SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción

Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en un zona rural del centro de México

Ivonne Szasz

301.42608
D637
no.3

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

3

DOCUMENTOS
DE TRABAJO
No. 3
SEXUALIDAD,
SALUD Y
REPRODUCCIÓN

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A 13 MUJERES QUE SE PRACTICARON LA CIRUGÍA ANTICONCEPTIVA EN UNA ZONA RURAL DEL CENTRO DE MÉXICO

Ivonne Szasz

Esta es una publicación del
Programa Salud Reproductiva
y Sociedad
México, D.F.,
2001

Comité directivo:

Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Gustavo Verduzco Igartúa

Investigadores del PSRS:

Carlos Echarri Cánovas
Juan Guillermo Figueroa
Susana Lerner Sigal
Irma Saucedo González
Claudio Stern Feitler
Ivonne Szasz Pianta

Si desea recibir otros
números solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal de
Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.,

El presente trabajo contiene un análisis preliminar de entrevistas hechas en profundidad a 13 mujeres del municipio de Actopan, en Hidalgo. Se refiere a los significados que atribuyen las mujeres entrevistadas a la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Estas entrevistas forman parte del trabajo de campo de una investigación sobre cirugía femenina anticonceptiva coordinada por el Profr. Juan Guillermo Figueroa Perea, entre 1992 y 1994.

Este análisis preliminar no profundiza en la interpretación de los significados que estas mujeres atribuyeron a la cirugía anticonceptiva, ni se refiere al proceso de negociación que las llevó a esta práctica, ni ahonda en la valoración posterior que hacen de la cirugía. Constituye únicamente un primer acercamiento al material de campo sobre sexualidad y reproducción que contribuirá a ubicar posteriormente el universo de significados en el que se situaron las prácticas anticonceptivas de estas mujeres.

Se busca difundir estas interpretaciones preliminares por medio de este cuaderno de trabajo para facilitar la discusión y retroalimentación con otros investigadores e investigadoras. La publicación de cuadernos de trabajo que contienen versiones preliminares de análisis de resultados de investigación constituye uno de los objetivos del área de sexualidad y género del Programa "Salud Reproductiva y Sociedad" de El Colegio de México. El presente trabajo forma parte de ese esfuerzo de difusión.

En las ciencias sociales contemporáneas se denomina "investigación cualitativa" a aquellos procesos de investigación en que los datos empíricos se obtienen mediante etnografías (en las cuales son elementos centrales la observación y la verificación de los datos) o mediante historias de vida, relatos, testimonios o entrevistas individuales o grupales. En este último tipo de material cualitativo, la base para el análisis son los textos obtenidos de las narraciones o diálogos realizados.

Este material puede ser producido y analizado mediante diferentes tipos de abordajes no excluyentes, entre los que destacan los de la etnografía clásica, la interpretación antropológica posmoderna, la historia oral, la teoría fundamentada, los enfoques fenomenológicos, los enfoques interpretativos basados en el interaccionismo, enfoques feministas críticos del positivismo y diversos tipos de análisis del discurso y de las representaciones de los sujetos (Denzin y Lincoln, 1994).

El presente análisis de entrevistas utiliza algunos de estos enfoques de manera flexible, constituyendo un primer acercamiento exploratorio a los datos. Las entrevistas hechas a 13 mujeres operadas del municipio de Actopan no buscaban abarcar una muestra representativa de un grupo mayor de mujeres, sino profundizar en las percepciones, valoraciones y sentimientos expresados por un pequeño grupo de personas. En casi todos los casos las investigadoras participantes llevaron a cabo directamente las entrevistas. Las entrevistadoras eran mujeres instruidas procedentes de la Secretaría de Salud, elementos que deben ser considerados en la interpretación de los datos. Los textos obtenidos no fueron narraciones sino diálogos de preguntas y respuestas, en los cuales las expresiones de las entrevistadas constituyen argumentaciones y reacciones frente a preguntas de mujeres urbanas, instruidas, de clase media, identificadas por las mujeres operadas, como doctoras, maestras o universitarias. Las entrevistas abarcaron una serie de temas y se obtuvieron en dos o tres visitas a cada una de las mujeres.

La guía para la entrevista fue elaborada con base en la definición de categorías emanadas de un marco teórico elaborado por el coordinador de la investigación y derivan del interés central de la misma: identificar los elementos que enmarcaron los procesos de toma de decisión y la valoración posterior que hacen mujeres operadas sobre la cirugía anticonceptiva. Se eligieron mujeres de una zona rural tradicional del centro de México, por que el análisis estadístico de encuestas sociodemográficas señalaba particularidades en los procesos para decidir y en la forma de valorar la operación entre las mujeres rurales de baja escolaridad: a menor escolaridad y entre menos urbano el lugar de residencia, mayor era la proporción de mujeres que reportaban irregularidades en el consentimiento para la operación (Figueroa, 1994).

Las entrevistas buscaron profundizar en los códigos culturales que expresaban las entrevistadas, en las particularidades de la trayectoria de vida que describían estas mujeres rurales operadas y en las percepciones de su relación con las prácticas anticonceptivas y con los servicios de salud.

Este primer acercamiento interpretativo a los textos logrados mediante estas entrevistas se basa en la literatura sobre género, sexualidad y reproducción, en algunos elementos del marco teórico de la investigación y en el ordenamiento y sistematización del material de campo con base en categorías y conceptos que emanaron de las propias declaraciones de las entrevistadas. Más que responder a preguntas de la investigación, este primer ordenamiento

de los datos sirve para abrir interrogantes y plantear hipótesis provisionales sobre las relaciones sociales que se ponen en juego en la reproducción humana.

A través de esta primera exploración de las declaraciones de las mujeres, se intenta vincular sus experiencias de vida —tal como aparecen construidas en sus relatos— con relaciones y procesos sociales más amplios.

Los niveles de análisis

Para el análisis de las historias de vida de las 13 mujeres se definieron tres niveles interpretativos: en primer lugar, el escenario cultural. Los códigos culturales compartidos se desprenden de las declaraciones de las entrevistadas sobre normas y valores relativos al comportamiento sexual y procreativo; un segundo nivel está conformado por las relaciones interpersonales que relatan las mujeres entrevistadas, que van conformando también pautas y condicionamientos para su conducta reproductiva; finalmente, analizamos el nivel del ámbito emocional que comprende las manifestaciones de deseos, temores, emociones y sentimientos presentes en las declaraciones.

Estos tres niveles de análisis son particularmente relevantes en el contexto rural del centro de México, entorno en que la fusión del individuo con el grupo familiar y comunitario es aún muy intensa y la presencia normativa de los preceptos sobre el comportamiento adecuado para hombres y mujeres es muy grande. Se trata de un contexto donde el significado de los procesos de individuación tiene un sentido distinto del que se da en los grupos medios de las ciudades y donde los lazos de solidaridad grupal y sistemas de obligaciones recíprocas intra e interfamiliares tienen más peso que en el entorno urbano.

En cada uno de estos niveles de análisis, se tomaron en cuenta las dimensiones que señalan los estudios sobre determinantes sociales del comportamiento reproductivo que pueden moldear el ámbito de las decisiones individuales: el estrato socioeconómico de pertenencia, el nivel de escolaridad, la edad o grupo generacional, el contexto de socialización, las características de la familia de origen, las condiciones del hogar actual y las condiciones de la prestación de servicios anticonceptivos.

1er. Nivel de análisis: El Escenario Cultural

Este nivel de análisis se refiere a las normas y valores que guían el comportamiento humano en colectividad. Se intentó captar cuáles son las instituciones y los arreglos institucionales para la vida en sociedad en el contexto estudiado a través del sistema de símbolos y significados compartidos que expresan las declaraciones de las entrevistadas y que se traducen en el requerimiento y la práctica de roles específicos. Analizamos estas prescripciones a través de sus expresiones verbales y los relatos sobre sus prácticas en torno a la anticoncepción, el embarazo, la unión conyugal y la maternidad. Analizamos también las expresiones que dan cuenta de sus ideas sobre el cuerpo, la salud y la reproducción.

1. Valoración de la anticoncepción

La práctica anticonceptiva es considerada una práctica legítima en el entorno cultural estudiado cuando la practican mujeres con pareja estable que tienen al menos dos hijos. En este contexto, ser madre dentro de una unión conyugal legitima la posibilidad de usar anticonceptivos. No existe percepción de infracción a normas religiosas o de género; a los componen-

tes de la identidad femenina o a la valoración de la maternidad, que se opongan al uso de anticonceptivos. En estas mujeres, el uso de anticonceptivos no genera sentimientos de culpa, ambivalencia, declaraciones de desconocimiento, silencios, ni remordimientos. Todas las mujeres entrevistadas declararon que después de haber tenido el primer hijo (o después de varios hijos) tuvieron conocimiento de la existencia de métodos para controlarse y evitar los embarazos, y mencionaron diversos métodos modernos sin rechazarlos desde un punto de vista moral.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas intentaron y usaron uno o varios de esos métodos antes de pensar y de decidir la operación, sin que tengan dificultades o inhibiciones para expresarlo, sin manifestar conflicto normativo, sentimientos de culpa o vergüenza ni remordimientos por haberlos probado o usado. No perciben que esos anticonceptivos ni el hecho de haberse operado atenten contra su identidad de mujeres o su valoración como madres en tanto ya tienen hijos, y en la mayor parte de los casos, varios hijos.

Entre estas mujeres, el número de hijos que legitima el inicio del uso de anticonceptivos varía según el nivel socioeconómico, el entorno de socialización y la escolaridad.

Las mujeres que residieron parte de su vida en contextos urbanos y alcanzaron niveles de escolaridad superiores a la primaria son las más cercanas a los conceptos médicos sobre la reproducción. Admiten haber conocido la existencia de los métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida reproductiva. Dicen que comenzaron a usar o a pensar en el uso de anticonceptivos a partir del primer hijo, y en dos casos extremos intentaron débilmente usar alguno, incluso después de la primera relación sexual, o una vez iniciada la unión conyugal, para posponer un poco el primer embarazo.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas fueron socializadas en un entorno rural, son de baja escolaridad (menos que primaria completa), y viven en condiciones de pobreza. Estas mujeres comenzaron a informarse, a hablar, a pensar en el uso y a usar anticonceptivos después de tener varios hijos. Todas ellas niegan haber tenido siquiera conocimiento de la existencia de los métodos antes de su primer embarazo. Incluso negaron la posibilidad de pensar siquiera en ellos antes de ser madres y de haber iniciado una unión conyugal socialmente aceptada. Decir que *conocía* de los métodos parece implicar que *hacía* o pensaba hacer algo.[1] Está implícito en esta normatividad que *nadie sino el esposo* puede introducir a la mujer —por la vía de los hechos— en los conocimientos sobre su cuerpo y la reproducción, y que el derecho o la posibilidad de conocer sobre ello solamente se justifica en la medida en que es o está en vías de ser madre.

> ¿Usted sabía que si tenía relaciones sexuales podía quedar embarazada? Sí, o sea...como estuve estudiando y trabajé en el centro de salud...Y ¿sabía algo de cómo eran las relaciones sexuales? No. O ¿cómo se hacía? No, no, no sabía ...¿Nada, nada? No. (2)

Incluso algunas entrevistadas que claramente se puede suponer que conocían sobre los métodos anticonceptivos —por su elevada escolaridad— declaran que no los conocían o que no habían escuchado hablar de ellos antes de su primera relación sexual. Solamente dos entrevistadas —las de mayor escolaridad y nivel socioeconómico— señalan que sabían de su exis-

[1] Aunque las entrevistadas conocieran de los métodos antes de casarse, las normas culturales de su entorno indican que no deben saber sobre ellos cuando aún no es legítimo que tengan conocimiento sobre la vida sexual y procreativa, es decir, antes de una unión socialmente aceptada.

tencia. Una no pensó en usarlos en la primera relación sexual porque no fue prevista, y en el otro caso el novio usaba condones.

En las entrevistas de casos extremos de mujeres rurales de mayor edad, o con una muy elevada valoración y deseo de maternidad, tampoco aparece que exista conflicto moral en el uso de anticonceptivos después de la unión y de la procreación, aunque opten desde el inicio de su práctica anticonceptiva por la medida más extrema: la operación. Estas mujeres ni siquiera intentaron alguna medida anticonceptiva antes de completar la descendencia deseada —o incluso más que la deseada—, pero aun en esos casos la anticoncepción fue vivida sin conflictos de infracción de normas religiosas o de género.

Las entrevistadas no parecen percibir conflicto entre el discurso moderno de la iglesia católica sobre la anticoncepción y el discurso de los programas de planificación familiar. Ambas normatividades han sido reinterpretadas por la población, de tal manera que se toma de cada una de ellas lo que no infringe otras normas socialmente interiorizadas sobre el comportamiento sexual, conyugal y procreativo apropiado para cada género. Las claves culturales sobre el uso de anticonceptivos y los procesos de toma de decisión sobre la operación femenina —y sobre otros métodos— no parecen basarse en el discurso religioso actual sobre el uso de anticonceptivos, sino en normas mucho más antiguas, mucho más arraigadas en la población, que se refieren al género y la sexualidad.

Mientras los anticonceptivos no los usen mujeres o jovencitas que no tienen una pareja socialmente aceptada, el conocimiento y el uso de ellos no entra en conflicto con estas normas culturales. A la inversa, el uso, e incluso el conocimiento, o el hablar de estos métodos entre jóvenes que aún no se han casado o escapado con un hombre —que son hijas de familia— atenta contra su reputación de señoritas. Implican que ejercen, piensan o desean ejercer su sexualidad sin procrear.

> "Yo sabía por ejemplo de las pastillas...en sí de todos los anticonceptivos ya sabía, pero siempre pensé que si yo algún día usaba, o sea, todos se iban a dar cuenta, porque luego decían que la chica que tiene relaciones sexuales que le cambia el cuerpo. Y ¿por eso no tomaste nada? No, porque yo no quería que se dieran cuenta" (10)

> "...me dijo mira, yo te quiero para mi compañera, no nada más quiero que sea para un rato, yo no quiero que vayas a empezar a tomar eso de anticonceptivos ni nada de eso...yo lo que quiero es tener hijos y nunca se te vaya a ocurrir hacer alguna tontería". (10)

> "...sí intenté tomar pastillas pero él estaba desesperado porque yo no me embarazaba...¿Por qué no te atreviste a decirle que se esperaran? Pensé yo que a lo mejor se iba a enojar...pues a lo mejor hasta me dejaba, decía yo..." (2)

Incluso, cuando ya es visible socialmente que una joven inició su vida sexual porque ha tenido un embarazo, porque ha tenido hijos, o porque ha vivido con un hombre, pero no tiene una pareja actual socialmente aceptada, el uso de anticonceptivos aparece problemático. Si tuvo un embarazo o un hijo no asumido por el padre de la criatura, al iniciar una nueva relación sexual, con el mismo hombre o con otro, no declara conocer anticonceptivos ni usarlos. Esto se relaciona probablemente con el estrecho vínculo que existe en México entre embarazarse e iniciar una unión conyugal. Si una mujer usa anticonceptivos en esa etapa previa a la unión, incluso si los conoce o si habla de ellos, se está implicando que no desea tener un hijo de ese hombre. Tener una relación sexual sin desear y buscar un hijo —a menos que la relación sea forzada— implica que lo que desea es

la relación sexual en sí, deseo que contradice las normas sobre el comportamiento sexual adecuado en las mujeres. Una vez que inicia una relación conyugal, es necesario que tenga hijos de la pareja socialmente aceptada —aunque haya tenido hijos antes como soltera— antes de iniciar el conocimiento, el hablar, o el usar anticonceptivos.

> "Fue hasta después de la niña, como a los cuatro meses yo me embaracé otra vez del niño, y ya hasta después del niño sí; sí me cuidé cuatro años"(13).

Estas normas son algo diferentes para las jóvenes entrevistadas que han completado su educación secundaria. Al menos dos de ellas usaron anticonceptivos en sus relaciones sexuales premaritales, pero una de ellas no lo decidió, sino que los usaba el novio, sintiendo miedo y culpa por sus relaciones sexuales y teniendo luego un embarazo no deseado, y la otra sintió temor frente a la reacción del novio cuando supo que estaba embarazada. En otras palabras, su mayor escolaridad les permite admitir que tuvieron relaciones sexuales sin intenciones procreativas, pero aún no sienten completamente legítimo ese comportamiento.

> "...me sentía yo muy mal...yo ya no quería ni acercarme a mi mamá, yo sentía que por el hecho de pasar junto de ella, ella ya iba a saber...me sentía como que hacía yo mal". (9)

La operación femenina es percibida en un nivel diferente del resto de los métodos anticonceptivos. Los demás anticonceptivos son para "controlarse" y la operación es para "ya no tener más hijos". De manera bastante uniforme, las entrevistadas consideran que la decisión sobre métodos para "controlarse" y la decisión sobre la operación son diferentes, por el carácter irreversible y definitivo de la operación, y porque puede afectar sensiblemente las relaciones de pareja. Sin embargo, no por eso la operación contraviene, más que los otros métodos, las normas religiosas, de género y sobre valoración de la maternidad. Las respuestas son enfáticas en el sentido que ya cumplieron, y cumplieron a veces más de la cuenta, con su deber social de ser madres, y que eso les permite operarse. Sin embargo, varias de ellas no justifican que una mujer se opere cuando el esposo no está de acuerdo —a menos que él sea desobligado con sus deberes de proveedor— y otras retrasaron la operación hasta que el esposo estuvo de acuerdo.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas dijeron que deseaban operarse. En dos casos extremos de trayectoria de vida en la que no existe ningún antecedente de ejercicio de toma de decisiones ni percepción de opciones personales —la mujer se encontraba totalmente diluida en la familia y en el destino—, la decisión fue tomada por un médico particular y el esposo, pero sin que existiese ninguna oposición o conflicto por parte de la mujer. Del contexto de las entrevistas se desprende incluso que se sienten gustosas de que el esposo y el médico hayan tomado esa decisión, que la sienten favorable para ellas, y que tal vez la habrían aceptado igual varios años antes. Aun en estos casos, no existe conflicto entre su incapacidad de actuar y decidir por sí mismas, su elevada valoración de las normas de género y el hecho de estar operadas; tal vez porque la decisión la tomó, desde su punto de vista, el esposo y el médico.

> "¿Ya había oído hablar de la operación? No, este, después me dijeron, me comentó eso el médico, que me iba a operar. ¿El doctor le dijo que la iba a operar? Ajá y...habló con mi esposo...de una vez decirle, para que los otros no tengan problemas, me dijo el doctor, y sí ya decidió que sí, que me operara. ...¿Usted como lo tomó? Pus para mí yo digo que estuvo bien, porque para no tener más niños ni nada." (13).

"¿Y en algún momento pensó en operarse para ya no tener hijos? El doctor dijo que ya tenía...el mismo doctor me dijo que ya no tuviera familia. ¿Y qué pensaba su esposo? Pues nada, si ya había dicho el doctor que ya me tenía que operar, ya que... ¿Cuándo fue la primera vez que usted supo de la operación? Fíjese usted que no...no... cuando me dijo el médico. Cuando me estaba atendiendo de mi último hijo el médico llamó a mi esposo y le dijo que ya me tenía que operar, lo habló también con mis hijos." (12).

"¿Quién cree usted que tiene que tomar la decisión de que una señora se opere, la esposa, el esposo o los dos? El esposo." (12)

"¿Quién cree que debe tomar la decisión que una mujer se opere? Yo digo que él (esposo)."(4)

En el otro extremo, una mujer con una elevada valoración de la maternidad, que gusta tanto de los niños que querría seguir teniendo más, y que toda su vida ha tomado decisiones muy autónomas y muy claras, aparece como el único caso de arrepentimiento por haberse operado, y algunas mujeres con educación secundaria dudan sobre la posibilidad de desear hijos más adelante.

"¿A usted le gusta estar operada? Pues no, pero ya...¿Y qué es lo que le desagrada? Pues eso de que ya no voy a tener niños. ¿En algún momento se ha sentido arrepentida de operarse? Sí. ¿En qué momentos? Cuando estoy solita... cuando de repente veo a mi niña que ya está grande y que ya no es una bebecita ¿Entonces quisiera tener otro? Sí. ¿En algunas ocasiones se siente bien y en otras no? Ajá. ¿Cree que se debe sentir de alguna manera especial por estar operada?...
...triste por ejemplo..." (6)

"...sí le dan a uno tentación ver niños chiquitos, le dan a uno tentación..." (2)

"...así con el tiempo así...no, no pero ...no creo que haiga arrepentimiento, ¿verdad?" (3)

"¿Si te hubieran dicho que ya nunca ibas a volver a tener hijos, hubieras dicho mejor no me opero y uso otra cosa? Pues...pues la verdad sí, hubiera dicho que no..." (1)

Coincidiendo con estas normas, el único aspecto que es percibido como problemático y vivido con ambivalencia o conflicto es el uso de anticonceptivos —incluida la operación— sin el conocimiento y consentimiento del esposo. La ausencia de este consentimiento ha retrasado en varios años —y varios hijos— la práctica de la operación en varias mujeres. Las únicas circunstancias que justifican normativamente el uso de anticonceptivos sin este consentimiento son que el esposo incumpla con sus normas de género (ser desobligado, no proveer para el hogar, ser infiel y abandonador).

En cuanto a la adopción de normas nuevas, en lugar de haber interiorizado las normas de la iglesia católica que prohíben el uso de anticonceptivos distintos al ritmo y el retiro, se han interiorizado algunas normas que se derivan del discurso de los programas de planificación familiar. Estas normas legitiman el uso de anticonceptivos y la operación femenina, señalan que dos hijos dentro de una unión es el número ideal que debe tener una mujer, y permiten a las mujeres que valoran positivamente el hecho de haberse operado racionalizar un argumento económico. Esta racionalidad económica —ya no tener más hijos para darles a los que tienen, o para que no les falte a los que tienen— les permite explicar que se operaron "por sus hijos", que se sienten moralmente bien y que la operación no les causa conflicto. A su vez, permite a las mujeres que no están claramente satisfechas de haberse operado, repetir el mismo argumento económico sugerido por los médicos, que justifica lo que hicieron, y que tal vez calma o atenúa sus sentimientos de ambivalencia y conflicto. La operación a que se sometieron puede atentar contra sus deseos o

parte de sus deseos, pero están cumpliendo con normas socialmente aceptadas.

> "...que pus, que la vida está muy cara ahorita para seguir teniendo hijos...que si a poco yo quería estarme...seguirme embarazando para tener hijos, hijos, y que me operara, que era mejor que me operara..." (1)

> "...pues...me decidí ora sí que por...más que nada por los niños ¿verdad? que no sean tantos hijos porque pues el día de mañana...los que sufrirían serían ellos, porque pus serían tantos y tantos niños..." (1)

> "...ora sí que por los niños nada más" (6)

> "...mi esposo ya me dijo que ya no quería más hijos porque la verdad ya no le alcanza para... la escuela y todo eso..." (4)

> "...para qué quería yo hijos y hijos, que si fueran hombres qué cosa les íbamos a dejar con el tiempo, si no tenemos terrenos..." (4)

> "...es mejor así, para darle más a los que ya tenemos" (6)

Cabe preguntarse porqué la sexualidad no procreativa aparece tan conflictiva antes de la unión conyugal o antes del primer embarazo, y sin embargo se acepta sin conflicto dentro de una unión y después de haber tenido hijos de esa unión. Aparentemente, el haber sido madre de por lo menos un hijo legítimo —en lo posible dos— parece deserotizar la participación de la mujer en el coito. Las entrevistas están llenas de manifestaciones de ausencia de deseo sexual en las mujeres unidas que ya han procreado. Estas expresiones pueden estar delineando una norma social, en el sentido que las mujeres quieren las relaciones sexuales para procrear o aceptan para complacer al esposo.

> "¿Y a usted le gusta estar con él? Bueno, sí pus, ya qué...si pus, ya ver que diga uno que ya no. ¿Es obligación de la esposa complacer a su señor? Sí, claro, ajá." (12).

> "¿Por qué seguiste aceptando? Ya no quería estar con él y no sé, no sé, ora sí que no quería pero me iba yo con él...ya no sentía deseos de estar con él pero sentí que como que al haberme ido con él, ya era algo obligatorio ..." (9).

Después de la operación femenina las práctica sexuales son relatadas como si ya hubiera sobrevenido la menopausia de la mujer, sugiriendo para las operadas normas de comportamiento conyugal semejantes a las de mujeres que han salido de las edades reproductivas. En las declaraciones de las entrevistadas aparece altamente rechazada la idea de la operación en una mujer que no ha procreado, mientras que no aparece ningún conflicto con operarse a una edad muy temprana. Opinan las jóvenes que si ya ha sido casada y madre, puede operarse independientemente de la edad que tenga.

2. Valoraciones sobre el embarazo

En el contexto cultural observado, el embarazo, y en especial el primer embarazo, es altamente valorado solamente si ocurre dentro de una unión conyugal. Varias entrevistadas manifestaron sentimientos claros de rechazo a su preñez y al hijo cuando al embarazo no siguió de inmediato una unión conyugal. Otras, que sí lograron la unión durante el embarazo, manifestaron que vivieron momentos de intenso temor frente a la posibilidad de que ésta no se produjera.

> "¿Que sintió cuando supo que estaba embarazada?(14 años)...pues mucho miedo" ¿Usted se sentía más importante por ser mamá? No. (7)

> "¿Y cómo se sintió después? (primera relación sexual) Pues mal, o sea sí me sentí mal, porque

pues luego mi regla no me bajó y mi estómago creció" (7)

"Me sentía yo mal...quisiera en ese momento destriparme y sacarme lo que tenía yo adentro... es que me entraba coraje, no se crea...el malvado hombre me dejó, ya no vio por mí. ¿No se sentía más importante por estar embarazada? Ay, yo no, yo me desesperaba mucho..."(8)

"...yo también cometí...bueno a la vez yo me quise ir pero a la vez digo "que tal si me abandona por acá y yo cómo me regreso" y yo ya había...yo ya había cometido el error con él, sí..." (11)

"...por eso me empezó a dar mucho miedo...y ya no me bajó...ya las metí todas...si salgo embarazada me mata mi madre..." (9)

"Pues primero sentí emoción y me dio alegría, pero en seguida pensé en él ...y dije ¡ay!, no pues, qué hago, y dije no pues, tiene que saberlo...lo busqué y le conté y pues sí tenía miedo de eso... yo tenía miedo que me respondiera no, y me dijo que pues...que estaba feliz...". (10)

"...pues sentí como miedo, o sea, sí, sentía como mucho miedo, así era lo que sentía ¿Te sentiste más importante o más mujer? Pues la verdad, no. ¿Tú lo querías tener? Pues los primeros meses no, no quería yo, pero pus ya después que recibí el apoyo de mi mamá ya dije pus ya ni modo..." (3)

En otras palabras, se trata de una cultura que valora muy positivamente la maternidad legítima, y muy negativamente la maternidad ilegítima. Existe un momento de las relaciones hombre-mujer en el que las entrevistadas reportan una pérdida de su valor: después de la primera relación sexual y antes de la unión conyugal. Luego, se adquiere nuevamente valor, ya no como señorita, sino como mujer, cuando se legitima el embarazo a través de la unión conyugal.

"...pos me sentía más diferente...más importante porque ya tenía... o sea... ya me había casado..." (3)

Si al embarazo no sigue la unión, la pérdida de valor continúa aunque la mujer esté embarazada, y aún después de ser madre.

"cuando una se engaña qué quiere usted...pues qué cree que se sienta...pus mete uno la pata" (12)

Un recurso que permite a la joven embarazada sin pareja mantener una situación de legitimidad social —y por tanto no perder tanto valor y aceptar positivamente su embarazo— es el hecho de haberse embarazado por un abuso o violación (el abuso demuestra que ella no deseó tener vida sexual).

"...así llegué a mi casa y le dije a mi mamá que habían abusado de mí, pero ya tenía yo dos meses de embarazada..." (6)

"¿Qué siente que había perdido? Pus había perdido...ser mujer...¿Por qué? Yo también este cometí...bueno a la vez yo...había cometido el error con él" (11)

"pues...tonta la entrega...después de eso me sentí mal...me arrepentí en seguida...pues me sentí sucia, o sea no, no me gustó...pues me arrepentí de haberlo hecho..."(10)

"...es que uno ya...uno ya perdió con él todo, ya no eres lo mismo, cuando uno estaba señorita ...ya ni modo ya..." (11)

"...es que del pesar, yo fui señorita con él y llegué señorita con él y me trató mal...yo para mí al lado de él valía yo menos..." (8)

"...él dijo que pues él sí se quería casar conmigo porque yo había sido señorita y yo me había entregado a él..." (6)

"...ya no sé, no es la misma de antes, o sea cuando es uno señorita, pues me sentía...o sea ...di-

ferente, me sentía yo insegura de algo... me sentía yo menos por haber hecho eso..." (3)

"...por temor, miedo, no había dicho nada... pensaba yo que...inclusive me había arruinado yo misma..." (1).

Detrás de estas normas culturales sobre el embarazo se sitúan nuevamente concepciones sobre la sexualidad femenina. Embarazarse sin un esposo es menos negativo que usar anticonceptivos sin estar casada. Al menos demuestra que el ejercicio sexual tuvo fines procreativos y que la mujer fue víctima del deseo sexual de otro. Sin embargo, existe una implicación diferente sobre la sexualidad de la mujer si el embarazo terminó en unión o si terminó en abandono. Existe una norma cultural, vigente en el medio estudiado, que señala que el varón tiene el deber de casarse con la joven con quien tuvo relaciones sexuales si ella era virgen. El abandono del hombre puede ser interpretado como que no tenía el deber de unirse, porque ella no era señorita. En estas normas reside el carácter infamante del embarazo que no es legitimado por una unión conyugal.

"...tenía yo miedo porque mi mamá y varias de sus familias de mi mamá igual habían fracasado" (7)

"no, ahí fracasé de las dos chamacas y después que yo fracasé de esas dos chamacas tuve ahora mi verdadero marido" (8)

"...me embaracé...se escondió...hasta mi hermano lo buscó...o sea que se fue y no lo volvimos a ver ...pensé que nada más me quería para relaciones... o sea me sentí mal...me regañaron muy feo...no salía yo de mi casa, nada más estaba yo encerrada ahí, pues por pena...pues me sentía mal porque pus al tener un niño así, sin un padre, pues sí, se siente mal". (3)

A pesar del enorme riesgo que representa ser abandonada, casi todas las entrevistadas declaran que tuvieron su primera relación sexual a escondidas cuando eran hijas de familia y que no las deseaban, y la mayor parte se embarazó casi de inmediato, iniciando casi siempre su unión conyugal de esa manera. Las que no se embarazaron en esas primeras relaciones sexuales, y las que no se casaron o unieron como consecuencia del embarazo, iniciaron otra unión algunos años después en la misma forma (embarazándose primero). Solamente una entrevistada declaró haberse casado antes de la primera relación sexual, y otras tres se fugaron hacia la casa del esposo y allí tuvieron su primera relación sexual, en lugar de tenerla a escondidas mientras vivían en casa de su mamá.

Estos elementos indican que en la cultura del contexto estudiado, tener relaciones sexuales para embarazarse es el camino aceptado para constituir una unión conyugal, y no se admiten las relaciones sexuales de jovencitas que no persigan ese fin. En otras palabras, se trata de una cultura que alienta la sexualidad de las jóvenes no casadas, siempre y cuando tengan por objeto lograr un embarazo y lograr la unión, pero no cuando estén motivadas por deseos eróticos o ganas de experimentar. Es una cultura que valora muy positivamente la maternidad siempre que se trate de los hijos adecuados dentro de la unión aceptada socialmente. Aunque se condenan las relaciones sexuales que no dan origen a una unión procreativa, una vez que la joven soltera es madre, es aceptada nuevamente en el seno de la familia de origen, y con el tiempo puede establecer una unión conyugal y tener hijos legítimos.

De esta manera, las mujeres entrevistadas expresaron sentimientos de alegría o aceptación frente a su primer embarazo, precedidas de un momento de incertidumbre por su futuro, y de rechazo al embarazo cuando después de éste no siguió o no existió una unión conyugal.

3. La unión conyugal

En el contexto cultural estudiado, el embarazo es el camino preferido para establecer una unión conyugal. La mayor parte de las mujeres entrevistadas tuvieron relaciones sexuales por una demanda del novio, con mucho temor de ser sorprendidas por su madre. Algunas fueron sorprendidas cuando estaban embarazadas y la madre de la joven "los casó". Otras planearon el matrimonio o la fuga con el novio, cuando éste reaccionó positivamente al saber que estaban embarazadas. Finalmente, varias se unieron primero, yéndose con el novio a casa de sus padres, donde luego se embarazaron y "los casaron".

Cuando la primera relación sexual precedió a la unión, las entrevistadas declaran que se dejaron llevar, que no sabían lo que hacían, que quisieron complacer o que se sintieron presionadas, pero en ningún caso declaran que deseaban la relación. Cuando se produjo primero la fuga, declararon que tuvieron que aceptar la relación sexual porque ya se habían ido con él, descartando nuevamente la posibilidad de haberlas deseado. En todos los casos, la primera relación sexual parece representar una entrega y una pérdida para la mujer.

Estas normas sugieren la internalización del rechazo social hacia el deseo sexual femenino, así como haber asumido estrictas medidas de control social de la sexualidad para evitarlo. Estas normas operan procurando que no exista distancia entre el inicio de la sexualidad, el embarazo y la vida conyugal y por ese motivo la anticoncepción previa al primer embarazo aparece proscrita. Aunque casi ninguna de las entrevistadas inició su vida sexual después de casada formalmente, la mayor parte se unió conyugalmente muy poco después de iniciada su vida sexual y se embarazó apenas iniciada ésta. Cuando existió un intervalo entre el inicio de la vida sexual y el momento de la unión —generalmente cuando el primer embarazo fue seguido de un abandono— las mujeres prácticamente no tuvieron vida sexual en el lapso intermedio.

Algunas mujeres entrevistadas deseaban el matrimonio cuando eran jovencitas, sin pensar en las cualidades del esposo, porque deseaban salir de su hogar de origen. Algunas ni siquiera tuvieron tiempo de pensar en el matrimonio, tan rápido se sucedieron la menarca, el conocimiento del novio, la primera relación sexual no deseada, el primer embarazo y la unión. Otras, se embarazaron pero no se casaron, deseando el matrimonio cuando ya estaban solas con su hijo. Las que tuvieron un noviazgo propiamente tal, con tiempo para conocer al novio y pensar en casarse, se reducen a tres casos.

> "...¿Se fueron a casa de él, de la familia de él? Si, Si, nos casaron ahí (14 años)" (12)

> "...ora sí que el papá de mis hijos lo tenía yo escondido y entonces ya me fui con él" (11)

> "...y fue pues a los 7 días de que ya habíamos sido novios me entregué..." (10)

> "...lo conocí antes de cumplir los 19 años... en octubre nos hicimos novios y en diciembre que me voy con él..." (9)

> "¿Qué cosas cambiaron en su vida a partir de que empezó a tener relaciones? Pues cambió en que ya tenía yo un niño, ya tenía yo marido..." (7) (14 años)

> "...él llegó solo a la tienda y mi mamá lo espió, mandó espiarlo y lo agarró...fue cuando nos tuvimos que casar" (14 años) (7)

> "¿Por qué se quería casar? El juntarse con un hombre pus ya te podía sacar a algún lado y estando en mi casa pus no..." (4)

> "¿Tú te querías casar para tener hijos? pus... sí...pero no pronto...o sea..."(2)

"...a mí no me gustaba tener novio...quise tener novio nada más para que mi mamá no sintiera celos más de mí..." (6)

"Me aferré a él, a que me quiero casar y me quiero casar. Antes de embarazarte, ¿habías pensado en casarte? No. ¿Imaginado? No." (1) (14 años).

"...y al ver que mi mamá se enojaba porque tuviera yo novio...decía yo, no me queda otra, ...y me dijo que me fuera con él. ¿Y usted sí quería? pues la verdad, con miedo y sin miedo, pero sí" (2)

Para las mujeres entrevistadas parecen existir solamente tres opciones de estado conyugal culturalmente aceptables: 1) permanecer como señorita en la casa de su madre; 2) vivir conyugalmente con un hombre; 3) ser madre soltera. En este último caso puede vivir con su madre o dejar el hijo con su madre y migrar para trabajar. La primera opción solamente es válida hasta cierta edad. Una mujer que no se casa y que no tiene hijos es poco valorada socialmente en el contexto estudiado. La tercera opción es muy temida por las mujeres, es un riesgo que puede resultar del inicio de su vida sexual, pero constituye también una etapa transitoria, de espera, igual que la primera. La opción más valorada socialmente en el contexto cultural estudiado es la unión conyugal, y la posibilidad de que una mujer viva sola o permanezca soltera por su decisión es culturalmente inconcebible, no existe como opción.

Estas normas sobre el control social de la sexualidad por la vía del matrimonio y la procreación tempranas parecen estar en la base del comportamiento anticonceptivo de las mujeres de este entorno rural de México, sobre todo en la declaración de desconocimiento y la falta de uso antes y hasta después de tener hijos dentro de la unión.

La normatividad local sobre el matrimonio implica una serie de obligaciones masculinas y femeninas claramente delimitadas, en las que aparecen muy definidos los estereotipos de género. Aunque hay variaciones en el nivel de colaboración de los cónyuges con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, su participación en estas tareas no constituye su obligación central, que es la de proveer económicamente para la familia. La falta de colaboración en las tareas domésticas no justifica, para estas mujeres, que ellas dejen de cumplir con sus deberes, entre los que se cuenta tomar en conjunto, con el esposo las decisiones sobre su cuerpo y capacidad reproductiva. En cambio, la falta de la esposa a las obligaciones que le corresponden por su género —atenderlos, hacer el quehacer, cuidar a los niños, ser fieles— justifica ser golpeadas por el esposo, y la falta del marido a sus obligaciones genéricas —proveer económicamente— justifica que la mujer tome por su cuenta decisiones anticonceptivas. La falta de colaboración del esposo con la práctica anticonceptiva justifica también cierta autonomía de las mujeres en las decisiones reproductivas. Sin embargo, parecen más satisfechas con su matrimonio y con su vida las mujeres que logran la colaboración del esposo que aquellas que se ven orilladas a asumir cierta autonomía.

4. La valoración de la maternidad

Contrariamente a lo esperado, pocas mujeres entrevistadas señalaron al deseo de tener hijos como la motivación principal para buscar una unión. Los hijos vinieron inevitablemente por el hecho de estar unidas, y en general los primeros hijos dentro de la unión fueron aceptados con alegría, pero pocas mujeres recuerdan haber planeado su futuro, y dentro de este futuro, no mencionaron haber deseado de manera especial tener hijos, aunque todas pensaban

que los tendrían. En cambio, varias fantasearon con trabajos y con estudios, y una con la casa que tendría una vez casada, declarando que los proyectos de trabajo y de estudio no se pudieron realizar por la llegada de los hijos, pero sin lamentarlo.

> "Qué quiere usted, ya uno trae la maleta, ya qué...uno piensa pero ya qué, ya no nos queda otra" (12)
>
> "¿Quería estar embarazada? Pues aunque yo no quisiera, ya cuando estaba yo..." (4)
>
> "...yo era bien chica y me agarraba un sueño bien pesado...se me enfermaba mucho el niño... era bien latoso, era bien llorón...ay no si yo era bien descuidada..."(7)
>
> "¿Qué esperaba, cómo imaginaba que iba a ser su vida después? ...Pus...pus yo pensaba que a lo mejor después me podía encontrar otro novio y me casaba yo y ya nada más..."(4)
>
> "¿Usted quería tener un hijo luego, luego? No, luego, luego no porque yo quería trabajar también, pero pues que iba yo a hacer...él no me dejaba trabajar..."(2)
>
> "...pensaba yo que...inclusive me había arruinado yo misma...pues el que me haya yo embarazado y de que hubiera yo dejado de estudiar..."(1)
>
> "¿Qué sintió ser mamá por primera vez? Pus nada... ¿No sintió emoción, no dijo ya soy mamá? No. ¿No, nada? No." (4)
>
> "...feliz, o sea, feliz de tener a mi bebé... se siente uno más mujer...más diferente... tenerlo uno entre los brazos y amamantarlo se siente uno bien diferente..."(3)
>
> "...pus...orgullosa..." (12)

Aunque no se puede hablar de una planeación en la vida de estas mujeres —con excepción de la más escolarizada y de mayor nivel socioeconómico, quien ha planeado cuidadosamente su vida—, la mayor parte de las mujeres tenían algunas aspiraciones cuando jovencitas, que muchas no pudieron cumplir por la llegada de los hijos o porque el matrimonio no fue lo que pensaban. Querían estudiar una carrera, trabajar, ser enfermera, estudiar más, ser secretaria, ser maestra, ser modista, ser pintora, trabajar en un salón de belleza. Dos mujeres no expresaron aspiración alguna, y dos aspiraban simplemente a vivir fuera de la casa de sus padres o a que las sacaran a pasear. Varias entrevistadas trabajaron cuando aún vivían con sus padres, generalmente por necesidad y en empleos manuales y esporádicos, con excepción de una de las más escolarizadas, quien trabajó como obrera. A algunas el esposo les prohibió que trabajaran cuando se casaron, y las más pobres consideraron como ventaja de la unión que el cónyuge les ofreciera no trabajar. Casi todas consideraron imposible trabajar, o realizar sus aspiraciones de estudios y oficios no manuales, una vez que llegaron los hijos.

En otras palabras, no parece haber existido un sentido de planeación vital para estas mujeres, con la única excepción mencionada antes. Entre las aspiraciones que tuvieron cuando jovencitas no ocupaban un lugar claro el matrimonio y la procreación, aunque algunas alcanzaron a pensar que inevitablemente llegarían, y casi todas abandonaron sus aspiraciones de estudio y trabajo en cuanto se unieron y tuvieron hijos. En casi todos los casos, los hijos no fueron planeados, aunque hubo uso de anticonceptivos. En algunos casos se esperó el nacimiento de los hijos sin usar ningún método antes de la operación; en otros, tuvieron varios hijos por fallas en los métodos; y algunos nacieron por discontinuidad o descuido en el uso de algún método.

En una sola de las mujeres entrevistadas se aprecia una valoración extremadamente po-

sitiva de la maternidad. Desde niña fantaseaba con tener una casa bonita con muchos hijitos. Aunque aspiraba también a ser pintora o maestra y trabajó mientras fue señorita y madre soltera, es la única que no señala un número límite de hijos deseados. Después de 5 hijos muy deseados sigue deseando más, y manifiesta sentimientos de arrepentimiento por haberse operado. Es la única que tuvo su primera relación sexual planeada y conscientemente con el objetivo único de embarazarse. No aceptó casarse con el joven, porque lo que deseaba era el hijo, y fingió haber sido violada para ser aceptada con su embarazo en casa de su madre.

Varias mujeres señalan que se alegraron del primer embarazo porque su esposo quería niños, diciendo que ellos querían tener hijos por diversas razones. Algunas expresan que el trato del marido hacia ellas cambió positivamente durante el embarazo o cuando fueron madres. Otras informan que él siguió "igual" con ellas, aunque estuvieron contentos cuando nació su primer hijo, sobre todo si era varón.

> "Ay, si n'hombre! Qué cariño, hubiera visto, era yo una reina...y abráceme la panza y beso y beso..."(9)

> "...pus yo diría que se puso contento, no pus está bien..."(13)

> "...le dio mucho gusto...(ríe)...pues era lo que quería él...¿Te trataba mejor o igual? Si, no, mejor...como niña mimada..." (2)

> "...Ay, me dio mucho gusto...sí, si me sentía yo orgullosa de mi primer bebé...sí me dio gusto porque pus ya le dí un niño que él quería... de él que pues...de amor era ese bebé" (2)

> "...pues sí, sí me quiso más enseguida, era más cariñoso, me acariciaba la panza, platicaba con mi bebé, nos sentíamos felices de tenerlo ..." (10)

> "...él me había dicho que él quería tener un niño, decía yo bueno pues...él se desesperaba porque pus ya tenía yo tres meses y no me embarazaba" (2)

> "¿No te consentía más? Pues...no. ¿Te sentías más o menos segura cuando nació? Un poco menos segura, porque pus como no sabía ora sí que cómo tratar un niño..."(1)

Varias entrevistadas señalaron preferencias suyas o del esposo por un hijo varón. Aunque la preferencia del esposo no fue muy fundamentada (para que le ayude en el trabajo, o no sabe por qué), la de las mujeres fue muy consistente: "porque los varones sufren menos", vinculando sistemáticamente el sufrimiento femenino con los eventos reproductivos.

> "Ya nació mi niña...¿El sintió algún desencanto? Ah, sí, sí, yo lo vi como que no..."(13)

> "¿Qué querías que fuera? Niño. ¿Por qué? No sé, yo nunca quise una niña, porque las mujeres sufrimos mucho..."(9)

> "El quería niño primero...para que le ayudara en el trabajo" (5)

> "Sí, porque yo quería tener hijos...un hijo, un hijo, yo quería tener un niño, niño, no quería yo tener niña...yo decía que los niños no iban a sufrir como yo"(6)

> "...pero viéndolo ahora que todos hubieran sido niños, porque veo que los niños sufren menos, porque por ejemplo en mi caso yo me tuve que operar y él no quiso hacer nada...o sea que me hubiera gustado más que fueran niños porque sufren menos..." (7)

> "...las niñas es para que pus...me ayudaran al quehacer y los niños para que le ayudaran a su papá a trabajar" (4)

> "...quería niño, él, niño también..." (1)

"...como ahorita esta niña pues me da lástima, pasado mañana vaya a sufrir y luego ya ve que los médicos no atienden bien..." (8)

Una vez iniciada su vida reproductiva, las mujeres entrevistadas recuerdan haber tenido deseos de limitar la descendencia, pero pocas lo pensaron antes del primer hijo. A su vez, pocas hablaron con su reciente esposo o con su novio sobre los deseos o proyectos *de ellas* en cuanto a tener hijos. El tema de desear un hijo más o de cuántos hijos quieren se planteó, en la mayor parte de los casos, después de iniciada la descendencia. Sin embargo, varias mujeres conocían el deseo de su pareja de tener hijos antes de embarazarse, y ésta fue una motivación para sentirse contentas con su primer embarazo.

"...yo ya no quería tener otro hijo luego. ¿Y su esposo? Ese quería luego, luego..." (9)

"Yo quería tener dos hijos. ¿Y su esposo? También dos" (10)

"Mi primer esposo, él me dijo que por lo menos quería tener cuatro hijos. ¿Y usted? Este...¿yo? pus yo que sé, yo no sé" (11)

"...después de la niña, como a los cuatro meses, yo me embaracé otra vez del niño y ya hasta después del niño sí me cuidé..." (13)

"...después de Chelis sí (3a), inclusive me tomaba tés o algo, pero ya no me bajaba...yo ya no quería niños, o sea nació Nancy y yo ya no la quería y me embaracé del otro niño chiquito y pues menos... ¿Usted decidió cuando iba a tener a cada uno de sus hijos? No." (7)

"¿Cuántos hijos pensaba tener? Muchos. ¿Muchos? Si por mí fuera, yo todavía tuviera...a mí me gustan mucho" (6)

"Yo decía ya con estos (tres) y después ellos verán por mí, son pocos sí, pero ya uno saldrá malo...y no creo que todos los otros dos" (5)

"Nunca me dio por usar...ni sé que son...ni él me dijo que me pusiera yo nada..." (4)

"...o sea él su decisión era tener 4 y este... yo le decía que, pues, menos...o sea unos 3" (3)

"...ya después que tuve a mi segunda niña ya usé inyecciones..." (2)

También se percibe que, en general, las mujeres entrevistadas sienten satisfechos sus deseos de ser madres una vez que tienen dos hijos dentro de la unión. Una mujer declara que deseaba un solo hijo, otras dos querían 3, otra deseaba 4, una no sabe y otra sigue deseando más hijos. Las demás señalan que querían dos hijos. La única mujer de mayor edad (45), que no contempló opciones en su vida, incluyendo la de decidir el número de hijos, señala que con la vida que se lleva ahora es adecuado tener dos o tres. Algunas veces el esposo deseaba más hijos que ella, y en dos casos la mujer deseaba más hijos que el esposo.

Finalmente, ninguna mujer aceptaba la idea de que una mujer no tuviera hijos, y no imaginaba que alguna no quisicra tenerlos. Toda idea de limitar descendencia partía de la base que los hijos eran deseables y se debía ser madre.

"Como mujer que se es mujer para que tenga un hijo" (13)

"...muchas personas oía yo que decían que si tomaba así, antes de embarazarse, que ya después quedaba uno estéril, que ya no podía tener familia, y pus a mí sí me daba miedo no poder tener..." (2)

"¿Y si nunca hubiera tenido hijos? ...Ay, no, yo digo ay, no...siento yo que es la ilusión de uno, ¿no?...me sentiría yo mal, a lo mejor ni me hubiera yo casado..." (2)

"...tengo una prima que nunca ha tenido ni un bebé ...yo pienso que se siente loca, se siente muuy horrible..."(8)

"...pues mal, una de mis hermanas no puede tener hijos y les da celos..." (7)

"...está loca, porque nunca va a saber lo que es ser madre..."(6)

"...porque desea uno un hijo para con quien siquiera decirse...ver por uno...un hijo que de aquí a mañana ve por uno, esa es la ilusión de la mujer, ¿no? ¿sus hijos, no? verlos crecer (13)

"...ni tener quien le arrime un vaso de agua..." (12)

Frente a la pregunta de cuantos hijos debe tener una mujer para operarse, a veces señalaron que mínimo 4, o mínimo 2, y otras dijeron "los que ella quisiera", sin establecer un límite inferior o superior. Sin embargo, algunas justificaban la imposición (sin consentimiento) de la operación o del dispositivo en mujeres que tenían "muchos" niños.

Todas las mujeres rechazaron valorativamente, de manera categórica, la posibilidad del aborto. El argumento fue, en los casos en que se expresó, la idea de que el "niño" está vivo y es un crimen matarlo. Sin embargo, varias practicaron maniobras abortivas en los embarazos que no dieron paso a una unión conyugal y lo mismo hizo una de las mujeres que ya no deseaba más embarazos después de tener a sus primeros dos hijos. En todos los casos, las maniobras abortivas referidas fueron tés, inyecciones "para que baje la regla" y ejercicios físicos. Aparentemente, hacen una separación ética entre estas maniobras que intentan "regularizar la regla" y una intervención como el legrado o la inserción de sondas. Solamente estas últimas más directas, atentarían contra un "niño" vivo. Aun en los casos en que, por haberse iniciado un aborto espontáneo, las mujeres debieron someterse a un legrado no buscado ni deseado, tuvieron fuertes sentimientos de culpa y dolor por el posible hijo perdido.

De lo anterior se desprende que en el contexto estudiado existe una elevada valoración de la relación sexual procreativa, de la unión conyugal procreativa y de la maternidad. Sin embargo, esa valoración se ha llegado a independizar relativamente del número de hijos. No parece aceptable la idea de tener solamente un hijo, pero no es impensable, como la de no tenerlos. Tampoco parece aceptable la idea de quedarse solamente con hijos nacidos fuera de uniones conyugales. La norma socialmente aceptada parece ser la de tener dos hijos dentro de una unión conyugal, aunque se aceptan hasta cuatro cuando se tuvieron hijos fuera de la unión o cuando no se pudo controlar el número de hijos.

Estas normas parecen compuestas por la ideología de los programas de planificación familiar con una reinterpretación de las normas culturales preexistentes. La propia valoración de la maternidad sirve de justificación que legitima el uso de los anticonceptivos, puesto que se usan para beneficiar a los hijos que ya se tienen.

También se aprecia que los hijos aparecen incompatibles con los proyectos de trabajo o estudios que algunas mujeres imaginaron siendo solteras, y que sistemáticamente se afirma que los hijos son más importantes que haber realizado esos proyectos o fantasías. El único estado aceptable para una mujer adulta es vivir en una unión conyugal, con hijos (al menos dos) y sin trabajar. Lo único que justifica —excepcionalmente— que una mujer unida trabaje son las presiones económicas generadas por la presencia de los hijos. En otras palabras, la anticoncepción, la operación femenina y el trabajo femenino son culturalmente aceptados cuando se actúa situando como valor primero y motivación única el deber maternal.

5. La cultura sobre el cuerpo femenino, la salud y la reproducción

En el contexto estudiado aparecen varios niveles de conocimiento sobre el cuerpo y la reproducción. En primer término, existe una visión de las mujeres sobre su propio cuerpo como un cuerpo vinculado de manera muy estrecha con la reproducción, mismo que empiezan a conocer desde que se embarazan y que reinterpretan con base en lo que han escuchado en su interacción con otras mujeres y con los médicos y los servicios de salud.

En cuanto al cuerpo como lugar de sensaciones placenteras y posibilidad de contacto humano, aparecen expresiones negadoras de parte de las mujeres entrevistadas. Muy pocas expresan sentimientos —positivos o negativos— sobre su cuerpo en términos de la atracción erótica que pueden despertar.

> "A los quince años a mí me gustó ya ser señorita, porque me creció mi pecho, empecé a usar brasieres...me empezó a gustar que me chiflaran, que me hablaran, que me dijeran adiós mamacita, yo ya me sentía grande. ¿Se sentía bonita? Sí, me sentía yo bonita" (6)

> "...a veces sí me dice ay, ¿no que estás bien? porque los tejidos quedan bien flojos, ¿verdad? ...o sea que ahora ya le ven a uno a veces defec-tos, yo sí le contesto...pus no me quieras ver igual como antes y además por no cuidarme" (3)

> "...lo que me gustó pus, ya pus ya...me vestía yo bien...uno tiene otros pensamientos...la verdad pensábamos en el novio" (3)

A su vez, muy pocas refieren haber experimentado deseos eróticos o placer sexual. Existe una reiterada afirmación de desconocimiento de su cuerpo en cuanto a deseos sexuales. Antes de la primera relación sexual, casi ninguna mujer admite que sabía de esas relaciones, ni siquiera las que terminaron la primaria, una que cursó años de secundaria, y una que trabajó en un centro de salud. Las únicas excepciones son las dos mujeres de mayor nivel socioeconómico y más estudios, quienes tenían conocimientos sobre la fisiología de las relaciones sexuales y platicaron del tema con sus amigas antes de tenerlas. Después de iniciada la descendencia, nuevamente con pocas excepciones, las mujeres afirmaron que no sienten deseos sexuales, o que tienen mucho menos impulsos que sus esposos y que aceptan pasivamente esas relaciones, indicando una visión del cuerpo femenino como carente de la posibilidad de experimentar placeres sensuales y como cuerpo disponible para que el esposo sienta placer. La disponibilidad de su cuerpo para el esposo es menos absoluta en algunos casos, sobre todo entre las mujeres de mayor escolaridad.

> "...fue muy doloroso ir con él...yo estando allá no quería que se me arrimara, pero ya estando pus ya qué...pues ya después ya me dijo...ya ni modo, ya" (11).

> "...pues qué cree que se sienta...al cariño y ya ...ya ver que diga una que ya no..." (12)

> "¿Te gustaba tener relaciones? Sí. ¿Quien decidía cuando tenerlas? Él. ¿Nunca llegaste a decirle que no querías? Sí. ¿Y él que hacía? No, nada, no se enojaba. ¿Y cuando tú querías, le decías? No, nunca le he dicho nada (se ríe)...no pus, para mí como que no, no es una...no sé, cuando él me diga, pus ya. ¿Nunca has tenido ganas? No. ...¿Te costaba trabajo decirle cuando no querías? Sí, me daba pena...¿Siempre le decías cuando no querías o solo a veces? A veces, pues sí, porque ya como decirle seguido, va a decir también...lo que un hombre busca es eso. ¿La mujer no? Pues pienso yo que al menos a mí no...¿Tú que buscas?... no tener relaciones seguido." (2)

"¿Te gustaba a ti tener relaciones con él? Pues... sí. ¿Quién era el que decidía cuándo tenerlas? Él, él era el que me decía, sí. ¿Y tú no le decías cuando querías? No. ¿Por qué no? Porque luego yo era la que no... ¿No querías? No quería, no...es que como a él le gusta hacerlo así seguido, eso es lo que no me gustaba... ¿Qué era lo que no te gustaba? No sé, ora sí que no, no...tener relaciones nomás, eso era lo que no me gustaba. ...¿Te cuesta trabajo decirle que no cuando no quieres tener relaciones? Sí me cuesta trabajo... y agarra y no pus que él ora sí, es terco, y digo no, no pus que sí y a veces hasta me gana... como quien dice él sale ganando... ora sí que él es el que decide y lo hace...me insiste mucho y pues sí luego me enoja..." (1)

"...bueno, es que yo siempre he sido así, ¿verdad? es que no me gusta tener seguido relaciones, siempre tuvimos problemas en eso. ...no sé, no siento deseos de tener relaciones...nada más con que no me moleste y ya. ¿Y si usted quiere y él no quiere? Nunca ha pasado así (risa)" (9)

"¿Y cómo eran sus relaciones sexuales? ¿Cómo? ¿Se siente usted a gusto de estar con su marido? Ay, yo no... ¿No le gustan? No, pero los hombres así son de necios. ¿Y quién es el que decide cuándo tener las relaciones? Pues ellos..." (8)

"¿Le costaba trabajo decirle que no? Sí pues... por que dicen que por qué no, que ya tengo otro hombre, porque no más uno no quiere y ellos, de que se encaprichan, se encaprichan... ¿A usted le gustaría decidir cuándo estar con él? No, ya no quiero de plano...ya me aburrí de amores" (8)

"¿Quién decidía cuando tener relaciones? Luis, ¿Y si usted le decía que no? En veces decía bueno pus, entonces no..." (5)

"¿Sus relaciones sexuales cómo eran? Pues a veces bien, también a veces no...¿Y se lo decía? No. Cuando él quería, ¿usted siempre quería también? No, a veces no. ¿Y se lo decía? No. ¿Y como se sentía? Pues a veces...o sea a veces sí me caía mal" (7)

"...mi vida sexual siempre ha sido así muy activa...quiero ser igual que antes, disfrutar, sí" (10)

"¿Sus relaciones sexuales cómo eran? Bien, hasta ahorita bien. ...¿Quién es el que decide cuándo tener relaciones? Los dos." (6)

Otra dimensión cultural del cuerpo femenino se refiere al sufrimiento. Casi todas las mujeres que declararon que habrían preferido ser hombres, o que prefirieron o desearon tener hijos varones, expresaron que era porque las mujeres sufrían más, y relacionaron ese sufrimiento con los embarazos y los partos, y en menor medida con una valoración social negativa de lo femenino.

En las entrevistas aparecieron pocas menciones a la medicina tradicional. Algunas mujeres prefirieron atenderse con parteras desde el primer alumbramiento, porque no tenían dinero para la atención particular y tuvieron alguna mala experiencia o mala referencia de los hospitales, o porque escucharon que los médicos preferían atender los partos con cirugía. Varias mujeres recurrieron a médicos particulares. En general, todas las entrevistadas tuvieron alguna relación con la medicina académica a partir de la atención a sus embarazos y partos, y elaboraron conceptos sobre su cuerpo y sus malestares con base en lo que expresaron esos médicos.

El conocimiento, acceso y uso de anticonceptivos aparece particularmente vinculado con sentimientos de incertidumbre, temor y dolor. Las visiones sobre la efectividad de los anticonceptivos y los sufrimientos y problemas que causan se configuraron sobre todo a partir de las experiencias de amigas, vecinas y parientes y de la propia experiencia, que aparece

muchas veces contradictoria con el discurso médico.

En particular, las visiones culturales sobre la operación femenina fueron vinculadas con temores e incertidumbre sobre las cirugías en general. Con excepción de la joven que experimentó irregularidades en el proceso de decidir sobre la operación, y de la mujer que se manifestó arrepentida de haberse operado, todas las mujeres pensaron durante un tiempo relativamente largo en la posibilidad de operarse, y muchas de sus dudas se referían al miedo a la cirugía y no a dudas sobre la posibilidad de desear hijos más adelante. Otras visiones culturales se refieren a las consecuencia de la cirugía anticonceptiva, a la que atribuyen sobre todo trastornos emocionales, como irritabilidad excesiva. Es curioso que las pocas mujeres que manifestaron que experimentaban deseos y placer sexual —casi todas con educación secundaria— señalaron pérdida de deseos sexuales después de la operación.

> "...o sea los dos, a veces él, a veces yo, así ha sido. ¿Alguna vez él ha querido tener relaciones sexuales y tú no? Sí, ahora en estos últimos días sí...como que no sé...como...o sea él sí ha querido y yo no..." (3)

> "...antes sí, ahorita desde que me operé, no... no tengo ganas...no tengo ganas...yo no tengo ya muchas ganas de estar con mi esposo, quién sabe por qué..." (6)

> "...no siento deseos de tener relaciones... siempre ha sido así pero ahora se ha acentuado más..." (9)

> "...ni quiero pensar...o sea...que eso es lo que me afecta, pero sí, si ha cambiado, no...no tengo deseo sexual...o sea sí algunas veces lo he tenido, pero como antes no, y yo no quiero pensar que es eso, no, no sé, no...yo no tengo muchas ganas de tener relaciones y sí las tenemos, pero no disfruto...pero tengo la seguridad de que voy a cambiar, quiero cambiar, quiero ser igual que antes, disfrutar, sí..." (10)

En general, las referencias de las mujeres al cuerpo y la salud estuvieron siempre vinculadas a la salud reproductiva y a su relación con esfuerzos y trabajos excesivos, y están muy permeadas por la visión médica sobre el cuerpo y la reproducción, excepto las impresiones sobre los anticonceptivos, frente a los que expresan muchas dudas, incertidumbres, temores y prejuicios.

2o. Nivel de análisis: Las Relaciones Interpersonales

Los individuos no son meros actores de las normas prescritas culturalmente. También contribuyen a la construcción de esas normas y prescripciones, adaptando y moldeando los escenarios culturales a partir de su experiencia, para conformar pautas de conducta adecuadas a contextos y situaciones específicas. Uno de los escenarios en los que se construye la vida social son las relaciones interpersonales, que expresan mecanismos de ajuste o desajuste y búsqueda de congruencia entre normas y resistencias o entre las identidades personales y las expectativas sociales.

En este nivel de análisis de la intersubjetividad, identifiqué cuatro tipos de relaciones relevantes para el condicionamiento de la autonomía de las mujeres frente a la toma de decisiones en general y la decisión sobre la cirugía anticonceptiva en particular:

1. Las relaciones familiares en el hogar de origen.
2. Las relaciones que establece la joven antes de su unión conyugal (con novios, amigos y amigas).

3. La interacción de la mujer con su cónyuge.
4. Las interacciones con los servicios de salud.

Para cada tipo de relaciones se intentó explorar cómo se podían asociar con las características de las decisiones anticonceptivas, y en particular con la decisión de operarse y la satisfacción posterior.

1. Relaciones familiares en el hogar de origen

Llama la atención que poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas procede de hogares que denominamos "inestables" porque aparecen poco propicios para que una niña crezca con sentimientos de autovaloración y seguridad en sí misma que le permitan alguna autonomía para reconocer opciones, tomar decisiones y relacionarse con otros en forma igualitaria.

En algunos casos el padre estaba ausente o semi-ausente, existiendo en los hogares una situación económica muy precaria en que la madre trabajaba hasta agotarse y los niños estaban con la abuelita o una tía. En otros casos, el padre estaba presente, pero él o ambos padres eran alcohólicos y golpeadores. En más de la mitad de los hogares de origen el padre no estuvo durante la niñez de las mujeres entrevistadas, pero no todos estos hogares se incluyeron en la categoría de "inestables", porque en algunos de ellos la madre encontró la manera de proveer, con trabajo y arreglos familiares, suficiente afecto, alimentos y cuidados a sus hijos, quienes tienen un buen recuerdo de su infancia.

En los hogares que llamamos "inestables", las jóvenes se sintieron poco queridas —o de plano rechazadas— por su madre, manifestando algunas que habrían preferido ser varones. Las que preferían ser niñas, manifestaron que no querían ser como su mamá cuando crecieran. Muchas de las decisiones posteriores que tomaron estas mujeres parecen vinculadas inicialmente con un deseo de oponerse a su madre, de alejarse del hogar de origen para eludir los malos tratos o el encierro, o de lograr un afecto que reemplazara el desamor de la madre.

> "...solita y malcriada y pus no nos daban lo que deberían ser nuestros alimentos ni nada... ¿Menos cariño, verdad? ¡Menos! Claro que no..." (12)

> "...lo que no tuve de chica, en mi casa, lo tuve con él..." (11)

> "...mis papás la verdad me daban pulque...se dormía la familia así como los puerquitos encimados...que peleaban uno agarraba el machete y l'otro l'hacha...me espantaban en lugar de que me dieran de comer..." (8)

> "...peleaban mucho porque mi papá tomaba... yo con mi mamá nunca nos comprendimos...mi papá le pegaba mucho y por eso abortaba... siempre mi mamá ha tenido preferencias por ellos (hermanos)...desde que se casó tuvo que trabajar para nosotros y se veía cansada..." (7)

> "Como a mi mamá a las otras les pegaban bien harto, a una de mis tías la dejaron hasta ciega su marido..." (7)

> "...mi mamá se dejó con mi padrastro y no había quien cuidara los otros bebés...mi mamá llegaba cansada del trabajo y algo que no le gustara nos pegaba...prefería tener a mi padrastro que a sus hijos... se encelaba mucho de mí..." (6)

> "¿Su mamá la quería? Yo creo que no... como que tenía poco cariño...¿Quién mandaba en su casa? Mi abuelita" (5)

Otros hogares de origen, que denominamos "estables" por oposición a los anteriores,

se caracterizan porque, teniendo diferentes composiciones, no existía violencia entre los cónyuges o hacia los hijos, y éstos no carecieron de afecto y de cuidados. Así por ejemplo, uno de ellos estaba compuesto por dos abuelitos que recibieron a la nieta desde que tenía quince días, se llevaban bien entre ellos y querían a la niña. En otro caso los padres eran alcohólicos, pero no golpeadores, y eran bondadosos con sus hijos. En otros, el padre era muchos años mayor y murió cuando la niña tenía ocho años, pero la madre combinó el trabajo con los cuidados a su hija. En otro caso los padres se separaron, pero la hija vivió alternativamente con ellos y la cuidaron y quisieron.

Las prácticas sobre el inicio de las relaciones sexuales y del matrimonio varían según el contexto familiar de origen. La presencia de violencia, alcoholismo y desamor en la familia de origen justifica la fuga temprana del hogar con el primer hombre que lo propone, independientemente de que exista enamoramiento o deseo. En cambio, un entorno familiar estable y afectuoso en la infancia propicia la búsqueda de la pareja adecuada, la espera, el noviazgo y la planeación de la unión. El bienestar conyugal posterior aparece independiente de cual de las dos formas se usó para iniciar la unión. Samuel, Lerner y Quesnel proponen que diferentes tipos de inicio de la trayectoria conyugal dan origen a diferencias en el comportamiento reproductivo y la capacidad de toma de decisiones anticonceptivas.[2]

En nuestro estudio se delinea también esta hipótesis. Observamos que las mujeres que tuvieron en la infancia un entorno familiar inestable tendieron a iniciar una unión muy temprana, con una pareja que no les interesaba por sus cualidades, sino para salir de su casa.

"...yo nada más se me metía en la cabeza de que yo iba a tener un hijo para que me quisiera, decía "yo voy a tener un hijo para que me quiera mucho, ya no voy a necesitar el cariño de mis hermanos ni de mi mamá"...y tuve relaciones dos veces con ese muchacho y me embaracé..." (6)

"...fue lo peor cuando yo era una señorita, ya mi mamá se nos ponía su mano pesada ¿Te interesaban los muchachos? pues no sé...porque a mi mamá le fue mal, o sea yo tenía miedo ¿Y a qué edad tuviste tu primer novio? Como a los 13 años ¿Te gustaba? No pues, casi no nos conocimos bien ¿Lo elegiste como novio? No. ¿Por qué se hicieron novios? No, no sé... ¿Querías tener relaciones? Pues no ¿Por qué las tuviste? No sé... ¿Le dijiste que no querías? No. ¿Por qué no? No sé...no, no, no me hubiera gustado casarme... me hubiera quedado nada más con el niño..." (7)

"...siempre mi mamá yo creo ha tenido preferencias por ellos. ¿Los trataba diferente? A las mujeres sí ...no sé, a lo mejor por eso me casé chica..." (7)

"...yo pensaba que nada más me iba a abrazar, a besar, no sé, pero no tener relaciones... ¿Por qué quería tener una pareja? Porque mis familiares me trataban mal, me maldecían, me pegaban" (8)

"...me pasó a comprar fruta y luego ya después vino más seguido... ¿Y cómo es que se decidió a casarse con él? Porque...ya no quería vivir con mi familia..." (11)

"¿Y por qué no se esperó? pues como fui yo huérfana me pasaba yo muy mala vida con mi madrastra y entonces eso fue lo que me hizo... salir de mi casa" (12)

"...a mí no me gustaba tener novio...quise tener novio nada más para que mi mamá no sintiera celos más de mí..." (6)

Estas mujeres constituyen más de la mitad de las entrevistadas. Son las que lograron me-

[2] Samuel *et al.*, 1994.

nor escolaridad, y puede ser este elemento —y no el entorno familiar de origen— el decisivo en su comportamiento posterior. Algunas de estas mujeres expresaron que cuando jovencitas tenían miedo de los hombres y miedo de ser golpeadas cuando se casaran. Entre estas mujeres se cuentan todas las entrevistadas que nunca usaron anticonceptivos antes de la operación, las pocas que tuvieron un proceso de toma de decisión irregular previo a la operación, las que tomaron la decisión sin consultar al esposo o a pesar de su oposición, y la única mujer que se manifiesta arrepentida de haberse operado. La edad promedio a la primera relación sexual de las mujeres que tuvieron un hogar de origen "inestable" fue de 16.1 años, y la edad al primer embarazo de 16.7 años. En cambio, para aquellas mujeres con hogares estables esas edades fueron de 18.3 y 19.7 años, respectivamente. El número promedio de hijos fue de 5.4 para la primeras y de 3.8 para las segundas.

2. Relaciones de amistad previas a la unión conyugal

La posibilidad de tener amigos y amigas y de interactuar con ellos, intercambiando así información y sentimientos diferentes a los de los padres sobre la sexualidad, el matrimonio, los hijos y las opciones de estudio y de trabajo, estuvo muy vinculada con el grado de escolaridad de las mujeres entrevistadas.

Una tercera parte de estas mujeres terminó o estuvo cerca de terminar la educación secundaria. Estudiar la secundaria les permitió salidas cotidianas a una edad en que ya eran señoritas, sin que eso significara infracción a las normas sobre el control social de la sexualidad. A su vez, eso les permitió tener amigos y amigas más allá del entorno familiar, aunque casi ninguna de ellas conoció a su novio en la secundaria. Dos de ellas no se casaron con el hombre con quien tuvieron su primera relación sexual, una porque fue abandonada —después de tres años de noviazgo— cuando el joven supo que ella esperaba un hijo, y la otra porque no siguió teniendo relaciones sexuales y no le gustó ese joven para casarse. De manera que fueron las únicas con relaciones sexuales que, aunque muy breves en un caso, no dieron origen a una unión conyugal. Las otras iniciaron su vida sexual con temor de enfrentarse con sus madres, pues tenían una buena relación con ellas, y sintiendo un conflicto de lealtades entre la familia de origen y el novio, que se resolvió una vez que la familia de origen aceptó al joven.

Todas estas mujeres intentaron el uso de anticonceptivos después del primero o del segundo hijo nacido dentro de la unión, y en este grupo se ubican las pocas mujeres entrevistadas que intentaron posponer un poco el primer embarazo. A su vez, todas estas mujeres tomaron en forma muy clara y razonada la decisión de operarse, teniendo información suficiente sobre la irreversibilidad de la cirugía y sobre las posibilidades de uso de otros anticonceptivos.

Las entrevistadas que no accedieron a la educación secundaria tuvieron escasas posibilidades de relación más allá del entorno familiar de origen. El noviazgo o el escaparse con un hombre fueron casi las únicas posibilidades que tuvieron de interactuar fuera del ámbito familiar de origen. La participación en la elección del novio fue bastante pasiva en la mayor parte de los casos (se acostumbraron a él, lo aceptaron, o no saben bien porqué fue), y para la mayoría prácticamente no existió un periodo de noviazgo o conocimiento mutuo. Salvo un caso, expresaron pasividad o desagrado respecto de las relaciones sexuales y en este grupo se cuentan las que tuvieron muy malas experiencias conyugales.

La mayor parte de estas mujeres nunca usaron un anticonceptivo, o usaron alguno por un periodo muy breve, antes de la cirugía. Las que usaron métodos anticonceptivos previos tuvieron muy malas experiencias en ese uso, que generalmente comenzó cuando ya habían sobrepasado el número de hijos deseado. En este grupo de mujeres, compuesto por la mayoría de las entrevistadas, se cuentan las que tuvieron un proceso de toma de decisión irregular previo a la operación, la mujer que manifiesta cierto arrepentimiento, y aquellas que sitúan a su esposo como responsable de la decisión sobre la operación.

3. Interacción con el esposo

Encontré tres tipos de relación con los esposos entre las mujeres entrevistadas. Unas que califiqué como "malas" porque se trata de relaciones con mucho conflicto, disparidad de criterios, incumplimiento de obligaciones y desamor. En ellas, la mujer suele ser víctima de violencia doméstica. En todos los casos, se trata de mujeres procedentes de hogares de origen "inestables" que iniciaron su vida sexual temprano (15.7 años en promedio), unas para salir de su casa y otras sin saber lo que hacían, con jóvenes que casi ni conocían. En algunos de estos casos, los esposos son infieles, alcohólicos y desobligados en lo económico. En este grupo está la mujer que presentó irregularidades claras en el proceso de toma de decisión y los únicos casos de mujeres que decidieron operarse sin tomar en cuenta la opinión del esposo.

En el segundo tipo de hogares, las relaciones conyugales son buenas, pero autoritarias. Se trata de relaciones que la mujer refiere sin grandes conflictos, señalando que se llevan bien y hablando con afecto y respeto de su esposo, al que le atribuyen una actitud de colaboración. Sin embargo, expresan que el esposo toma prácticamente todas las decisiones, incluyendo las que se refieren a la mujer y su salud reproductiva. En estas relaciones autoritarias, las mujeres no expresan conflicto, adhiriéndose a la idea de que el esposo debe ejercer esa autoridad. En todos estos casos, tanto el esposo como el médico jugaron un papel muy activo en la decisión de que se operaran. Las mujeres opinan que esa decisión le corresponde al esposo, sintiéndose claramente satisfechas de haberse operado.

Finalmente, encontramos mujeres que tenían una relación "buena" con su cónyuge. Estos casos son casi coincidentes con las mujeres de mayor escolaridad, por lo que los estudios pueden estar influyendo en una mejor relación de pareja, o bien permiten adoptar un discurso que los investigadores interpretamos como expresión de una mejor relación. En este grupo se cuentan las pocas mujeres que expresan disfrutar de sus relaciones sexuales, o bien las que le pueden decir al esposo cuando no las desean. También se cuentan las que refieren mayor colaboración del marido en tareas domésticas y el cuidado de los hijos, y los casos en que ambos al menos hablaron sobre la posibilidad de la vasectomía.

> "...o sea él quería operarse pero necesitaba pedir tres días de incapacidad y no se los iban a pagar ...y qué hacíamos tres días sin el gasto...mejor yo voy, le digo, y ya fue como me animé yo a ir" (2)

> "...sí usaba los ...estos ... preservativos... pero él no quiso operarse... (risa)... cobarde... le daba miedo... el temor de que según él de que al hacer relación a lo mejor no se iba a sentir lo mismo" (3)

> "...pues mi marido sí fue una vez ...bueno, no lo acompañé, pero él dice que sí fue y ya estando ahí dentro con el doctor que... pues... se salió mejor, ya se desanimó..." (5)

"...su familia son de esas personas que creen que por el hecho de ser hombres ya tienen el poder, que uno como mujer tiene que estarse a lo que ellos digan, y si se hacen la vasectomía ya creen que pierden su virilidad, se les acabó el mundo... le dije: "ay, viejo, de veras que tú eres bien inconsciente, no te pones a pensar, yo panzas, luego pasar por todos los dolores, luego criar a tus hijos, óyeme, mira con la cortada que me voy a hacer y todavía ahí estás diciendo, y tú mira nada más, en eso siquiera ayúdame"...si él se hubiera mandado a hacer la vasectomía (él pensaba que) yo lo iba a hacer tonto" (9)

"...en un momento me dí cuenta que él tenía miedo de hacerse la vasectomía...de que sí le iba a afectar sexualmente..." (10)

Estas mujeres son las más asertivas y autónomas en la toma de decisiones, excepto en lo que se refiere a trabajos y estudios para su propia satisfacción, que sienten incompatibles con el cuidado de los hijos. En algunos de estos casos, los médicos jugaron un papel muy activo en que decidieran hacerse la operación, pero fueron las mujeres quienes la solicitaron, platicándolo previamente con su esposo a veces por largo tiempo.

En este grupo se cuentan las únicas mujeres que se plantean la posibilidad de un arrepentimiento posterior, porque piensan en la posibilidad —aunque sea remota— de desear otro hijo después de estar operadas.

"¿Cuánto tiempo pasó entre que te decidiste y te operaste?...mmmm... como quince días... hubiera preferido luego, luego. ¿Y por qué? No sé, por que a la mejor luego me arrepentía yo, ¿no?...más cuidado al pensar en una operación porque después sí le dan a uno tentación ver niños chiquitos, le dan a uno tentación... ¿Suponiendo que te pudieran desoperar, lo harías? Pues a lo mejor sí después de mucho tiempo...pues ya que mis hijos estén grandes. ¿Para encargar otro? Pus sí" (2)

"Si te pudieran desoperar, lo harías? Pues ahorita no... pus tal vez...por ejemplo...si quisiera, verdad, todavía tener otro bebé, no sé, pues, pienso que sí lo haría...ya cuando crezcan los niños pues tal vez..." (1)

"...me planteé muchas situaciones, de qué manera me podía afectar...quería estar segura de que ya no iba a desear otro hijo...pero pues me decidí" (10)

"¿A usted le gusta estar operada? Pues no, pero ya ..¿Qué es lo que le desagrada? Pues es de que ya no voy a tener niños..." (6)

"¿A usted le gustaría dejar de estar operada? Pues a lo mejor sí, verdad...así con el tiempo así... no, no, pero...no creo que haiga arrepentimiento, ¿verdad? No. ¿Piensa que en algún momento podría arrepentirse? Pues ojalá y no llegue ese tiempo, verdad? ...en unos días no hay forma de hacer nada" (3)

4. Interacción con los prestadores de servicios de salud

Casi todas las entrevistadas expresan, de una forma u otra, sentimientos de vulnerabilidad frente al personal médico. Por una parte, cuando están por dar a luz un hijo o han debido hacerse un legrado, varias se han sentido solas o mal atendidas, tanto en la atención particular como la de gobierno. Por otra, de manera casi unánime expresaron temor frente a la cirugía. Estos temores significaron diferir varios años la intervención quirúrgica en algunos casos, y en otros operarse sin vencer el miedo que sentían. En todos los casos aparece una motivación constante que las llevó a pasar por encima de sus miedos y afrontar la cirugía: la percepción de inaccesibilidad a otras formas efectivas de anticoncepción, adecuadas para ellas.

El relato de la experiencia anticonceptiva previa de la mayor parte de estas mujeres indi-

ca incertidumbre y falta de información sobre la mayor parte de los métodos. Suelen tomar en consideración relatos sobre experiencias negativas de otras mujeres, y su propia experiencia es relatada como dolorosa, llena de efectos secundarios y de fallas en el uso o la efectividad de los métodos.

A través de sus relatos, se percibe desinterés del personal de salud por el sufrimiento de estas mujeres y por lo que ellas sienten como sus necesidades. Entre éstas aparece el deseo de salvar por todos los medios el producto de su embarazo, el miedo de morir, el miedo al dolor y el miedo de quedar estériles involuntariamente.

"...de mi niña la más chiquita, cuando me operaron, si este, me pusieron mucha anestesia el mismo doctor, me puso mucha anestesia y me sentí pus, me sentí mal, y le dije que sentí que me atacó hasta aquí, hasta...y yo sentí horrible y le digo no, sabe qué, yo me siento bien mal y ya corrió por la anestesista... cuando me sentía yo muy mal me inyectaban en la vena...tardé como tres meses para recuperarme" (13)

"...¿Cómo imaginaba que se iba a sentir al operarse? Pues pensaba que me iba a morir" (12)

"...yo estaba programada más antes de la operación, pero nomás que me daba...este... miedo." (11)

"...como yo también solicité...me vinieron a avisar y no estaba bien decidida...me dio miedo cuando me dijeron "ya se la puede hacer" (10)

"...tenía mucho miedo de operarme, me daba mucho miedo operarme, nunca me había operado, tenía mucho miedo de operarme..." (7)

"...sí, yo conozco un caso, le vino una hemorragia, era poquita, la metieron a un clínica, le pusieron suero a las diez de la mañana y la va atendiendo el doctor en la noche... no le dieron ni pastillas, nada, nada...le sacaron a su bebé, que porque ya estaba muerto dijeron y cuando se lo sacaron estaba vivo, ella lo vio...le sacaron a su bebé vivo, el niño se movía... después de eso su esposo le dijo que sentía que chocaba con algo al tener relaciones y fueron a ver otro doctor y le dijo que traía el dispositivo... se lo sacaron, pero ella llora mucho porque desde entonces no se ha podido embarazar otra vez... ¿No le avisaron? No, no le habían avisado (del dispositivo)" (6)

"...me embaracé con el dispositivo... duré mes y medio sangrando... y me llevaron al doctor y me hicieron un legrado... una persona me dijo que me había yo tragado a ese niño, sí, y yo me sentí mal... y digo pues me voy a embarazar de mi otro bebé... yo me siento muy mal después de que aborté" (6)

" ...ya dejé de tomarlas porque... muchas personas oía yo que decían que si tomaba así, antes de embarazarse, que ya después quedaba uno estéril, que ya no podía tener familia, y pus a mí sí me daba miedo no poder tener..." (2)

"...el doctor me dijo que si tenía yo otro niño corría peligro el bebé y yo... que ya tenía el cuello de la matriz muy flojo y que en el otro parto podría yo abortar, o en el parto cualquiera de los dos... ¿Crees que si no te hubiera dicho eso el doctor te hubieras operado en ese momento? Pus no, a lo mejor no, pero sí me dio miedo y por eso dije no pus, mejor me opero" (2)

"...yo ya me fui al doctor y me dijo que ya había cerrado mi matriz y que no me lo podía quitar (el dispositivo), pero que me hicieran el ultrasonido, entonces todavía estaba vivo mi bebé... tenía yo cuatro meses... entonces yo le dije al ginecólogo que me diera medicina para que se detuviera y me dijo es que no hay problema, nace el bebé y después nace el dispositivo... pero entonces yo seguía sangrando mucho y me seguía sintiendo mal ..me llevaron a COPLAMAR y me dijeron que el producto ya estaba muerto y yo me sentí bien mal, estaba yo llorando porque yo decía que me sal-

varan mi niño y ya no me recibieron allá... y me vine para acá y me hicieron el legrado..." (6)

"...preferí ir con una partera... es que yo tenía miedo porque decían que los doctores operaban si uno se tardaba para tener un niño...y yo pues me daba miedo y le digo a mi mamá yo prefiero mejor ir con la partera..." (5)

"...me fui con una señora de aquí del Daxtha... porque me decían que si iba yo en del hospital pus que no atendían bien y quien sabe qué y que si me iba yo con un doctor (particular) pus usted sabe que cobra caro y él pus no... no le alcanzaba ni..." (4)

"...Pus yo a mí me daba miedo operarme..." (4)

"...o sea me dio miedo la operación porque como casi no me hacía la anestesia entonces sentí muy feo (se ríe) y este no pus...ya no quería operarme" (1)

La interacción con el personal que atiende la cirugía anticonceptiva fue muy buena. Sin embargo, en ningún caso este personal indagó sobre la experiencia anticonceptiva previa de estas mujeres, ni les informó sobre la disponibilidad de métodos reversibles, a pesar de que varias de ellas no habían utilizado ningún método anticonceptivo en toda su vida reproductiva. En varios casos, no se les informó sobre la irreversibilidad del método que estaban adoptando, aunque ellas sabían previamente de esta característica. En la mayoría, la referencia se limitó a la frase "para que ya no tengan hijos", sin aclarar el carácter definitivo de esta afirmación. La información sobre posibles efectos secundarios de la cirugía anticonceptiva parece haber sido nula. En algunos casos no se tomaron en cuenta los análisis clínicos de las mujeres, y en otros el procedimiento quirúrgico parece haberse llevado a cabo con excesiva rapidez.

Llama la atención que el personal de salud no tomó ninguna precaución en dos casos de mujeres de 21 y 22 años que se operaron, en el sentido de sugerir otros métodos, de advertir sobre la irreversibilidad, o de solicitar que lo pensaran con cuidado, considerando que se trataba de mujeres que apenas iniciaban la vida adulta. Al contrario, el único caso en que existió cierta imposición del método correspondió a una joven de 21 años, a quien ya le habían ofrecido la operación a los 16, y quien no parecía estar consciente del carácter irreversible del método.

"¿Cómo supiste de la operación? Cuando me alivié de la niña, en la clínica me preguntaron si no quería de una vez operarme. ¿Qué edad tenías? 16 años" (1)

"...algo que sí me puso a pensar fue que después regresé a que me quitaran los puntos y la enfermera me dice, ¿cuantos años tiene? y yo le dije 22, y ella me dijo ¡Ay!, ¿pero por qué se la hizo? Porque yo decidí, y dice, ¿Y el doctor aceptó? le digo sí, ¿Y no le preguntó la edad? No, le digo. Dice, no se la hubiera hecho, eso causa muchos problemas, yo me la hice...y me aseguró que ella había cambiado mucho, era más agresiva..." (10)

"...es que me embaracé y no era un bebé...era una mola...me puse mala, es que empecé a sangrar y me llevaron al seguro y estaban haciendo operaciones ese día...es que cuando me terminaron de hacer ese ...el legrado me dijeron opérese, ahorita están haciendo operaciones... supuestamente me dijeron que si no me operaba yo que iba a seguir otra vez mi organismo produciendo esas...entonces me dijo el doctor ya cuando me terminaron de hacer el legrado, "entonces la operamos" y yo le dije no, ya no (ríe), mejor ya no, ya no me quería operar, pero como estaba mi esposo afuera el doctor dijo no pus, salgan a preguntarle al esposo... este... y ya le fueron a preguntar y no pus...que él dijo que sí, pero pus le decía yo

no, ya no me quiero operarme, pero pus, el esposo dijo que sí, y entonces me tuve que operar..." (1)

"...pus como estaban insiste y insiste y insiste, y como estaba yo ahí, en la sala de operaciones... ¿Antes habían platicado tu esposo y tú de la operación? No, hasta cuando llegamos allí... ¿Te preguntaron que edad tenías? Sí (21 años). ¿Qué más cosas te preguntaron? ... que pus que la vida está muy cara ahorita para seguir teniendo hijos, que si a poco yo quería estarme... seguirme embarazando y teniendo hijos, hijos, y que me operara, que era mejor que me operara... ¿Y te dijeron que existían otros métodos? Pues no, no me dijeron, nada más me dijeron que me cuidara para no tener más hijos, pero no me dijeron... ¿No te dijeron que existían otros métodos? No. Nada más te propusieron la operación? Nada más. ¿Nunca te preguntaron si habías usado algo antes? No.(1)

"¿Sí te dijeron que no vas a poder volver a tener hijos? Pues a mí no me dijeron...que me operara para que no tuviera hijos...pero de que... no así que nunca... ¿Sí sabías que nunca te vas a embarazar? Pus..., no, de que nunca fuera a tener hijos, pues no, pero ora sí que por lo mientras pus que no se embarace uno así tan...tan seguido, pero de que nunca se llegue a tener hijos, pues yo pienso que sí, porque me parece que se puede..¿Que sí es posible que vuelvas a tener hijos después de operada? Pues sí, ora sí que si una persona...si más adelante decide tener más hijos...no sé, pienso que sí puede, ¿no?" (1)

"Qué piensas que faltó que te dijeran? Pus si quiere más adelante puede quitarse la ligadura, o no sé...¿Crees que sí se pueda eso? Yo pienso que sí. ¿Crees que en un futuro quieras tener hijos? Tal vez, ¿verdad?" (1)

"¿Si te hubieran dicho que ya nunca ibas a volver a tener hijos, hubieras dicho mejor no me opero y uso otra cosa? Pues la verdad sí, hubiera dicho que no..." (1)

Los argumentos que utilizaron los médicos que desempeñaron un papel activo para orientar a las mujeres hacia la cirugía fueron de dos tipos: de salud y económicos. Los argumentos de salud consistieron prácticamente en amenazas hacia las mujeres, en el sentido que si no se operaban tendrían trastornos serios de salud reproductiva. Los argumentos económicos fueron mucho más reiterativos: ya no tengan más hijos, porque si no, no van a poder mantener a los que tienen. A lo largo de las entrevistas las mujeres casi nunca expresaron argumentos económicos entre los elementos que las fueron llevando a decidir la operación. Incluso, cuando se les preguntó si existieron problemas o consideraciones económicas que influyeron en su decisión, casi todas entendieron equivocadamente que la pregunta se refería al costo de la operación. El relato de su historia reproductiva fue ajeno a los argumentos económicos. Sin embargo, hacia el final de la entrevista, cuando ya no se hablaba de su decisión personal sino de elementos valorativos sobre la operación, las menos convencidas sobre la permanente bondad de la decisión que tomaron, repitieron los argumentos económicos cuando se confrontaron con la posibilidad del futuro deseo de un nuevo hijo.

Al preguntar a las entrevistadas opiniones sobre si el personal de salud les hubiera impuesto decisiones anticonceptivas encontramos respuestas muy disímiles. En un extremo, pocas mujeres expresaron un rechazo categórico a tales imposiciones y relataron tener conocimiento de tales acciones. Otras, en cambio, ni siquiera pudieron imaginar esa posibilidad y expresar una opinión sobre ella, tan ajena parecía a su experiencia. Sin embargo, algunas mujeres valoraron positivamente la imposición de la operación en algunos casos, generalmente cuando se tienen "muchos" hijos, es decir, proponen que la sociedad, representada por el

personal de salud, tiene más derecho que la propia afectada a decidir cuantos hijos son muchos. El argumento, en este caso es, nuevamente, el bienestar de los niños. Para estas entrevistadas, la sociedad o los servicios de salud pueden actuar en contra de una mujer cuando actúan en favor de sus hijos. Quien determina cual es el beneficio de los hijos no es la madre, sino la sociedad, o el agente de salud.

> "...¿Un médico debe decirle a una mujer qué método debe usar? Pues sí, él más que nadie él sabe lo que debe uno de usar, pues sí" (2)

> "¿Cree que haya algún caso en que un médico pueda operar a una mujer sin decirle? Pus a lo mejor sí...ya cuando una persona no puede tener más familia...o si tiene una infección en la matriz... ¿O que le pongan el dispositivo sin decirle? Tal vez sí, porque hay personas que tienen hijos y tienen hijos y por medio de eso a lo mejor ...ya no tener tanta familia ¿Que número de hijos debe tener una mujer para que la operen? Yo creo que dos" (2)

> "...un caso de esos, precisamente aquí en el pueblo de aquí, cuando se alivió de su niño luego la operaron sin su consentimiento, ya después que supieron pus se enojó y fueron a pelear con el doctor. ¿Y crees que tuvieron razón en operarla? Pues yo digo que sí...esa familia ya es bien numerosa...¿Por qué crees que sí? Pues para ya no traer niños al mundo nada más a sufrir...como le diré, son humildes, no les alcanza y luego para tener más hijos, pus no..." (3)

> "...no, en mujeres que tienen muchos hijos pues sí está bien, pero pus las que no tengan muchos y las operen así nada más pus no, yo diría que es ahí cuando está mal..." (3)" (dispositivo)... aquí hay muchas que tienen muchos niños y siguen teniendo...en eso sí pus estaría bien que se los pusieran, aunque no les dijeran, ¿verdad?...a una mujer se le puede poner el dispositivo cuando acaba de tener un bebé..." (3)

> "¿...y la opere el doctor y nunca le haya preguntado a ella si se quería operar? Pues yo diría que, pues, depende de los niños también, pues si ya son varios, pues yo digo que está bien. ¿Y si después del primero? No, pues, ahí sí no" (5)

La mayor parte de las mujeres entrevistadas tenía bastantes más hijos que los que había deseado, no los había planeado, y había buscado afanosamente regular su reproducción mediante distintos métodos modernos y efectivos. Varias de ellas habían intentado o deseado operarse varios años antes de lograr hacerlo. En su búsqueda de anticonceptivos, obtuvieron información parcial, servicios deficientes, denegación de servicios y mala atención a los efectos secundarios del método usado. A través de estas experiencias, su relación con los prestadores de servicios se percibe como una relación eminentemente vertical, en la que las mujeres se sienten vulnerables y perciben a los agentes de salud como portadores de poderes sobre sus cuerpos, sus vidas y su salud.

Estas relaciones de poder determinan angustias y temores de las mujeres frente a la cirugía anticonceptiva. Existen básicamente dos tipos de temores: miedo a la cirugía y al dolor, e incertidumbre sobre la efectividad del método y sobre sus consecuencias futuras en la salud física y emocional de la mujer. Pocas expresaron temor de volver a desear hijos más adelante, pero casi todas reportan alguna molestia física, pérdida de deseo sexual y temores por sentirse nerviosas o irritables. De todos estos temores, el único que ha sido percibido por los servicios como una necesidad relevante de las mujeres es la información sobre la efectividad del método, que se explica como una mayor efectividad de la "operación" o "corte" de trompas frente a la "ligadura" de trompas.

Las entrevistadas no experimentaron el miedo a ser operadas sin aviso, aunque algunas

temieron ser sometidas a una cesárea no deseada con ocasión de sus partos. Aparentemente, su sentimiento de no ser vulnerables a la imposición de métodos deriva de que casi todas deseaban limitar su fecundidad mucho antes de buscar la operación, de que no imaginan la posibilidad de una imposición anticonceptiva -no pueden pensar que alguien diferente a ellas se interese en limitar su capacidad reproductiva-, o de que creen que solamente les ocurre a madres poco responsables, aquellas que tienen "muchos" hijos, calificativo que, desde luego, no las alcanza a ellas.

Los servicios no parecen prestar mayor atención a la explicación de los posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, y cuando ocurren no parecen brindarles la suficiente atención. Las mujeres entrevistadas aparecen, en cambio, muy preocupadas por los sufrimientos que puedan derivar del uso de métodos anticonceptivos, y de la cirugía, y con inquietudes e incertidumbres no resueltas al respecto. Ninguna de las mujeres recibió información adecuada sobre la cirugía y sus efectos directos y secundarios, ni sobre otros métodos anticonceptivos.

Finalmente, aunque casi ninguna de las mujeres se declaró insatisfecha de haberse operado, varias expresaron elementos de desagrado e insatisfacción con el servicio recibido, y algunas dudas sobre la decisión tomada. Una señala que no se habría operado si hubiese sabido que era irreversible, otra dice que no lo hubiera hecho si lo hubiese pensado más tiempo, o si no se hubiese asustado con un argumento de salud, y otra si no hubiera tenido un problema personal coyuntural.

Casi todas estiman que recibieron un trato amable por parte del personal al operarse y al solicitar información sobre la operación, pero existieron disconformidades con la higiene, la calidad técnica y la velocidad del servicio en algunos casos. Cabe señalar, sin embargo, que la calidad de los servicios de cirugía anticonceptiva fue valorada más positivamente que la atención de los partos, y mucho más positivamente que los servicios de anticoncepción no quirúrgica.

En las entrevistas no encontramos irregularidades graves en la decisión de estas mujeres y pocas situaciones de imposición o coerción por parte de los agentes de servicios de salud. Pero su relato sobre la interacción con estos agentes expresa muchas posibilidades de existencia de esas irregularidades. Prácticamente a ninguna de las entrevistadas se le ofrecieron métodos reversibles antes de practicar la operación, a pesar de que algunas casi no tenían experiencia anticonceptiva y otras eran muy jóvenes. La información sobre irreversibilidad del método fue poco clara en todos los casos, pero la escolaridad o información previa permitió que la mayoría sí lo supiera. Otras mujeres pueden llegar a operarse desconociendo el carácter irreversible del método, creyendo que es para controlarse un tiempo. Pueden operarse creyendo en los argumentos de salud cuando aún desean más hijos. Y como ocurrió en dos de nuestros casos, pueden ser operadas al inicio de su vida reproductiva, sin haber intentado previamente los métodos reversibles en forma sistemática.

Dos aspectos llaman la atención en la relación con el personal médico y las decisiones sobre la operación. Lo más llamativo es el acceso irregular y deficitario a los anticonceptivos que tuvieron estas mujeres antes de la operación, lo que permite cuestionar las condiciones en que tomaron la decisión de operarse, la disponibilidad y acceso real a la anticoncepción en el medio rural mexicano, y la calidad de los servicios de salud reproductiva. Un aspecto que se manifiesta crítico en la calidad de la atención es la integración de las políticas de control de la fecundidad con los servicios anticonceptivos

y de salud. El objetivo primordial del personal de salud parece ser lograr que una mujer se opere, independientemente de su edad y número de hijos, de su estado de salud, de su experiencia anticonceptiva previa, de la información que tenga y de sus análisis clínicos. Entre los médicos particulares, la motivación puede ser los honorarios o las convicciones ideológicas. En el personal del Seguro Social y de la Secretaría de Salud, el objetivo básico puede ser lograr las metas demográficas con que las propias instituciones de salud evalúan su quehacer, pero también pueden pesar las convicciones ideológicas.

El segundo aspecto que destacamos son los indicios de cómo aceptan las mujeres la intervención del personal de salud en las decisiones reproductivas. Pocas mujeres conocen de imposiciones, y algunas ni las conciben, pero su pasividad en la relación con los servicios de salud, sus temores y su sentimiento de que van a correr un riesgo cuando acuden a esos servicios, y las declaraciones de algunas que justifican la imposición de métodos, parecen indicar que se trata de un entorno cultural que avala la imposición anticonceptiva, situando parcialmente la responsabilidad de decisiones sobre el cuerpo y las capacidades de las mujeres en el esposo y en el personal de salud.

Otro problema se refiere a la tensión entre algo quese decide en un momento, para resolver un problema personal coyuntural, y la planeación a largo plazo. De las entrevistas se desprende cierta tendencia del personal de salud a aprovechar rápidamente una decisión por la operación, en lugar de alentar que dicha decisión se tome de manera meditada y fundamentada. También aparece que las mujeres que se encuentran en esa situación —semejante a la fugaz decisión sobre su primera relación sexual— aceptan personalmente la responsabilidad de las consecuencias de una decisión que tomaron intempestivamente, sin considerar que existió intervención del personal de los servicios de salud.

3er. Nivel de análisis: La dimensión emocional

Este último nivel de análisis se refiere a la reorganización simbólica de la realidad que hacen los individuos en la búsqueda de realizar sus aspiraciones y deseos más íntimos. Considero que el mundo privado de las aspiraciones y los deseos, que se experimentan como originados en las dimensiones más íntimas de la personalidad, se va construyendo en relación con significados sociales y relaciones interpersonales, conformando la identidad de las personas.

En este apartado analizo las percepciones e interpretaciones de las entrevistadas sobre sus propios procesos de toma de decisión y sus sentimientos sobre las transacciones en que participaron y las decisiones tomadas. En relación con la práctica anticonceptiva, examino la coherencia entre cómo expresan sus deseos íntimos, cómo perciben las normas sociales, cómo sienten la oferta de servicios de salud y cuáles fueron las decisiones tomadas. Finalmente, analizo el peso de esta coherencia entre deseos, normas, transacciones, decisiones y prácticas en su valoración de la cirugía anticonceptiva.

Encontré cuatro tipos de mujeres según la presencia o ausencia de una disposición activa en la construcción de su vida.

1) **Mujeres pasivas y sumisas**. Incluí aquí un primer grupo de mujeres que no se sienten responsables de decidir sobre su vida reproductiva, atribuyendo a sus esposos todo el derecho de decidir sobre sus cuerpos y capacidad procreativa. Estas mujeres no manifiestan más aspiraciones personales en la juventud que un débil deseo de casarse. No parecen disfrutar ni interesarse en su vida sexual, pero al mismo

tiempo manifiestan absoluta disponibilidad para las demandas sexuales del esposo. Los hijos "llegan" sin que ellas decidan sobre tenerlos y cuándo tenerlos.

> "...pus pensar nada más en crecer y pus... no quedaba otra... ignorante uno, no pensaba uno... a lo que viniera... no me imaginaba nada... pues qué quiere, ya estando así qué quisiera uno hacer... ya que venía ya qué, ya uno se dio cuenta... qué quiere usted, ya trae uno la maleta, ya qué... uno piensa pero ya qué, ya no nos queda otra..." (12)

Se operaron porque así lo propuso o decidió su esposo. Antes de operarse, nunca usaron ningún tipo de anticonceptivo. La información que tuvieron sobre la operación y sus consecuencias fue muy insuficiente.

> "...¿No le preguntaron si había usado algún método antes? No. ¿No le dijeron si en vez de operarse quería usar pastillas o algo? No, no me dijeron. ¿Le explicaron qué le iban a hacer? No, no me dijeron. ¿Le explicaron que nunca iba a volver a tener hijos? No, no me dijeron. ¿Si le hubieran ofrecido otro método, habría escogido otro? Pus si me hubieran dicho ahí, pus sí, hubiera escogido uno. " (4)

No se habrían operado por ningún motivo si el esposo no hubiera estado de acuerdo, y expresan que la decisión sobre la operación corresponde totalmente al esposo. Consideran negativa la imposición anticonceptiva porque le puede acarrear problemas conyugales a la señora —que su esposo se enoje— y justifican que un marido abandone a su mujer si se opera sin avisarle a él. Creen que a un hombre no se le puede imponer un método anticonceptivo porque "...el hombre no se va a dejar sin que le digan... ¿Y la mujer sí? Pus sí, pus sí pus sí porque ellos como hombres sí se pueden enojar" (4). Estas mujeres no manifiestan conflicto alguno en su vida conyugal, expresando gran afecto y respeto por sus maridos y adhiriéndose sin tensión a las decisiones de ellos.

Aparecen satisfechas con sus vidas, sin que parezcan necesitar mayor autonomía. Se trata de mujeres socializadas en un entorno rural aislado, que tuvieron muy poca escolaridad. Se declaran muy satisfechas con la operación. Estas mujeres se sienten vulnerables frente a los servicios de salud, pero protegidas por sus esposos.

2) **Mujeres que se sienten víctimas de las desigualdades sociales y de género**. Un segundo grupo de mujeres sintieron que sus aspiraciones y fantasías sobre el futuro se vieron truncadas por un inicio demasiado temprano, poco voluntario o poco satisfactorio de su vida reproductiva y conyugal. Manifiestan que les habría gustado estudiar o trabajar, y en algunos casos que no deseaban casarse. Algunas piensan retrospectivamente que habría sido mejor no casarse en ese momento (entre los 14 y los 16 años) o no tener hijos en ese momento, sino mucho más adelante, después de haber concretado algunas de sus aspiraciones. Señalan a la llegada de los hijos (o en un caso la muerte del primer esposo y en otro su abandono) como impedimento para logros personales.

Tienen una mala relación con sus esposos y viven situaciones de violencia doméstica. A ninguna le gusta tener relaciones sexuales, pero ceden a las presiones del esposo. La tensión entre su falta de deseos sexuales y las demandas del esposo genera conflicto. Otras no se atreven a manifestarlo, pero viven las relaciones sexuales con desagrado.

Todas tuvieron embarazos claramente no deseados, y a pesar de que algunas intentaron varios métodos anticonceptivos, no lograron evitarlos. No tuvieron colaboración, y algunas tuvieron incluso oposición de sus esposos, para la anticoncepción. En este grupo se encuentra

una mujer que fue presionada con argumentos de salud para operarse y dos que tomaron la decisión sin consultar a su esposo. Entre ellas se encuentra la joven que fue operada a los 21 años sin conciencia clara de la irreversibilidad del método y sin haber dado un consentimiento claro.

Tienen deseos de cierta autonomía, y se sienten insatisfechas con sus vidas pero no sienten que puedan actuar mucho sobre su realidad, porque su margen de opciones es muy estrecho. Atribuyen su escasa posibilidad de elegir a las características negativas o defectos del esposo y a su impotencia frente al inicio de la vida sexual y conyugal, que sintieron inevitable. Algunas completaron la educación primaria y otras apenas la iniciaron. Una de ellas fue socializada en un medio urbano.

> "...pues sí, a veces no tanto por eso de que me golpee sino...que no cumple con...como debe de ser pus, como un padre de familia, no les pone ora sí que atención bien a sus hijos... también luego no me da ...pus lo suficiente, el suficiente gasto" (1)

> "...que digo pus hubiera quedado con el niño nada más, seguir estudiando, trabajar, pus"(1)

> "...vivíamos con mi mamá y a veces peleábamos, no, no, no me hubiera gustado casarme... me hubiera quedado nada más con el niño..." (7)

> "...pues yo pienso que no...o sea él nunca...yo todo lo que hice fue por mí misma...o sea después de que nos dejó también sufrimos bastante... porque él nos ignoraba totalmente... porque de que toma, toma bastante..." (7)

> "...él es el que no quería, yo la que decidí... él está que sí, está que no, yo lo hice porque son mis obligaciones...yo sí estoy arrepentida porque yo de preferencia dejar al marido, no quiero saber de ellos ni de tener relaciones..." (8)

> "...porque él me dijo que yo no iba a trabajar... yo como sonsa de a de veras por no estar trabajando, pos sí me junté con él" (11)

> "...pus porque él quería que tuviera más hijos ...ora no sé si es el problema eso porque orita tiene ya más de 15 días que no viene a verme... tengo tres de él y se imagina nomás, ni de comer se acuerda si comen sus hijos o no comen..." (11)

Se sienten satisfechas con la operación, en cuanto consideran un alivio no embarazarse, pero una de ellas piensa que se podría "desoperar" si deseara un hijo más adelante y que no se habría operado si le hubiesen informado que el método era irreversible, y otra piensa que habría preferido dejar al esposo en lugar de operarse, porque él continúa demandando relaciones sexuales. Estas mujeres viven la relación con los servicios de salud con incertidumbre y temor, sintiéndose vulnerables frente a ellos. No sienten que cuenten con el respaldo de sus esposos en su relación con estas instituciones.

3) **Mujeres "que tomaron decisiones".** Este grupo incluye a las cuatro mujeres de mayor escolaridad (secundaria completa), e incluimos también a dos mujeres con educación primaria completa, pues corresponden a un patrón semejante en la toma de decisiones. Una característica común a casi todas estas mujeres es que vivieron un periodo relativamente largo de noviazgo antes de su unión conyugal. Las que tuvieron un noviazgo de menor duración, tenían experiencias previas de noviazgo y escogieron cuidadosamente a sus esposos. Todas refieren tener una buena relación conyugal, no porque estén ausentes de conflictos y desacuerdos, sino porque refieren mucho afecto, colaboración de sus esposos en las tareas domésticas, y mayor colaboración de los esposos con la anticoncepción que en los casos de los grupos anteriores.

En este grupo se sitúan casi todos los casos de esposos que al menos pensaron la posibilidad de la vasectomía, aunque luego no se animaron a hacérsela. Varias de estas mujeres disfrutan o disfrutaron de sus relaciones sexuales, y aquellas que no las disfrutan lo discuten con el esposo, sin que el conflicto se resuelva con violencia. Se manifiestan satisfechas con sus vidas. Tienen una elevada valoración de la maternidad y el matrimonio. Deseaban tener dos hijos o tres e intentaron planear su descendencia a partir del segundo. Casi todas intentaron el uso de diversos anticonceptivos, experimentando múltiples problemas y fallas, de manera que, excepto una de ellas, todas tuvieron al menos dos embarazos no deseados y excedieron en dos o tres hijos la descendencia que querían.

Se caracterizan por mayor asertividad que las mujeres que clasificamos en los grupos anteriores, en cuanto al menos tomaron algunas decisiones en su vida, sintieron que tenían algún margen de opciones, y se responsabilizaron de las decisiones que fueron tomando. Una de ellas, quien además de la secundaria estudió con éxito una carrera corta, es la única que logró limitar su descendencia a los dos hijos deseados y parece haber planeado su vida paso a paso, incluyendo su inserción laboral futura.

En uno solo de estos casos hubo actitudes impositivas por parte de agentes de salud (presionaron a la mujer argumentando que tendrían futuros problemas de salud si no se operaba). Este grupo de mujeres parecen poco dispuestas a dejarse engañar o presionar. Sin embargo, entre ellas se cuentan las mujeres que declararon que se justificaba la imposición de anticonceptivos en mujeres que no cumplían adecuadamente con sus deberes maternales, teniendo muchos hijos que no podían mantener. El discurso de estas mujeres es el que más se parece al del personal de salud: el ideal es tener dos hijos para mantenerlos mejor, y el médico debe decidirlo cuando la mujer no decide correctamente.

Todas estas mujeres tomaron una decisión clara respecto de operarse, con pleno acuerdo de su esposo, y lo pensaron durante bastante tiempo. Todas tenían información muy clara sobre las características de la cirugía y su irreversibilidad. Casi siempre esa información la tenían por sus conocimientos previos, y algunas lamentaron que no se les había informado sobre efectos secundarios del método. A pesar de esto, casi todas tenían miedo de la cirugía, y a veces este temor retrasó la operación, experimentando nuevos embarazos en el periodo intermedio. Todas se encuentran satisfechas de haberse operado, aunque varias reportan pérdida de deseo sexual después de la operación y otras se plantean la posibilidad de desear hijos más adelante.

Casi todas estas mujeres consideran a los servicios de salud como un servicio al que pueden acudir para resolver sus necesidades, y respetan a los médicos como las autoridades adecuadas para orientarlas en el uso de ese servicio.

4) **Mujer asertiva o autónoma**. Finalmente, encontramos una mujer atípica en el conjunto. Los tres grupos anteriores se pueden ver como una gradación en una escala desde la ausencia de un proceso de individuación hasta un grado relativamente alto de participación personal en la toma de decisiones en general, y en el manejo de la vida reproductiva en particular.

El caso que situamos aparte corresponde a una mujer muy asertiva, con un grado de autonomía bastante alto, que tomó decisiones claras a lo largo de toda su vida, incluyendo el abandono de la casa materna a temprana edad, opciones de trabajo en la adolescencia, tener relaciones sexuales para embarazarse, embarazarse para tener un hijo sola, maniobrar para

ser aceptada en la casa materna con su embarazo, decidir cuándo quería casarse y por qué, escoger al esposo, decidir sobre las relaciones sexuales y decidir la descendencia.

Esta mujer presenta dos diferencias con el grupo anterior. Su relación con el esposo no es tan buena, pues a pesar de existir mucho afecto y deseo sexual, se expresan también conflictos y violencia. La segunda diferencia se refiere a que la valoración de la maternidad es también muy alta en esta mujer, pero se expresa de una manera diferente. A las mujeres del primer grupo los hijos "les llegaron", y las mujeres del segundo grupo no los desearon. Pero las mujeres "que tomaron decisiones" desearon los primeros hijos, los recibieron con alegría, y los sitúan como fundamento para limitar su fecundidad. Esta mujer presenta, en cambio, deseos de tener más hijos como un **deseo personal**. Ese deseo, muy persistente a lo largo de toda su vida, continúa aun después de haberse operado.

Ella tomó la decisión de operarse en un impulso desencadenado por un momento de conflicto en la vida conyugal, y es la única que manifiesta ambigüedad y sentimientos de arrepentimiento por haberse operado. También es la única mujer que rechaza categóricamente toda posibilidad de imposición sobre las decisiones de una mujer respecto de su cuerpo y su vida. Rechaza las imposiciones tanto del esposo, como de los servicios de salud, como de personas extrañas. Frente a los servicios de salud manifiesta una actitud de autonomía y defensa de sus derechos.

> "¿Y si a alguna mujer la hubieran operado sin decirle? Está muy mal. ¿Debe saber de otros anticonceptivos antes de operarse? Debe saber porque a lo mejor tiene poquitos niños y quiere más después. ¿Conoce algún caso en que le hayan puesto un dispositivo sin avisarle? Sí yo conozco un caso...nunca más se pudo embarazar... Ay, es muy cruel. ¿Hay alguna situación que lo justifique? Ninguna... ¿Cuántos hijos estará bien antes de operarse? Los que deseen ellos, por decir si quieren tener 5, pues 5, dos, tres, los que ellos quieran...¿Estaría de acuerdo en que decidieran por usted? No, de ninguna manera. ¿Decidió cuándo tener a cada uno de sus hijos? No. ...¿Si un médico le recomienda a una mujer operarse, debe aceptarlo? Yo pienso que tiene que decidirlo ella, ella, la persona, no el doctor... yo tengo que decidir mis cosas, no otra persona"(6)

> "...sí porque yo le dije yo ya me voy a aliviar y quiero que me atiendan...no, es que yo sí me defiendo, yo de cualquier persona me defiendo...". (6)

Consideramos a esta mujer atípica, puesto que no corresponde a un patrón de cultura tradicional, de completa sumisión al esposo y a las normas sobre el control de la sexualidad, ni corresponde al patrón de las mujeres más escolarizadas, que repiten acríticamente el discurso de los servicios de salud. Representa la diversidad y ciertos indicios de autonomía en este contexto cultural de transición.

Algunas consideraciones finales

La pregunta central que guió el presente análisis de entrevistas se refería a la coherencia entre la calidad de la decisión tomada y el grado posterior de satisfacción de las mujeres con la cirugía anticonceptiva. El análisis de los significados compartidos por este grupo de mujeres operadas, de un contexto rural del centro de México, así como el recuento de sus relaciones familiares y con los servicios de salud, y de la historia personal de sus procesos de toma de decisión, permite sugerir algunas hipótesis para interpretar las aparentes contradicciones entre calidad de la decisión y grado de satisfacción posterior.

En un contexto cultural como el que analizamos, las normas sociales vigentes sobre la anticoncepción indican que una mujer no puede usarlos antes de tener hijos en una unión, y que una vez que ya tiene hijos con su esposo —generalmente dos— debe limitar su descendencia por el bien de sus hijos. Existen controles sociales que aseguran que estas normas se cumplan. Para evitar la anticoncepción previa al embarazo, se ponen en marcha los mecanismos familiares y comunitarios de control de la sexualidad. En el otro extremo, para asegurar la limitación de la descendencia después que se han tenido hijos dentro de una unión, los servicios de salud desempeñan un papel activo de normatividad y control social.

La maternidad sigue siendo el valor más alto en este contexto. Las mujeres se sienten satisfechas con la operación cuando ellas la decidieron por el bien de sus hijos, o cuando otra persona decidió, pero por el bien de sus hijos. La vida conyugal aparece como una condición necesaria para esta valoración. Debe existir un esposo para que la maternidad tenga valor, pero el varón desobligado justifica que la mujer asuma por sí sola la responsabilidad de cuidar de sus hijos, operándose si es necesario. En cambio, si se tiene un esposo cooperador, su papel en la decisión sobre la operación es central. Si el esposo no está de acuerdo con esta nueva normatividad social, las mujeres o los médicos intentan convencerlo, argumentando el bienestar de los hijos que ya se tienen y la salud de la mujer.

Las motivaciones íntimas de las mujeres están muy condicionadas por el entorno socioeconómico y cultural y por sus relaciones familiares. Entre estos condicionamientos, el papel de los servicios de salud, tanto en términos de la calidad de los servicios de anticoncepción que prestan, como de la información sobre los métodos que existen y sus efectos secundarios, como en su carácter de agentes activos en la promoción de la cirugía, es determinante en la toma de decisiones sobre la operación femenina.

Las mujeres más tradicionales parecen perfectamente dispuestas a que los servicios de salud decidan por ellas, siempre que tengan el consentimiento de su esposo. Es explicable que este tipo de mujeres primero sufra una imposición y luego se sienta satisfecha, porque ellas nada viven como imposición, sino como protección: el esposo cuida su seguridad, el médico cuida su salud. Su cuerpo no les pertenece.

Las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica y precariedad económica tienen un margen de opciones tan estrecho que pueden experimentar que los servicios de salud limiten su capacidad procreativa sin que ellas den un consentimiento claro ni tengan la información necesaria para decidirlo. Generalmente van a agradecer las consecuencias de esta intervención, o van a decidir por sí mismas, sin acuerdo previo con el esposo, practicarse la operación. Si una decisión médica les limitara alguna posibilidad (como por ejemplo, afianzar una pareja teniendo un hijo), recibirían la imposición como una más de las cosas inevitables que les acaecen en la vida, contra las que tratan de moverse y no pueden. Su cuerpo parece pertenecerles únicamente para experimentar dolor.

Las mujeres que han adoptado el discurso moderno sobre la anticoncepción difícilmente van a aceptar una imposición, pero contribuyen a avalar socialmente las actitudes verticales de los servicios de salud. Coinciden con la norma de interrumpir la procreación después de dos hijos, y en ellas la calidad del proceso de toma de decisiones suele ser coherente con el grado de satisfacción posterior. Para ellas, el derecho al propio cuerpo se adquiere median-

te el cumplimiento de normas sociales, dictadas en este caso por los servicios de salud. No todas las mujeres acceden a ese derecho, solamente las que saben "decidir bien".

Finalmente, como excepciones, existen algunas mujeres que, a pesar de los condicionamientos sociales, buscan apropiarse de su cuerpo. Sienten que cada quien tiene que decidir según sus deseos, que nadie puede decidir por otro, en ninguna circunstancia, e intentan defenderse de cualquier imposición, tanto personal como institucional.

Estas diferentes respuestas individuales frente a un contexto económico desigual, frente a un entorno cultural que presiona hacia la homogeneidad sexual y reproductiva, frente a relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, y frente a la verticalidad de los servicios de salud, sirven para formular hipótesis que permiten interpretar las aparentes contradicciones entre la calidad de los procesos de toma de decisión y el grado de satisfacción posterior con la anticoncepción quirúrgica.

Algunas características de las mujeres entrevistadas

1. María Elena, 22 años, 3 hijos, estudios de primaria completa, socializada en un entorno urbano, aspiraba a estudiar una carrera, su primer embarazo fue a los 14 años.

2. Verónica, 27 años, 4 hijos, estudios de segundo de secundaria y conocimientos de enfermería, aspiraba a trabajar en un Centro de Salud y posponer la maternidad, su primer embarazo fue a los 16 años.

3. Librada, 30 años, 5 hijos, estudios de tercero de secundaria, aspiraba a seguir estudiando, madre soltera, su primer embarazo fue a los 17 años.

4. Severiana, 28 años, 4 hijos, estudios de segundo de primaria, aspiraba a que la sacaran a pasear, su primer embarazo fue a los 22 años.

5. Juana, 34 años, 6 hijos, estudios de sexto de primaria, no expresó aspiraciones, su primer embarazo fue a los 20 años ya casada.

6. María Elena, 29 años, 5 hijos, estudios de sexto de primaria, aspiraba a ser pintora o maestra y tener una casa bonita con muchos hijitos, su primer embarazo fue a los 16 años, madre soltera por opción propia.

7. Antonieta, 29 años, 4 hijos, estudios de sexto de primaria, aspiraba a ser secretaria o maestra, su primer embarazo fue a los 14 años.

8. Enriqueta, 40 años, 6 hijos, estudios de tercero de primaria, aspiraba a ser modista o trabajar en su salón de belleza, su primer embarazo fue a los 20 años, madre soltera.

9. María Luisa, 28 años, 4 hijos, estudios de tercero de secundaria, socializada en un entorno urbano, aspiraba a trabajar y tener una carrera, su primer embarazo fue a los 19 años.

10. Marisol, 24 años, 2 hijos, estudios de secundaria completa y carrera de enfermería, aspiraba a titularse y trabajar como enfermera, su primer embarazo fue a los 19 años.

11. Loreto, 33 años, 5 hijos, estudios de segundo de primaria, aspiraba a salir de su casa, su primer embarazo fue a los 19 años.

12. Alejandra, 45 años, 9 hijos, estudios de tercero de primaria, aspiraba a salir de su casa, su primer embarazo fue a los 14 años.

13. Bertha, 36 años, 4 hijos, estudios de quinto de primaria, no expresó aspiraciones, su primer embarazo fue a los 24 años.

Denzin, N. e Y. Lincoln (eds.) (1994), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage.

Figueroa, J.G. (1994), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva" en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, Abril de 1990, Tomo I, pp. 110-118, INEGI-SOMEDE, México.

Samuel, O., S. Lerner y A. Quesnel (1994), "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", en *Estudios Demográficos y Urbanos* Vol. 9, núm., 1, enero-abril 1994, pp. 71-104.

Significados de la sexualidad.
La reproducción y la anticoncepción
se terminó de imprimir en abril de 2001
en los talleres de Corporación Industrial
Gráfica, S.A. de C.V.,
Francisco Landino 44, col. Miguel Hidalgo
13200 México, D.F. Se imprimieron 1 000 ejemplares
más sobrantes para reposición. Cuidó la edición la
Dirección de Publicaciones de El Colegio de México.

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO