida por la asistencia social del IMSS y de la SSA. No obstante, incluso en cifras oficiales, la gran mayoría queda consignada en calidad de "potencial", es decir, todos aquellos que no acuden a los servicios públicos de salud. Entre estos últimos estuvieron casi todas las mujeres que fallecieron de parto y muy probablemente la mayoría de quienes murieron en Chenalhó entre 1988 y 1993.⁹

La tenaz oposición de los indios a recurrir a los pocos servicios de salud que se les ofrecen se nutre de más elementos que la

⁹ Entre 1988 y 1990 no más de ocho muertes fueron certificadas. A partir de 1991 y más todavía de 1992 hay un abrupto incremento en el número de muertes certificadas que se debe, según nos explica personal de las oficinas, a políticas del sector salud en su labor estadística y no al incremento de los servicios médicos a los pacientes en las comunidades indígenas. Informantes y testigos van a dar parte a la oficina, de donde se canaliza al médico para que a través de un interrogatorio averigüe las causas de muerte.

ignorancia, la terquedad o una pasividad culturalmente creada. Una larga experiencia da sustento a la desconfianza, pues si bien la presencia de médicos, enfermeros y auxiliares es reciente en las comunidades,¹⁰ no lo es la relación entre indios y *kaxlanes* (mestizos), entre indios e instituciones etnocéntricas y autoritarias.

La medicina alópata y las instituciones públicas de salud han querido monopolizar el derecho de diagnosticar los orígenes y causas de la enfermedad, de decidir qué tratamiento es el adecuado y qué debe hacerse para evitar daños a la salud. En los municipios indios las consecuencias son muchas, entre otras razones porque el sistema de salud no ha hecho caso omiso de las desigualdades económicas y culturales; más bien las incorpora, refleja, alimenta y profundiza. Corren en las comunidades versiones aterradoras sobre los riesgos a los que se exponen los indígenas en clínicas y hospitales: relatos de maltratos, de incompetencia, de uso de medicamentos inservibles o dañinos, de muertes atribuidas al médico. Recogiendo de entre los testimonios las experiencias directas con la medicina alópata, nos encontramos frecuentemente con el racismo que se oculta apenas bajo el disfraz del paternalismo indigenista en la relación médico-paciente:

“¡Ay, qué lástima!, pobre campesino que no sabes nada, si esa enfermedad te quisiera matar de qué tiempo te habría matado...” me dijo el doctor... “¡Ay!, lástima que ustedes son indígenas, que no saben cómo vienen las enfermedades...” (Yabteclum, marzo 1995).

Ese racismo paternalista, gestado de manera muy característica en nuestro país y que va mucho más allá del campo de la salud, es responsable en incontables ocasiones del poco esfuerzo institucional por dar una información completa y permitir la participación de pacientes y familiares en la decisión de tratamientos o estrategias de curación. Las clínicas de Chenalhó ni siquiera cuentan siempre con traductor y la comunicación se vuelve poco menos que imposible:

No podemos hablar con ellos en tzotzil, son puros ladinos... Si no entiendo nada ¿qué es lo que voy a hacer? No me explican, así que por

¹⁰ Para una descripción extensa y pormenorizada de la historia de la medicina alópata en la región de Los Altos véase Freyermuth (1993: 34-57).

eso qué vamos a hacer allá en el hospital, qué vamos a hacer allá en clínica. Puros españoles, puro castilla, nadie habla tzotzil allí, eso no se puede. Se debe de tener nuestra traductora, nuestro traductor, que sea un hombre, que sea una mujer, pero sí es necesario [...] Eso es lo que queremos, porque si no, ¿cuándo nos van a atender? ¿Cómo lo va saber qué es lo que sentimos?, ¿cuál es nuestro problema? [...] para qué queremos [doctor] si [...] muchas mujeres y hombres no entienden el español, y para qué queremos que venga un doctor que habla todo español nada más. Lo que necesitamos que hable de tzotzil y que entienda muy bien, y [...] si viene algún *kaxlán* o ladino, pues que tenga su traductor o traductora y que sepa bien explicar también la traductora (Chenalhó, septiembre de 1995).

Asimismo, la violencia que se desarrolla en las clínicas contra las mujeres asume modalidades específicas que incluyen incluso la agresión sexual. Reportes de ello han sido en ocasiones bien documentados;¹¹ pero aquellas que no desembocan en violación casi nunca se denuncian. Cuestiones como la que nos contó una mujer de Chenalhó forman, sin embargo, parte del rumor, de una manera de transmitir y recibir información que no circula en los medios autorizados, la radio, la televisión:

Yo pensé que me iba a atender bien... y qué va ser, allí nomás el momento ya quería salir luego porque ya no quise estar, no me gustó lo que me hizo el doctor la verdad, casi me quería salir brincando cuando según me atendió, nada más como que me quiere hacer algo el doctor, como que me quiere violar (Chenalhó, septiembre 1995).

De entre todo aquel cúmulo de inconformidades, nos interesan particularmente algunas que tienen que ver de manera directa con la atención a la salud reproductiva y que nos permiten comprender

¹¹ En mayo de 1992 una joven lacandona monolingüe denunció haber sido drogada y violada por un médico, durante la consulta en el Hospital Regional de Salubridad en San Cristóbal de las Casas. El caso fue llevado por el Grupo de Mujeres de San Cristóbal, A.C., ONG de defensa de los derechos de las mujeres, y fue formalmente denunciado ante el Ministerio Público local. La averiguación previa, sin embargo, no prosperó por encontrarse errores técnicos en su integración; es decir, se imposibilitó el castigo al médico agresor porque el único traductor de lacandón disponible era el propio marido de la víctima y testigo de la violación (comunicación personal de la abogada del Grupo de Mujeres, Martha Figueroa).

las distancias entre las perspectivas e intereses de las mujeres indígenas y aquellas que surgen de los objetivos institucionales.

Una definición amplia de salud reproductiva permitiría recoger las aspiraciones y necesidades desiguales y heterogéneas de colectividades, familias, parejas e individuos, con la intención de proteger la salud física y emocional de hombres y mujeres que dentro de diferentes contextos culturales ejercen su sexualidad, se reproducen y deciden sobre su fertilidad. Sin embargo, el gobierno y las instituciones han centrado su preocupación, desde hace dos décadas, en un único y deformado aspecto de la salud reproductiva: la anticoncepción. El discurso oficial justifica sus políticas de control poblacional argumentando que la planificación familiar es la mejor opción para evitar muertes maternas e infantiles. En realidad, y esto ha sido ya en múltiples ocasiones advertido, por sobre los criterios de salud han pesado planteamientos de control demográfico que identifican pobreza con crecimiento poblacional (Freyermuth y Garza, 1994). En Chiapas, el control de la fertilidad femenina ha sido parte fundamental de las políticas y planes de desarrollo y para cubrir metas programadas en relación con el crecimiento poblacional, se ha puesto poco empeño en los derechos de aquellas llamadas las "usuarias"; más bien el engaño, la información incompleta y el autoritarismo han sido la norma.

Muchas de las experiencias difíciles de las mujeres indígenas con los médicos y la hospitalización tienen que ver precisamente con programas agresivos de planificación familiar (PF). Así, uno de los primeros "rumores" que conocimos fue sobre acciones de PF que llevaron a cerrar un preescolar por falta de niños. Esta información fue confirmada, sin empacho alguno, por el médico que había estado de base en aquella comunidad (entrevista, marzo de 1995). Qué tan informadas estarían aquellas mujeres cuya fertilidad fue cancelada en definitiva por métodos quirúrgicos es algo que bien podríamos imaginar. Otro médico nos platicaba que él mismo había participado en masivas campañas de esterilización en el estado. Admitió que en las revisiones previas a la operación dos veces encontró un par de dispositivos intrauterinos en una misma mujer (entrevista, diciembre de 1995). Evidentemente, esas mujeres no pudieron haber accedido, cuando menos en alguna de las dos oportunidades, a utilizar el aparato.

Las pláticas en torno a esta temática se repiten en casi todas las comunidades y, muy lejos de las versiones sobre el conservadurismo a ultranza de las indígenas, encontramos una muy extendida inquietud por encontrar la manera de decidir sobre su fertilidad.

Yo pensé que ya con estos hijos basta, ya tuve tantos hijos [...] cuando ya tenía año y medio ya venía el otro. Entonces sentía que me acababa también, que cada rato tenía yo mi parto, además mis hijos también sufren porque como están muy chicos [y viene] el otro [...] yo no podía ni salir, y ellos no podían salir conmigo porque no pueden caminar, están muy chicos todavía. Así que con eso empecé a verlo el problema, como cada rato lo iba yo tener mi parto, pues sentía que en un momento ya me ponía vieja, aunque todavía estaba yo un poco joven, pero se sentía que ya mi cuerpo se estaba enflaqueciendo, por eso así pensamos de planificarnos con mi difunto marido... Mi difunto esposo también se preocupaba, porque él me decía "¡Ay!, que lástima que nadie nos puede informar si es cierto que hay planificación familiar para que ya no estemos llenando de hijos. ¡Ay!, cómo nadie nos viene a platicar." Y estábamos así hablando porque no sabíamos a dónde irnos, y con quién preguntar alguna idea; no supimos para nada (Chenalhó, mayo de 1995).

No obstante, el temor y la sospecha frente a la institución y el médico *kaxlán*, sus métodos y objetivos, están también casi siempre presentes. La imposición en este y otros terrenos ha tenido pues resultados costosos:

No quiero llegar al médico... como son puros *kaxlunes* y yo soy el india, no me atienden muy bien, no me tienen el confianza y así como ellos, también yo no les tengo confianza con sus medicinas, con sus curaciones... (Chenalhó, marzo de 1995).

Pero además de reconocer la larga lista de agravios, de los temores y las sospechas, frente a la insistencia de que los servicios institucionales de salud son la mejor opción para la atención de los y las indígenas, nos queda la duda de si una técnica eficiente basta para resolver todos los problemas de salud que pueden derivarse de la reproducción. Aún más, nos queda la duda de si en Chiapas, en Los Altos, la medicina clínica —con su insuficiente cobertura, sus raquíuticos recursos, su cuadro de medicamentos enormemente incom-

pleto, el equipo obsoleto y en mal estado— hubiera podido resolver realmente los problemas de salud de aquellas que en manos de parteras e *iloles* perdieron la vida.

Un ejemplo concreto podemos encontrarlo en la historia de Juana, que murió en diciembre de 1993¹² antes de cumplir 20 años. Ella se había casado con un muchacho de Santa Marta, un pueblo vecino que depende política y administrativamente del municipio de Chenalhó. El embarazo de Juana pareció normal, sin problemas que llamaran la atención de sus familiares. Cuando llegó el tiempo de que naciera la criatura se fue a casa de su mamá y su hermana, a unos 45 minutos de la cabecera. Le empezó el dolor en casa de su marido, en Santa Marta, y desde allá se fue caminando varias horas. Ella pasó toda la noche con dolores, pero el niño no nacía; entonces pensaron en llevarla a la cabecera para consultar al dueño de la farmacia. Llegando casi al centro del pueblo, Juana se metió en casa de su hermano, ya no pudo seguir caminando y ahí tuvo su bebé.

Sus familiares pensaron que ya no iba a haber ningún problema porque ya había nacido el niño y salido la placenta. Pero estaba todavía hincada, en la misma posición en la que tuvo su hijo, cuando se empezó a poner pálida y sudorosa. Entonces mandaron una comisión rápido para traer al dueño de la farmacia, pero minutos después ya había muerto. Dijo aquél que murió de hemorragia por culpa de la partera porque no la mandó con el doctor. Según él, el niño venía de pie y la partera dijo que lo había acomodado para que naciera bien, “pero eso es puro engaño”. Sólo que ese año no hubo doctor, ni pasante, en la cabecera municipal de Chenalhó.

Otra mujer, también de nombre Juana, murió a los 27 años, casi al terminar su sexto embarazo. Un escandaloso sangrado, que la medicina alópata seguramente relacionaría con una placenta previa,¹³ le quitó la vida en unas horas, aunque ya días antes habían comenzado molestias y sangrado a mucho menor escala. Su familia no acostumbraba ir al doctor, nos dijo la partera que la atendió:

¹² La causa de muerte según el acta de defunción fue hemorragia uterina.

¹³ La causa de muerte según el acta de defunción fue vómito y diarrea, a pesar de que se trata sin lugar a dudas de una muerte materna.

Lo que pasa es que no creen en el doctor, ni creen en la medicina. Esa familia todo lo que le pasa, cualquier enfermedad, es puro curar, puro curar, puro rezo, puro encender vela; siempre... nunca van al doctor y nunca compran medicina. Cuando murió la señora pues ya es cuando, ya salía su alma, es cuando corrió el esposo, pero ya para qué, la señora ya estaba muy mal, ya se iba a morir. Es que la familia esa, pues no creen en medicina (partera, Chenalhó, abril de 1995).

Sin embargo, Juana ya había estado en el hospital durante un parto anterior, de acuerdo con versiones de sus familiares. Que no quería volver porque no le había gustado:

Ya lo conocía cómo es el sufrimiento de hambre [en el hospital], dice que le dolió mucho el hambre, que siempre está acostumbrada con su pozol. Eso es lo que dijo ella... cuando le decía yo que lo iba yo a llevar, ésa es su queja... "Vámonos mejor, mujer, porque si no te vas a morir aquí. Si tienes todavía tu salvación, mejor que te fueras al hospital y a ver qué te pueden hacer", le decía yo. Sólo me contestaba, "no, mejor me muero acá... si ya no... me pueden salvar, pues mejor me muero aquí en mi casa... si me muero es que es mi destino, pero me muero aquí en mi casa, me muero con mi familia" (marido, Chenalhó, junio de 1995).

Finalmente, en la emergencia intentaron llevarla al pueblo donde hay una clínica y varias farmacias donde sus dueños, normalmente promotores de salud que pusieron sus propios negocios, ofrecen atención. Muchos de ellos, a quienes en tzotzil de Chenalhó se les llama *jloktor chiil* o doctor indio, tienen gran prestigio. Sin embargo, no existen en estos lugares servicios de emergencia que tal vez hubieran podido salvarle la vida:

No hay doctor cerca, es hasta Yabteclum, pues está lejos y hay veces el doctor no está en la clínica... Tuvieron que ir a ver un doctor particular [*jloktor chiil*]... que traiga algo para sanar a la señora. Pues no puede venir... no puede salir porque también hay gente en su casa. Y la señora se fue caminando a Yabteclum y allí nomacito en esa curva... va caminando pero la sangre era un chorro, pero de una vez era un chorro... Entonces su esposo y su hermano... empezaron a decir que ya no va a llegar, que qué tal que se muere en el camino... su esposo estaba esperando al doctor particular (Chenalhó, marzo de 1995).

De las ocho muertes maternas cuya historia mejor conocimos, sólo una llegó al hospital, pero bien poco se hizo ahí. María, de unos 30 años, había tenido su quinto parto, un parto largo y difícil en el que, dicen, casi estuvo por morir y quedó muy débil. Le pusieron suero y se repuso, pero unos cuantos días después se le comenzó a inflamar el estómago, se quejaba de intenso dolor.

Entonces se empezó a inflamar su estómago [dice su suegro, uno de los *iloles* que la atendió], se hinchó, se hinchó, hizo una bolota de su estómago... hasta ya no podíamos darle masajear su estómago para que pudiéramos darle alguna pomada o las plantas. Para nada la podíamos tocar (Chenalhó, agosto de 1995).

Varios *iloles* intentaron curarla sin éxito y como último recurso la llevaron al hospital. Sólo un día estuvo en el Hospital Civil de San Cristóbal y regresó tan mal como había salido. María murió un día después.

Dijeron los doctores y las enfermeras que no tenía nada, que estaba bien, que no tenía nada su estómago... entonces ahí donde nos encabronamos: "para qué lo vamos a tener acá, pues mejor lo llevamos", así dijimos con mi hijo. Por eso yo ya vi cómo está el Hospital de Campo no sirve para nada, no nos ayuda... de balde que lo teníamos allí en, en ese hospital, ni siquiera ni un inyección le daban para dolor, por eso lo llevé hasta mi casa (suegro, Chenalhó, julio de 1995).

Información semejante nos proporciona María del Carmen Elu (1993) en su estudio sobre muerte materna. De los 16 casos que presenta llegaron al hospital 11 de las mujeres, tres fueron atendidas en consulta privada y solamente dos no recibieron atención médica. En su informe final de investigación, Bernardo Hernández y Ana Langer (1992: 1) afirman que entre 1989 y 1990, 60.5% de las muertes maternas registradas en nuestro país ocurrieron en unidades hospitalarias.

Entre la medicina alópata y las concepciones populares sobre los riesgos, la enfermedad y la muerte se abren muchas brechas significativas, pero la imposición y el racismo dificultan y aun cancelan muchas posibilidades de abrir canales de diálogo y crítica recíproca que permitan construir mejores alternativas para evitar

daños a la salud, enfrentar la enfermedad y prevenir la muerte temprana de muchas mujeres y también, por supuesto, de hombres.

LA VIOLENCIA EN CHENALHÓ

Al presentar la cultura como sujeto de análisis y crítica... [se] origina una interacción entre convertir lo familiar en extraño y lo extraño en familiar.

ROSALDO, 1991: 63

La antropología ha mostrado con frecuencia una fuerte tendencia a concentrar su atención en el equilibrio y la armonía al interior de los sistemas sociales y culturales. Lewis y Foster, entre otros, rompieron con esta tradición y nos hicieron ver precisamente el otro lado de la moneda: el conflicto, el autoritarismo y la violencia. Para ellos, sin embargo, el uso de la violencia para manejar las relaciones familiares y comunitarias era uno de los rasgos característicos de la pobreza y el atraso. Entramos así a uno de los problemas más escabrosos en torno a la construcción social y cultural de la enfermedad y la muerte.

En los pocos estudios antropológicos sobre la muerte materna, se le asocia a una violencia ejercida con modalidades específicas en contra de las mujeres y justificada con argumentos basados en la diferencia y la desigualdad entre los géneros (véase por ejemplo, Elu, 1993). En Chenalhó ciertamente casi todas las versiones de aquellas y aquellos que nos contaron sus recuerdos hacen referencia a la violencia doméstica en la vida de quienes murieron e incluso para algunos casos hay quienes dan cuenta del abuso como causa fundamental de la muerte. No sólo se habla de negligencia, de desamor y de agresiones que acaban por minar la confianza o el deseo de vivir, sino también de agresiones físicas brutales durante el periodo de embarazo, parto y puerperio, que seguramente contribuyeron directamente o indirectamente a la muerte de algunas de las mujeres.

Sobre la muerte de una mujer embarazada por segunda ocasión, por ejemplo, su amiga nos platicó una versión que coincide fundamentalmente con la de la madre y hermana de la difunta:

Estuve viviendo con ella un tiempo, nada más que el hombre era malo, ese hombre era puro regañar, era puro pleito... [por eso] fue que me sentí mal, ya no pude estar con ella, me fui... Ese señor le pegaba, regañaba, puro golpe, puro regaño así vivía este señor... , yo decía, "¡Ay Dios mío! ¿qué voy a hacer?", porque las patadas que le daba, la grosería que le decía, los golpes que le daba. "¡Ay!", decía yo, "¡Dios mío! ¿qué voy a hacer con ella?, ¿cómo lo voy hacer [para] que no le peguen?", decía yo, pero no podía yo hacer nada...

El aquí le pateó [en el estómago]... aquí le pateó por eso se murió... sí estaba sana pues, si soy *ilol* pues, por eso yo lo sé, por eso sé que fue esa patada. Dicen pues que estaba cociendo el chayote, cociendo su frijol, cociendo su nixtamal para hacer sus tamales en Todos Santos cuando murió... y también su hijito, el niño, también lo iba a decir, lo que pasa es que... tiene miedo el hombre por eso no lo deja su hijo platicar... lo que le hizo a su mamá (Chenalhó, mayo de 1995).

Baste este fragmento para documentar que, en efecto, el control de las mujeres en Chenalhó frecuentemente implica el abuso en momentos de gran vulnerabilidad para éstas. Los relatos dan cuenta, además, de que la violencia comienza muy temprano en la vida de éstas y muchas otras mujeres y las acompaña a lo largo de toda su vida. Sin embargo, otras muchas desigualdades moldean a la violencia a lo largo de los ciclos vitales y de las historias particulares, de modo tal que no son los varones los únicos en ejercerla, ni las mujeres las únicas destinatarias. La violencia, enmarcada en los procesos de socialización y de trabajo, incorpora a la desigualdad de género las diferentes cuotas de poder entre las generaciones. Así, hemos sabido de crueles abusos cometidos por adultos, varones y mujeres, contra niños y niñas, jovencitos y jovencitas.

Otro tipo de violencia común es la imposición de la pareja por parte de los padres. De hecho, las etnografías clásicas de la zona (véase Guiteras, 1965: 116) reportan como una de las normas fuertemente afianzadas el que los padres negocien los matrimonios de sus hijos. Algunas mujeres indígenas aseguran que los matrimonios forzados favorecen la violencia intrafamiliar, que a su vez enmarca el contexto de vida de muchas mujeres y acompaña a otras durante su muerte ("El grito de la luna: mujeres, derechos y tradiciones", 1994). Vale la pena hacer mención que, contrario a lo que normalmente se piensa, en algunas ocasiones los matrimonios forzados han afectado no sólo a mujeres, sino también a sus parejas.

Así pasó a quien se convirtiera en el marido de una jovencita que murió en su parto. Su madre lo obligó a casarse con la mujer que ella eligió como nuera para que le ayudara en sus tareas domésticas. Según cuenta la propia madre del muchacho, así hizo:

Así le dijimos a mi hijo, "que si quieres tu mujer, porque va a venir ahora mismo". "¿Dónde voy a encontrar paga para mi mujer? Y además, ¿caso a ella lo voy a querer?, si tengo otra", así contestó. "Ah, es igual, total está joven todavía", le estuve diciendo. "Ya nos pusimos de acuerdo con tu papá de por sí, lo queremos la muchacha. En cambio donde tú lo has visto, no quiero, no llega en mi corazón, porque es sabido que es muy haragana", así le dije. "Ella obedece mejor." Con qué trabajo aceptó mi hijo... "¿Caso tienes dos padres, dos madres?", le dijimos (Chenalhó, junio de 1995).

No es éste el único caso que conocimos, al menos dos más en nuestra pequeña muestra corrieron la misma suerte. Hemos sabido también de varones que en otros municipios tuvieron que aceptar las presiones familiares en su matrimonio. Evidentemente, esto sobrepasa con mucho las intenciones y posibilidades de este trabajo, pero tiene implicaciones para lo que ahora nos ocupa que no podemos ignorar. Una de ellas, de primer orden, es que si la subordinación de las mujeres requiere muchas veces de la coerción y la violencia, otras formas de control intrafamiliar son también utilizadas. A veces, en algunos momentos y en algunas relaciones, como en la de madre-hijo o hija, suegra-nuera, las mujeres pueden ser las dominantes y no las dominadas.

En Chenalhó las mujeres que murieron, según nos cuentan quienes las conocieron de cerca, no siempre se sometieron sin más a las normas y las pautas de conducta reservadas para la mujer, pero evidentemente tampoco desestructuraron su cultura. Tampoco son pasivas, en muchos sentidos, quienes nos platicaron de las difuntas y de sí mismas, pero sus cuestionamientos y rebeldías —particularmente las de aquellas que han encontrado un espacio de información, intercambio y organización—, aunque sí les han abierto nuevas posibilidades, no trastocan su existencia entera. La gran mayoría de las mujeres vive su vida, y viviendo con otros y otras, entre necesidades, intereses, gustos y afanes, buscan conquistar

mejores espacios para sí mismas, contribuyendo a redefinir su cultura, como continuamente sucede en todas las sociedades.

El cuestionamiento a la violencia intrafamiliar y a los matrimonios forzados, no obstante, es cada vez mayor. La demanda por el respeto a la elección de la pareja y contra la violencia ha sido enarbolada por el EZLN y está incluida en la Ley Revolucionaria de Mujeres del EZLN (*EZLN: Documentos y comunicados*, 1994). Asimismo, la demanda es sostenida por otras mujeres que pertenecen a diversas organizaciones sociales civiles. Entre las conclusiones del Taller "Los derechos de las mujeres en nuestras costumbres y tradiciones", por ejemplo, encontramos:

No está bien la violencia [golpes, violación]. No es justo que nos vendan por dinero. Éstas eran costumbres de antes, pero también tienen que cambiar. Cuando no queramos casarnos es mejor que platiquemos con nuestros papás y el hombre y no obligar porque arruinamos a la mujer... No queremos las malas costumbres ("El grito de la luna: mujeres, derechos y tradiciones", 1994: 35).

En Chenalhó el cuestionamiento no se ha limitado a las mujeres organizadas; algunas que no participan en grupos, ni van a reuniones, lo han llevado a la práctica. Una mujer chamula, de aquellas familias que migraron a Chenalhó hace ya mucho tiempo y que ahora forman parte de las cinco diferentes etnias que habitan en el municipio, se negó a casarse llevando la contra a toda su familia y contradiciendo las más elementales normas de su cultura:

Lo vi pues a mi madre que lo pegan, que lo golpean, que lo molestan, por eso pensé mucho para no casarme. Así son todos los hombres, así es que cuando yo me case así me van a pegar también como mi madre que lo pegan mucho. Pensé que para qué lo quiero un hombre, si yo también puedo trabajar, puedo mantenerme yo sola... Entonces le dije a mi hermano, "Si alguien te invita a tomar refresco, no lo vayas aceptar porque yo no me quiero casar, no lo vayas agarrar el refresco. No lo voy aceptar porque yo no quiero casarme, hermano..." Llegaron... a pedirme, como dos, tres veces. "Eres mujer pues, te debes casar", dice mi hermano. Pero yo... no quiero casarme porque no quiero que me manden. Si me caso es que me van a mandar porque me dice "lávalo mi ropa, lávalo mi pantalón, costura mi camisa". Ahí me están mandando, por eso es que no quiero... cuando tenemos un

hombre a la fuerza que nos manda, hay veces hasta nos pega por eso es que no quiero, no quiero que me peguen... (Chenalhó, julio de 1995).

Pero la hermana de esta mujer murió a la hora de su parto y ella ahora cría al niño y tiene que lavar la ropa de otro y levantarse temprano y hacer de comer; sin marido ella debe hacer de padre y madre a la vez.

Son muchas las maneras en que las mujeres han intentado evitar el matrimonio que sus padres habían arreglado, algunas huyen con la pareja que eligieron, otras se separaron después de maridos golpeadores y algunas han llegado a interponer demandas penales, auxiliadas por grupos de defensa de derechos humanos y feministas que las apoyan (Hernández y Garza, 1995). No obstante, la defensa frente a la violencia y la imposición dentro de la familia se ha dejado generalmente a los esfuerzos y posibilidades individuales. Es cierto que no existen formas efectivas de control social y/o penal para frenar la violencia doméstica en las comunidades, pero asociar la violencia, el autoritarismo y la imposición a la pobreza y al atraso cultural de los indios impide ver que tampoco existen mecanismos suficientes dentro del derecho positivo mexicano para impedir o castigar el abuso, ni han sido creados por las costumbres de otros grupos y clases sociales de nuestro país (incluyendo aquí a los no indígenas). La mirada crítica hacia nuestra propia cultura, dice Rosaldo (1991: 68), puede ayudar a perder posiciones puristas desde las cuales condenamos a otros culturalmente distintos sin por ello justificar aquello que nos parece censurable.

El impacto de las historias de violencia pocas veces deja espacio para oír relatos de otro tipo, de amor, por ejemplo, y muchas veces se cae en la tentación de descartarlos considerándolos como excepciones de las que pocas conclusiones se pueden derivar. Sin embargo, escucharlos ayuda a entender que ni la pobreza ni la tradición impiden la construcción de relaciones de afecto en la pareja o entre los miembros de una familia, aun cuando no se cancelen los sistemas de desigualdad construidos por sus culturas. Entre todos los testimonios que escuchamos nos es particularmente significativo uno que habla sobre el dolor del marido de Juana, quien murió durante su primer parto:

No es malo su marido, y no sabía tomar, cuando se juntó con ella, no había tomado, no sabía tomar hasta que se murió su esposa; nunca le pegó su mujer. Cuando se murió su mujer, ya hasta quería matarse, pobre hombre. La quería mucho, que ahí se iban los dos juntos en la casa de su papá del hombre, que ahí trabajaban los dos, que llegaba y se ponía a trabajar, que siembra frijol, que ahí quedó amontonado su frijol cuando ella se murió. Es bastante frijol que tenían. "Tras que era aguizote el frijol, porque era mucho", así lo dijo su marido cuando murió. "Tras que es aguizote el frijol, tras que porque se iba a morir". Trabajaba bien, qué bien que trabajaba; qué temprano se levanta y después se va a trabajar. Que si se va a cargar leña su marido, que ai se va también, que no se queda sola; sólo que termine de hacer las tortillas y de moler, que ai se va también. "Ai se iba atrás de mí mi mujer, nunca se quedaba. Tras que porque no iba a vivir más", dice el hombre, "tras que no iba a vivir por eso estaba muy pegado a lado de mí. ¿Dónde voy a encontrar otra mujer igual como ella?", dice, "Ya no voy a encontrar otra muchacha igual como ella". Y no ha buscado otra mujer y ahí está caminando solito (Chenalhó, julio de 1995).

Además, el feminismo ha señalado en muchas ocasiones que la contradicción es una parte central de la experiencia de la vida cotidiana. Afecto y violencia se combinan en la vida familiar, en la relación de pareja. Todos los casos de muerte pueden ser analizados desde esta perspectiva y entendiéndolos así podemos reconocer el genuino dolor de muchos de los deudos por la pérdida de la compañera, la hermana, la hija. Desestimar siempre las expresiones de pena, para entenderlas como producto sólo del sentimiento de culpa, de la hipocresía, del deseo de autoprotección, de los vicios de la pobreza o del tradicionalismo puede ser muy aventurado. Igualmente lo es pensar que el dolor se expresa siempre en todas las culturas de la misma manera que en la de aquel que se entromete en las vidas de indios, de pobres o de otros sujetos preferidos por la antropología.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El propósito central de este ensayo fue explorar las implicaciones y consecuencias de derivar de la pobreza y del "atraso" los comportamientos que ponen en riesgo la salud de los más vulnerables, sin

que medie una mirada crítica hacia la propia cultura y sus medios de prevención de riesgos y de atención a la salud. Entre las culturas y la salud se construyen muy complejas relaciones que no pueden, a nuestro entender, ser analizadas al margen de lo que ocurre en un contexto más amplio. Así por ejemplo, recordar que los reclamos a la Comisión Nacional de Derechos Humanos debidos a "negligencia médica" ocuparon un nada honroso primer lugar entre mayo de 1995 y el mismo mes de 1996 y llevaron a la creación de una Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CNDH, 1996), puede ayudar a entender que la tenaz oposición de los indios a recurrir a los pocos servicios de salud que se les ofrecen, se nutre de muchos más elementos que la ignorancia, la terquedad o la pasividad. Nos mueve la esperanza de que estas reflexiones ayuden a mostrar algunos de los problemas con los que hoy nos enfrentan la antropología y las ciencias aplicadas en materia de salud¹⁴ y que a veces conducen a callejones de difícil salida.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Elizabeth (1994), "Espejos, espejismos y transgresiones. El recuerdo de mis propios pasos", en Rosa Rojas (comp.), *Chiapas ¿Y las mujeres qué?*, México, Ediciones La Correa Feminista, pp. 90-97.
- Aramoni, Dolores (1992), *Los refugios de lo sagrado. Religiosidad, conflicto y resistencia entre los zoques de Chiapas*, México, Conaculta (col. Regiones).
- Berer, Marge (ed.) (1988), *Mortalidad materna: un llamado a las mujeres para la acción*, Santiago, Red Mundial de Mujeres sobre Derechos Reproductivos y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe/Isis Internacional.
- CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos) (1996), "Informe Anual de la CNDH" en *La Jornada*, 7 de junio.
- Collier, Jane (1995), "Problemas teórico-metodológicos en la antropología jurídica", en Victoria Chenaut y María Teresa Sierra (coords.), *Pueblos indígenas ante el derecho*, México, CEMCA/CIESAS.

¹⁴ Los resultados de una antropología aplicada que iniciara casi junto con el nacimiento de esta disciplina, ha obligado a ser más cautos y menos ambiciosos en las expectativas del uso del conocimiento científico para apoyar o inducir el cambio social. Clifford Geertz, por ejemplo, comenta: "This terrain is uneven, full of sudden faults and dangerous passages where accidents can and do happen, and crossing it, or trying to, does little or nothing to smooth it out to level, safe, unbroken plain, but simply makes visible its clefts and contours" (1994: 456).

- De Vos, Jan (1994), *Vivir en frontera. La experiencia de los indios de Chiapas*, México, CIESAS/INI.
- "El grito de la luna: mujeres, derechos y tradiciones. Memorias del Taller de los derechos de las mujeres en nuestras costumbres y tradiciones" (1994), agosto-septiembre, México, *Ojarasca*, núm. 35-36.
- Elu, María del Carmen (1993), *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna*, México, FCE (Sección Obras de Antropología).
- EZLN: *Documentos y comunicados 1 de enero/ 8 de agosto de 1994* (1994), prólogo de Antonio García de León, crónicas de Elena Poniatowska y Carlos Monsiváis, México, Ediciones Era (col. Problemas de México).
- Foster, George (1976), *Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo en cambio*, México, FCE.
- Freyermuth, Graciela (1993), *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Instituto Chiapaneco de Cultura/CIESAS Sureste.
- Freyermuth, Graciela y Anna María Garza (1994), "Comités de Salud Reproductiva en Chiapas. Una experiencia de participación ciudadana", en *Debate Feminista*, México, año 5, vol. 9.
- García Canclini, Néstor (1990), *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México, Grijalbo (col. Los Noventa).
- Geertz, Clifford (1994), "The uses of diversity", en Robert Borofsky (ed.), *Assessing Cultural Anthropology*, Hawaii Pacific University.
- Guiteras Holmes, Calixta (1965), *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, México, FCE (Sección de Obras de Antropología).
- Habermas, Jürgen (1973), "Teoría analítica de la ciencia y la dialéctica", en Adorno et al., *La disputa del positivismo en la sociología alemana*, Barcelona, Grijalbo, pp. 147-180.
- Hernández, Bernardo y Ana Langer (1992), *Informe final de actividades del proyecto "Mortalidad materna en áreas rurales de Morelos"*, Cuernavaca, Morelos, Centro de Investigaciones en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (mimeo.).
- Hernández, Rosalva Aída y Anna María Garza (1995), "En torno a la ley y la costumbre: problemas de antropología legal y género en Los Altos de Chiapas", en Rosa Isabel Estrada y Gisela González (coords.), *Tradiciones y costumbres jurídicas en comunidades indígenas de México*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Holland, William (1978), *Medicina maya en Los Altos de Chiapas. Un estudio del cambio socio-cultural dirigido*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Lewis, Oscar (1986), "La cultura de la pobreza", en *Ensayos antropológicos*, México, Grijalbo.
- Organización Mundial de la Salud (1975), *Clasificación internacional de enfermedades*, novena revisión.
- Rosaldo, Renato (1991), *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México, Grijalbo (col. Los Noventa).
- Ruz, Mario (1992), "Los rostros de la resistencia. Los mayas ante el dominio hispano", en Carmen León et al., *Del katún al siglo. Tiempos de colonialis-*

mo y resistencia entre los mayas, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (col. Regiones).

Scheper-Huges, Nancy (1992), *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press.

Schütz, A. (1974), *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Amorrortu. SSA, Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar (1992), *Informe de enero a diciembre de 1991*, México.

Yanagisako, Sylvia y Jane Collier (1994), "Gender and kinship reconsidered: toward a unified analysis", en Robert Borofsky, *Assessing Cultural Anthropology*, Hawaii Pacific University.

ANEXO 1
LISTA DE AUTORES
Y ADSCRIPCIÓN INSTITUCIONAL
AL MOMENTO DE REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

- Lourdes Campero Cuenca*, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rosario Cárdenas*, Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud.
- Ma. Esthela Carrasco*, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.
- Roberto Castro*, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ma. José Cubillas*, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.
- María Eugenia D'Aubeterre Buznego*, Doctorado en antropología social en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Investigadora del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Carmen Díaz Méndez*, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Carlos Javier Echarri Cánovas*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Silvana Forti S.*, Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- Graciela Freyermuth*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sureste.
- Cecilia García Barrios*, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Anna María Garza*, Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Teresita Gómez Fernández*, Colectivo Interdisciplinario de Estudios de Salud, A.C.
- Mónica Jasis Silberg*, Universidad Autónoma de Baja California.

Ana Langer Glas, The Population Council, Oficina Regional de América Latina y el Caribe.

Ana Elizabeth Núñez Interiano, Maestría en sociología, Universidad Iberoamericana.

Olivia Ortiz Ramírez, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

Laura A. Pedrosa Islas, Dirección de Investigación CONASIDA, SSA.

Sofía Reynoso Delgado, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

Rosario Román Pérez, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

Claudio Stern, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

Elba Abril Valdez, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

Maite Vallejo Allende, Dirección de Modernización, SSA.

Ana Leticia Salcedo Rocha.

ANEXO 2
ASESORES DE LOS PROYECTOS
DE INVESTIGACIÓN

Juan Guillermo Figueroa, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

Soledad González, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

Eduardo Menéndez, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Carolina Martínez, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Irma Saucedo, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

Ivonne Szasz, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

Claudio Stern, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.

Rodolfo Tuirán, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

ANEXO 3
PRIMERA CONVOCATORIA
PARA APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO
A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (1993-1995)

I. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

En marzo de 1993 se creó en El Colegio de México, con el auspicio de la Fundación Ford, el Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El programa retoma la posición que define la salud sexual y reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos" en los ámbitos relacionados con la reproducción y la sexualidad, y vincula esta definición con la consideración de aspectos tales como la capacidad reproductiva de los individuos y el derecho a decidir y actuar sobre su fecundidad; el que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, el resultado exitoso de los embarazos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil y el derecho de las parejas a gozar de una vida sexual libre de temor a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.

El Programa Salud Reproductiva y Sociedad tiene particular interés en alentar la investigación que articule las diversas problemáticas de la salud reproductiva con el uso de dimensiones y enfoques sociales, que puedan enriquecer los estudios en este campo. Entre éstos, pueden mencionarse la desigualdad socioeconómica y las diferencias culturales, la perspectiva de género que incluya el estudio de hombres y mujeres, así como de la relación intergenerativa, y las relaciones familiares en el seno de la unidad doméstica.

Los objetivos del programa son: fortalecer la capacidad de investigación y docencia de alto nivel en salud reproductiva, desde una perspectiva interdisciplinaria que privilegie a las ciencias sociales; desarrollar y consolidar la formación sobre aspectos sociales de la salud de líderes encargados de la prestación de servicios y de la

elaboración de planes y programas, tanto del gobierno como de las organizaciones no gubernamentales (ONG), así como establecer una red de colaboración e intercambio entre investigadores de diversas disciplinas, los encargados del diseño e implantación de políticas y el sector no gubernamental. Se pretende aportar elementos que permitan una acción más efectiva y adecuada para el mejoramiento de la salud reproductiva de la población mexicana, priorizando para ello el estudio de los grupos más vulnerables y más desatendidos en lo que atañe a la salud sexual y reproductiva.

Como parte de este esfuerzo, el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México anuncia, a través de esta primera convocatoria, un programa de apoyo técnico y financiero para promover investigaciones de corto plazo que aporten un mayor conocimiento y mejores posibilidades de acción sobre la salud reproductiva en distintas regiones y grupos sociales de México.

II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

1. Estimular la creación de un nuevo conocimiento a partir de investigaciones innovadoras sobre el tema, sin descuidar la revisión y el posible uso de la información ya disponible.
2. Propiciar y enriquecer el desarrollo de un enfoque teórico-metodológico de la salud reproductiva a partir de las ciencias sociales.
3. Evaluar las necesidades y demandas de la población en el área de la salud reproductiva y alimentar el debate público sobre el tema.
4. Aportar lineamientos para el diseño de políticas, programas y acciones que incidan en el área de salud reproductiva.

III. ÁREAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN

En la presente convocatoria se han identificado cinco grandes áreas de investigación y en cada una de ellas los temas de investigación relevantes que serán apoyados por el programa. En cada área se incluye una introducción que sintetiza algunas de las consideracio-

nes más importantes en relación con los temas de las mismas. Dado que no se trata de áreas y temas excluyentes, los proyectos pueden proponer combinaciones que resulten pertinentes en función de los objetivos de los mismos.

1. Sexualidad, género y salud reproductiva

Se busca promover la investigación en torno a las prácticas sexuales y su significado. Para ello, es crucial ubicar el análisis en el marco de relaciones intergenéricas que reflejan asimetrías, conflictos de poder, formas de acuerdo y negociación. Es también importante explorar la manera en que otras dimensiones de análisis como la adscripción étnica, el grupo social, el grupo etario, la cultura, las instituciones y las grandes transformaciones estructurales de la sociedad inciden en este proceso.

- 1.1. Condiciones sociales que propician que ciertas prácticas sexuales y reproductivas se constituyan en riesgos para la salud.
- 1.2. Prácticas sexuales, identidad de género y relaciones de pareja a lo largo del ciclo de vida.
- 1.3. Permanencias, resistencias y cambios en las prácticas sexuales y reproductivas a la luz de las normas y valores socioculturales sobre género, sexualidad y reproducción.
- 1.4. La construcción simbólica del cuerpo, la sexualidad y la reproducción; significados, creencias y mitos, por género y en diversos contextos socioculturales.
- 1.5. La violencia doméstica y sexual desde la perspectiva de las relaciones de género: formas que adopta, respuestas de la población y repercusiones sobre la sexualidad, la anticoncepción y la salud reproductiva.

2. Opciones y decisiones sobre el embarazo y sus implicaciones

La magnitud y las consecuencias del embarazo no previsto o no deseado y del aborto en México son considerables. Es necesario

explorar la manera en que las metas reproductivas deseadas a lo largo del ciclo de vida (y, particularmente, entre la población joven) se ven facilitadas u obstaculizadas por aspectos culturales vinculados a normas, creencias, valores y por aspectos sociales tales como las relaciones entre los géneros, los miembros de la familia, la pareja, y entre la población y los agentes prestadores de servicios.

- 2.1. Condicionantes socioeconómicos, culturales e institucionales de la prevención y la atención del embarazo no deseado y de la decisión de llevarlo o no a término: opciones y limitaciones que enfrentan diversos grupos sociales.
- 2.2. El papel del varón frente a la sexualidad y la prevención del embarazo, la paternidad y la maternidad y el significado que éstos tienen para él.
- 2.3. Valores, necesidades y demandas relacionados con la planeación o no de la sexualidad, el embarazo y la maternidad/paternidad.
- 2.4. Significado e implicaciones del embarazo en población joven, en distintos contextos sociales, económicos y culturales.

3. El papel de las instituciones en la sexualidad y la reproducción

Los programas y acciones definidos e implementados por diversas instituciones se han constituido en un elemento central en el análisis de los cambios en las prácticas sexuales y reproductivas. Sin embargo, se desconocen los condicionantes, mecanismos y efectos de dicho impacto y, más aún, de la transacción que se da entre los agentes institucionales y la población en la modificación de dichas prácticas. Es en torno a estos aspectos que se busca promover la investigación que dé cuenta del contexto institucional, las normas, percepciones y comportamientos de los diversos agentes prestadores de servicios de salud, así como de las experiencias, percepciones y necesidades de la población sobre la cual se busca incidir. A su vez, resulta fundamental considerar las condiciones de acceso, disponibilidad y uso de los servicios en función de los derechos en salud de la población, como parte de la relación que se da entre ésta y los

prestadores de servicios. La influencia de otras instituciones como la Iglesia, la escuela, la comunidad, la familia y las relaciones de poder en la pareja son dimensiones que no deben estar ausentes en el tratamiento del tema.

- 3.1. Impacto de las políticas, programas e instituciones —tanto del sector moderno como de los alternativos— sobre las prácticas y significados de la sexualidad y la reproducción y sus consecuencias.
- 3.2. Medicalización de la reproducción, la sexualidad y el cuerpo: su impacto sobre las prácticas y los derechos sexuales y reproductivos. Transacciones entre agentes institucionales y actores.
- 3.3. Percepción y comportamiento frente a la violencia doméstica y sexual: prestadores de servicios, agentes de salud, víctimas y agresores.
- 3.4. Opciones y calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo de vida y particularmente para los jóvenes.
- 3.5. Normas, percepciones y comportamientos de los diversos agentes prestadores de servicios de salud en relación con las necesidades y percepciones de la población.

4. Salud reproductiva de la población: condiciones, necesidades y disponibilidad y calidad de la atención

Ante la casi total ausencia de estudios sobre las condiciones y significados de los procesos de salud positiva y de enfermedad relacionados con las prácticas sexuales y reproductivas por parte de la población y de las instituciones y sus agentes, se busca promover la investigación en torno a las relaciones entre las condiciones en que la vida de los seres humanos transcurre y las posibilidades de mantenerse dentro de los rangos de variación biológicos, sociales, culturales, institucionales y psicológicos vinculados a la buena salud. Para ello, resulta relevante enfatizar las representaciones, percepciones y estados subjetivos de los procesos de salud-enfermedad por parte de la población, los mecanismos a los que ella recurre para

mantenerse o no dentro de dichos rangos y las respuestas tanto de ella como de los agentes involucrados en la prestación de los servicios. Las transacciones entre los actores y las instituciones (la familia, los agentes, la comunidad, etc.) resultan dimensiones y ámbitos centrales a privilegiar en el estudio de este tema.

- 4.1. Percepciones, significados y representaciones de la población y de los distintos agentes institucionales en torno a los procesos de salud-enfermedad vinculados con las prácticas sexuales y reproductivas.
- 4.2. El papel de la familia, la pareja, y en especial de los hombres en los procesos de salud-enfermedad relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- 4.3. Modalidades que asume la transacción entre el acceso y utilización de los servicios de atención a la salud y las condiciones y percepciones de los procesos de salud-enfermedad por parte de la población.
- 4.4. Impacto de los programas de educación para la salud relacionados con la salud reproductiva.

5. La sociedad civil y los derechos sexuales y reproductivos

En un contexto en el que el control de la sexualidad y la reproducción de gran parte de la población ha estado en manos de agentes sociales encargados de instrumentar políticas y programas de salud y de planificación familiar, es importante estimular investigaciones que recojan y analicen las formas en que los diversos sectores de la sociedad ven posibilitado y/o obstaculizado el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, es importante tomar en cuenta el papel que han desempeñado la legislación, los organismos gubernamentales y no gubernamentales, la familia, la escuela y otros agentes socializadores en la formulación de las demandas de la sociedad civil en esta área.

- 5.1. Las normas jurídicas y la desigualdad social frente a los derechos sexuales y reproductivos: la prevención del em-

barazo, el aborto y las consecuencias de la intervención médica en la reproducción.

- 5.2. El papel de la legislación y la práctica legislativa frente a la violencia doméstica y sexual.
- 5.3. El papel de los organismos no gubernamentales en la captación, elaboración y promoción del debate, las demandas y la acción social en los ámbitos de la sexualidad y de la salud y los derechos reproductivos.
- 5.4. El derecho a la información y los significados atribuidos a la educación sexual recibida a través de modelos familiares, de la educación formal y de los medios masivos de comunicación.

IV. TIPOS DE INVESTIGACIÓN Y ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se dará preferencia a aquellos proyectos de investigación que cumplan con algunas de las siguientes características:

- consideren el uso de metodologías participativas,
- privilegien la articulación entre las esferas de lo objetivo y lo subjetivo,
- propicien la realización de estudios comparativos mediante una definición y contextualización rigurosa de la población estudiada,
- respondan a problemas concretos de algún grupo de la población o de programas ya existentes,
- formen parte de un proyecto o programa más amplio de investigación o de acción sobre salud reproductiva.

Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación
se terminó de imprimir en mayo del 2000
en los talleres de Encuadernación Técnica Editorial, S.A.
Calzada San Lorenzo 279, col. Granjas Estrella, 09880 México, D.F.
Se tiraron 1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.
Tipografía y formación a cargo de Adrián Alcalá Castañeda.
La edición estuvo al cuidado de la Dirección de Publicaciones
de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
Y DE DESARROLLO URBANO
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO
DE ESTUDIOS DE LA MUJER
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

La selección de trabajos que se presenta en este volumen responde a uno de los objetivos de la Coordinación de Investigación del Programa Salud Reproductiva y Sociedad: impulsar, fortalecer y apoyar la investigación en salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales. Se ofrecen los resultados de 11 investigaciones apoyadas en este marco, agrupados en tres partes: *La vivencia de la reproducción* abarca tres trabajos sobre la manera como viven las mujeres el proceso reproductivo, las prácticas de atención a la salud reproductiva y las necesidades sentidas por las mujeres. *Noviazgo, sexualidad y embarazo en adolescentes* reúne tres investigaciones sobre el noviazgo, la vivencia de la primera relación sexual y del embarazo, así como su atención durante la adolescencia. Finalmente, *Experiencias alrededor del embarazo y el parto* se compone de cinco trabajos que tratan temas como apoyo psicosocial durante el parto, percepción de la maternidad, violencia sexual, mortalidad materna y práctica de la cesárea. Este volumen constituye no sólo una contribución al desarrollo de este campo de estudio, sino también al debate requerido para mejorar la investigación y las condiciones sociales de nuestra población en los aspectos aquí tratados.



EL COLEGIO DE MÉXICO

ISBN: 985-12-0954-8



9 789851 203643