

EL ABORTO ENTRE MUJERES POBRES
Sociología de la experiencia

JOAQUINA ERVITI

EL ABORTO ENTRE MUJERES POBRES
Sociología de la experiencia

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Cuernavaca, Morelos, 2005

HQ767
E79

Erviñ, Joaquina

El aborto entre mujeres pobres./ Joaquina Erviñ. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2005.

420 p.

ISBN: 970-32-2339-7

1. Aborto - Aspectos sociales - México. 2. Mujer - Salud reproductiva - México. 3. Mujer y género - México.

Catalogación en publicación: Martha A. Frías - Biblioteca del CRIM

Diseño de cubierta: Poluqui

Ilustración: Leonardo Da Vinci, *Estudio de la cara de un ángel para la Virgen de las Rocas, circa 1483*, punta de plata y blanco sobre papel crema, 181 x 159 mm, Turín, Biblioteca Reale.

Primera edición: 2005

© Universidad Nacional Autónoma de México,
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias,
Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa, CP 62210,
Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: crim@servidor.unam.mx

Sitio en Internet: <http://www.crim.unam.mx>

ISBN: 970-32-2339-7

Impreso y hecho en México

*A todas las mujeres
que vieron sus vidas truncadas
por esta causa*

AGRADECIMIENTOS

Tengo una deuda muy especial con las mujeres que aceptaron participar en las entrevistas y nos ofrecieron su experiencia, así como su tiempo en una larga entrevista, en ocasiones por dos y hasta tres veces. Comparto con ellas el deseo de que otras mujeres no tengan que vivir la misma experiencia y espero que sus testimonios contribuyan a cambiar esa realidad.

El contacto con estas mujeres no hubiera sido posible sin la colaboración de quienes fungían como autoridades de las instituciones de salud en esos momentos, especialmente los directivos del hospital donde se realizó el estudio. En forma especial agradezco a la red de organizaciones de mujeres que nos brindó el apoyo durante el proceso de investigación.

Son muchas las personas que me aportaron con sus comentarios, a ellas quiero expresarles mi reconocimiento. Especialmente deseo reconocer la valiosa colaboración a lo largo de todo el proceso del doctor Roberto Castro, investigador responsable del proyecto “Aborto, familia y redes sociales” del que deriva este trabajo y director de mi tesis de doctorado; sin su paciencia y estímulo no hubiera sido posible este libro. El doctor Mario Bronfman impulsó el proyecto de investigación con una propuesta de apoyo financiero para estudiar el papel de las redes sociales en temas relacionados con la salud reproductiva. El doctor Héctor Hernández Bringas me invitó a integrarme como investigadora en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias y

brindó un apoyo decidido a este proyecto desde la dirección del Centro. La doctora Ana Collado me ofreció su colaboración y apoyo como tutora en la Universidad de Barcelona. Clara Juárez y Rosario Valdés participaron en el registro de los testimonios de las mujeres. A éstas y a todas las personas que participaron de alguna manera y no aparecen mencionadas deseo reconocerles su valioso e incommensurable apoyo.

Me he beneficiado enormemente de los comentarios de quienes integraron mi comité de tesis de doctorado: Dolores Juliano, María Jesús Izquierdo, Carmina Fonseca, Mary Luz Esteban e Izabella Rohlf, así como de las críticas y sugerencias de los dos revisores anónimos.

Este proyecto contó con una beca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), así como del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México. La Carnegie Foundation otorgó apoyo financiero para la fase de recolección de datos.

Algunas de las ideas y testimonios que aparecen en este libro fueron previamente publicados en revistas científicas nacionales e internacionales.¹ Agradezco a los editores por su disponibilidad.

A mis compañeros del CRIM y a todas las personas que participaron en la conclusión y edición final les agradezco su apoyo técnico y emocional.

¹ El artículo *Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal With Miscarriage and 'Spontaneous' Abortion*, publicado en 2004 en *Qualitative Health Research*, vol. 14, núm. 8, pp. 1058-1076, en coautoría con Roberto Castro y Ana Collado; y el artículo "Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)", publicado en 2003 en *Estudios Sociológicos*, vol. XXI, núm. 63, septiembre-diciembre, pp. 585-611, en coautoría con Roberto Castro.

A René, el compañero de mi vida, que vivió conmigo los sentimientos y emociones derivadas de mi intrusión en las historias de vida de este grupo de mujeres, le debo un agradecimiento muy especial. Gracias finalmente a todas las personas que quiero y que me hacen sentir muy querida.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	19
El problema de investigación	21
Diseño de la investigación	26
Perfil de las mujeres participantes	32
1. APROXIMACIONES TEÓRICAS EN TORNO AL ABORTO	39
Teorías y estudios en torno al aborto: de las causas a los procesos	40
Género, reproducción, maternidad y embarazo	66
Salud, redes sociales y apoyo social	73
Condicionantes de las experiencias subjetivas de las mujeres con el aborto	80
2. SOCIEDAD Y REPRODUCCIÓN EN MÉXICO	85
México y Morelos: el contexto social	86
Políticas de población en México	90
Contexto político-legal y social del aborto en México	97

Las cifras del aborto en México	116
De víctimas a acusadas: el impacto de una política	123
3. HISTORIAS DE VIDA Y RELACIONES SOCIALES	129
Autonomía o dependencia	129
Migración	137
Violencia	139
Relaciones y redes sociales	147
Funcionamiento de la red social: apoyo social	152
Experiencias en la adversidad	156
4. HISTORIAS DE VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA	161
Proyecto de vida y elección de pareja	162
Sexualidad y control de los embarazos	174
Maternidad e identidad de mujer	180
Embarazos y salud	185
Sexualidad y reproducción en la subordinación	187
5. “AHORA FALTA QUE YA ESTÉ EMBARAZADA”: SIGNIFICADOS DEL EMBARAZO Y EL ABORTO	191
Ser madre, estar embarazada	192
Ambigüedades, creencias y estrategias	203
“No sabía cómo era un aborto”: síntomas y acciones	213
“Dios lo quiso así”: culpabilización social y autoexculpación	241

Mujeres y médicos: discursos y prácticas	251
Estrategias de las mujeres	258
6. APOYO SOCIAL ANTE EL ABORTO	263
El aborto como condicionante del apoyo social	264
Apoyo social en el aborto: movilización y recepción	275
Instituciones de salud y apoyo social	294
Presentación de casos	307
Condicionantes sociales y personales para el apoyo	321
7. ABORTOS INDUCIDOS EN CONDICIONES SEGURAS	327
Proyectos de vida y maternidad: la responsabilidad de ser madre	328
Movilización de apoyo y redes sociales	347
Experiencias con el aborto	364
CONCLUSIONES	371
De la naturaleza del estudio	371
El contexto social y personal de las mujeres entrevistadas	374
Las experiencias de las mujeres con el aborto	380
Condiciones del apoyo social y acceso real a los servicios	388
A modo de conclusión	392

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Características sociales de las mujeres entrevistadas atendidas en el hospital	33
Cuadro 2 Características demográficas y del aborto de las mujeres entrevistadas atendidas en el hospital público	35
Cuadro 3 Número estimado de abortos inducidos según estatuto legal, en 1995. Porcentaje de abortos legales e ilegales, tasas y razones de aborto por región	45
Cuadro 4 Tasas y razones de abortos legales según fiabilidad de los datos en países seleccionados	46
Cuadro 5 Estimaciones de abortos inducidos en países de América Latina donde el aborto está muy restringido	48
Cuadro 6 Características socioeconómicas seleccionadas de la población de México y Morelos, 1997	88
Cuadro 7 Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años de edad, de acuerdo con características seleccionadas. México, 1997	93
Cuadro 8 Procesos penales por el delito de aborto en México Distrito Federal, 1995 – 1996	105

Cuadro 9 Las tres primeras causas de mortalidad materna en México y Morelos, 1997	121
Cuadro 10 Mujeres atendidas por aborto en el hospital de estudio, por grupos de edad, en los años 1996 y 2000	121
Cuadro 11 Condicionantes sociales y culturales de las redes sociales	152
Cuadro 12 Condicionantes sociales y culturales relacionados con la búsqueda y obtención de apoyo social	155

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Condicionantes de la experiencia subjetiva de las mujeres ante el aborto	83
Gráfica 2 Mapa de la red social de Frida	309
Gráfica 3 Mapa de la red social de María Elena	314
Gráfica 4 Mapa de la red social de Mónica	318
Gráfica 5 Mapa de la red social de Laura	348

INTRODUCCIÓN

*Me siento como triste, como que no sé, me siento triste,
como apagada [...] no se pudo lograr, ahora ya lo perdí.
Y a la vez me siento contenta porque pues todo lo que pasé
está difícil, nunca pensé pasarlo, y ahora sé que estoy viva*

MUJER HOSPITALIZADA POR ABORTO.

CUERNAVACA, 1997 (E011)

El testimonio de esta mujer, atendida en un hospital público por un proceso de aborto, permite reflexionar en torno al papel que desempeñan las condiciones particulares y sociales de las mujeres que afrontan un proceso de aborto. Este contexto es esencial para comprender las diferentes experiencias que viven, la variedad de significados y las distintas capacidades para afrontar la situación. ¿Cómo viven su experiencia las mujeres que abortan? ¿A qué condicionantes sociales se vincula tal experiencia? ¿Cuál es el apoyo de sus redes sociales? ¿Qué piensan, hacen y dicen estas mujeres? El propósito de este trabajo es explorar estos interrogantes en un grupo de población específica, mujeres atendidas por aborto en hospitales del estado de Morelos, durante 1997.

Los significados, las propuestas y las justificaciones del aborto difieren en los distintos momentos y países. Asimismo,

los valores, ideologías y conceptos en torno al aborto —como mujeres, género, maternidad, familia y embarazo— varían social y culturalmente, y se modifican a lo largo del tiempo (Rylko-Bauer, 1996). En este libro analizo la situación que vivieron mujeres mexicanas de escasos recursos que afrontaron un proceso de aborto y demandaron atención en instituciones hospitalarias, en el marco del contexto sociocultural, político-legal y médico de México.

La historia de este proyecto está entretrejida de múltiples intereses. Primero, por mi condición de mujer comprometida con la causa de la defensa de los derechos de las mujeres, entre ellos y en especial los derechos reproductivos, dado que la identidad genérica de la mujer se ha construido en torno a las diferencias sexuales-reproductivas. Segundo, como académica que apoya la transformación social desde la comprensión y el análisis de los fenómenos sociales. Finalmente, como ciudadana en un país donde millones de personas, más de la mitad mujeres, sobreviven en condiciones de pobreza o extrema pobreza, y para quienes la lucha por la vida deja en segundo término el reconocimiento de sus derechos humanos y la reivindicación de los mismos.

En este contexto y desde esa posición de compromiso con las mujeres, con los grupos vulnerables y con el conocimiento y comprensión de la realidad social, fui invitada a participar en un proyecto en el área de la salud reproductiva. En la decisión sobre el problema de investigación defendí la elección del aborto porque consideraba que, a pesar de ser señalado como un problema social y de salud pública, es un tema poco explorado por el contexto de ilegalidad y condena moral que lo rodea y, por ende, conlleva la clandestinidad y el estigma. Las consecuencias de segregación y “etiquetación” alcanzan no sólo a las mujeres que tienen un aborto y a los profesionales que las apoyan, sino también a aquellas personas que lo defienden como un derecho de las mujeres

y, por tanto, se posicionan públicamente con quienes sufren las consecuencias de la ilegalidad. Aquí se incluyen las personas que investigan sobre el tema, especialmente cuando participan activamente en pro de los derechos reproductivos de las mujeres (Shepard, 2000; Ortiz-Ortega, 2001).

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El aborto es un tema cargado de argumentos de moralidad que impiden a las mujeres ejercer el derecho a decidir sobre su reproducción. Ante la historia de una mujer que presenta un aborto, las lecturas, interpretaciones y soluciones están relacionadas con la ideología, la visión del mundo y la “moral sexual” de quien las realiza. Legisladores, médicos u otros actores sociales preguntarán si el aborto fue espontáneo o inducido, y buscarán posiblemente la responsabilidad y culpabilidad de la mujer y, por tanto, el merecimiento de sanción negativa e incluso de castigo.

Las condiciones de vida y trabajo de la mayoría de mujeres mexicanas pueden considerarse como factores que favorecen el aborto, lo que hace difícil la clasificación de éste, especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos. Además, la denominación de aborto espontáneo o inducido tiene que ver con una clasificación moral que busca asignar una responsabilidad a la mujer que vive esa situación. Asimismo, las historias ginecobs-tétricas, el estado de nutrición, la falta de vigilancia y atención apropiada del embarazo, así como otros problemas de salud concomitantes como infecciones de vías urinarias, sólo por mencionar algunos, pueden contribuir a esclarecer y a comprender que una historia de aborto no es una historia de voluntad individual personal ni de familia. En determinadas condiciones, la posibilidad de apoyo de la pareja y de la familia para la atención de las mujeres durante estos procesos se ve limitada y, en casos

extremos, sólo les queda esperar. Las mujeres pobres son las que con mayor frecuencia llegan a los hospitales públicos con procesos de aborto séptico, y muchas de ellas se suman a las muertes maternas por esa causa.

La condena social y legal sobre el aborto en México, así como las normas y valores sociales imperantes sobre sexualidad y reproducción condicionan la vivencia del aborto en las mujeres mexicanas. En el contexto jurídico, político y sociocultural mexicano, las mujeres que acuden a los hospitales públicos por complicaciones de un aborto son objeto de “sospecha” de haberse provocado la interrupción de su embarazo y, también a menudo, sufren un proceso de autoculpa, como consecuencia de la introyección de los valores y normas sociales, y de la conformación de una identidad femenina que iguala mujer con maternidad. Las mujeres solas o acompañadas deben afrontar este proceso que conlleva múltiples connotaciones de estigma moral y de delito.

Son escasas las investigaciones que se interesan por conocer las experiencias que viven las mujeres que acuden a un hospital público por complicaciones de un aborto, sea espontáneo o inducido. Las formas específicas socialmente condicionadas de sufrimiento, asociadas a la vivencia del aborto, el dolor y el miedo que enfrentan las mujeres ante el aborto, el estigma, el ocultamiento y en muchas ocasiones la inacción, son aspectos sobre los que conviene profundizar, así como las circunstancias particulares que las obligan en muchas ocasiones a vivir estas experiencias, y el papel relevante de las redes sociales en este proceso.

En este libro presento los resultados de una investigación cualitativa que recoge los testimonios y experiencias de mujeres mexicanas de bajos recursos que afrontaron un aborto, los condicionantes sociales vinculados a tales experiencias y las estrategias para enfrentar el estigma y la culpabilización, así como

el papel de sus redes sociales en la trayectoria de resolución del mismo, en la gestión y decisiones sobre esa situación.

El propósito del estudio fue comprender los significados y vivencias de mujeres mexicanas ante un proceso de aborto que requería hospitalización, fuera éste espontáneo o inducido; identificar las estrategias ante la culpabilización y el estigma social; y reconocer los mecanismos y formas del apoyo de orden material —en la búsqueda, obtención y pago de los servicios de atención— y emocional otorgado durante el proceso de aborto por parte de sus redes sociales, y la percepción del apoyo social recibido.

Los sujetos de estudio lo conformaron dos grupos de mujeres. El grupo principal, sobre el que se centró el estudio, fueron mujeres atendidas por complicaciones de un aborto inducido o espontáneo en un hospital público de Morelos, en tres periodos diferentes de 1997 durante los que se realizó un registro de las mujeres que acudieron a solicitar atención por un problema de aborto. Treinta y cuatro mujeres aceptaron participar en el estudio y narrar sus experiencias. Este hospital de asistencia social atiende a la población de menores recursos, sin acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Esta población representa aproximadamente la mitad de los habitantes de Morelos. Un segundo grupo de participantes en el estudio estuvo integrado por cuatro mujeres atendidas por aborto, en establecimientos de salud privados, en forma clandestina.

Mi interés se centró en las mujeres que presentaban mayores riesgos de complicaciones por aborto,¹ fueran autoinducidos, inducidos en condiciones “inseguras” o espontáneos. Se trataba

¹ Especialmente aquellas mujeres cuyas características coinciden con los estereotipos de “mujeres que abortan”, como ser adolescentes, solteras y pobres, y que sufren las actitudes negativas asociadas a esa condición, parte de las personas que las atienden o que son potenciales apoyos.

de mujeres que por sus condiciones de pobreza² y marginación social no podían acceder a un aborto no legal en condiciones higiénicas seguras y cuyas consecuencias en su salud les obligaba a demandar atención hospitalaria. Incluí también mujeres que sufrían un aborto espontáneo y, por no disponer de recursos para la atención privada, padecían las consecuencias de una atención pública donde no se les reconoce como sujetos de derecho, y que sus características sociales las ubicaban en una situación de baja capacidad para ejercer el derecho a un trato digno que les ayudara a afrontar las actitudes de los profesionales que las atienden. En el hospital su primera identidad³ era de culpabilidad y de sospecha y no de personas capaces de tomar una decisión responsable. Se consideraron estos elementos para la selección del hospital y la población atendida por aborto y se concluyó que esa institución reunía las características identificadas como relevantes para la investigación.

La hipótesis interpretativa de la investigación reconoce capacidades individuales de accionar, en el marco de un contexto social, estructural e ideológico que condiciona los comportamientos individuales. Asimismo estas capacidades están relacionadas con características sociales, culturales y de constitución del yo (*self*). La posición teórica que sustenta esa idea considera que los sujetos dan sentido a la acción desde la intersubjetividad, a partir de los significados subjetivos que se construyen en las

² Las condiciones de pobreza hacen referencia no sólo a la escasez de recursos económicos sino también a los recursos sociales (educativos, relacionales y de información, entre otros) y a las capacidades para afrontar las situaciones adversas.

³ Las actitudes de los profesionales médicos ante las personas que demandan atención están relacionadas con la “etiquetación” que hacen de la persona enferma según las características de ésta, en función de las identidades y los estereotipos sociales (Roth, 1986).

interacciones sociales (Weber, 1985; Schutz, 1974). A esta presuposición teórica se le suma el reconocimiento de que estos comportamientos individuales también están condicionados por la estructura, normas y discursos institucionales y morales. De esta manera, se trata de avanzar en la comprensión del nivel *micro* a través de la interacción con el nivel *macro*. Por ello, para la interpretación de los testimonios de las mujeres se recopiló información del contexto social, político, legal e institucional.

El estudio no buscaba cuantificar los abortos inducidos. Tampoco intentó clasificar a las mujeres de acuerdo con categorías morales, en relación a la voluntad sobre la interrupción del embarazo, en un medio donde esta acción estaba penalizada por las leyes y condenada por el discurso social dominante. Por el contrario, se parte de reconocer que las mujeres pobres, con cualquier tipo de aborto, tienen que hacer frente a las actitudes negativas derivadas de su condición de “sospechosas” de haber deseado o provocado el aborto. En el estudio la inclusión de mujeres con “aborto inducido en condiciones seguras” estuvo orientada a reconocer capacidades personales individuales, y de sus redes sociales, que determinaban experiencias diferentes entre ambos grupos de mujeres.

Este estudio conjunta intereses desde el punto de vista académico, de salud y de derechos. El conocimiento derivado de la investigación permite comprender los comportamientos de un grupo de mujeres que afrontaron un proceso de aborto, su capacidad para manejar estas situaciones adversas y para demandar y movilizar recursos materiales, sociales y emocionales de sus redes sociales; al igual que los condicionantes sociales y culturales de los diferentes tipos de comportamientos y prácticas. Los resultados obtenidos pueden apoyar a organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que se interesan en la defensa de los derechos de las mujeres. Entre ellos, los derechos

reproductivos y, en especial, los aspectos que se refieren a la atención oportuna y accesible en salud reproductiva, o en otras actividades que fortalezcan el sentido de ciudadanía, la valoración y la autonomía personal en las mujeres.

El objetivo último de este trabajo fue contribuir al desarrollo del conocimiento sociológico en un fenómeno como el aborto, que reúne elementos morales, religiosos, políticos e institucionales que implican el nivel estructural al definir políticas, y que tiene un impacto diferencial en el nivel de los sujetos, en función de sus capacidades individuales.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La construcción del objeto de estudio, centrado en la comprensión de cómo es vivido, sentido, pensado y afrontado el problema del aborto, privilegió las técnicas cualitativas que permiten un mejor conocimiento de las particularidades del fenómeno. Este tipo de abordaje dirigió la selección de la muestra de mujeres entrevistadas, que no buscó la representatividad en términos estadísticos, sino a los particulares que aportaban información para mostrar la diversidad de significados, vivencias y apoyo social de las mujeres que presentan aborto en los hospitales. Se seleccionaron mujeres de diferentes condiciones demográficas, socioeconómicas y culturales (edad, número de hijos, estado civil, actividad laboral, independencia económica, ingresos en el hogar, migración), y se consideraron también diferencias respecto de las características del aborto y de las redes sociales personales de las mujeres. Para el presente estudio, el aborto se define como toda forma de interrupción de un embarazo, ya sea en forma espontánea o inducida.

Por la necesidad de incentivar la relación entre teoría y datos se optó por el enfoque de la teoría fundamentada (Glaser y

Straus, 1967; Glaser, 1978). Este método está dirigido a descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo de los datos de otras investigaciones, o de marcos teóricos existentes, y no de supuestos *a priori*. A través de esta estrategia del método comparativo constante, se codifican y analizan simultáneamente los datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, se refinan esos conceptos, se identifican sus propiedades y se exploran sus interrelaciones, integrándolos en una teoría coherente.

Finalmente, creo que es básico señalar que la investigación sobre el aborto en México reviste todavía dificultades de diversos tipos, debido a las connotaciones de estigma moral y delito. El contexto legal del aborto en este país requiere de un especial cuidado en la protección de las identidades de las personas informantes, así como de técnicas de indagación especialmente sensibles a establecer la relación y ganar la confianza de las informantes. Se ha mantenido un compromiso riguroso de confidencialidad y protección de la información, y de la identidad de las informantes. Por ello se estableció un código de registro a cada entrevista y se protegió que la informante pudiera ser identificada en la reproducción de testimonios.

Obtención y análisis de la información

La información que se presenta corresponde a mujeres atendidas por aborto en hospitales del estado de Morelos, durante 1997. Uno de los hospitales era una institución pública de asistencia social, donde se identificaron a mujeres que acudían a atenderse las complicaciones de un aborto, espontáneo o inducido, y también se incluyeron mujeres atendidas por aborto en servicios de salud privados. Se realizó un periodo de observación que permi-

tió reconstruir el itinerario crítico hospitalario de las mujeres que acudían a tales centros con un proceso de aborto.

Se recogió información a través de un cuestionario socio-demográfico y una entrevista en profundidad. En un primer encuentro se recogió información de las condiciones socioeconómicas y reproductivas y de las características del proceso de aborto, de las 38 mujeres que aceptaron participar en el estudio, por medio de la aplicación de un cuestionario. En ese momento se concertó la entrevista en profundidad. El cuestionario obtuvo información sobre las principales características de las mujeres; variables sociodemográficas: edad, nivel educativo, estado civil, lugar de procedencia y lugar de residencia; variables relativas a la dependencia económica de la mujer entrevistada; al grado de hacinamiento y condiciones de la vivienda; y sobre la historia reproductiva e información relativa al proceso de aborto.

Posteriormente se realizaron entrevistas en profundidad a las 38 mujeres atendidas por aborto que habían aceptado narrar su experiencia. De ellas, 34 fueron atendidas en el hospital público y cuatro fueron usuarias de servicios de salud privados. Las entrevistas en profundidad⁴ de las mujeres atendidas en el hospital público se realizaron en su mayoría en el hospital, en algunos casos en el domicilio de la mujer, a conveniencia de la propia entrevistada. Las entrevistas de las usuarias de servicios privados se realizaron en un espacio cedido por una organización civil. En seis casos, la entrevista en profundidad fue complementada además con una entrevista familiar, con participación de otros miembros del grupo familiar (la pareja y la madre y, en algunos casos, los hijos o hermanos/as), con objeto de completar las características estructurales y funcionales de las familias.

⁴ Las entrevistas fueron realizadas por dos psicólogas capacitadas especialmente para ello.

En las entrevistas se siguió una guía temática para facilitar la exploración sistemática de diferentes temas: proceso material y emocional de la mujer que aborta; principales características sociodemográficas de las mujeres; condiciones de configuración del embarazo y procesos para su resolución. Para ello se buscó información a dos niveles, por una parte, se profundizó en aspectos como trayectoria de vida; percepción de sí misma; conocimientos y prácticas sobre sexualidad y reproducción; interpretación sobre la propia experiencia del aborto. Asimismo se recogió información de las características y funcionamiento de la red social,⁵ y del apoyo social⁶ brindado tanto en términos materiales, para la búsqueda y obtención de atención del aborto, como en los aspectos emocionales.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad⁷ y posteriormente analizadas con apoyo del programa *Ethnograph* (Seidel *et al.*, 1994). En el análisis de las entrevistas se aplicaron procedimientos derivados de la teoría fundamentada que permiten dar un tratamiento sistemático a la información recogida, al identificar los principales temas que aparecen en el discurso de las personas entrevistadas. Se establecieron códigos para encontrar las afinidades y diferencias, lo que permite establecer la validez de los hallazgos a través del recurso de la “saturación

⁵ Se comprende como red social a todas las personas mencionadas por la mujer como los integrantes de su entorno personal con quienes mantiene alguna relación (familiar, de amistad, de trabajo, vecinales o comunitarias) y que ella los considera como recursos de apoyo, sea éste positivo o negativo.

⁶ Se entiende apoyo social como los recursos de información, materiales o emocionales aportados por las personas o instituciones de la red social.

⁷ Con una duración de aproximadamente hora y media, cada entrevista ocupó en promedio 40 páginas a un espacio, lo que supone más de 1 500 folios de testimonios.

teórica”⁸. Después de la lectura repetida de las entrevistas se elaboró un listado de códigos que orientó los temas del análisis: emociones, sentimientos, conductas y actitudes en relación con los procesos de aborto y embarazo, elementos que se analizaron en los diferentes actores --mujer, familia y redes sociales-- así como con la estructura y funcionamiento de las redes. Se estudiaron también las circunstancias, instituciones y contextos de atención, y se estableció una definición cuidadosa de cada uno de los códigos. Después de la asignación manual de los diferentes códigos a cada fragmento de la entrevista que hace referencia al código correspondiente (un mismo párrafo puede compartir varios códigos), éstos fueron capturados en el programa *Ethnograph*. Esto facilitó el análisis de todos los fragmentos que en las distintas entrevistas hacían referencia a un determinado código, o de una selección de los testimonios referentes a cualquier código por tipo de informante.

En la codificación de las entrevistas se buscó también fragmentar el material según las diversas etapas de la trayectoria que habían seguido las mujeres hasta el hospital: proceso de embarazo, cuidados que se tomaron al respecto, aparición de los primeros signos del aborto, evaluación de los mismos, y proceso

⁸ La saturación teórica se define como el punto en el que se puede proponer una descripción convincente de los procesos sociales estudiados. Cuando se puede delimitar el carácter sociológico de lo que se encuentra repetido en muchos casos. En ese momento se tiene la seguridad de haber identificado un fenómeno que no sale de la imaginación del investigador ni de un interlocutor, sino que es una expresión de lo social (una norma, una obligación social, un proceso, el efecto de una relación estructural, etc.) a través de las voces individuales. Se alcanza cuando el investigador (que analiza al mismo tiempo que recolecta la información) entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información nueva, y de esta manera se puede dar por concluido el muestreo teórico (Bertaux, 1993).

de decisión de acudir al hospital. En todos los casos, la idea de fondo era desentrañar los mecanismos que permiten a las mujeres atribuir un significado específico a su proceso de embarazo y aborto, así como identificar las principales condicionantes sociales a las que se vinculan tales mecanismos. A través del análisis del material recogido, se buscó también establecer la posible existencia de correspondencia entre las características de la red social, el tipo de construcción del riesgo (embarazo y aborto) y la resolución del mismo por parte de las mujeres.

La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio: leyendo por códigos, por sujetos, y por las voces identificadas como relevantes para las preguntas de investigación (Brown *et al.*, 1989; Taylor, Gilligan y Sullivan, 1995). En este proceso de sucesivas lecturas nos sensibilizamos para oír y diferenciar voces contradictorias y disonantes. En una primera lectura detallada de cada transcripción, en la interrelación de nuestro marco teórico y de interpretación inductiva, identificamos voces que se acomodaban a los significados dominantes y otras voces de resistencia. Después de esa primera lectura, estuvimos atentos al surgimiento de esas voces en las otras entrevistas. En la audición de las historias de las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto en los hospitales, se escuchan voces que afirman la existencia de significados socioculturales del aborto en las mujeres y, al mismo tiempo, se entrelazan estrechamente con voces que los desafían, incluso en una misma frase.

Asimismo, a lo largo del proceso de investigación se mantuvo una actividad continua de revisión acerca del aborto y sus determinantes en México, tanto en el ámbito conceptual como estadístico. Como parte de la recolección de material complementario se realizaron entrevistas a dos profesionales médicos que trabajaban en el hospital seleccionado para el estudio, con el

objetivo de conocer sus opiniones sobre el aborto y las mujeres que acuden a atenderse las complicaciones de un aborto. Esta información apoyó en la interpretación y análisis de los discursos de las mujeres.

PERFIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

Las mujeres atendidas por aborto en el hospital público

El promedio de edad de las mujeres entrevistadas atendidas por aborto en el hospital público era de 26 años, la más joven de 14 y la mayor de 44 años. Más de la mitad estaba en el grupo de edad de 20 a 29 años. Como la mayoría de las personas atendidas en los hospitales de asistencia social de este país, las mujeres de este estudio se caracterizaban por vivir en condiciones de marginación⁹ y pobreza (Erviti, 2001). La mayoría de las mujeres entrevistadas de este grupo contaba con menos de siete años de estudios, se dedicaba en exclusiva al hogar y convivía en “unión consensuada” con la pareja (dos de cada tres mujeres que vivía en pareja lo hacía en unión libre), de la que dependía económicamente (85%), la cual presentaba un bajo nivel de ingresos (la mitad reportó ingresos mensuales inferiores a 100 USD), y realizaba trabajos para los que se requiere escasa especialización. Más de la mitad de las mujeres de este grupo era inmigrante, la mayoría procedía del vecino estado de Guerrero. Salvo una, todas las mujeres declararon ser católicas (Cuadro 1).

⁹ Se elaboró un índice de marginación social que resumía indicadores en el nivel del hogar, el hacinamiento y las características de la vivienda, y en el nivel personal, los años de estudio (Erviti, 2001; Bronfman *et al.*, 1988).

CUADRO 1
 CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
 ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PÚBLICO (N=34)

<i>Variables sociales y económicas</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Edad		
< 20 años	8	23.5
20-29 años	20	58.8
> 30 años	6	17.7
Estado civil		
Soltera	3	8.8
Casada	9	26.5
Unión consensuada	20	58.8
Viuda o Separada	1/2	5.9
Nivel de Escolaridad		
Sin instrucción (analfabeta o primaria incompleta)	12	35.3
Primaria completa	10	29.4
Secundaria o más	12	35.3
Ocupación		
Hogar	27	79.4
Trabajadoras domésticas	2	5.9
Empleadas	2	5.9
Estudiantes	1	2.9
Otras	2	5.9
Origen		
Estado Morelos	15	44.1
Otros Estados	19	55.9
Religión		
Católica	33	97.1
Otra	1	2.9

Fuente: elaboración propia, 2001.

La mayoría de las mujeres de este grupo tenía hijos anteriores, y de éstas una de cada dos tenía menos de dos hijos. Una de cada cuatro mujeres entrevistadas refirió haber tenido la experiencia de un aborto anterior. Las mujeres de este grupo enunciaron las caídas, las tareas pesadas, antojos y disputas con la pareja como las causas del aborto y solamente una señaló que el aborto había sido provocado. Casi la mitad presentaba diagnóstico clínico de aborto incompleto y a tres se les diagnosticó aborto en evolución. Tres fueron abortos sépticos, en una de cada cinco mujeres no se especificaba el diagnóstico y una mujer tenía diagnóstico de aborto espontáneo (Cuadro 2). Aproximadamente una de cada tres mujeres entrevistadas se quejó de la imposición de un método anticonceptivo por parte del personal de salud, bien porque no le consultaron antes de ser colocado o bien porque sentían que el médico las había presionado. Deseo llamar la atención sobre la alta proporción de mujeres entrevistadas —atendidas en el hospital público seleccionado para el estudio— que sufrió violación de los derechos reproductivos por medio de la imposición de un método anticonceptivo, en un momento en que los discursos institucionales aseguran que los derechos reproductivos están protegidos con la carta de consentimiento informado, la que supuestamente garantizaría la libre decisión de las mujeres en la elección de un método anticonceptivo. También el estudio ayuda a romper con la imagen estereotipada de “las mujeres que abortan”, como adolescentes o mujeres con muchos hijos, en el grupo de las mujeres atendidas en el hospital. Las 34 mujeres entrevistadas representaron 7% de las mujeres atendidas por aborto en el hospital seleccionado, en el año de estudio, 1997, y este grupo mantenía un perfil semejante al de las mujeres atendidas en ese año.

CUADRO 2
 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DEL ABORTO DE LAS MUJERES
 ENTREVISTADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PÚBLICO (N=34)

<i>Variables demográficas y de atención del aborto</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Número de hijos vivos		
Sin hijos vivos	10	29.4
1-2 hijos vivos	16	47.1
Más de 2 hijos vivos	8	23.5
Número de abortos anteriores		
Sin abortos anteriores	25	73.5
1 aborto	7	20.6
2 o más abortos	2	5.9
Diagnóstico clínico del aborto		
Aborto incompleto	15	44.1
Aborto en evolución	3	8.8
Aborto diferido	2	5.9
Aborto espontáneo	1	2.9
Aborto séptico	1	2.9
Aborto séptico 2º. LIU*	2	5.9
Aborto no especificado	7	20.6
HMR (huevo muerto retenido)	3	8.8
Método de anticoncepción postaborto		
DIU	20	58.8
Inyectable	1	2.9
Pastillas	1	2.9
Histerectomía	1	2.9
Sin método	7	20.6
No sabe /No contesta	4	11.8
Consentimiento del método anticonceptivo		
Con consentimiento	5	14.7
Sin consentimiento	10	29.4
No aplica	8	23.5
No sabe / No contesta	11	32.4

Fuente: elaboración propia, 2001.

* Legrado intrauterino.

Las mujeres atendidas en servicios privados

Las cuatro jóvenes entrevistadas a quienes les habían realizado un aborto en establecimientos de salud privados tenían menos de 25 años. Tres eran solteras y una convivía en unión libre con la pareja, con quien tenía una hija. Esta última enfrentaba un proceso de separación de su pareja cuando vivió la experiencia de un segundo aborto. Tres realizaron estudios de nivel técnico-profesional y una adolescente de 15 años era estudiante. Tres realizaban trabajos remunerados y contaban con recursos propios. Sus embarazos eran no programados, en un caso había ocurrido por fallo del método anticonceptivo, y ninguna de ellas tenía experiencia de abortos previos.

ACERCA DEL CONTENIDO

El libro se estructura en siete capítulos. Se inicia con una introducción donde se presenta el estudio: el problema de investigación, la aproximación metodológica y las características de las mujeres participantes en el estudio. En el primer capítulo se hace una revisión de los diferentes estudios y categorías en torno al aborto, desde una aproximación crítica a los supuestos que conlleva la perspectiva metodológica y teórica. El capítulo segundo presenta el contexto social nacional y local, y busca caracterizar la sociedad y los grupos sociales donde viven estas mujeres, así como el contexto social, político y legal del aborto, su repercusión en la vida y salud de las mujeres, y se profundiza en el conocimiento del problema del aborto en México.

En los capítulos tercero y cuarto se presentan las historias de vida personal y sexual del grupo principal de mujeres entrevistadas, como los elementos que ayudan a interpretar sus experiencias, a comprender los significados y acciones en torno al aborto, ya que es en las experiencias de vida particular y en

la relación con los otros que se elaboran los significados y se conforman los comportamientos. Las historias de vida de estas mujeres se analizan y presentan a partir de cinco elementos: autonomía; condición de inmigración; experiencia de sufrir violencia; redes sociales y apoyo social. Estos elementos son las claves para comprender, a partir de su identidad de mujeres pobres, las acciones que realizaron en torno al aborto y el apoyo social que movilizaron. En cuanto a su vida sexual, el capítulo quinto analiza la baja capacidad de estas mujeres para apropiarse de su cuerpo y controlar su reproducción. Esta información es básica para interpretar sus experiencias en los procesos de aborto que se presentan en los capítulos siguientes.

El capítulo quinto incluye los significados del embarazo y el aborto, construidos desde la experiencia previa y en la interacción con el grupo sociocultural, así como en el contexto ideológico, discursivo, de transmisión y control de valores y de normas sociales, y las acciones derivadas de estos significados, en el grupo de mujeres atendidas por aborto en el hospital público que fueron entrevistadas. En el capítulo sexto se documentan las experiencias con el aborto en relación con las capacidades individuales para movilizar el apoyo social, con los condicionantes personales y del aborto mismo como hecho estigmatizante para obtener apoyo. Se presentan también las percepciones en torno al apoyo social, así como a las consecuencias, positivas o negativas, en términos de salud y de valoración personal.

El capítulo séptimo recoge las experiencias de cuatro mujeres que, con el apoyo de las redes organizacionales de mujeres, tuvieron acceso a la atención médica para un aborto inducido, en forma clandestina y condiciones seguras. Se profundiza en la comprensión de las diferencias de experiencias con el grupo de mujeres atendidas en el hospital público, a partir de las características personales, en términos de sus historias y condiciones de

vida, de desarrollo personal y de su capacidad para acceder a un apoyo, material y emocional efectivo, para resolver su problema de embarazo. En el último apartado se discuten los resultados y se esbozan algunas conclusiones referidas a las aportaciones del estudio para la sociedad, para las mujeres y para el conocimiento. Se incluye también la bibliografía consultada y cuyas contribuciones, propuestas o resultados han sido incorporadas en el texto.

1

APROXIMACIONES TEÓRICAS EN TORNO AL ABORTO

*Ante un embarazo no deseado las mujeres que no se resignan
recurren al aborto ilegal, pero al no conceptualizar la maternidad
como elección sino como destino natural viven su elección
con culpa, sin asumirla abiertamente.*

MARTHA LAMAS

En este capítulo se presenta una revisión de la literatura en relación con el aborto, transitando desde los estudios que lo abordan como un hecho externo al sujeto, hacia los abordajes que lo consideran como procesos experimentados por los sujetos sociales, siendo éstos y sus experiencias el foco de estas investigaciones. Se desarrollan asimismo algunos aspectos como sexualidad, género, reproducción y maternidad que sirven de marco para el análisis y la interpretación de los testimonios de las mujeres entrevistadas, sujetos en esta investigación, así como los conceptos de redes sociales y apoyo social, en su relación con la salud y el aborto, que actúan como categorías mediadoras.

Ante un tema como el aborto, aparentemente se presentan contradicciones entre la práctica y la ideología de las mujeres. Aunque, de manera general, las mujeres asumen roles de subordinación y acatamiento a las normas y valores sociales que idealizan la maternidad y condenan la práctica del aborto, en países como México, son miles las mujeres que cada año recurren al aborto para resolver el problema de embarazos no deseados o no planeados. Estudios recientes muestran que, ante las condiciones punitivas contra la práctica del aborto, las mujeres elaboran determinadas estrategias que les permiten hacer frente a la ideología dominante que culpa a las mujeres que tienen abortos inducidos (Nations *et al.*, 1997).

La revisión de las diferentes teorías y estudios en torno al aborto busca apoyar en la comprensión de los condicionantes y significados de estas prácticas. Los estudios relacionados con el aborto cubren una amplia gama de perspectivas disciplinarias: la epidemiología, la demografía, los estudios feministas, la sociología y antropología, la psicología, el derecho y la ciencia política. Esta revisión se centra especialmente en los estudios que exploran el tema desde una perspectiva social y feminista.

TEORÍAS Y ESTUDIOS EN TORNO AL ABORTO: DE LAS CAUSAS A LOS PROCESOS

El aborto ha tenido diferentes abordajes según los objetivos planteados por los investigadores. Desde la perspectiva de la biomedicina y de la salud pública se han estudiado aspectos relacionados con la información demográfica de las mujeres que abortan, entre ellos los estudios sobre las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto, tasas de incidencia del aborto, tasas de aborto con complicaciones (Henshaw *et al.*, 1999a y 1999b; Bankole *et al.*, 1998; Alan Guttmacher Institute,

1994; Ramos Martins *et al.*, 1991; Henshaw, 1990; Tietze, 1987). Otros estudios han abordado aspectos relacionados con la disponibilidad, calidad y costo de los servicios de aborto, así como sobre la asociación entre aborto y uso de anticonceptivos (Langer *et al.*, 1998; Chambers, 1994; Brooke *et al.*, 1993).

Desde la perspectiva político-jurídica y de derechos humanos se ha analizado la legislación y políticas referentes al aborto en diferentes momentos y países (Ibañez y García-Velasco, 1992; Pérez Duarte, 1993; Petchesky, 1990; Smyth, 2002; Shepard, 2000; Gerber, 1997). Las opiniones y actitudes sobre el aborto en una sociedad determinada han sido también temas que constituyen las agendas de investigación, especialmente de los grupos que abogan por la defensa de los derechos reproductivos (Pick de Weis *et al.*, 1994; Núñez-Fernández *et al.*, 1993). Desde ambas perspectivas, la salud pública y el reconocimiento de los derechos de la mujer, los estudios han contribuido a documentar la alta morbilidad y mortalidad asociada con el aborto ilegal, y se han constituido en argumentos que apoyan las propuestas para modificar la legislación sobre el tema.

Los estudios que se enfocan en aspectos relacionados con los procesos de aborto que viven las mujeres, como son las razones para abortar y las percepciones sobre el aborto, enmarcadas en las ideologías, los discursos y las prácticas de un contexto sociocultural específico, han ocupado una proporción menor en las agendas de investigación (Rance, 1997b; Rance, 1994; Temisanren, 1995; González de León-Aguirre, 1994; King, 1993; Rodríguez y De Miguel, 1990). Recientemente desde los estudios socioantropológicos y feministas se han incorporado al análisis las voces de las mujeres, sus experiencias, los conocimientos, creencias y prácticas que rodean al aborto y el lugar que éstas ocupan en la toma de decisiones y en la vivencia de un aborto, espontáneo o inducido, por parte de las mujeres (Gárate y Aliaga, 1998;

González, 1995; Velasco, 1995; Cecil, 1994; Cardich y Carrasco, 1993; Dixon-Mueller, 1990). Estos análisis, que incorporan el contexto sociocultural general y específico donde se desarrolla la vida de las mujeres, sus circunstancias económicas, las relaciones familiares y sociales, entre otras, permiten explicar las aparentes contradicciones entre ideología y práctica. De forma que, aunque el aborto sea considerado como una actividad clandestina e inmoral por las mujeres, las condiciones sociales y económicas en que viven son las razones esgrimidas que ayudan a la comprensión del fenómeno (Rylko-Bauer, 1996). Estos factores socioeconómicos aparecen asociados tanto con la decisión de abortar, para el caso de abortos inducidos, como con la existencia de abortos espontáneos asociados con las condiciones de vida de las mujeres. Asimismo intervienen en las condiciones de atención del aborto y, por tanto, en las complicaciones derivadas de la falta de acceso a servicios de atención de calidad (Harden y Ogden, 1999).

A continuación se señalan las aportaciones de los diferentes métodos para estudiar el problema del aborto, así como las consecuencias en la formulación e instrumentación de políticas en el área de la salud reproductiva. Se discuten también las dificultades metodológicas, éticas y políticas presentes en estos estudios. Debido a la naturaleza secreta de la práctica del aborto, en contextos de ilegalidad y de condena moral y social, han sido escasas las publicaciones sobre las condiciones en que ocurren los abortos, las experiencias de las mujeres que abortan, así como sobre la disponibilidad, calidad y uso de los servicios para su atención. La mayoría de los estudios se ha centrado en conocer la magnitud y distribución del suceso, así como los factores asociados que frecuentemente se analizan como causa del problema. Más allá de la importancia de estas estimaciones, las mujeres han sido “olvidadas”, “no visibilizadas”. El sufrimiento asociado a la vivencia del aborto, el dolor, el miedo a que hacen frente las mu-

jeros ante una situación de aborto, las circunstancias particulares que las condicionan y obligan, en muchas ocasiones, a vivir estas experiencias han ocupado un lugar secundario.

En la última década se han incrementado los estudios que toman en consideración tanto los procesos como las relaciones y mediaciones que intervienen, al incorporar al sujeto y a la subjetividad colectiva a través del análisis de los discursos de las mujeres sobre sus experiencias, sus percepciones, sus significados. En estas investigaciones, las mujeres son consideradas como agentes activos y sus resultados han permitido mostrar identidades y diferencias entre las mujeres que presentan abortos. Sus datos ayudan a contrastar y cuestionar los estereotipos que se utilizan en las campañas antiabortistas (Porter, 1996).

Abortos y causas

Desde los años setenta, las investigaciones sobre aborto se han concentrado en la cuantificación del número de abortos con la finalidad de mostrar la magnitud del problema y concienciar, de esta manera, a legisladores y políticos ante un problema que representaba y sigue representando una proporción importante de las muertes maternas en la región de América Latina. Son investigaciones que buscan la explicación del hecho o las causas del fenómeno social del aborto independientemente de los estados subjetivos de las personas, las mujeres. Los supuestos teóricos se relacionan con la idea de que los abortos son “hechos sociales” o eventos externos a los sujetos y por tanto objetivamente medibles, y que la aplicación de criterios de fiabilidad y validez, así como de medición y control de los datos observados, permite predecir las causas del suceso y actuar sobre ellas.

No obstante, dado el clima de sanción moral, social y legal que rodea al aborto, las dificultades metodológicas comienzan desde

el momento de la formulación de las preguntas de investigación y de la definición de conceptos medibles. ¿Cuántos abortos ocurren en un año en un país determinado? ¿Cuántos son inducidos? ¿Cuál es la proporción de abortos con complicaciones que llegan a los hospitales? ¿Cuál es el impacto del aborto en la morbilidad de las mujeres? ¿Cuál es la proporción de muertes maternas asociadas con el aborto? ¿Cuál es el costo de la atención hospitalaria de las complicaciones de abortos? ¿Cuáles son las características de las mujeres que tienen abortos?

Las dificultades para responder estas preguntas varían de acuerdo con la regulación legal del aborto en el país (Henshaw *et al.*, 1999a y 1999b). En la mayoría de los países con escasa o nula restricción legal sobre la práctica del aborto, existen servicios para la atención de abortos, el subregistro o clasificación errónea es muy bajo y el número de abortos clandestinos es prácticamente inexistente, por lo que se puede obtener información fiable sobre abortos inducidos en los registros oficiales (Cuadro 3 y Cuadro 4).

En países donde el aborto está penalizado legalmente, como es el caso de México, son enormes las dificultades para obtener información confiable, ya que la mayoría de los abortos inducidos son clandestinos. Por ello, en estos países los datos son estimaciones, más o menos sofisticadas y aproximadas del fenómeno. A través de una mirada comparativa entre regiones, de acuerdo con la condición de legalidad, se sabe que en 1995 prácticamente todos los abortos inducidos en la región de América Latina eran ilegales, mientras que en las regiones desarrolladas esto ocurría sólo en uno de cada 10 casos y en los países de Europa occidental los abortos ilegales eran casi inexistentes (Cuadro 3).

CUADRO 3
 NÚMERO ESTIMADO DE ABORTOS INDUCIDOS SEGÚN ESTATUTO LEGAL,
 EN 1995. PORCENTAJE DE ABORTOS LEGALES E ILEGALES,
 TASAS Y RAZONES DE ABORTOS POR REGIÓN

Regiones	Número de abortos (millones)				Tasa ⁽¹⁾	Razón ²⁾
	Total	Legales	Ilegales	% Ilegales		
Regiones desarrolladas	10,0	9,1	0,9	9	39	42
Regiones en desarrollo	35,5	16,5	19,0	54	34	23
América Latina	4,2	0,2	4,0	95	37	27
Europa Occidental	0,4	0,4	< 50 mil	< 0.5	11	17
Total	45,5	25,6	19,9	44	35	26

⁽¹⁾ Número de abortos por 1,000 mujeres con edades entre 15 y 44 años.

⁽²⁾ Número de abortos por 100 embarazos conocidos (Se ha definido embarazos conocidos como la suma del número de abortos más los nacidos vivos).

Fuente: Henshaw Stanley K., Susheela Singh, Taylor Haas (1999). "The Incidence of Abortion Worldwide". *Family Planning Perspectives* 25 (Supplement): S30-S38.

Aun reconociendo las dificultades y diferencias en la confiabilidad de las cifras, éstas han permitido, por un lado, establecer líneas de análisis para explicar las diferencias en los patrones de comportamiento en relación con el aborto entre países con legislación poco restrictiva, como sería el caso de Cuba y Bielorrusia con tasas 10 veces superiores a las de Holanda y Suiza y, por otro lado, cifras relativamente bajas como las de España perdían importancia debido a la falta de fiabilidad de los datos (Cuadro 4). A partir de esta información, las diferencias observadas entre los países suelen ser explicadas por el papel que desempeñan las políticas de población. No obstante, se observan dos situaciones extremas, partiendo de una misma política de población. Las explicaciones en países como Cuba y Bielorrusia eran que el aborto se había constituido en uno de los métodos utilizados por las mujeres para el control de sus embarazos, tanto por problemas de acceso o escasez de los otros métodos anticoncepti-

vos como por las facilidades para la práctica del aborto, o por haber sido el método usado para el control de la fecundidad antes de la introducción de los métodos anticonceptivos en el país (Frejka y Atkin, 1990). En Holanda y Suiza, prototipo de países con la menor restricción legal en la práctica del aborto, se presentaban las tasas más bajas, lo que sirve de argumento para contrarrestar las campañas de los grupos que se oponen a la despenalización del aborto porque este hecho incrementaría de forma abrupta el número de abortos inducidos.

CUADRO 4
TASAS Y RAZONES DE ABORTOS LEGALES SEGÚN FIABILIDAD DE LOS DATOS,
EN PAÍSES SELECCIONADOS

<i>País / Año</i>				<i>Tasa total de</i>
<i>Países con datos fiables</i>	<i>N.º Abortos⁽¹⁾</i>	<i>Tasa⁽²⁾</i>	<i>Razón⁽³⁾</i>	<i>aborto⁽⁴⁾</i>
Canadá 1995	106.700	15,5	22,0	0,49
Cuba 1996	209.900	77,7	58,6	2,33
Bielorrusia 1996	155.700	67,5	61,9	2,04
Holanda 1996	22.400	6,5	10,6	0,20
Suiza 1996	12.800	8,4	13,3	0,25
Estados Unidos 1996	1.365.700	22,9	25,9	0,69
<i>Países con datos incompletos o no totalmente fiables</i>				
China 1995	7.930.000	26,1	27,4	0,78
Francia 1995	156.200	12,4	17,7	0,37
Italia 1996	140.400	11,4	21,1	0,34
España 1996	51.000	5,7	12,6	0,17
Federación Rusa 1995	2.287.300	68,4	62,6	2,56

⁽¹⁾ Las cifras se han redondeado a 100.

⁽²⁾ Número de abortos por 1,000 mujeres con edades entre 15 y 44 años.

⁽³⁾ Número de abortos por 100 embarazos conocidos (Se ha definido embarazos conocidos como la suma del número de abortos más los nacidos vivos).

⁽⁴⁾ Número de abortos que podría experimentar una mujer a lo largo de su vida reproductiva si se mantuvieran las actuales tasas de aborto.

Fuente: Henshaw Stanley K., Susheela Singh, Taylor Haas (1999). "The Incidence of Abortion Worldwide". *Family Planning Perspectives* 25 (Supplement): S30-S38.

La mayoría de los países de América Latina presentan evidencias de las consecuencias negativas de la legislación restrictiva del aborto, en términos del número de abortos inducidos, la mayoría de ellos en la clandestinidad, y de las hospitalizaciones para atender las complicaciones de abortos realizados en condiciones inseguras¹⁰ (Cuadro 5). Las visiones y argumentos respecto de los costes que representa la ilegalidad de la práctica del aborto para el país y para la sociedad se han orientado a los aspectos de salud, y se refieren a las consecuencias más fatales como son las muertes maternas, y a los costes económicos: número de recursos ginecológicos, camas de hospital, sangre y medicamentos. Estas cifras sirven de argumento a quienes abogan por la despenalización del aborto como un medio que ayudaría a salvar la vida de miles de mujeres, pues aunque los argumentos a favor y en contra de la despenalización ponen la vida en un lugar central en sus discursos, quienes se oponen a la despenalización se mantienen en la defensa de “la vida futura” del embrión y dejan en un lugar secundario la defensa de la vida de las madres.

Desde la perspectiva de los estudios que analizan el problema del aborto como un hecho que se presenta en mujeres con determinadas características (Henshaw *et al.*, 1999b) es importante definir el perfil de las mujeres que abortan y desde ahí elaborar propuestas para modificar los factores asociados, o intervenir en la relación de asociación. Más allá de esta idea se busca también producir un impacto en las políticas sobre el aborto a través de la difusión de los resultados de estudios e investigaciones, aunque en ellos las mujeres no sean habitualmente tomadas en cuenta como sujetos, salvo en los discursos, sino como objetos de intervención. Desconocen cómo ocurren los procesos, qué significa-

¹⁰ La OMS define abortos inseguros aquellos realizados por personal no capacitado y en condiciones de higiene insuficiente.

do tiene el aborto para las mujeres y cuáles son sus experiencias y vivencias al respecto.

CUADRO 5
ESTIMACIONES DE ABORTOS INDUCIDOS EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
DONDE EL ABORTO ESTÁ MUY RESTRINGIDO

<i>País y Año</i>	<i>Nº abortos estimados</i>	<i>Rango de las estimaciones</i>	<i>Tasa⁽¹⁾</i>	<i>Razón⁽²⁾</i>	<i>Número total de hospitalizaciones por aborto</i>
Brasil 1991	1.444.000	1.021.000 – 2.021.000	40,8	29,8	288.700
Chile 1990	160.000	128.000 – 224.000	50,0	35,3	31.900
Colombia 1989	288.000	288.000 – 404.000	36,3	26,0	57.700
México 1990	533.000	297.000 – 746.000	25,1	17,1	106.500
Perú 1989	271.000	271.000 – 380.000	56,1	30,0	54.200

⁽¹⁾ Número de abortos por 1.000 mujeres con edades entre 15 y 44 años.

⁽²⁾ Número de abortos por 100 embarazos conocidos (Se define embarazos conocidos como la suma del número de abortos más los nacidos vivos)

Fuente: Henshaw Stanley K., Susheela Singh, Taylor Haas (1999). "The Incidence of Abortion Worldwide". *Family Planning Perspectives* 25 (Supplement): S30-S38.

En el interés por cuantificar el fenómeno del aborto, otros investigadores se han centrado en precisar las dificultades y problemas que representa medir el aborto y que comienzan desde la definición misma del fenómeno. Estos retos han propiciado el desarrollo de avances metodológicos que han beneficiado el conocimiento de otros fenómenos. Ejemplo de ello son los estudios de Barreto y colaboradores (Barreto *et al.*, 1992) que, al inicio de los años noventa, cuestionaban el cálculo de la tasa y la razón de abortos inducidos, dos de las medidas de incidencia más ampliamente utilizadas. Se señalaban dificultades para conocer, por una parte, el número total de abortos ya que un gran número de interrupciones de los embarazos ocurren en forma

espontánea y no son registradas o pasan desapercibidas para las mismas mujeres y, por otra parte, el conocimiento de los abortos inducidos en un medio donde este hecho es condenado legal y socialmente. Además, ante la imposibilidad real de obtener información de la población representada, es decir, la población embarazada en ese periodo o las mujeres “en riesgo de embarazo”, o sea, las mujeres que en ese periodo mantenían relaciones sexuales, los abortos han sido referidos a la población total de mujeres en edad reproductiva.

¿Cuáles han sido las estrategias metodológicas utilizadas frente a estos problemas? A pesar de reconocer la imposibilidad de tener una información veraz, fiable y segura de abortos inducidos en un país donde su práctica está restringida legalmente, los investigadores han perfeccionado cada vez más los instrumentos metodológicos y estadísticos para la elaboración de estimaciones sobre el tema, bien a partir de fuentes secundarias, o por medio de encuestas a la población que recogen información primaria (Barreto *et al.*, 1992).

Los estudios que trabajan con fuentes de información secundaria¹¹ han intentado superar los problemas de subregistro o de clasificaciones erróneas (Singh y Wulf, 1994: 4), debido a que las mujeres que acuden a los hospitales por complicaciones de aborto plantean que éste ha sido espontáneo o a que muchas veces el personal de salud, por actitudes solidarias con las mujeres o por no enfrentar acciones legales, opta por clasificar los ingresos o muertes en otras causas relacionadas. Entre ellas están las hemorragias o sepsis relacionados con el embarazo. Una estrategia desarrollada por un Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978: 59),¹² que buscaba dis-

¹¹ Los registros hospitalarios de atención de las complicaciones de un aborto son las principales fuentes para aproximarse a la morbilidad asociada con aborto, cuando éste es ilegal.

criminar los abortos espontáneos de los inducidos, diseñó una forma de clasificación de los abortos hospitalarios, en “inducidos”, “probablemente inducidos”, “posiblemente inducidos” y “espontáneos”, de acuerdo con determinados signos clínicos, la aceptación de la mujer y el uso de algún método anticonceptivo en el momento del embarazo. A esta forma de clasificación de los abortos se le han reconocido errores (Gomes Costa *et al.*, 1994: 39) y actualmente se acepta que la presentación de un aborto infeccioso no es sinónimo de aborto provocado.

Otra dificultad para llegar a la magnitud del problema del aborto en contextos de ilegalidad es que, debido a la clandestinidad, no se cuenta con información de los registros de los hospitales privados, principal lugar de atención de los abortos inducidos de mujeres con capacidad de pago, así como tampoco sobre la atención de los abortos inducidos en un país extranjero donde el aborto está legalizado y, mucho menos, de los abortos realizados por personal no capacitado.

Los estudios sobre la incidencia del aborto por medio de encuestas poblacionales también presentan problemas por la dificultad para obtener información veraz, no sólo porque el aborto inducido sea ilegal sino también porque para las mujeres es un problema especialmente sensible que les crea conflictos a nivel interpersonal e individual, especialmente en un medio sociocultural de condena moral y social hacia el aborto (Osis *et al.*, 1996:

¹² La OMS categoriza los abortos en cuatro tipos: 1) “aborto inducido” cuando la mujer provee esta información o existen evidencias de un cuerpo extraño o trauma en el tracto genital; 2) “aborto probablemente inducido” cuando la mujer presenta signos de aborto acompañados de sepsis o peritonitis y expresa que el embarazo no era planeado bien porque estaba usando un método anticonceptivo o aunque no usaba un método anticonceptivo era por razones diferentes a desear un embarazo; 3) “aborto posiblemente inducido”, si sólo una de las condiciones anteriores está presente; 4) “aborto espontáneo”, en todos los demás casos.

445). Frente a ello se han aplicado tres diferentes estrategias de aproximación como son la utilización de cuestionarios que contienen varias preguntas filtros, los cuestionarios autoadministrados y depositados en una urna que garantizan el anonimato, y a través del llamado método de respuesta aleatoria, denominado “Técnica de Respuesta al Azar” (TRA)¹³. Se evalúa la fiabilidad, representatividad, veracidad y facilidad en la medición del número real de abortos inducidos de las diferentes estrategias (De Sousa, 1994; Zamudio *et al.*, 1994; Gomes Costa *et al.*, 1994).

A pesar de que diferentes investigadores han planteado estas técnicas como avances metodológicos hacia la consecución de cifras más exactas sobre la frecuencia de abortos inducidos, Llovet y Ramos (2001) han señalado la necesidad de realizar una aproximación ética en las investigaciones sobre aborto, al valorar los riesgos y beneficios de las investigaciones frente a la necesaria protección de las personas que son objeto del estudio. Estos investigadores se preguntan hasta qué punto es legítimo, justo y ético intentar averiguar algo que muchas mujeres desean mantener oculto mediante la utilización de rodeos o subterfugios metodológicos, y qué tan permisible es sonsacar información a las mujeres o incluso familiares y vecinos sobre temas íntimos de los que no está claro que deseen responder.

En síntesis, la investigación cuantitativa requiere de conceptos operacionalizables e incluso elabora estrategias que le permitan *detectar* cuándo un aborto fue provocado, diferenciándolo con precisión del espontáneo, pero dejan de lado: primero, la

¹³ Este procedimiento,, desarrollado por Warner (1965) con el objetivo de eliminar los problemas de respuesta ante cuestiones “sensibles”, consiste en ofrecer a la persona entrevistada la posibilidad a una de dos preguntas formuladas, sin que el entrevistador tenga conocimiento de cual de las preguntas está siendo contestada. De Sousa (1994) aplicó esta técnica en un estudio sobre la incidencia del aborto inducido en São Paulo, Brasil.

imprecisión que para las mismas mujeres tienen muchos procesos de aborto con respecto a su participación en la decisión y, en segundo lugar, que estas clasificaciones de aborto, presentadas por los médicos/as e investigadores/as de una manera neutra, son categorías morales que “construyen a las mujeres en formas más o menos favorables de acuerdo con la legitimidad social otorgada a su clase de aborto” (Rance, 1997a: 16).

Por otra parte ¿cuál es la utilidad de estos números? En un contexto de ilegalidad ¿qué significa la ambigüedad de las cifras? A partir de las estimaciones sobre los abortos que ocurren en un país y de los factores asociados, se han establecido grupos diferenciales de riesgo que conforman identidades sociales, más o menos negativas, y se han derivado políticas dirigidas a los grupos sociales y a los factores identificados. Un ejemplo de ello son las políticas para la prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes. Asimismo se trata también de incidir en las políticas sobre aborto con argumentos que muestran lo alarmante del problema. Así, con el apoyo de estas cifras, los grupos de defensa de los derechos reproductivos señalan el riesgo de los abortos atendidos en la clandestinidad y demandan cambios en la política legislativa y promueven la despenalización de su práctica.

Finalmente, todos estos esfuerzos metodológicos se han dirigido a conocer cuántos, pero poco se sabe del cómo y del porqué las mujeres abortan, de cómo ocurren los procesos, cómo las mujeres viven estas experiencias, cómo elaboran los significados, ni qué apoyo reciben, ni por parte de quién. Se ha reclamado que detrás de las estadísticas existen personas, mujeres con identidades específicas, y que se silencian las “voces” de estas mujeres detrás de esas cifras (Porter, 1996). Desde esta posición teórico-metodológica surgen tres problemas en la formulación e instrumentación de políticas derivadas de este tipo de aproximación. 1) La ausencia de información sobre cómo

ocurren los procesos lo que es esencial para proponer respuestas. 2) Los supuestos teóricos sobre los que se asientan estas investigaciones que en tanto plantean el “problema del aborto” como un hecho social externo al sujeto, en sus conclusiones y propuestas de políticas, las mujeres son el objeto de la intervención, en nombre de su bienestar, del bienestar del hijo, de la madre y finalmente de la sociedad. Desde esa posición las mujeres no son consideradas como sujetos participativos, capaces de tomar decisiones pensantes. 3) Son aproximaciones que identifican a las mujeres como responsables de los embarazos y abortos, mientras que los hombres están prácticamente ausentes de la investigación y las políticas, o son considerados únicamente como factores que intervienen.

El hecho de centrar los debates y argumentos en la magnitud del problema, es decir, en el número de mujeres que experimenta un aborto, condiciona los discursos políticos y sociales sobre el tema y esto tiene un impacto en las vivencias de las mujeres que presentan un aborto, en forma diferenciada según el contexto político y social. Además, la magnitud no naturaliza, no hace socialmente aceptable el hecho del aborto cuando la mayoría de éstos ocurren en la clandestinidad y, por el contrario, se mantiene el nivel de culpa en la mujer (Lamas, 1999: 282) como una forma de ejercicio de control social (Juan, 1993: 223). A ello hay que sumar que la identificación de las mujeres que abortan como desviadas sociales se ve reforzada por la privatización del problema del aborto, olvidando o relegando a un segundo plano la responsabilidad social en este tema. Frente a ello, en los años ochenta el movimiento feminista estableció, a través de la difusión de información, la estrategia de hacer público un problema como el aborto presuntamente particular (Iglesias de Ussel, 1979: 22).

Experiencias de las mujeres y narrativas del aborto

Frente a los vacíos y problemas en la investigación sobre aborto, en los últimos años han aumentado los estudios que se enfocan en la comprensión del “sentido de la acción” del aborto; y donde las mujeres son sujetos para la investigación y en las propuestas de políticas derivadas de éstas. Se han publicado diversos trabajos que exploran el significado del embarazo no deseado y el aborto inducido en diversos sectores sociales. Uno de los aportes más relevantes de estos estudios es que muestran a las mujeres que abortan como agentes sociales activos, es decir, capaces de discrepar respecto de la ideología y los valores morales oficiales, y de decidir de manera individual sobre la interrupción del embarazo, aun al costo de optar por servicios clandestinos poco seguros (Rivas y Amuchástegui, 1996; Mora, 1994; Rance, 1994; Cardich, 1994; Cardich y Carrasco, 1993).

Desde los estudios cualitativos se abordan tanto los procesos como las relaciones y mediaciones que intervienen en éstos e incorporan a las mujeres en el contexto sociocultural específico, tanto de las prácticas como de los discursos sobre el aborto. En estas investigaciones las mujeres son consideradas como sujetos que actúan, deciden, sufren y hacen frente a una responsabilidad de pareja, muchas veces en solitario, debido a la ausencia del varón corresponsable del embarazo. Los discursos de las mujeres sobre sus experiencias, sus percepciones y sus significados son las unidades de análisis.

En estos estudios emergen identidades que contrastan con los estereotipos de la mujer que aborta. La identidad que emerge es la de un sujeto responsable, capaz de decidir y de elegir las mejores opciones con responsabilidad, una mujer con capacidades para afrontar una maternidad de manera responsable. De forma que, en palabras de Cardich (1994: 11), el aborto se con-

vierte en un medio de llegar a la propia madurez. El conocimiento y la comprensión de los diferentes discursos y experiencias de las mujeres ha permitido mostrar la diversidad y los aspectos comunes, así como explorar, a través del análisis de los singulares, porqué ocurren los embarazos no deseados y los abortos, y los significados que éstos tienen para las mujeres.

La multiplicidad de respuestas de las mujeres frente a embarazos no deseados o no planeados, deriva de situaciones de vida particulares y de contextos socioculturales específicos. Las cuestiones socioeconómicas personales, las relaciones de pareja a veces conflictivas o inexistentes, las expectativas creadas en el ambiente familiar hacia las mujeres, como es el caso de una adolescente embarazada, el momento en el desarrollo de un proyecto de vida, la capacidad para hacer frente a una maternidad devaluada socialmente —como la de las adolescentes solteras— han sido los elementos que emergen como relevantes y participan en las decisiones de las mujeres ante los embarazos.

Además, en relación con la intencionalidad del aborto, se ha de tomar en cuenta que las personas, mujeres y hombres, realizan acciones y enfrentan problemas, no siempre en la forma de lo que se denomina una “toma de decisión racional” a través de la reflexión sobre las opciones y la valoración de lo que es más positivo. En la vida cotidiana, los comportamientos no son habitualmente estratégicos en el sentido de seleccionar cursos alternativos de acción por su capacidad para producir determinados resultados, y con frecuencia no es posible identificar las intenciones, explícitamente manifestadas por los actores. Muchas veces los resultados son consecuencias no intencionadas, incluso no queridas de los actos. Sucede también que las intenciones adoptadas pueden ser contradictorias, cambiantes e inciertas. A menudo los objetivos estratégicos de la acción son las preferencias reveladas por los actos, una vez realizados éstos,

tengan o no que ver con las intenciones previas (Garrido y Gil Calvo, 1993: 19). En este sentido, muchas veces los significados y objetivos de acciones como el embarazo y el aborto son elaborados después de la acción (Vegetti, 1992).

Otros estudios han mostrado la influencia del contexto, de la sanción moral, social y legal, en la experiencia del aborto y que frente a esto es difícil que las mujeres admitan, o reconozcan incluso para sí mismas, su deseo de interrumpir un embarazo. Por ejemplo, un estudio realizado en Bolivia muestra que las mujeres anhelan y buscan el “fracaso” del embarazo o el “aborto natural” o “normal”, mediante prácticas que implican gran riesgo para la propia salud y vida. Todo ello, antes de recurrir directamente a un aborto provocado que se considera “anormal” y que conlleva sentimientos de angustia, culpabilidad y riesgo de castigo (Rance, 1994: 28).

Se ha documentado que el hecho de que las mujeres internalicen las concepciones morales y éticas de la sociedad que condena el aborto (transmitidas en la educación y en los medios de comunicación masiva) no evita que aborten en caso de decidirlo así, ya que pesan más las consideraciones concretas que se experimentan en el momento de hacer frente a un embarazo no deseado, que las normas abstractas que existen en torno a estas circunstancias (Mora, 1995). De esta forma, legitiman para sí mismas el aborto pero, al mismo tiempo, apoyan públicamente el discurso represivo que existe sobre el mismo.

Otros estudios han buscado comprender cómo se articulan acciones, actores, normas, valores, creencias y recursos emocionales en la vivencia de los procesos de aborto. En ellos se han elaborado explicaciones para entender porqué aunque las mujeres conocen la ilegalidad y riesgo de un aborto en esas condiciones, o incluso aunque lo consideren inmoral, las situaciones de crisis social y económica de sus vidas cotidianas superan el

peso de estas consideraciones. Asimismo se ha profundizado en el impacto de los discursos sociales, en contextos de ilegalidad y condena del aborto que identifican a las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo como “transgresoras” de la norma y de su rol de madres, en el incremento de los riesgos para la salud de las mujeres, así como del dolor y del sufrimiento (Rivas y Amuchástegui, 1996).

Estudios similares en Colombia documentan que la carga negativa transmitida en la educación y en los mensajes contra el aborto no evita que la mujer aborte, ya que pesan más las consideraciones concretas que se viven y experimentan en el momento de hacer frente a los embarazos no deseados o no planeados (Mora, 1994 y 1995). Esto cuestiona la idea de algunos grupos en el sentido de que el rechazo y la condena controlan y limitan la práctica del aborto. Además, el sentimiento de culpa que manifiestan las mujeres hace que muchas vivan su propio aborto como un caso único y excepcional, y que por lo mismo no debe ser sometido a consideraciones morales y éticas. Legitiman para sí mismas el aborto pero, al mismo tiempo, se niegan a apoyarlo en un contexto más amplio. Aunque las mujeres abortan, en contextos restrictivos se les dificulta socialmente reconocer y aceptar el aborto, incluso defenderlo como opción, lo que cuestiona la idea de promover un plebiscito para legalizar el aborto (Mora, 1995: 41). Esta es una expresión del funcionamiento de la culpa como elemento de control de las conductas, a través de la legitimación del castigo de la persona transgresora y de incrementar su deseo de obediencia. La culpa refuerza el sistema y legitima las normas ante el sujeto que las transgrede, provocando su culpabilidad y, al mismo tiempo, su acatamiento a estas normas. De esta manera, la transgresión individualizada tiene un alto componente socializador (Juan, 1993: 223).

Se ha profundizado igualmente en la experiencia de mujeres que solicitan atención por complicaciones de un aborto inducido en hospitales públicos en Brasil. Los estudios muestran cómo estas mujeres realizan determinadas estrategias para hacer frente a los discursos dominantes que condenan a las mujeres que abortan. A través del uso de remedios de la medicina tradicional y de saberes populares sobre la regulación de la menstruación y la reproducción, las mujeres brasileñas pobres expresan su dissentimiento (en forma velada) de la ideología hegemónica acerca de la ilegalidad y la inmoralidad del aborto inducido (Nations *et al.*, 1997).

Asimismo, a través del estudio del papel de la profesión médica en su interacción con las mujeres,¹⁴ también se ha profundizado en la repercusión de los discursos morales, sociales y legales en la experiencia de las mujeres ante un aborto. El análisis del discurso de los médicos/as en torno al aborto, en un contexto hospitalario, muestra cómo la terminología científica está permeada por categorías morales, de manera que la categoría médica del aborto espontáneo, lejos de ser construida en términos puramente fisiológicos, lleva incorporados prejuicios morales sobre la maternidad, el valor de los hijos, la intencionalidad de la mujer respecto al embarazo; y la sospecha respecto a la veracidad de su relato. En el caso del aborto inducido las mujeres son presentadas como responsables únicas y esta valoración en términos morales negativos condiciona la atención en los servicios de salud (Rance, 1997a: 17). La disponibilidad y calidad de la atención que se brinda a las mujeres que acuden a los hospitales con abortos incompletos se ve influida por el poder de tales dis-

¹⁴ Desde la teoría feminista y desde diferentes ámbitos, otros autores han documentado sobre la no neutralidad de género en el discurso de la ciencia médica y sobre su impacto en la vida de las mujeres (Castro y Bronfman, 1998; De Miguel, 1979; Velasco, 1995: 178).

cursos. Desde estos discursos, se considera incluso que el aborto inseguro es un castigo autoinfligido por las mujeres transgresoras que rechazan su destino materno socialmente asignado.

Se ha argumentado también que los discursos y prácticas dominantes entre los médicos/as están condicionados por su formación y práctica profesional en un modelo médico que, ya desde el inicio de la enseñanza médica y en el curso de la formación continua, moldea y define un profesional alejado/a de la condición humana del sujeto que es objeto de su acción. La actitud ante el aborto está condicionada por la situación legal, por conceptos religiosos y juicios morales (Rance, 1999 y 1997a; González de León-Aguirre, 1994). No obstante, se ha documentado que no hay un discurso médico unitario y fijo, sino que cambia de acuerdo con algunos factores, como por ejemplo el lugar, el momento; el rango profesional de las personas presentes en la interacción; contingencias locales; e incluso de sucesos con repercusión nacional (Rance, 1997a: 49).

Aunque algunos estudios presentan evidencias de actitudes negativas de los profesionales médicos ante el aborto, condicionadas por el discurso dominante (Lazarus, 1997), otros muestran resistencias a las presiones ejercidas dentro de las instituciones u organizaciones profesionales. Son las actitudes y prácticas de los médicos que en la clandestinidad apoyan a las mujeres que desean un aborto, desde una posición de reconocimiento del derecho de la mujer y no del beneficio económico que les pueda representar (Rodríguez y Strickler, 1999). Esta posición de los profesionales a favor de la libre decisión de la mujer en el aborto, les genera situaciones de conflicto profesional y personal, derivado en parte de los diferentes significados del aborto para cada uno de ellos (Roe, 1989) pero esta práctica a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, aunque sea desde

una posición minoritaria, también reporta efectos positivos y enriquecedores (Rodríguez y Strickler, 1999).

Al reconocer los aportes de los estudios que muestran y ponen “voz” a las mujeres que enfrentan crisis de embarazos, se llama también la atención sobre la necesidad de reconocer una responsabilidad colectiva. Se plantea que el acceso a los servicios de atención de aborto es un prerequisite de ciudadanía, aunque las mujeres nunca necesiten beneficiarse ellas mismas de este derecho. Al poner en primer lugar la condición de sujetos, estos estudios documentan ante los legisladores, líderes religiosos, médicos y políticos las situaciones de crisis que enfrentan muchas mujeres y hacen visibles el dolor, la angustia, la confusión, la soledad, la tristeza, el miedo y las medidas desesperadas que viven las mujeres cuando hacen frente a abortos en situaciones de inseguridad y clandestinidad. Además ponen en el centro del debate algunas variables, dimensiones personales de crisis, sobre las que habitualmente no se presta atención. Por ejemplo, el hecho de que muchas mujeres tienen relaciones sexuales sin su consentimiento o que cuando las consienten es por intimidación e imposición, o bien los problemas de desconocimiento y las dificultades de acceso a la anticoncepción o los fallos de los métodos anticonceptivos, así como la necesidad de que los hombres sexualmente activos sean sexualmente responsables (Porter, 1996).

El contexto social del aborto

La información generada, tanto desde la perspectiva cuantitativa como cualitativa, es un recurso importante en la toma de decisiones y elaboración de propuestas para la formulación, discusión e instrumentación de las políticas sobre el tema. No obstante, otros estudios han abordado los aspectos relaciona-

dos con la participación de los actores políticos y sociales en la formulación de las políticas relacionadas con el aborto, a través de los discursos y las prácticas, entre otras las movilizaciones públicas (Smyth, 2002; Heinen y Matuchniak-Krasuska, 1995). Me refiero al peso de organizaciones sociales como la Iglesia, los grupos feministas, la profesión médica y la sociedad, en la formulación de políticas de población, de salud, de educación y de bienestar en relación con el aborto, la sexualidad y los derechos reproductivos.

En este sentido, algunos estudios analizan el papel de la Iglesia, de los grupos políticos y sociales conservadores, así como de grupos constituidos especialmente para combatir la práctica del aborto y para promover legislaciones que penalicen cualquier tipo de aborto, entre ellos el Grupo Pro-Vida¹⁵. A través del análisis de las estrategias discursivas usadas por los obispos de la Iglesia católica en cuatro países diferentes, se han mostrado similitudes y diferencias en su posición ante el aborto. El status institucional de la Iglesia católica y el clima político que rodea al aborto en un país determinado, definen los argumentos culturales usados por esta institución para justificar su oposición universal al aborto. En cada país varían los argumentos principales y la forma en que son utilizados social y políticamente para promover una legislación en contra del aborto. El análisis de cómo la Iglesia utiliza argumentos de género y de cuestiones relativas a la identidad nacional, muestra de qué manera las organizaciones, en este caso la Iglesia católica, se apropian de

¹⁵ Este grupo, hoy autodenominado “Cultura por la Vida”, es una organización social mexicana, con conexiones con sus homólogos en Estados Unidos (Pro-Life), que busca la penalización legal de cualquier tipo de aborto. Mantienen relaciones y reciben apoyo de partidos políticos conservadores y la Iglesia, así como de asociaciones que tienen posiciones ideológicas similares como la Asociación de Padres de Familia.

modo selectivo de símbolos y recursos culturales para legitimar una agenda institucional donde, finalmente el aborto, pueda estar enfrentado con las prácticas que prevalecen en una sociedad determinada (Dillon, 1996).

En el caso de México, se ha documentado cómo la Iglesia incorpora en su discurso conceptos que habían sido manejados por las feministas en su defensa de la despenalización del aborto, los modifica y les resta capacidad en la lucha por el cambio hacia una legislación menos restrictiva y por el derecho a servicios de atención de aborto para las mujeres que lo soliciten (Lamas, 1997). Lo que ha obligado al movimiento feminista a modificar su discurso e incorporar cuestiones como la responsabilidad ante la maternidad, como un nuevo elemento que apoya sus demandas. Asimismo se ha señalado la necesidad de que se elaboren acciones dirigidas al nivel de los símbolos que la Iglesia mantiene en relación con la sexualidad y el aborto (Lamas, 1999).

No obstante, en el seno mismo de la Iglesia, el grupo de Católicas por el Derecho a Decidir¹⁶ ha realizado múltiples análisis sobre las acciones y el comportamiento de la Iglesia ante la sexualidad, la anticoncepción y el aborto, sobre los cambios en su actitud ante el aborto a lo largo de la historia, así como sobre las diferentes posiciones dentro de la institución, argumentando y manteniendo una posición contraria a la dominante en la Iglesia católica y a favor de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el derecho al aborto. Un punto básico en su reflexión y estrategias prácticas es la diferencia entre la función legislativa y el magisterio de la Iglesia. La primera, que determina las leyes

¹⁶ Organización de mujeres católicas que realizan actividades de *lobby* dentro de la institución de la Iglesia católica y mantiene una posición pública y activa a favor de la despenalización del aborto. Con sede central en Washington, desde hace 25 años, son organizaciones que realizan acciones y actividades en casi todos los países de América Latina.

de moralidad, define las acciones que considera pecaminosas y los castigos que se aplicarán a quienes desobedezcan las reglas, a través del Código de Ley Canónica. Documentan que la prohibición del aborto nunca ha formado parte del magisterio de la Iglesia y no se rige por la infalibilidad papal. De esta forma, aunque la práctica del aborto es causa de excomunión, por decisión legislativa, todavía no se ha establecido adecuada e “infaliblemente” la base teológica para este castigo como enseñanza de la Iglesia (Hurst, 1998: 8).

Un aspecto que ha recibido poco interés por parte de los estudiosos del aborto se refiere a la violencia de los grupos que se oponen a la interrupción legal del embarazo. Estos grupos demandan cambios legislativos para penalizar todo tipo de abortos y al mismo tiempo realizan presiones a los gobiernos y especialmente a los médicos y personal de salud que trabaja en las clínicas donde se practican abortos legales. Muchas de las acciones de presión son agresiones verbales y físicas que van de los insultos a los asesinatos.¹⁷ Tampoco se ha documentado suficientemente el impacto de estos grupos y acciones en la oferta y prestación de servicios de aborto, así como en las experiencias y la salud de las mujeres. En Estados Unidos y Canadá, la violencia contra las clínicas y los médicos ha llegado a destruir edificios y la vida de algunos médicos, en sus campañas de la lucha por la vida y contra el aborto (Gerber, 1997).

Aunque en otros países las acciones de estos grupos han mantenido un menor nivel de violencia física, sus campañas han buscado atemorizar a las mujeres por medio de mensajes y carteles que conllevan una gran carga de violencia psíquica y

¹⁷ Gerber (1997) en un análisis sobre la situación social del aborto en Estados Unidos señala que la difusión de imágenes negativas de la mujer que aborta y de quienes les apoyan es un instrumento clave en la lucha de los grupos que se oponen al aborto.

emocional, con la exhibición de fetos muertos, lo que fortalece al aborto como hecho estigmatizante al identificar a las mujeres que abortan y a quienes las apoyan como asesinas (Cesbron, 1997). Tanto en estos grupos como en las organizaciones que les apoyan como la Iglesia católica, las mujeres son el blanco sobre el que recae toda la carga negativa contra el aborto. Se hace a las mujeres responsables únicas de la reproducción y del aborto, mientras que los hombres están ausentes salvo en el papel colaborador y de apoyo a las mujeres como los profesionales médicos, los cuales también sufren la estigmatización y segregación profesional, y otros varones que se movilizan y abogan por la despenalización del aborto.

Por último son de especial importancia los estudios que se centran en conocer la opinión de la población ante el aborto, sus actitudes y valoraciones, y cuyos datos sirven a las organizaciones feministas y de apoyo a las mujeres que trabajan en el área de la salud reproductiva. La información generada sirve para definir las estrategias de las campañas que buscan la despenalización del aborto. Por medio de encuestas a la población en general y a grupos definidos, como jóvenes y adolescentes, mujeres y hombres, se documentan los cambios que ocurren en las actitudes respecto al aborto, a su condición legal y a las decisiones en relación con la reproducción, el aborto entre ellas. También se ha documentado sobre las estrategias, más o menos exitosas, en la lucha por una legalización menos restrictiva del aborto (Klugman, Budlender y Rosenberg, 2001).

A través de esta revisión bibliográfica se muestra la complejidad del análisis del aborto y de la comprensión de las experiencias de las mujeres que viven abortos, la multiplicidad de factores y actores que intervienen, así como la variedad de significados y vivencias de las mujeres ante estos procesos. Asimismo se hacen presentes carencias relacionadas con el orden social aceptado

y los supuestos teóricos de que parten los estudios. En el nivel macro social los investigadores se enfocan esencialmente en el colectivo de mujeres, dada la evidencia de su papel protagonista en la reproducción. Son las mujeres quienes están sujetas a embarazos, abortos y cuidado de los hijos/as. Se deja de lado la coparticipación de los varones y se acepta así la imposición de los roles sociales de género, como una cuestión natural. En algunos estudios, la categoría género se ha tomado como sinónimo del sexo biológico sin cuestionar la asignación social de la responsabilidad casi única de la mujer ante el embarazo y el aborto, desde una posición científica supuestamente neutra. Todo ello fortalece la identificación de las mujeres como las responsables y culpables de los abortos.

Aunque desde los estudios realizados en el nivel micro social se reconocen las identidades y roles de género como construcciones sociales, la mayoría de estos estudios se han centrado en las mujeres, en sus experiencias y significados, en los conflictos y estrategias que desarrollan para afrontar los abortos. Son muy pocos los estudios que toman como objeto de estudio la comprensión de los significados de la reproducción y el aborto en los varones, sus deserciones o participaciones, sus experiencias y vivencias ante el aborto de su pareja. Es escasa la información sobre el papel que desempeñan las parejas hombres en las decisiones y experiencias de las mujeres ante la interrupción de un embarazo.

Estas ausencias llaman la atención dado el papel diferencial de hombres y mujeres en la definición y control de las normas sociales y las políticas reproductivas, orientadas éstas esencialmente a las mujeres y establecidas e incluso impuestas principalmente por hombres. Se constata también que las mujeres son actores principales en la lucha por la despenalización del aborto, mientras que los grupos que se oponen son liderados y confor-

mados básicamente por hombres, como los grupos Provida, los jerarcas de la Iglesia, los legisladores, políticos y médicos, entre otros.

Una ausencia poco reconocida en los estudios sobre el aborto, especialmente en los países que cuentan con legislación restringida, son los procesos de abortos espontáneos o que no son reconocidos como inducidos por las propias mujeres. Los investigadores han centrado sus miradas en el análisis y la comprensión del aborto inducido, considerando éste como el problema por afrontar. Incluso los estudios cualitativos sobre la experiencia de las mujeres ante un aborto en condiciones de ilegalidad y clandestinidad, se enfocaron en la búsqueda de mujeres que aceptaban haber tenido un aborto inducido. De esta manera existe un gran vacío sobre cómo el contexto legal condiciona la experiencia de las mujeres que acuden a los hospitales públicos con abortos espontáneos o complicaciones de abortos inducidos, no reconocidos como tales.

GÉNERO, REPRODUCCIÓN, MATERNIDAD Y EMBARAZO

La categoría género es esencial en el análisis y la comprensión de los fenómenos sociales, especialmente los reproductivos, dado que el orden social establecido se fundamenta en la naturalización de las diferencias sociales entre hombres y mujeres a partir de su diferencia biológica en la reproducción. En tanto la mujer es la que se embaraza, la sociedad le asigna el papel de cuidadora: del embarazo, de los hijos y en general de los otros. Las experiencias que viven las mujeres en torno a la reproducción y el aborto están condicionadas por la posición subordinada en las relaciones sociales intergeneracionales y por los roles de género socialmente asignados.

De Barbieri (1992: 155) señala que, a través de la asignación de los roles sociales a las mujeres, los hombres tienen el control de la reproducción, y que son ellos los que establecen y controlan las normas, apropiándose de la capacidad reproductiva, de la sexualidad¹⁸ y de la fuerza de trabajo de las mujeres, de manera que los poderes que tienen los cuerpos femeninos en la reproducción se transforman en subordinaciones, y la capacidad de trabajo de las mujeres es dirigida por las sociedades a la realización de un trabajo socialmente imprescindible pero desvalorizado, el trabajo doméstico, el cuidado de los demás para la perpetuación de la sociedad.

Esta autora propone los sistemas género/sexo como el objeto de estudio más amplio para comprender y explicar la relación de dominación-subordinación entre hombres y mujeres. A partir de la definición de género de Rubin (1986), como el sexo socialmente construido, De Barbieri (1992: 151) define estos sistemas como el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general a las relaciones entre las personas.

Género, sexualidad y reproducción

Los estudios sobre las mujeres incorporan el enfoque de género como un concepto que analiza a las mujeres, y a los hombres, desde su posición y situación relacional, no exclusivamente biológica. Género es un concepto que recupera a la mujer como

¹⁸ Esta autora define la sexualidad como el conjunto de maneras, diversas y cambiantes, en que las personas se relacionan como seres sexuados, en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido (De Barbieri, 1992: 156).

un ser social, cuya imagen e identidad va más allá de la diferencia biológica, sexual, y se construye social y culturalmente desde el nacimiento. Las identidades de género constituyen relaciones de poder desiguales para hombres y mujeres, situándose estas últimas en un nivel subordinado respecto a los hombres. Estas identidades, que se establecen desde el nacimiento, se reproducen a través de la asignación de los roles de género, comprendidos como el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino y femenino. Para la comprensión de este orden social, donde los hombres representan el poder, esto es, el valor superior sobre las mujeres, hay que tomar en cuenta los sistemas simbólicos, es decir, las formas en que las sociedades representan al género y hacen uso de éste para enunciar las normas de las relaciones sociales o para construir el significado de la experiencia (Scott, 1996: 282).

La identidad de género, de lo femenino, se construye alrededor de la maternidad, y ello tiene consecuencias para la salud física y psicológica de las mujeres (Szasz, 1995). Las razones o sinrazones de la maternidad le son inculcadas a la mujer desde su nacimiento, a través de mensajes que dan un gran valor al hecho de ser madre, de forma que, si una mujer no lo es, su misma existencia es cuestionada. Estas razones fuerzan a las mujeres a tener hijos/as y a proveer los cuidados en aras de un “instinto materno” que ha sido cuestionado por diferentes autores (Ferro, 1991; Badinter, 1981). Aún ahora, a principios del nuevo milenio, una mujer adulta sin hijos o hijas es, para la sociedad, una mujer incompleta. Estos valores se han ido modificando según el grado de modernización de la sociedad. En países como México, la situación se presenta como heterogénea según los grupos estén más o menos incorporados al desarrollo industrial, e inmersos en los valores de la “modernización” (Lerner *et al.*, 1996).

Se ha documentado, a través de un estudio realizado en una localidad rural del estado de Morelos, México, donde conviven prácticas y valores tradicionales y modernos, que la desigualdad de género condiciona la experiencia de la reproducción en hombres y mujeres. Asimismo se ha mostrado que la percepción negativa que tienen las mujeres de sí mismas, desde su posición inferior y su papel de subordinación respecto a los hombres, contribuye a perpetuar la desigualdad de género. De manera que, por una parte, el orden social da forma a la experiencia subjetiva de la reproducción pero a su vez dicha experiencia subjetiva refuerza el orden social y evidencia así la interconexión entre ambos niveles de la realidad (Castro, 2000a: 454).

Además, las normas y valores sociales difundidos a través de la ideología sobre el papel de la mujer, como madre, regulan también la sexualidad de las mujeres. A lo largo de los siglos ésta fue justificada exclusivamente para cumplir su función en la reproducción, de forma que la mujer que transgredía las normas era merecedora de castigo y, aunque siempre hubo transgresoras, su exhibición y persecución pública ayudaba a mantener el temor y el control para el resto de la población. La Iglesia católica ha sido una de las instituciones encargadas de transmitir y velar por el cumplimiento de estas normas. Para la moral católica es fundamental aceptar las consecuencias de la sexualidad, la procreación, por ello el aborto aparece como un atentado a premisas religiosas básicas, ya que cuestiona el mandato social de la maternidad y las concepciones ideológicas sobre maternidad, sexualidad y moral sexual femenina, y aparece como la expresión de la voluntad de separar la sexualidad femenina de la procreación.

A partir de la década de los setenta, la sexualidad comenzó a desvincularse de la maternidad en la sociedad occidental. La vinculación de la mujer en papeles considerados masculinos, así como las imágenes de independencia económica, de autodeter-

minación y de movilidad han puesto en crisis, en esas sociedades, la identificación de la mujer con la madre. El mayor nivel de instrucción, la adquisición y práctica de derechos políticos, las nuevas formas en las relaciones familiares han obligado a la mujer a definir su propia imagen, donde la programación de los hijos/as y la práctica anticonceptiva se convierte en algo habitual y los embarazos conllevan, por tanto, una intencionalidad reflexiva (Vegetti, 1992: 205). Estas situaciones se presentan en forma desigual en países con sociedades tan heterogéneas como México, en los inicios del siglo XXI.

A pesar de todo, se afirma que las mujeres “de la modernidad” presentan embarazos no deseados, los cuales son percibidos como un error (Vegetti, 1992: 207). Desde una perspectiva psicológica, Vegetti plantea que en todo embarazo no deseado existe una contradicción entre el propósito de no quedarse embarazada y el de no haber tomado las medidas adecuadas, donde existe la posibilidad de un deseo inconsciente de fecundidad, de modo que la mujer construye el significado de ese embarazo después de ocurrido el hecho, a través de la narración. Algunos elementos que estarían actuando en el inconsciente serían, por una parte, el hecho de probarse a sí mismas su capacidad de ser madres, en el caso de las adolescentes, o bien que el embarazo sea visto como una forma de adquirir derechos sobre la pareja, la posibilidad de evitar la soledad o de negar la llegada de la menopausia y con ella el fin de la capacidad para procrear, y también el deseo consciente o no del hombre, de su acercamiento.

Población, mujeres y Estado

Otro elemento importante para comprender el fenómeno de la reproducción, es el papel del Estado en la fecundidad de las mujeres, a través de las políticas de planificación familiar y, también,

por medio de otras formas más sutiles (Pérez Duarte, 1993) como son la construcción de reacciones de culpabilización, y la tipificación del aborto como delito. Por una parte, la legislación sobre aborto se apoya en una opinión social construida sobre la base de la ocultación sistemática de esa realidad de las mujeres. Una realidad que se modifica con los cambios culturales y con el papel que se reconoce a las mujeres en la reproducción, en un proceso al que la ley no se ajusta, en general, al ritmo de esos cambios sociales. Por otra parte, el sistema de coerción sobre las mujeres no se ejerce a través de la persecución del delito sino desde un sistema de creencias con base en la religión, donde se articulan valores que, con frecuencia, son el origen de los conflictos.

En lo que se refiere al aborto como un acto que atañe a las mujeres, todavía se sostiene como conducta delictiva, perseguible y punible, con el argumento del valor de “la vida” como hecho biológico, sin poner el acento en cómo ésta ha de ser vivida. Pero este apoyo a la ley restrictiva del aborto se basa en el temor a las consecuencias de la transgresión de un tema intocable como el embarazo, representadas en forma de algún castigo divino (Velasco, 1995: 170). Esta ley moral no escrita que se respalda en argumentaciones y coacciones religiosas, puede llegar a provocar las iras irracionales de los creyentes. Es la hipótesis que ayuda a explicar los actos de violencia contra las clínicas, médicos/as, mujeres y otros profesionales sanitarios que participan en la realización de abortos.

El aborto es un hecho que socialmente estigmatiza a los que lo realizan, tanto a las mujeres como a quienes las apoyan, y cuya consecuencia es la segregación y marginación. Un efecto directo de la estigmatización es el silenciamiento, tanto por las consecuencias penales del posible delito, como por las consecuencias de rechazo y exclusión social dado el carácter estigmatizado de

esta actividad.¹⁹ El peso de ésta fuerza al silencio, a encerrarse sobre sí misma y a una visión estereotipada de los rasgos que se muestran hacia fuera. De esta manera, se pierde la libertad de análisis sobre las propias acciones por el temor a que cualquier información pueda ser utilizada en contra. Las mujeres ocultan para conservar el respeto en su comunidad y frecuentemente entre sus redes más cercanas. Es justamente por la constatación de la existencia de este estigma que se modifican los símbolos, argumentos e identidades de los grupos que defienden la despenalización del aborto, a quienes se les designa con un término que refleja la carga negativa del estigma: “abortistas” (Velasco, 1995: 170).

Esto pareciera reflejarse también en quienes abogan por una legislación menos restrictiva frente al aborto, con argumentos que no conlleven valoraciones negativas de su posición a favor de la despenalización del aborto, como es el control del crecimiento poblacional. Desde esta posición, la legalización del aborto justificada como el último recurso para el control de la natalidad, traería dos consecuencias importantes. Por una parte, la disminución de la morbilidad y mortalidad relacionada con los abortos clandestinos y, por otra, la prevención de problemas que desde esa visión genera la “explosión demográfica” (Ortiz Quesada, 1994). No obstante, estas posturas y planteamientos sobre la población en los países en desarrollo, como un peligro que se avecina, disimulan una determinada posición ideológica, y han sido cuestionadas e invalidadas. Esto se documenta con cifras que contrastan la menor densidad poblacional en la gran mayoría de estos países, frente a países europeos como Holanda (Strobl, 1994).

¹⁹ Se hace aquí referencia al concepto sociológico de estigma, desarrollado entre otros autores por Goffman (1970). Este autor analiza también los significados, estrategias y consecuencias derivadas del estigma.

También se ha señalado que el Estado, a través de las políticas de población y de control de la fecundidad, establece el cómo y el cuándo de los embarazos pero finalmente son las mujeres quienes deben asumir y enfrentar solas el proceso de la maternidad, que no siempre se sienten capaces de afrontar. Por ello, muchas mujeres viven la experiencia del aborto en condiciones de ilegalidad como un problema existencial y con gran riesgo para su salud y su vida, además de la carga de culpa, temor y angustia que conlleva. A veces el proceso de aborto no es una situación totalmente consciente y la mujer elabora una serie de causas reales en el consciente que conviven, disfrazan y justifican los miedos y temores pero no disminuyen la carga de culpa que la sociedad impone a la mujer que aborta (Petchesky, 1990; Nations *et al.*, 1997). Frente a ello es importante comprender cómo las mujeres que tienen que hacer frente a procesos de aborto se comunican y relacionan con su entorno social, cuáles son las redes sociales y cómo funcionan.

SALUD, REDES SOCIALES Y APOYO SOCIAL

El papel de las redes sociales o redes de intercambio es fundamental para el estudio de los procesos de aborto y sus formas de resolución, especialmente para las mujeres con escasos recursos económicos y de otra índole, ya que para ellas las redes son, frecuentemente, la única posibilidad de ayuda. Las redes sociales de las mujeres que abortan han sido señaladas como un recurso importante en la forma que éstas hacen frente a embarazos no deseados y a los procesos de aborto, por su capacidad para aportar información y como fuente de apoyo moral, emocional y material, ya que las redes sociales proveen los mecanismos dentro de los cuales las personas aprenden, interpretan, enfrentan y comparten las dificultades de la vida cotidiana. Algunas

personas como la madre, la pareja, amigas, hermanas, han mostrado ser relevantes para las mujeres cuando deben afrontar procesos de aborto. La participación de los integrantes de la red varía de acuerdo al contexto sociocultural, la organización social y la dinámica familiar, y no siempre es positiva (Aliaga *et al.*, 2000; Rivas y Amuchástegui, 1996; Cardich, 1994; Cardich y Carrasco, 1993). Por ejemplo, en relación con la pareja también se han documentado situaciones de presión y coacción a las mujeres por parte del varón corresponsable del embarazo para que se realicen el aborto (Cardich, 1994: 3), así como posiciones de indiferencia o contrarias a la interrupción del embarazo. En el caso de las madres su posición en el proceso variaba según la situación de dependencia, la edad de la mujer que presentaba el aborto y la situación cultural de la región.

La forma como las mujeres procesan y viven un aborto varía de acuerdo al grado de consenso o de conflicto logrado por esas mujeres en el núcleo familiar o social. El apoyo material y emocional de las redes sociales de las mujeres puede facilitar la atención oportuna y en condiciones seguras y, por el contrario, la ausencia de esa red incrementa los riesgos derivados de una atención tardía. Por ejemplo, el riesgo de que la interrupción del embarazo tenga lugar después de las 12 semanas de gestación y en condiciones clandestinas e inseguras, o bien que sean abortos autoprovocados, se incrementa con la ausencia de apoyo social, y de la misma manera se retrasa la atención a las complicaciones que se presentan.

El concepto de *red social* se constituye en una de las categorías centrales en el análisis de la realidad social, ya que a través de esta formalidad del intercambio se pueden analizar las características del apoyo que se da y se recibe espontáneamente en los grupos humanos (Lomnitz, 1994 y 1975). La *red social*, definida como el campo relacional total de una persona o grupo, puede

ser representada en una imagen espacio-temporal y, aunque su visibilidad sea baja, posee numerosas propiedades vinculadas con el intercambio de información y recursos (Requena, 1989).

Desde los años setenta ha habido un interés cada vez mayor en comprender el papel de las relaciones sociales en la salud. Diversas investigaciones han mostrado que las relaciones sociales de las personas, el tipo de red social, interviene en el proceso de salud-enfermedad, tanto en la cantidad y tipo de problemas como en la forma y capacidad para resolverlos (Bronfman, 2000; Litwin, 1998; Valente *et al.*, 1997; Ell, 1996; House *et al.*, 1988a). Así se ha documentado que según las características de la red social de una persona se conforman diferentes tipos de redes de apoyo a los que se asocia un riesgo diferencial para hacer frente a la salud-enfermedad y a la muerte.

El concepto de *apoyo social*, como expresión del funcionamiento de la red social, subraya el rol de las relaciones sociales como moderadoras o amortiguadoras frente a situaciones estresantes o ante la presencia de otros riesgos para la salud, y desempeña un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos. Una definición ampliamente aceptada de apoyo social se refiere al conjunto de provisiones, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza (Gracia *et al.*, 1995: 130). Estos autores plantean que la red social de una persona puede influir tanto en la ocurrencia como en la valoración de eventos de vida generadores de estrés, a través de las normas sociales y por la disponibilidad de información apropiada, así como en las percepciones de apoyo. La valoración social negativa del aborto puede crear mayor estrés en personas con redes sociales densas que ejercen gran control sobre el cumplimiento de las normas sociales. Asimismo, en tanto el aborto es valorado en el contexto de las normas sociales y la información disponible en la red social, el

evento será más estresante cuando éstas lo prohíben y estigmatizan que cuando aprueban o facilitan esa práctica. Por otra parte, las normas que imperan dentro de la red social establecen cuándo el apoyo debe ser proporcionado a otros miembros de la red y cuándo debe esperarse la reciprocidad, lo que influye en la percepción del apoyo.

Determinantes del apoyo social

Aunque la información sobre el efecto del apoyo social en la salud de la población es amplia, es menor la producción científica sobre los determinantes de este apoyo, es decir, de qué depende que un sujeto reciba o preste ayuda, y porqué ésta tiene un impacto positivo o negativo en el sujeto que recibe el apoyo. Los estudios recientes sobre el tema (Gracia *et al.*, 1995), basándose en propuestas anteriores (Saranson *et al.*, 1990), indican que el apoyo social es resultado de la interacción de variables y contextos que actúan en diferentes niveles: intrapersonal, interpersonal y situacional, e incorporan variables de nivel macrosocial. Entre las variables condicionantes del apoyo social que actúan en el nivel intrapersonal se mencionan los modelos cognitivos de representación del *self* y de las relaciones con los demás. Incluyen la autoestima, la competencia social, entendida como habilidades sociales, y estilos de afrontamiento, así como las características de la persona proveedora del apoyo. Mientras que la intimidad, los conflictos, el tipo de relación, la reciprocidad y las características estructurales de la red social se consideran variables de nivel interpersonal.

Asimismo se ha mostrado que las características de las situaciones adversas son determinantes de la movilización de los recursos de la red social. Por ejemplo, el grado de visibilidad, ya que cuando los sucesos, como los embarazos no deseados

no socializados o los abortos en condiciones de clandestinidad, son escasamente visibles es necesaria la búsqueda activa de apoyo, o su movilización se demora hasta que se alcanzan niveles suficientemente elevados de visibilidad para desencadenar una respuesta de la red social. Otra situación es la naturaleza crónica o episódica de los problemas, como son las enfermedades crónicas o los problemas agudos. Para problemas episódicos como el aborto la respuesta más efectiva en la mayoría de las ocasiones es el apoyo emocional que refuerza la autoestima y los sentimientos de control.

En determinadas personas la mera existencia de un factor estresante puede interpretarse como su incapacidad para afrontar los problemas, lo que refuerza sentimientos de inadecuación y falta de control que pueden inhibir la búsqueda de ayuda (Pearlin, 1983). El estrés generado por un suceso puede tener un doble efecto: moviliza el apoyo social, proceso por el cual los recursos sociales de apoyo responden o se anticipan a una situación que se percibe como estresante o amenazante (además de las características de los estresores, son importantes las valoraciones subjetivas de la persona); o inhibe o reduce los recursos de la red social, lo que ocurre en situaciones de estigmatización de los sucesos vitales, como el aborto, y que explicaría en muchos casos la reducción del apoyo social disponible (Wortman y Lehman, 1985).

Por otra parte, las variables de género, clase, características del entorno físico e institucional actuarían sobre los niveles y contenidos de las relaciones sociales en el nivel macro social (House *et al.*, 1988a). Para comprender el apoyo social que reciben las mujeres ante el problema del aborto, es importante tomar en cuenta, además de estas variables de género y clase social, las características y funcionamiento de las instituciones de salud que pueden constituirse en barreras para el apoyo, en la búsqueda y obtención de atención especializada.

Aportaciones, límites y perspectivas teóricas del apoyo social

Varios autores han señalado limitaciones teóricas y metodológicas importantes con respecto a la definición y medida de los conceptos de redes sociales, integración social y apoyo social (Berkman *et al.*, 2000; Castro *et al.*, 1997; Ell, 1996). Asimismo se critica que durante mucho tiempo el estudio del impacto de las relaciones sociales en la salud centró la atención en la cantidad de las relaciones, dándole poca importancia a la calidad de las mismas, a la capacidad de la red social para brindar apoyo ante situaciones adversas o a los mecanismos a través de los cuales actúa dicho apoyo. En el caso particular de las mujeres que enfrentan procesos de aborto, se carece de estudios que incorporen las redes sociales y el apoyo social como elementos para la comprensión y análisis del fenómeno.

Frente a estas limitaciones señaladas con el estudio de las redes sociales y el apoyo social, se han propuesto algunos conceptos relacionados como los recursos de la red social, las conductas de apoyo, así como la valoración y orientación del apoyo social, que permiten profundizar en su conocimiento (Vaux, 1990). También se ha planteado la necesidad de profundizar sobre los determinantes de los niveles de integración social experimentados por las personas y los grupos sociales. Se trata de entender qué está asociado con la existencia de apoyo social, cómo se distribuye en la población y por qué existe una disponibilidad diferencial entre las personas, así como profundizar en las diferentes formas de apoyo social que pueden tener distintos efectos en las condiciones de salud, de acuerdo con el contexto social de cada situación y con el significado de dicho apoyo para los diversos grupos.

En la presente investigación se dio prioridad a una perspectiva sociológica del apoyo social, que incluye elementos relacionados con la estructura social, como el grado de integración o aislamiento y la estructura de la red social personal; y con los procesos, como la cualidad reguladora o controladora de las relaciones sociales, las demandas y conflictos relacionales, en referencia a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social, y el apoyo social en sí mismo (Berkman *et al.*, 2000; House *et al.*, 1988b). En consecuencia, el análisis de los procesos de decisión sobre determinadas acciones que siguen las mujeres que presentan un aborto, fue estudiado con la óptica de que el apoyo social es un proceso que implica transacciones entre individuos y sus relaciones sociales dentro de un contexto social específico (Vaux, 1990).

Esta aproximación recupera la creatividad del actor y su habilidad para manejar sus circunstancias, además de reconocerle un carácter sociológico a la capacidad de las personas para hacer frente a la adversidad (*coping*). Entendida ésta como una forma de acción social, es decir, como una forma de conducta que se puede interpretar a partir de los significados socialmente desarrollados en torno a ella, pero dependiente asimismo de las instituciones sociales y de las estructuras de poder y de producción de la sociedad (Gerhart, 1979). En esta perspectiva, se buscó privilegiar el análisis de los recursos sociales de que disponen las personas para hacer frente a la adversidad (Pearlin y Schooler, 1978), como parte de la forma de conducirse en la vida cotidiana que incluye la situación del aborto.

CONDICIONANTES DE LAS EXPERIENCIAS SUBJETIVAS DE LAS MUJERES CON EL ABORTO

La interpretación subjetiva de los significados, más allá de ser un objetivo del conocimiento sociológico, es una característica básica de los seres humanos y tanto el conocimiento científico como el sentido común son interpretaciones de la realidad basadas en un cuerpo de experiencias preexistentes de ella. El lenguaje, a través del cual se transmite este conocimiento socialmente derivado (Schutz, 1974: 15), es el medio por excelencia por el que la actividad interpretativa de un grupo social puede ser observada, ya que representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de ese grupo (Berger y Luckman, 1997: 56). El lenguaje de un grupo para expresar un fenómeno constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto del fenómeno.

Desde la perspectiva del constructivismo social, la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo que se comparte con otros, y las objetivaciones comunes de la vida cotidiana se sustentan primordialmente con la significación del lenguaje, entendido éste como los símbolos, palabras, gestos y otras expresiones de comunicación: la vida cotidiana es vida con el lenguaje que se comparte con los semejantes (Berger y Luckmann, 1997: 55). Además de su papel como constructor y transmisor de significados, el lenguaje cumple una función estructurante, ya que es a través de él que el individuo se constituye en sujeto. Los discursos socioculturales dominantes, reconocidos como verdades por el grupo cultural al que pertenece el sujeto, son constitutivos de la subjetividad individual y se expresan en las narraciones que hacen, en este caso las mujeres, sobre su experiencia. No obstante, en las narraciones también se pueden

reconocer conocimientos y discursos alternativos como formas de resistencia (Strauss y Corbin, 1990).

La subjetividad, comprendida como la particular concepción del mundo y de la vida del sujeto, se constituye por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas. Se estructura desde el lugar que el sujeto ocupa en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, sentir, racionalizar, abstraer y accionar sobre la realidad. Los comportamientos, las actitudes y las acciones del sujeto son la expresión de su subjetividad, como ser social, en el marco histórico de su cultura y, por tanto, ésta es la elaboración que hace el sujeto de su experiencia vital. Así pues la subjetividad de las mujeres es la particular e individual concepción del mundo y de la vida que cada mujer elabora a partir de su condición genérica, de sus adscripciones socioculturales y de su propia concepción del mundo²⁰ (Lagarde, 1997: 302).

Interesa captar el punto de vista y la lógica de las mujeres sobre su experiencia del aborto y cómo organizan, en su inter-

²⁰ Lagarde define la concepción del mundo como el conjunto de normas, valores y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, que elaboran los grupos sociales. Ésta se conforma en los sujetos sociales particulares, esencialmente por los elementos dominantes en su entorno sociocultural, entrelazados con elementos de concepciones diversas en distintos grados de cohesión e integración. El grado de elaboración, de complejidad y de especialización de la concepción del mundo de los sujetos está determinado por su acceso al conocimiento, a la calidad de éste y a la capacidad crítica y creativa del sujeto para reinterpretar y crear. En general, el acceso a discursos y fuentes de la experiencia está determinado por la condición social de los sujetos, de forma que la ubicación de clase, el género, la edad, la nacionalidad, el grado y nivel de escolaridad, entre otros, determinan la relación entre sujeto y concepción del mundo (Lagarde, 1997: 295).

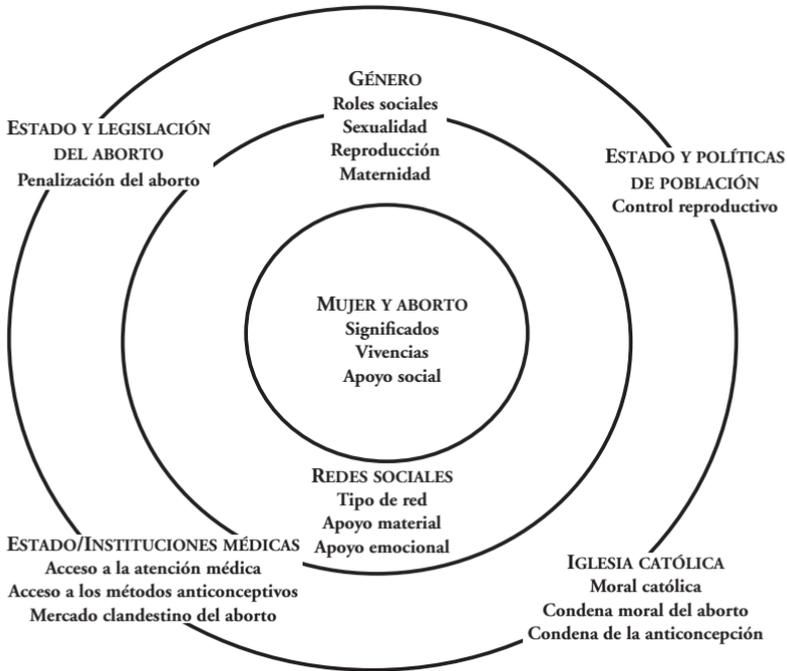
pretación, aspectos subjetivos y objetivos en significados, decisiones, acciones e interacciones con otros, como una forma de comprender los mecanismos por los cuales el sujeto hace una construcción de su realidad, en un mundo intersubjetivo, un mundo compartido con los otros (Berger y Luckmann, 1997: 40). En la medida de las posibilidades de la información que presentan los testimonios de las mujeres, su interpretación se hace en el marco de la relación con la estructura social, identificando en el nivel individual la relación macroestructural, mediada por categorías intermedias, y reflejada en los testimonios sobre el aborto.

El punto de vista de las mujeres, la construcción de los significados, las vivencias y sus diferentes percepciones se analizan a partir de la especificidad y particularidad de los condicionantes sociales y culturales. En este sentido, y sin entrar en modelos de causalidad, en esta investigación se propone un sistema de interacciones en diferentes niveles de complejidad que condicionan y determinan la forma particular de vivir y resolver el aborto en una sociedad y en un momento determinado.

La Gráfica 1 representa el modelo de relación de las diferentes dimensiones que intervienen en la experiencia subjetiva de las mujeres que tienen aborto. Es un modelo que integra las diferentes categorías de análisis: a nivel macro figura el Estado y sus instituciones jurídicas, políticas, religiosas y médicas, como los principales determinantes de las políticas de control reproductivo, de formación de valores y normas, y de atención a la salud de la mujer. El nivel intermedio, que desempeña un papel como mediador en esta relación, está integrado por un conjunto de variables que conforman un patrón de identidad y de prácticas de género (roles sociales, sexualidad, reproducción, maternidad). También las características de las redes sociales se constituyen en elementos “protectores” emocionales y mate-

riales que contribuyen para apoyar a las mujeres que presentan un aborto. Finalmente, según las características demográficas, socioculturales y económicas de cada mujer se construyen determinados significados, se vive el proceso de aborto y se organiza, articula, orienta, negocia, amortigua, regula y controla el apoyo social en el proceso de aborto.

GRÁFICA I
CONDICIONANTES DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA
DE LAS MUJERES ANTE EL ABORTO



Fuente: elaboración propia, 1998.

SOCIEDAD Y REPRODUCCIÓN EN MÉXICO

El aborto ya está sancionado como crimen, ya está inscrito como un acto sanguinario, y cualquier posibilidad de discusión será manipulada para reimplantar en el imaginario colectivo la idea de delito.

MARGARITA PISANO, 1998

México, cuya población superaba los noventa y siete millones de habitantes en el año 2000 (INEGI, 2000b), posee una política de planificación familiar para el control del crecimiento de su población desde 1974. Una característica básica de la sociedad mexicana actual es la gran desigualdad económica, social y cultural de los diferentes grupos de población, así como las condiciones de pobreza en que vive la mayoría de la población. En 1998, aproximadamente dos de cada tres personas eran pobres y la mayor parte de ellos, 40 millones de mexicanos, vivía en condiciones de extrema pobreza, es decir, que sus ingresos no les permitían cubrir las necesidades básicas de consumo humano (Boltvinik, 1998). Además en 1997, más de la mitad de la

población no tenía derecho a los servicios de atención médica en instituciones de seguridad social (INEGI, 2000a).

En este capítulo se presenta información referente al contexto social del país y del estado de Morelos, así como a los aspectos relacionados con la reproducción humana y el control del crecimiento poblacional. Asimismo se analizan los condicionantes políticos, sociales y culturales del aborto, el papel del Estado y sus instituciones políticas, jurídico-legales y médicas, y el de otros actores e instituciones sociales como la Iglesia, los grupos conservadores y las organizaciones de mujeres. Finalmente se reflexiona en torno al impacto de este contexto en la vivencia de las mujeres, sobre su vida sexual y reproductiva, y en relación con el aborto.

MÉXICO Y MORELOS: EL CONTEXTO SOCIAL

Los casi dos millones de kilómetros cuadrados del país presentan áreas de gran concentración de la población. En el área metropolitana de la Ciudad de México reside aproximadamente uno de cada cinco mexicanos. Con una distribución promedio de cincuenta habitantes por kilómetro cuadrado en el territorio nacional, la población se concentra en algunos estados del centro del país. El estado de Morelos, limítrofe con la Ciudad de México, ocupa el tercer lugar en densidad de población, con más de 300 habitantes por kilómetro cuadrado (INEGI, 2000b). Asimismo, Morelos ocupaba, en 1997, el tercer lugar como receptor de población inmigrante: dos de cada cinco habitantes no eran oriundos de este estado (43,1%), lo que representaba más del doble del promedio nacional (18,9%) (INEGI, 2000a). La mayor parte de esta población en Morelos, uno de cada tres, procedía del estado de Guerrero que colinda por el sur.

México es un país predominantemente urbano.²¹ La mayoría de la población, tres de cada cuatro mexicanos, reside en localidades mayores de dos mil quinientos habitantes y, esta cifra se incrementa en el estado de Morelos donde 85% de su población es urbana (INEGI, 2000b). No todos los residentes de las áreas urbanas tienen acceso a servicios básicos de consumo humano, como agua domiciliaria, drenaje y alcantarillado, recogida de basura, asfaltado de las vías públicas, pero las zonas rurales presentan las situaciones más graves de carencia de estos servicios. En el estado de Morelos, sólo una de cada cinco viviendas (21.7%) de las áreas rurales cuenta con servicio de agua en la vivienda y aproximadamente la mitad de viviendas (52.2%) cuenta con servicios de drenaje.

En 1997, la población económicamente activa estaba integrada básicamente por hombres; y era baja la proporción de mujeres mexicanas incorporadas al mercado laboral (Cuadro 6). Casi dos de cada tres mujeres no tenían ingresos propios y dependían económicamente de sus padres o pareja. Por otra parte, cuando las mujeres trabajaban recibían salarios menores: mientras uno de cada tres trabajadores varones recibía menos de un salario mínimo, en las mujeres trabajadoras esto ocurría en poco menos de la mitad (44.1%).²² En cuanto al nivel de instrucción, era alta la proporción de la población mexicana mayor de 14 años que no había completado los estudios primarios: uno de cada tres mexicanos; y muchos de ellos no contaban con ninguna instrucción escolar: uno de cada 10 mexicanos mayor de 14 años. Además, sólo la mitad de la población había realizado estu-

²¹ Denominamos población urbana a la población que reside en localidades mayores de 2 500 habitantes.

²² El salario mínimo general del 1 de enero al 31 de diciembre de 1997 era de 22.5 pesos por día (dos dólares diarios, aproximadamente).

dios después de la primaria. En cuanto a la adscripción a alguna religión, la mayoría (88%) de la población se declaraba católica.

CUADRO 6
CARACTERÍSTICAS SOCIECONÓMICAS SELECCIONADAS
DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO Y MORELOS, 1997

	México	Morelos
Porcentaje de la población de 12 años y más económicamente activa (PEA):		
Hombres	77,9	74,7 ⁽¹⁾
Mujeres	38,8	32,4 ⁽¹⁾
Total	57,6	59,2
Porcentaje de la población ocupada de 12 años y más según nivel de ingreso:		
Menos de un salario mínimo	33,5	30,7
De 1 a 5 salarios mínimos	53,2	n.d.
Más de 5 salarios mínimos	9,5	n.d.
Porcentaje de la población de 15 años y más según nivel educativo:		
Sin instrucción escolar	10,4	10,2
Primaria incompleta	20,4	15,8
Primaria completa	18,5	16,9
Más que primaria	50,0	56,8
Porcentaje de la población de cinco años y más que se declara de religión:		
Católica	88,4	88,5
Otras	n.d.	8,3

⁽¹⁾ La información es de 1996. INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 1996. n.d.: no se cuenta con datos

Fuente: INEGI (2000). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Panorama sociodemográfico, Estados Unidos Mexicanos*. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

El sistema de atención a la salud en México se ha estructurado acorde a la incorporación de los diferentes grupos de población en el mercado laboral. Los organismos de seguridad

social otorgan servicios de atención sanitaria a la mayoría de los trabajadores y sus familiares, representados por dos grandes instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a las personas trabajadoras de empresas privadas, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) que atienden a las personas que trabajan para la administración pública federal o local. Existen otras instituciones menores que atienden a los trabajadores de industrias estatales, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y electricidad (CFE), y a los militares (SEDENA). Los trabajadores temporales o sin contrato, los incorporados en el mercado informal que en México representa una alta proporción, y los desempleados o sin trabajo fijo no están inscritos ni cotizan a la seguridad social por lo que no tienen derecho a la atención en los servicios médicos de estas instituciones. Esta población que presenta las mayores necesidades, con altas tasas de morbilidad y mortalidad, es atendida por las llamadas instituciones de Asistencia Social o instituciones de Atención a Población Abierta que cuentan con el menor presupuesto para la atención en salud.

Una diferencia importante para las personas usuarias de servicios de salud entre ambas instituciones es que en los servicios médicos y hospitalarios de la seguridad social se provee el tratamiento —los medicamentos— y los servicios de diagnóstico, mientras que en las instituciones de asistencia social generalmente son los usuarios quienes deben adquirir los medicamentos necesarios para su atención. Esto es importante dada la escasez de recursos de la población que hace uso de los servicios de salud de asistencia social, así como las elevadas cuotas y costos de los tratamientos de la atención hospitalaria.

En 1997, casi tres de cada cinco mexicanos (59,9%) no tenía derecho a la atención médica en instituciones de seguridad social y, la mayor parte de la población derechohabiente,

cuatro de cada cinco (79%), era cubierta por los servicios de atención médica del IMSS; 15.5% por los servicios de atención del ISSSTE y el resto (8,2%) por las otras instituciones de seguridad social (INEGI, 2000a). Por tanto, más de la mitad de la población no gozaba de cobertura de los servicios de asistencia sanitaria de la seguridad social y debía pagar —para su atención en los servicios públicos de asistencia social— una cuota según su condición social que era evaluada por la trabajadora social de esa institución. También, la mayoría aportaba los materiales y medicamentos requeridos para la atención y, en ocasiones, no recibía atención por carecer de recursos.

POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN MÉXICO

Desde 1974, en especial desde la creación de una Coordinación Nacional para la política de Población en 1976, el gobierno mexicano adoptó una política de planificación familiar, difundida a través de la radio y de la televisión y aplicada por el sistema público de salud (Brachet-Márquez, 1984). Su objetivo ha sido promover nuevas normas y valores de comportamiento reproductivo y, al mismo tiempo, distribuir gratuitamente los métodos para el control de la fecundidad.

Según estimaciones, a mediados de 1999, México presentaba un incremento absoluto anual de 1,8 millones de personas, lo que equivalía a una tasa de crecimiento anual de 1,8%. La magnitud del actual incremento demográfico de México se interpreta como el resultado de un acelerado incremento de la población hasta los años setenta, momento en que se estableció la política de control de natalidad a través del Programa de Planificación Familiar. Aunque en los últimos 25 años la tasa de crecimiento de la población ha disminuido, de 3.2 a 1.8% anual, la población sigue incrementándose en términos absolutos en más de 70%,

pasando de 57 a 98 millones de habitantes (CONAPO, 1999: 11). En esos años, de 1974 a 1999, la tasa global de fecundidad presentó una reducción de alrededor de 3.7 hijos por mujer (CONAPO, 1999: 29). Para el año 2000 se estimaba una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer (CONAPO, 1998: 20-22). Este descenso en la tasa de fecundidad ocurre en forma diferenciada según el nivel educativo de la mujer, su participación en la actividad económica y su lugar de residencia, urbana o rural (CONAPO, 1999: 30-36). Las mujeres trabajadoras fuera del hogar, con nivel profesional y que vivían en las ciudades eran quienes tenían el menor promedio de hijos/as, frente a las que no contaban con instrucción escolar ni trabajo asalariado, residían en el campo y presentaban el mayor número de hijos/as.

Historia e impacto del control de la reproducción

En 1973 se modificó el Código Sanitario que prohibía la publicidad y venta de productos anticonceptivos y, al siguiente año, se publicó la nueva Ley General de Población que establecía la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar y la gratuidad de este servicio en las instituciones públicas de salud. En ese mismo año se reformó el Artículo Cuarto de la Constitución Política Mexicana que reconoce el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Diez años más tarde, en 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los servicios de salud (CONAPO, 1999: 201).

Esta política gubernamental de control de la reproducción se centró esencialmente en las mujeres e incidió de forma importante en su comportamiento reproductivo. En 1976, aproximadamente una de cada tres mujeres unidas (30%) entre 15 y

49 años de edad utilizaba algún método anticonceptivo, de ellas una de cada cuatro usaba métodos anticonceptivos “modernos”. Para 1997 se había duplicado la demanda efectiva de métodos anticonceptivos, dos de cada tres mujeres unidas²³ en edad fértil utilizaba algún método de regulación de la fecundidad (CONAPO, 1999: 205). Entre las mujeres solteras, de este grupo de edad, sólo 3,7% declaró utilizar algún método anticonceptivo. El uso de anticonceptivos presentaba diferencias según el nivel educativo de las mujeres: tres de cada cuatro mujeres en edad fértil con formación superior controlaban sus embarazos con algún método anticonceptivo, mientras que esto ocurría en menos de la mitad de las mujeres sin instrucción escolar (Cuadro 7).

Los anticonceptivos permanentes —oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia (OTB)— y el dispositivo intrauterino (DIU) eran los más usados, y las instituciones públicas de salud eran las principales proveedoras, tres de cada cuatro usuarias declaraba que lo recibieron en alguna de estas instituciones, en forma gratuita (Cuadro 7). Los contextos sociales, culturales y geográficos, así como las características sociodemográficas individuales, los ideales, percepciones y preferencias reproductivas condicionan la demanda y uso de estos servicios. Asimismo el acceso físico, económico o social también explica en gran medida la dinámica diferenciada de la difusión de la planificación familiar. Las mujeres más incorporadas en procesos de desarrollo y cambio social, económico y cultural usaban más los métodos anticonceptivos (CONAPO, 1999: 208-210).

²³ Mujeres, casadas o no, que convivían en pareja con un hombre.

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS
SELECCIONADAS. MÉXICO 1997

<i>Características sociales de las mujeres usuarias, tipo de método anticonceptivo y accesibilidad al mismo</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estado civil:</i>	
Solteras	3,7
Casadas / unión libre	68,4
Separadas / divorciadas / viudas	40,9
<i>Nivel de escolaridad:</i>	
Sin instrucción	47,8
Primaria incompleta	61,2
Primaria completa	68,6
Superior	76,4
<i>Tipo de método anticonceptivo utilizado:</i>	
Pastillas	10,0
Dispositivo Intrauterino (DIU)	20,8
Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)	44,7
Vasectomía	1,8
<i>Lugar de obtención del método anticonceptivo</i>	
<i>A) Sector público:</i>	
Servicios de Salud de Asistencia Social	72,2
Seguridad Social: IMSS	22,8
ISSSTE	38,5
ISSSTE	4,5
<i>B) Sector privado:</i>	
Farmacias	27,8
Consultorios	13,5
Otros (Organizaciones No Gubernamentales)	13,5
	0,6

Fuente: INEGI (2000). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Panorama sociodemográfico, Estados Unidos Mexicanos*. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Control reproductivo y aborto

México recibió el reconocimiento internacional por su política de población. En 1986, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo encargado de la política demográfica, obtuvo el premio de la Organización de Naciones Unidas (ONU) por el impacto de su política de población. En aproximadamente 10 años del ejercicio de esta política se redujo en forma importante la tasa global de fecundidad, pasando de 7,1 niños por mujer en edad fértil en 1967 a 3,8 en 1986, y la principal razón para el descenso de las tasas, a partir de 1976, fue la extensión de la práctica anticonceptiva (Gautier, 1994). Sin embargo, no todo fueron halagos para esta política y desde diferentes actores, con ópticas opuestas, como la Iglesia por un lado y algunos grupos feministas e investigadores por otro, se ha denunciado la falta de respeto a la libertad reproductiva de la mujer, entendida ésta como el acceso a la anticoncepción acompañado de una libre elección individual²⁴ (Gautier, 1994; Figueroa, 1996).

Un factor que ha intervenido en forma importante en el control de la fecundidad en México ha sido el aborto, con 1 millón 700 mil abortos anuales en 1997, según algunas fuentes (Martínez, 1997), y una tasa global estimada entre 2 y 1,4 abortos por mujer en edad fértil para los años noventa (Frejka y Atkins, 1990). La gran incidencia de aborto en algunos grupos de población ha sido explicada, en parte, por la incapacidad de los Programas de Planificación Familiar para aportar información suficiente en reproducción y anticoncepción a todas las mujeres, como el elemento necesario para tomar una *decisión libre*. De forma que las mujeres más expuestas a embarazos no deseados

²⁴ Los derechos reproductivos, una de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población auspiciada por la ONU en 1984, están integrados en la Constitución mexicana.

(adolescentes, mujeres solteras y mujeres pobres) se encuentran con mayor frecuencia con problemas de disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos actuales, tanto por la censura y el rechazo social hacia la sexualidad como por la disponibilidad y el costo de mantener un uso efectivo de la anticoncepción, como sería el caso de las adolescentes no unidas de bajos ingresos.

De acuerdo con la información anterior (Cuadro 7), la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres solteras en edad fértil es baja. Este dato lo confirma una encuesta realizada a más de 1000 adolescentes y jóvenes menores de 25 años de ambos sexos de la Ciudad de México, en 1987. En este grupo de población predominaba un comportamiento reproductivo que conlleva un alto riesgo de embarazos no deseados, por la baja utilización de métodos anticonceptivos y por el uso de métodos inseguros. En el citado estudio, sólo uno de cada tres entrevistados declaró haber utilizado algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, siendo el ritmo y el coito interrumpido los más comunes, y más de la mitad de las/os que tenían antecedentes de embarazo declararon que su primer embarazo no había sido deseado. De estos últimos, casi uno de cada cinco hombres (18.4%) señaló que el embarazo terminó en aborto, mientras sólo una de cada 10 mujeres (9.5%) expresó la interrupción de su embarazo. Según los investigadores, estas diferencias podrían deberse a que las mujeres por temor o vergüenza negaban haber tenido un aborto y que los hombres al no estar involucrados tan directamente no ocultaban esta información. Este estudio señalaba incluso que 3,6% de los hombres desconocía si el embarazo había llegado a término (García-Baltazar *et al.*, 1993).

Diferentes estudios (Alan Guttmacher Institute, 1994; Figueroa, 1996) señalan que la forma de organización y evaluación de los Programas de Planificación Familiar ha sido responsable

de la alta proporción de embarazos no deseados. Las evaluaciones que realizan estos programas manejan información esencialmente cuantitativa y referida al cumplimiento de metas (número de actividades realizadas, métodos aplicados). La incorporación de los derechos reproductivos y el contexto de las condiciones sociales, institucionales, familiares y de pareja a estas evaluaciones, fue rechazada con argumentos de que las propuestas desarrolladas en ese sentido tenían sesgos feministas y partían de ‘supuestos falsos e hipótesis erróneas’ por señalar el carácter clasista y sexista de los servicios y la imposición de métodos (Figueroa, 1996: 71-72).

Todo ello refleja la perspectiva de que los programas tienen en las mujeres —como elementos para el control de los fenómenos demográficos— a alguien sobre quien se realizan intervenciones, un dato, una cifra más que ayuda a justificar el consumo de recursos y la eficiencia de las medidas de control del crecimiento de la población. De esta forma, las mujeres se convierten en objeto de intervención, en vez de ser sujetos con capacidades para decidir y elegir. No se cuestiona la exigencia del cumplimiento de metas en un contexto de relaciones desiguales entre el personal de salud y las mujeres, así como las diferencias culturales entre ambos actores, lo que puede dar como resultado la imposición de métodos desde la “autoridad técnica” de la profesión médica y el “no cumplimiento” por parte de las mujeres (Figueroa, 1996). Desde mediados de los años noventa, el programa se ha enfocado a los grupos que mantienen las tasas de fecundidad más altas buscando aplicar un método anticonceptivo, con preferencia uno permanente, a todas las mujeres pobres del área rural y de las zonas marginales de las grandes ciudades.

Además, desde los años setenta, las campañas publicitarias del Consejo Nacional de Población a través de los medios de comunicación masiva —dirigidas a modificar los valores repro-

ductivos a través de destacar la importancia de reducir el número de hijos/as en cada pareja²⁵— han conformado una identidad social de “irresponsables” a las parejas que no controlan sus embarazos y tienen muchos hijos/as. Esto ha sido reforzado, en la interacción habitual con las mujeres, por el personal que integra el Programa y el de los servicios de salud, con diversas formas de presión para la aplicación de métodos anticonceptivos (Elú, 1994: 152). Ello ha influido en la vivencia de los embarazos por parte de las mujeres. Aunque éstos sean resultado de fallos del método anticonceptivo utilizado, muchas veces estas mismas presiones sociales condicionan las decisiones sobre la continuidad del embarazo. Aunque desde la política gubernamental de control de la fecundidad se identifica como “irresponsables” a las mujeres que tienen muchos hijos y el aborto representa un elemento para *los éxitos* de esta política, ni desde el Programa de Salud Reproductiva, ni desde el Consejo Nacional de Población se facilitan los servicios de atención de aborto para las mujeres que deseen interrumpir sus embarazos, debido al contexto de ilegalidad que rodea dicha práctica.

CONTEXTO POLÍTICO-LEGAL Y SOCIAL DEL ABORTO EN MÉXICO

En México, el aborto se ha constituido en un tema polémico política y socialmente, rodeado de argumentos morales y religiosos polarizados. Los debates que se entablan en la esfera pública se constituyen en foros de información sobre las posiciones de

²⁵ Enunciados como “La familia pequeña vive mejor”, “Pocos hijos para darles mucho” y en los últimos años “Planifica, es cuestión de querer” han buscado propiciar una cultura demográfica que favorece la regulación individual de la fecundidad (CONAPO, 1998: 160-161).

los diferentes actores respecto al tema, configurándose así en instrumentos para la difusión de ideologías. Es posible identificar organizaciones sociales que, con una determinada moral y apoyadas por el marco legal vigente, condenan tanto a las mujeres que se inducen un aborto como a las personas que las apoyan, difundiendo determinadas representaciones e identidades negativas de las organizaciones o grupos que promueven la despenalización del aborto, a quienes los identifican como “abortistas”. Desde otra posición, las organizaciones que abogan por la despenalización del aborto lo defienden como parte de los derechos reproductivos de las mujeres. Los principales actores identificados, con impacto a través de sus discursos y prácticas en la vivencia de las mujeres que presentan un aborto, son las instituciones jurídicas, las instituciones religiosas (principalmente la Iglesia católica) y las instituciones y profesionales médicos.

Regulación jurídica del aborto en México y Morelos

En México, la primera norma que sanciona el aborto como un atentado contra la vida, data de la época prehispánica (CLADEM, 1998: 136). La legislación mexicana actual define el aborto²⁶ como “la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez” (CLADEM, 1998: 29). Un concepto diferente al de la medicina para quien el aborto es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, entre las 20 y las 28 semanas de gestación, de forma que desde la perspectiva del derecho mexicano podrían ser abortos las interrupciones de embarazos con productos viables según la definición de la ciencia médica (Pérez Duarte, 1993: 13).

²⁶ Artículo 329 del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1931.

Las leyes que regulan la práctica del aborto en México, desde 1931, la tipifican como delito y están redactadas en términos muy restrictivos.²⁷ No es punible el aborto cuando es resultado de un acto imprudencial²⁸ de la mujer embarazada, ni cuando el embarazo sea producto de una violación. Asimismo, el médico puede autorizar el aborto, si la mujer embarazada corre peligro de muerte. Los códigos penales de los 32 estados de la República Mexicana presentan situaciones particulares sobre la penalización del aborto²⁹ y únicamente en el estado de Yucatán, se han incluido las situaciones económicas difíciles como justificaciones legales del aborto, cuando la mujer tenga al menos tres hijos. El Código Penal mexicano aún mantiene la figura del aborto “*bonoris causa*” y rebaja la pena de la mujer si ésta tiene buena fama, si ha ocultado el embarazo y si éste es fruto de una unión ilegítima.³⁰ Esto muestra una determinada concepción de la ley sobre la sexualidad en la mujer, de forma que el hecho de mante-

²⁷ El código punitivo sobre el aborto abarca los artículos 330 al 334 del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1931.

²⁸ Según el Diccionario Porrúa de la Lengua Española, 18ª edición, México, 1980, imprudencia es “culpabilidad dimanante de haber obrado sin la diligencia debida y causando algún daño previsible”.

²⁹ En los códigos penales de las 32 entidades federativas no es punible el aborto de un embarazo resultado de una violación, en 29 entidades no se penaliza el aborto imprudencial o culposo y en 27 cuando el aborto se realiza por peligro de muerte de la madre. Además en 13 entidades se despenalizan los abortos por causas de malformaciones genéticas del feto, en nueve su práctica no se castiga cuando se realiza porque el embarazo causa grave daño a la salud de la madre y en ocho entidades federativas está despenalizado cuando es por inseminación artificial no consentida (GIRE, 2000b).

³⁰ Artículo 332 del Código Penal del Distrito Federal y Territorios Federales de 1931.

ner oculta la “falta” disminuye el delito, en aras de una supuesta honorabilidad.

Para practicarse un aborto ajustado a los condicionantes de la ley, la mujer debe obtener una orden de la Corte, antes de que se pueda realizar el procedimiento, lo que puede demorar varias semanas o meses. Cuando se obtiene el permiso legal el embarazo se encuentra muy avanzado, o inclusive la mujer ya ha dado a luz. Además, ni la mayoría de los códigos penales de los estados ni la Ley General de Salud reglamentan los procedimientos para la realización de los abortos permitidos por la ley y tampoco existen servicios médicos capacitados, ni servicios de atención psicológica y emocional para las mujeres que lo requieran³¹ (GIRE, 1998: 6). De esta manera, debido al vacío legal y a la desinformación sobre los trámites procesales se presentan problemas para la obtención de servicios de atención de aborto, en ocasiones, aunque ya exista el permiso legal para la interrupción del embarazo, por la negativa médica a prestar ese servicio³² o por la presión ejercida sobre la mujer para que desista³³ de solicitar la interrupción del embarazo.

³¹ Un caso excepcional, en el desarrollo de una reglamentación que haga accesibles los servicios de atención del aborto para los casos previstos en la legislación, es la Ciudad de México que, a través de diferentes lineamientos para los servicios de salud y las autoridades del Ministerio Público, emitidos por el Gobierno del Distrito Federal durante 2002, norma los procedimientos para acceder a la interrupción legal de un embarazo (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2002a y 2002b; Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2002).

³² En México no está regulada la negativa por objeción de conciencia.

³³ Un caso de aborto legal que no llegó a realizarse, con gran difusión, movilización y demandas interpuestas contra los responsables de que el procedimiento no se pudiera llevar a cabo, fue el de una adolescente violada y con resultado de un embarazo. Paulina, la adolescente, señalaba al respecto

El primer debate por la despenalización del aborto en México tuvo lugar en torno a una propuesta de modificación de la ley de 1931, presentada en 1936, que incorporaba las cuestiones económicas y sociales como causas no punibles. En los años setenta resurgió con fuerza el debate apoyado por el movimiento feminista y, como consecuencia, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto (GIA), formado por 80 profesionales de diferentes disciplinas: medicina, derecho, teología, filosofía e historia. Este grupo, en su informe final, a fines de 1976, recomendaba la supresión de toda acción penal en torno al aborto: “debe suprimirse de la legislación mexicana actual toda sanción penal a las mujeres que por cualquier razón o circunstancia decidan abortar, y al personal calificado que lo practique (el aborto), cuando exista la voluntad expresa de la mujer”. No hubo ningún seguimiento a esta recomendación, ni se realizaron acciones para modificar la legislación sobre el tema (Barranco, 1998: 2; Lamas, 1994a: 105).

En los últimos años resurgieron las acciones orientadas a modificar la legislación sobre aborto en los códigos penales de algunos estados de la República, unas a favor de la despenalización y otras que, por el contrario, buscaban penalizar causas que no constituían delito. La década de los noventa comenzó con lo que pudo ser el camino para la despenalización del aborto. En 1990, el estado de Chiapas aprobó una legislación que despenalizaba los abortos en el primer trimestre de embarazo. Una semana antes de que la ley entrara en vigor, el Poder Legislativo del estado cedió a las presiones del obispo católico y del grupo Provida y pospuso la promulgación de la ley hasta ser evaluada

“mienten quienes dicen que desistí de abortar; lo aceptamos sólo cuando nos asustaron, cuando me dijeron que me iba a morir por una hemorragia [...] fue el miedo que nos metieron ellos” (GIRE, 2000a: 19).

por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la cual nunca se pronunció a favor o en contra (Pérez Duarte, 1993; Torres, 1995; Tolbert *et al.*, 1996; Barrón y Nájera, 1997).

Posteriormente, algunos estados del norte de la república gobernados por el Partido Acción Nacional (PAN), de posición conservadora y contrario a la despenalización del aborto, realizaron modificaciones constitucionales y jurídicas orientadas a una mayor restricción en la legislación del aborto, penalizando causas que no estaban incluidas o incorporando el derecho a la protección jurídica del feto. En 1993, el estado de Chihuahua y en 1999 el estado de Nuevo León aprobaron una reforma constitucional que incluyó “el derecho a la protección jurídica de la vida, desde el momento mismo de la concepción” y dejó abierta la posibilidad para penalizar el aborto en cualquier circunstancia, aunque hasta la fecha no se han realizado modificaciones en este sentido.

Por su parte, en el estado de Baja California donde se ha presentado un gran número de casos de anencefalia e hidrocefalia, relacionados con los altos índices de contaminación de la industria maquiladora instalada en la frontera con Estados Unidos, han sido denegadas las demandas judiciales presentadas para la interrupción de embarazos con confirmación médica de que el feto presentaba malformaciones. Se consideró que esta situación no ponía en peligro la vida de la madre y la legislación local no contemplaba la despenalización del aborto por causas eugenésicas, ni por grave daño a la salud de la madre (Barrón y Nájera, 1997: 3).

En el año 2000 surgieron con intensidad los debates y acciones orientadas a lograr modificaciones en las legislaciones locales sobre el aborto, en un contexto político electoral de cambio de gobierno en el nivel federal y de algunos estados de la República. Se promovieron cambios en tres estados, en dos de ellos

—Distrito Federal y Morelos— a favor de la despenalización, al incluir nuevas causas como no penalizables. Por el contrario, en Guanajuato se buscó incluso una mayor penalización, eliminando del código penal estatal la violación como causa no punible. En los tres casos las modificaciones o intentos de modificación ocurrieron en los últimos días del periodo de los gobiernos estatales y recién terminadas las elecciones para presidente de la república en las que fue elegido el representante del PAN, anterior gobernador del estado de Guanajuato. La propuesta de Guanajuato logró una gran movilización de los grupos que abogaban por la despenalización del aborto, quienes identificaron esta acción legislativa como la nueva propuesta política del presidente electo. Las movilizaciones y la estrategia política establecida lograron detener la publicación y entrada en vigor de esa ley que no fue ratificada por el gobernador saliente, regresándola al Congreso local.

La fuerza social y política lograda con las movilizaciones para impedir el cambio en Guanajuato se utilizó para promover cambios legales a favor de una mayor despenalización en el Distrito Federal y Morelos que afrontaban cambios de gobierno, en el nuevo escenario político creado con un presidente electo del partido conservador (PAN). El gobierno del Distrito Federal, del Partido de la Revolución Democrática (PRD), envió a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal una propuesta de ley que incorporaba atenuantes que ya estaban incorporados en los códigos penales de 17 entidades federativas y que despenalizan la práctica del aborto por motivos eugenésicos, o cuando el embarazo representa un riesgo grave para la salud de la madre, y la Ley fue aprobada.³⁴ En el caso de Morelos también se apro-

³⁴ La Ley fue aprobada, pero la oposición de derecha presentó un recurso de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Finalmente en enero de 2002, la Corte votó por mayoría a favor

baron reformas unas semanas antes del cambio de gobierno en ese estado, actualmente con un gobernador del PAN. En ambos casos, los debates y acusaciones por parte de los grupos opositores, —la Iglesia, el grupo Provida y una mayoría de integrantes del PAN, principalmente— se centraron en identificar como criminales a quienes aprueban y promueven las reformas legales, solicitando incluso la excomunión pública. “Todas las personas que promuevan o practiquen un aborto, incluidos legisladores y gobernantes, serán excomulgados”, dijo el arzobispo primado de México, Norberto Rivera Carrera (Saldaña, 2000).

Mas allá del texto de la ley en materia de aborto, es importante tomar en cuenta la aplicación de la misma. No hay una persecución sistemática del delito y ésta solamente se da en casos esporádicos lo que ayuda a mantener el miedo y la imagen de delito, así como el sentimiento de culpabilidad, en las mujeres que tienen un aborto, y la segregación, estigmatización, culpabilización e incluso maltrato de la sociedad y de muchos profesionales médicos a las mujeres que presentan un aborto. Son escasas las denuncias que se presentan, y de éstas son mínimas las que se tramitan y sufren condena. Son contados los casos que llegan a ser denunciados y esto principalmente ocurre cuando se presentan complicaciones posaborto que ponen en peligro la vida de las mujeres. En 1995, se presentaron en la Ciudad de México 94 denuncias por aborto, según cifras sobre denuncias incoadas en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Esto se reduce cuando miramos las que fueron debidamente integradas y consignadas ante el Juez Penal, únicamente tres casos, y la mayoría fueron declarados fuera de la competencia del juzgado

de la inconstitucionalidad de una parte de la Ley. Sin embargo, esta Ley no fue abrogada porque la Constitución establece que se necesitan ocho votos de 11 para declararla inconstitucional. La posición que buscaba desecharla tuvo mayoría (seis votos contra cinco), aunque no la necesaria.

donde se presentaron, pasaron a reserva u otras cuestiones no resueltas (Cuadro 8).

El Estado mexicano asume un papel legislativo y penal en cuestiones de aborto pero no de corresponsabilidad social en la maternidad. A través de la construcción de reacciones de culpabilización y de la tipificación del aborto como delito controla pero no asume responsabilidades ante la maternidad, de manera que las mujeres deben asumir y afrontar, a menudo en soledad, un proceso estigmatizado socialmente y jurídicamente castigado (Pérez Duarte, 1993). En este contexto, las mujeres mexicanas hacen frente a la experiencia del aborto en condiciones de clandestinidad que conllevan además del riesgo para su salud y su vida, una gran carga de culpas, temores y angustias.

CUADRO 8
PROCESOS PENALES POR EL DELITO DE ABORTO EN MÉXICO D.F., 1995-1996

<i>Procesos penales según situación procesal</i>	<i>Año</i>	
	<i>1995</i>	<i>1996⁽¹⁾</i>
En trámite	12	29
Consignados	3	2
Incompetencia, reserva y otros	79	23
Total de denuncias iniciadas	94	54

⁽¹⁾ Información de enero a septiembre de 1996

Fuente: Barrón Martínez, Claudia Isabel y Minerva Nájera (1996). *Aborto. Informe Nacional de México*. Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

La penalización del aborto es además socialmente discriminatoria, en tanto refuerza la desigualdad de los grupos sociales ante la vida y la muerte (Pérez Duarte, 1993). En países como México, donde casi todas las formas de aborto están penalizadas, las mujeres acomodadas que optan por la interrupción de

su embarazo lo pueden realizar en condiciones óptimas, aun en el propio país o bien acudir a otro país³⁵ donde esta práctica sea legal, pues tienen recursos suficientes para ello. Las mujeres con escasos o nulos recursos lo hacen en condiciones de higiene precaria, con procedimientos inseguros y personal no capacitado, arriesgándose incluso a la muerte, o bien tienen al hijo/a sin los recursos suficientes para mantenerlo y darle una educación, pudiendo ser este niño/a uno más entre los dos millones de desnutridos en México (Martínez, 1998). En resumen, las condiciones de ilegalidad y clandestinidad, así como los aspectos sociales, económicos y culturales que lo rodean y sus consecuencias en la restricción o limitación de servicios para la atención, afectan desigualmente a las mujeres (Brito de Marti, 1994).

Los profesionales y las instituciones médicas

El caso de negación de un aborto legal desde las instituciones de salud muestra la vinculación de éstas y de los profesionales médicos en el aborto. La participación de estos profesionales se da desde las asesorías, reguladas en la ley, a la autoridad judicial para la interrupción de un embarazo hasta el cumplimiento de la acción legal ordenada por el juez, en tanto ésta debe ser realizada por un médico/a en una institución pública de salud. Para ello se requiere la disposición y aceptación del profesional médico. Esto no siempre ocurre y, por el contrario, se han denunciado las actitudes negativas de profesionales médicos para la atención del aborto, el maltrato de que son objeto las mujeres que acuden a demandar atención para un proceso de aborto, sea una interrupción legal del embarazo o por complicaciones de un aborto inducido o espontáneo (González de León-Aguirre, 1994: 253).

³⁵ Practicando lo que algunos han llamado el “turismo abortivo” (Ibañez y García-Velasco, 1992).

De esta manera, las instituciones médicas cumplen un papel regulador y punitivo de la transgresión a las normas y valores sociales, en este caso referidas a la sexualidad y reproducción, de forma que el castigo estaría garantizado a través de la forma en cómo se les atiende. Cuando la atención ocurre en condiciones de clandestinidad conlleva además expresiones estigmatizantes y devaluadoras hacia las mujeres que presentan un aborto. Las dificultades y sanciones se incrementan cuanto más humilde sea la condición social de la mujer (González, 1995).

Las condiciones legales restrictivas facilitan la existencia de un mercado clandestino del aborto, donde la capacidad de pago de la mujer condiciona el acceso a procedimientos de atención de mayor o menor seguridad. Existe una red informal de servicios médicos para la atención a mujeres que pueden pagarlo, constituyéndose el aborto en una importante fuente de lucro para muchos médicos (Grupo Cinco, 1991; González de León-Aguirre, 1994). En 1997, se estimaba que “un aborto clandestino realizado en condiciones aceptables de higiene y practicado por un profesional genera gastos por siete mil pesos aproximadamente” (850 USD) (Martínez, 1997), pero estos costos lo hacen inaccesible para la mayoría de las mujeres mexicanas. Muchas veces, las mujeres de los sectores socioeconómicos pobres acuden a los hospitales públicos, a raíz de complicaciones de abortos clandestinos practicados en condiciones de higiene precarias y con procedimientos peligrosos.

Las mujeres que ingresan en un hospital con un proceso de aborto séptico son sospechosas de haberse provocado el aborto y la relación con el personal sanitario está condicionada por esa identidad. Según refiere un médico de un hospital público, es común que “las mujeres que sufren una hemorragia interna o dolor severo después de un aborto ilegal se muestren reacias a buscar ayuda médica porque creen que han cometido un crimen.

En esas condiciones, la mujer que acude a un hospital público sistemáticamente oculta o altera la información por el temor a ser acusada judicialmente o con su familia (...) y se enfrenta a re-criminaciones por parte del personal médico y paramédico, aún antes de que le pregunten su nombre” (Valle Gay, 1994: 161).

Las implicaciones éticas, legales y sociales del aborto se reflejan en las actitudes y prácticas de los médicos y el personal de salud frente al aborto (Lazarus, 1997) y con las mujeres que viven estos procesos. En los países donde esta práctica está penalizada, como ocurre en México, la “sospecha” abarca a todas las formas de aborto, tanto inducido como espontáneo. No obstante, no todos los médicos/as mantienen posturas contrarias a realizar interrupciones del embarazo. Entre quienes realizan abortos en la clandestinidad se pueden diferenciar dos grupos, por una parte, aquellos que los realizan como un medio de enriquecimiento ilícito y mantienen posturas contrarias a la despenalización de su práctica y, por otra, quienes participan desde una posición de defensa de los derechos reproductivos y con una actitud de apoyo a las mujeres. En general, estos últimos forman parte o mantienen vínculos con las redes y organizaciones de apoyo a las mujeres (Rodríguez y Strickler, 1999).

También en México, los médicos que practican abortos se convierten en sujetos sobre los que se ejercen acciones de condena moral e incluso de violencia verbal por parte de las organizaciones que se oponen a la práctica del aborto en cualquier circunstancia. Además algunas autoridades religiosas han expresado abiertamente la excomunión para estos/as profesionales, y buscan de esta manera incrementar las dificultades para que las mujeres puedan conseguir los servicios de atención de aborto, aunque éste sea legal (Muñoz y Cruz, 2000).

En el hospital donde se realizó el estudio, las actitudes y opiniones de los médicos en relación con la atención de las

complicaciones de abortos en el hospital, se manifestaban en dos sentidos, una posición favorable hacia la despenalización o una actitud ambigua frente al aborto. Los primeros manifestaban una postura de apoyo, aunque la mujer tuviera un diagnóstico clínico de que el aborto fue provocado, en parte, para evitar complicaciones legales: “La mayoría de los médicos nunca dicen nada, para evitar mayores problemas a la gente porque no solamente van a tener el problema de salud, sino también el problema legal” (médico entrevistado: E02D³⁶). Más allá de la cuestión legal, este médico justificaba una posición distante de la que mantiene la Iglesia respecto al aborto. Desde su punto de vista, esto se explicaba por la diferente interacción con los problemas de la realidad social, tal como lo expresa en el siguiente comentario: “la mentalidad del médico es diferente a la mentalidad de los curas, los curas no batallan con esos problemas, por eso abogan por el no aborto y esas cosas, pero ellos no batallan con los hijos de la gente” (médico entrevistado: E02D).

Los profesionales médicos que mantenían posiciones favorables a la despenalización del aborto, argumentaban que la legislación sobre aborto en México era la causante de la actual morbilidad y mortalidad, pues obliga a las mujeres de bajos recursos a realizarse el aborto en forma clandestina, en condiciones inseguras. El siguiente testimonio resume esta posición: “creo que el aborto es un problema social, sociocultural y económico, en el cual no se tiene una legislación adecuada para tratar de evitar las infecciones y la muerte materna por la presencia de abortos provocados. La misma legislación lo impide a las madres que desean abortar, las orilla a acudir a gente sin escrúpulos o gente sin conocimientos que muchas veces trae como

³⁶ La clave expresa el número de la entrevista y la profesión del entrevistado, (D) doctor.

consecuencia un daño permanente y, a veces, hasta la muerte” (médico entrevistado: E02D).

Desde esa posición de defensa de la vida y la salud de las mujeres, se reconoce que las causas por las que abortan las mujeres que llegan al hospital a atenderse de las complicaciones están relacionadas con las condiciones de pobreza en que viven, porque un nuevo hijo es “un problema económico para su deteriorada economía”, y con las normas y valores sociales respecto a la sexualidad que lleva a que “mujeres solteras que resultan embarazadas” recurran al aborto por “el rechazo familiar que van a tener”. Por ello, se propone una legislación menos restrictiva del aborto,

si la mujer desea tener un aborto, habría que legislar no solamente en base a comprobar que fue por violación, o porque ponga en peligro la vida de la madre, sino simple y sencillamente el hecho de no querer tener este niño porque no lo puede mantener. Y eso, obviamente, nos evitaría muchísimos problemas de salud de las madres que se realizan los abortos provocados (médico entrevistado: E02D).

Este médico que, desde una perspectiva de salud pública, mantenía una postura favorable a la despenalización identificaba en forma negativa y devaluadora a quienes practican abortos en forma clandestina, especialmente cuando lo hacen en condiciones inseguras y con sentido de lucro. Así lo resume en el siguiente testimonio, son

médicos de ética no muy satisfactoria que se prestan a esto por el aspecto económico [...] clínicas de no muy buena reputación donde se llegan a tener abortos provocados [...] pero si el médico se presta para eso, pues no podremos pensar que tenga moral, ni ética (médico entrevistado: E02D).

También se registró otra posición más ambigua de los médicos respecto al aborto. Ellos consideraban que cumplían con su papel al atender a las mujeres que acudían al hospital por complicaciones de un aborto. Desde esta posición, su propuesta era informar a las mujeres sobre el riesgo que implica un aborto, sin cuestionar que el riesgo del aborto en México está relacionado con su práctica en la clandestinidad y en condiciones inseguras, y que la mayoría de las mujeres que enfrentan un aborto, en esas condiciones, lo hacen conscientes y a pesar del riesgo que asumen. En el siguiente testimonio se resume esta posición:

nosotros únicamente nos dedicamos a hacerle su diagnóstico y a resolverle su problema [...] hace falta un poquito más de educación, de información, [...] darles la información adecuada (a las mujeres), que tengan el conocimiento de lo que implica hacerse un aborto provocado y todas las consecuencias que pueda tener (médico entrevistado: E01D).

Estas posturas respecto al aborto y a las mujeres que abortan representan también actitudes y modos de atención diferentes de las mujeres que demandan atención por complicaciones de éste. Ambas posiciones reconocen que son las condiciones de bajos recursos de las mujeres lo que las expone a abortos inseguros, ya que generalmente son las mujeres pobres las que acuden con personas no profesionales o a clínicas que no tienen condiciones higiénicas adecuadas lo que, unido a que son “personas anémicas y desnutridas”, trae graves consecuencias para su salud. Los profesionales entrevistados señalaban asimismo que, aunque al hospital llega todo tipo de abortos, el más frecuente es el incompleto, altamente probable de haber sido inducido: “en el aborto incompleto casi siempre hay antecedente de que la paciente ya se puso algo” (médico entrevistado: E01D).

Estas posiciones y actitudes reflejan, en el contexto local, las consecuencias de la situación sociopolítica y legal del aborto en las instituciones de salud y en los profesionales que enfrentan los problemas derivados de ello en la salud de las mujeres. Asimismo en ese nivel micro, el hospital, se reflejan las diferentes posiciones y argumentos de los profesionales y las instituciones médicas del país ante el problema del aborto, al que la mayoría lo define como un problema de salud pública aunque las propuestas de solución varían entre una posición favorable a la despenalización y otra más tangencial de señalamiento del riesgo, pero sin problematizar la causa principal de éste.

*Aspectos sociales y religiosos en torno al aborto:
la Iglesia católica y grupos conservadores,
y el movimiento feminista*

Además de las condiciones legales y las actitudes de los profesionales médicos que afrontan las mujeres ante un aborto, éste es considerado inmoral por la mayoría de las religiones, especialmente la católica, reconocida como propia por la mayoría de la población en México. También las numerosas iglesias protestantes presentes en México condenan la práctica del aborto inducido. En la encíclica “*Evangelium Vitae*”, el papa Juan Pablo II ha reforzado la condena del aborto y de los métodos artificiales de control de la natalidad.

En su visita a México, en 1999, el Papa hizo una condena expresa del aborto que apareció en los titulares de los medios de comunicación, periódicos y televisión, volcados a transmitir la visita. “Que ningún mexicano se atreva a vulnerar el don precioso y sagrado de la vida en el vientre materno” decía el Papa ante miles de personas y era repetido como titular en las primeras planas de los periódicos (Aponte y Román, 1999). Además, en

julio de 1998, en el centro de un debate público sobre el aborto a través de los medios de comunicación, la Conferencia del Episcopado Mexicano señalaba que todas las mujeres que tenían un aborto estaban excomulgadas de la Iglesia católica, así como quienes se lo realizaban y le aconsejaban, y que la decisión de absolver dicha pena es facultad exclusiva del obispo o sacerdote que él designe³⁷ (Román y Aponte, 1998).

El surgimiento del movimiento feminista contemporáneo de los años setenta hizo emerger al espacio público cuestiones como la sexualidad y la reproducción. Entre estas cuestiones, el tema del aborto irrumpió en el debate nacional a mediados de esa década. Pero en el escenario de una cultura política autoritaria tradicional donde la Iglesia católica, a pesar del discurso de Estado laico, tiene un gran peso, las condiciones sociales y políticas, los cambios presidenciales y la red de relaciones político-institucionales donde se insertan los grupos de mujeres condicionaron los debates y las posibilidades de éxito en las demandas. Las posibilidades de participación e influencia de los grupos en ese contexto tienen relación con los momentos y coyunturas de los grupos en el poder para recuperar su legitimidad. Así, en la década de los ochenta, el gobierno presentó una propuesta de despenalización del aborto que no fue aprovechada debido a la desunión de los grupos que la promovían (Tarrés, 1994: 31-32).

En el debate político-social del aborto en México se han conformado dos posiciones opuestas. Por un lado, la Iglesia y organizaciones como el Comité Nacional Provida, la Asociación Nacional Cívica Femenina y la de Padres de Familia, apoyadas por el partido político Acción Nacional (PAN) que canaliza sus demandas en el ámbito político y legislativo, realizan amplias

³⁷ Para ello, alegaban los cánones 1398 y 1329 del Código de Derecho Canónico.

campañas contra el aborto a través de los medios de comunicación, utilizan importantes cantidades de recursos económicos y muestran imágenes y estereotipos que logran cierto impacto en la sociedad (González Ruiz, 1998). En estas campañas se tipifica una imagen estereotipada de la mujer, que construye una identidad de asesina a la mujer que aborta y a quienes promueven la liberalización del aborto como grupos que atentan contra la vida.

Por otro lado, desde el movimiento feminista se aboga por el derecho de la mujer a una maternidad voluntaria y, consecuentemente, por el reconocimiento de la legalidad del aborto. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Ipas y Católicas por el Derecho a Decidir son algunos de los grupos más estructurados en esta posición. Estos movimientos feministas ocupan un espacio importante en la demanda de reconocimiento de los derechos reproductivos de la mujer, entre ellos el derecho al aborto, a través de movilizaciones desde la sociedad civil y de la participación en las instituciones legislativas (Grupo Cinco, 1991; Klugman, Budlender y Rosenberg, 2001; Tarrés, 1994). Frente a la dinámica y embates de los grupos antiabortistas, el discurso feminista ha ido modificando los argumentos de sus campañas por la liberalización del aborto en función de la manipulación que se hace de sus discursos en las campañas en contra del aborto. Lo que en un principio se planteaba como el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo se ha ido modificando y se incorporan nociones de responsabilidad moral, entre ellas la decisión de una mujer para interrumpir un embarazo ante una maternidad que no puede asumir sociocultural o económicamente (Lamas, 1997).

No obstante, frente al discurso dominante de condena del aborto desde el Estado, la Iglesia católica y los grupos conservadores, el impacto de los grupos que apoyan la despenalización

del aborto en las mujeres es menor, en parte porque estos grupos cuentan con menos recursos, económicos y de posiciones de poder. Además tienen que legitimar su posición e imagen social, ya que “las feministas” han sido señaladas como transgresoras que van contra la moral y la ley. La idea es que “el feminismo mexicano está plenamente identificado como abortista” (Lamas, 1994b: 105).

Para la construcción de identidades sociales negativas, desde los grupos que abogan por la penalización del aborto en cualquier circunstancia, se realizan determinadas acciones. Un ejemplo son las campañas realizadas contra la reforma del código penal del estado de Chiapas, a principios de la década de los noventa, que identificaban a los promotores de la iniciativa con el lema: “éstos son los asesinos”. Con esta misma leyenda se colocaron carteles alusivos a integrantes del movimiento feminista y a médicos/as que practicaban abortos. Otros, con la leyenda “recompensa, se busca a:”, incluían fotos de los diputados comunistas que apoyaban la reforma a favor del aborto (Lamas, 1994: 105). Otras acciones en el mismo sentido son las amenazas de excomunión a las mujeres que tienen un aborto y a quienes las apoyan o promueven la despenalización. Una acción simbólica para establecer el aborto como delito y pecado ante la sociedad fue la excomunión pública de parte de un alto jerarca de la Iglesia católica contra los legisladores y gobernantes del Distrito Federal que promovieron y aprobaron la reforma a la ley del aborto que despenalizó dos causas que, incluso, estaban ya incorporadas en los códigos penales de otros estados del país.

El sectarismo, desunión y diferencias entre los grupos feministas en relación con las estrategias y contenidos de sus propuestas han sido elementos que ayudan a explicar los escasos éxitos logrados en el camino hacia la despenalización del aborto (Lamas, 1994b: 105). Se reconocen también avances,

algunos recientes, como los logrados en la campaña de difusión y defensa de una adolescente que no tuvo acceso a un aborto legal. En este caso, se presentaron denuncias en las instancias correspondientes de Derechos Humanos, que responsabilizaron al director del Hospital por la negación de un servicio público e incumplimiento de una orden judicial, con abuso de autoridad, así como por violación de la confidencialidad médica, afectación de la libertad, intimidación y dignidad de la menor y, finalmente, por el delito de tortura (GIRE, 2000a: 5). También se deben considerar como éxitos del movimiento feminista las estrategias aplicadas en los últimos cambios legislativos, que lograron detener las reformas que penalizaban el aborto en Guanajuato e introducir nuevas causas despenalizadoras en los códigos penales del Distrito Federal y del estado de Morelos (Klugman, Budlender y Rosenberg, 2001).

LAS CIFRAS DEL ABORTO EN MÉXICO

La situación sociopolítica del aborto expresa una más de las contradicciones sociales, ya que, por una parte, su práctica está condenada por la ley y, por otra, muchas mujeres se ven forzadas a interrumpir su embarazo por presiones sociales, económicas y psicológicas. Aunque en México hay abortos inducidos éstos se mantienen en la esfera íntima, fuera de la mirada pública, salvo en los momentos en que determinados hechos, represiones o reivindicaciones, relacionados con el tema, lo hacen aflorar a la luz y al debate público.

A pesar de las sanciones legales, morales y de restricción de servicios de atención, cada año hay un elevado número de mujeres mexicanas que abortan. No obstante, dado el contexto de restricción legal y de clandestinidad que rodea su práctica es difícil llegar a conocer las cifras reales de abortos que ocurren en

el país, y aún es mayor la dificultad para poder calificarlo como inducido o espontáneo. No siempre son coincidentes la definición y diagnóstico médico con el de la mujer, de forma que en lo que el médico define como espontáneo han podido realizarse acciones percibidas por la mujer como inductoras de la interrupción de su embarazo y viceversa. Por ello, las cifras del aborto en México deben ser consideradas como estimaciones, tanto en el número como en la calificación de inducidos o espontáneos.

Estimaciones y fuentes: sobre la fiabilidad de las cifras

Las cifras sobre el número de abortos que ocurren en el país presentan una gran variabilidad, según la fuente y el organismo que las proporciona. El Consejo Nacional de Población registraba la cifra más baja, con 110 mil abortos inducidos en 1995 (CONAPO, 1996). En parte, las diferencias se deben a la situación legal y a que la información oficial da cuenta únicamente de los registros hospitalarios por complicaciones de aborto, lo que representa sólo una parte del problema. Quedan fuera de los registros todos los abortos que no tuvieron complicaciones o que aunque las tuvieron no acudieron a los servicios de salud, por problemas de acceso o por temor. En 1994, los servicios de salud registraron 166.380 abortos atendidos, incluyendo los servicios públicos (139.109 abortos) y los establecimientos privados (27.271 abortos) (INEGI, 1996: 15-34 y 126). En 1990, se estimaba que uno de cada cuatro abortos inducidos presentaba alguna complicación (Frejka y Atkin, 1990). La mayor probabilidad de tener un aborto con complicaciones y que éstas requirieran hospitalización se daba entre las mujeres rurales pobres, según un estudio realizado en América Latina, en 1992 (Alan Guttmacher Institute, 1994). De este grupo una de cada tres (31,1%) mujeres que presentaban aborto tenía complicacio-

nes y requería ser hospitalizada, mientras que entre las mujeres urbanas no pobres esto sólo ocurría en una de cada 10 (10,1%) (Singh y Wulf, 1994: 7). Son las mujeres rurales pobres las que presentan una mayor proporción de abortos provocados por las mujeres mismas o practicados por parteras, capacitadas o no, y el menor número de abortos practicados por médicos.

El Instituto Alan Guttmacher (1994) calculó una cifra más alta del número de abortos inducidos en México. Según un estudio realizado en 1990 por este Instituto, las estimaciones variaban entre 296 mil y 746 mil, proponiendo la cifra de 533 mil abortos inducidos anuales como la más aproximada a la realidad, lo que suponía una tasa de 25 abortos por cada mil mujeres en edad fértil y una proporción de 17 abortos por cada 100 embarazos conocidos. El mejor indicador del riesgo para la salud y vida de las mujeres, de los abortos inseguros, son las hospitalizaciones por complicaciones de un aborto inducido. Para ese año se calculaban 106.500 hospitalizaciones por abortos inducidos, lo que suponía 5,4 por cada mil (Henshaw *et al.*, 1999a: S35). Estos cálculos se basaron en una revisión de los registros hospitalarios para corregir fallos de clasificación y notificación, así como en las estimaciones de los expertos en el tema sobre la proporción de abortos clandestinos con complicaciones que demandaban atención médica y sobre la proporción de abortos espontáneos del total de abortos atendidos en los hospitales. El estudio estimaba que sólo uno de cada cuatro abortos hospitalarios era espontáneo (Singh y Wulf, 1994: 5).

En México, la cifra más alta la daba el doctor Raúl López García. Según sus estimaciones, publicadas en 1994, cada año ocurrían 850 000 abortos inducidos en el país (López García, 1994). Este autor estimaba, asimismo, que la atención médica del aborto y sus complicaciones más los costos en número de días laborables perdidos suponía un monto de 147 millones de pesos

anuales (46 millones USD). Otros estudios calculaban que los costos de tratar las complicaciones de aborto ocupaban la tercera parte de las camas y consumían la mitad de la sangre en los hospitales ginecobstétricos.

La variación en las cifras sobre el número de abortos que ocurren en el país, tanto inducidos como espontáneos, permite constatar la dificultad de disponer de datos fiables, mientras la práctica del aborto sea clandestina y considerada como una acción ilícita e inmoral. Sólo se conocen los abortos que llegan a los hospitales, además de que los registros presentan graves deficiencias por clasificaciones erróneas, algunas intencionadas, otras por ausencia de registro y pérdida de expediente. Esto es más frecuente en los hospitales privados ya que muchos no informan acerca de la atención médica y menos todavía cuando ésta es una práctica clandestina. Se ha planteado que las cifras más fiables serían las obtenidas a través de un estudio poblacional, con datos de encuesta, aunque también se cuestiona la veracidad de las respuestas en un tema tan sensible para la población, y donde decir la verdad puede suponer represalias.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, de 1997, indica que 18,6% de las mujeres en edad fértil que admitieron haber estado embarazadas alguna vez había tenido al menos un aborto, provocado o espontáneo, en su vida reproductiva. La proporción casi se duplicaba en el estado de Morelos, donde una de cada tres mujeres de 15 a 49 años de edad había tenido al menos un aborto, según datos de esa encuesta (Nuñez, 2000).

Por otra parte, en 1997 el aborto representaba la tercera causa de muerte materna, casi una de cada 10 muertes maternas (8,5%) en México se registraron por esta causa (Cuadro 9). En el estado de Morelos, esta causa representaba 15% de las muertes maternas, casi el doble que en el nivel nacional (SSA-DGEI, 1999). No obstante, esta cifra no incluía a todas las mujeres

muertas por aborto, sino que muchas de estas muertes son registradas en otras causas: toxemia del embarazo o hemorragia de embarazo y parto. Ambas ocupan las primeras causas de muerte materna en México, lo que muestra que el problema es mucho más importante que lo que nos señalan las cifras oficiales.

Los problemas de morbilidad de las mujeres, como consecuencia de las complicaciones por interrupciones del embarazo realizadas en la clandestinidad, en condiciones de higiene deficiente y por personal no calificado, se suman a los costes que representa la atención de éstas. Son argumentos que apoyan los discursos y acciones a favor de la despenalización de esta práctica, por parte de los diferentes grupos. Un ejemplo del impacto del aborto en la morbilidad de las mujeres, son las 107 mujeres muertas por esta causa en 1997 (SSA-DGEI, 1999), y las 67.474 mujeres atendidas en los hospitales de la Secretaría de Salud, durante 1998, por complicaciones de un aborto (SSA-DGEI, 1998). En el estado de Morelos el aborto representaba también la tercera causa de morbilidad hospitalaria, en 1995, con 2.171 abortos atendidos en los hospitales del sector salud (SSA-Morelos, 1996). En 1997 murieron tres mujeres por esta causa en Morelos, lo que representaba una de cada siete muertes maternas (Cuadro 9).

Más de 500 mujeres eran atendidas anualmente por complicaciones de aborto, inducido o espontáneo, en el hospital de estudio (Cuadro 10). El promedio de edad de las mujeres atendidas en 1996 fue de 25 años, la de mayor edad tenía 50 años y la más joven contaba con 14 años; la mitad de las mujeres era menor de 25 años. El promedio de estancia en el hospital fue de día y medio, entre un mínimo de uno y un máximo de 11. Todas ingresaron al hospital por el área de urgencias y muy pocas eran referidas por los centros de salud.

CUADRO 9
LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
EN MÉXICO Y MORELOS, 1997

<i>Causa de la muerte</i>	<i>México</i>			<i>Morelos</i>		
	Número	%	<i>Tasa*</i>	Número	%	<i>Tasa*</i>
Toxemia del embarazo	415	32.8	1.5	5	25.0	1.3
Hemorragia del embarazo y parto	249	19.7	0.9	5	25.0	1.3
Aborto	107	8.5	0.4	3	15.0	0.8
Total	1,266	100.0	4.7	20	100.0	5.2

* Muertes maternas por 10,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: SSA-DGEI (Secretaría de Salud- Dirección General de Estadística e Informática) (1999). Estadísticas de Mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. *Salud Pública de México*, 41 (2): 138-142

CUADRO 10
MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO EN EL HOSPITAL DE ESTUDIO,
POR GRUPOS DE EDAD, DURANTE 1996 Y 2000

<i>Grupos de edad</i>	<i>1996</i>		<i>2000</i>	
	<i>Frecuencia</i>	%	<i>Frecuencia</i>	%
Menos de 20 años	118	21,5	126	20,6
Entre 20 – 29 años	273	49,6	485 ⁽¹⁾	79,4 ⁽¹⁾
De 30 años y más	155	28,1		
TOTAL	550	100,0	611	100,0

⁽¹⁾ Estas cifras corresponden a mujeres con edades superiores a los 19 años, son datos concentrados de los dos grupos de mujeres, de 20 – 29 años y las de 30 años y más.

Fuente: Registro del Hospital, 1996 y SSA-Morelos, Departamento de Salud Reproductiva, 2000.

En 1996, el hospital registró la muerte de una joven de 18 años, por complicaciones de aborto y se estimaba que por cada cuatro mujeres atendidas por parto una lo era por aborto, según información del propio hospital (médico entrevistado: E01D). No obstante, se señalaba que con frecuencia es difícil identificar los abortos, inducidos o espontáneos, salvo que la “paciente lo manifieste abiertamente” lo que debido a la ilegalidad de la práctica no ocurre y “habitualmente la gente lo niega [...] de 100 una va a decir que sí, cuando es muy evidente” (médico entrevistado: E02D).

A pesar de las dificultades para conocer la realidad del aborto en México, y en concreto la magnitud del problema, en términos del número absoluto de abortos, se argumenta que éste ha disminuido ya que se ha reducido la tasa de mortalidad relacionada con el aborto (Chambers, 1994), aunque la disminución de la tasa puede ser explicada, en parte, por la mayor proporción de abortos atendidos en condiciones más seguras, lo que disminuye las complicaciones y muertes por esa causa. No obstante, el hecho de que todavía muchas mujeres mexicanas mueran por problemas derivados de la atención de un aborto, que la mortalidad relacionada con éste se mantenga como la tercera causa de mortalidad materna (SSA-DGEI, 1998), que prácticamente todas estas muertes sean evitables y que éstas ocurran principalmente en mujeres pobres son datos que ayudan a comprender la situación sociopolítica del problema.

Más allá de la importancia de las estimaciones de las cifras sobre aborto, las mujeres experimentan formas específicas, socialmente condicionadas, de sufrimiento asociadas a la vivencia del aborto. Además, como se ha señalado a lo largo del capítulo, en un contexto de ilegalidad y de condena social y moral, el dolor y el miedo que afrontan las mujeres ante un aborto les afectan desigualmente, y de acuerdo con los recursos económicos y

sociales de que disponen tienen acceso a servicios más o menos seguros y sufren diferenciadamente relaciones de abuso y maltrato por parte de quienes se lo practican, profesionales o no.

DE VÍCTIMAS A ACUSADAS: EL IMPACTO DE UNA POLÍTICA

Finalmente, las mujeres que experimentan un aborto, sea inducido o espontáneo, deben afrontar en sus experiencias personales, en términos de vida y salud, las consecuencias de una política dirigida a controlar el crecimiento demográfico, pero que mantiene penalizada la práctica del aborto. Esta política de población, con estrategias enfocadas a modificar el comportamiento demográfico, conforma identidades negativas de quienes no controlan en forma “adecuada” el tamaño de la familia y específicamente de las mujeres, en tanto son ellas el objetivo de los programas a través del control de su fecundidad y dejando fuera a la pareja corresponsable de los embarazos. Asimismo justifican medidas de difusión, promoción e incluso imposición de los métodos anticonceptivos a las mujeres, como la intervención para prevenir los abortos, a través de evitar los embarazos no deseados, pero sin intervenir sobre otros factores que condicionan tanto el aborto como los embarazos no deseados, entre ellos las condiciones económicas y las normas y valores sociales sobre la sexualidad.

Aunque se reconocen las consecuencias en salud de los abortos que —debido a la penalización de su práctica— ocurren en la clandestinidad, lo que impide la regulación y vigilancia de la calidad de estos servicios, no avanzan las propuestas legislativas dirigidas a la despenalización de esta práctica. Se evita incluso que éstas pasen a debate en la Cámara de Representantes por la confrontación que provoca este tema entre los diferentes grupos políticos, y en la sociedad. Los grupos que promueven estas

modificaciones reclaman que los partidos políticos y sus representantes se someten a los intereses de la Iglesia y otros grupos conservadores en el tema del aborto, en un Estado laico.³⁸

En gran parte, las consecuencias negativas para las mujeres —por las condiciones de clandestinidad y el discurso de condena moral y social— están relacionadas con la condición de proceso estigmatizante y devaluador para quien tiene un aborto y para quien mantiene una postura pública de defensa de la legalidad de su práctica, lo que conlleva segregación, marginación y ocultamiento. De esta forma, las mujeres que sufren las consecuencias de la situación ilegal de esta práctica son acusadas como criminales y asesinas, por quienes se oponen a su legalización. Estos actores mantienen una posición hegemónica e intervienen en las decisiones políticas y legislativas desde una posición de poder en sus relaciones políticas, sociales y económicas.

Las mujeres que mueren como consecuencia de un aborto inseguro son las principales afectadas por este contexto político, legal y social que además penaliza su condición de pobreza, ya que son las más pobres quienes se ven obligadas a recurrir a abortos con nulas o mínimas condiciones de seguridad. Asimismo son quienes sufren complicaciones graves y son denunciadas, de modo que todos los procesos penales y condenas ocurren entre las mujeres de los grupos sociales que presentan mayor marginación social.

³⁸ El Artículo 130 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el carácter laico del Estado y regula las relaciones Iglesia-Estado. En los últimos años se han realizado cambios constitucionales y se han modificado las relaciones Iglesia-Estado, con el reconocimiento de personalidad jurídica de la Iglesia, específicamente el papel público de ésta en relación con la política, lo que incrementa sus intervenciones públicas sobre el tema.

Por otra parte, las mujeres pobres tienen menor capacidad para enfrentar estas consecuencias y para el ejercicio de sus derechos, bien porque presentan un *self* menos estructurado o porque no cuentan con recursos materiales, de información o de relaciones sociales. En ocasiones tienen acceso a alguna organización de mujeres y ésta les apoya para demandar ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), como son los casos de Paulina, una adolescente, en la frontera con Estados Unidos, a la que se le negó la atención médica para un aborto legal, por embarazo resultado de una violación, o el caso de un aborto ilegal en Chiapas, frontera sur del país.

Este último fue denunciado ante un Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado en la Ciudad de México, en mayo de 1996, por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal (Red por la Salud de las Mujeres del D.F., 1996: 30-32), como un caso de violación de los derechos reproductivos de las mujeres por parte de agentes del ministerio público. Se demandó por realizar revisiones ginecológicas sin autorización a todas las mujeres en edad fértil como sospechosas de haber tenido un aborto, incluso a mujeres embarazadas, y sin permitir la compañía de algún familiar o persona de confianza durante las revisiones. La única mujer ausente, en ese momento, fue requerida por el Ministerio Público, presionada y amenazada con ser acusada de homicida si no permitía una revisión. Este hecho, presentado por el grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, hace evidente la percepción social imperante hacia el aborto que estigmatiza y penaliza tanto moral como legalmente, y deja de lado las implicaciones que tiene en la salud integral de las mujeres. Nos enfrenta asimismo al problema de cómo son percibidas y tratadas las mujeres sospechosas de haber tenido un aborto, el estigma moral y penal que supone para la mujer. La primera reacción fue la denuncia penal y no la atención médica

para la mujer. Sumado a las agresiones y amenazas a todas las mujeres en edad fértil, la estigmatización sobre la mujer sospechosa supuso su segregación, quien tras el incidente se vio en la necesidad de mudarse de la localidad, lo que afectó su vida emocional y social.

Las consecuencias del estigma también recaen sobre las mujeres que tienen abortos legales cuando éste es del conocimiento de los grupos que se oponen a la despenalización, como el grupo *Provida*, ya que ejercen acciones de difusión y difamación, sin respetar los derechos de privacidad de las mujeres ante un aborto legal. En 1980, ante la demanda de los servicios de atención para un aborto legal por embarazo resultado de una violación, en una institución médica pública, “un cónclave de representantes de asociaciones médicas, agrupaciones de abogados e incluso la Iglesia católica solicitó a los afectados que se abstuvieran de interrumpir el embarazo” (Rojas, 1998: 3). También en ese caso, la familia se vio obligada a abandonar su lugar de residencia por la segregación de que fue objeto como consecuencia del estigma. El caso más reciente es el de Paulina, adolescente que obtuvo permiso para un aborto legal y sufrió presiones en los servicios de salud por parte de integrantes de grupos antiaborto y desistió. Con el apoyo de los grupos que abogan por la libre elección de la maternidad promovió una denuncia contra el gobierno del Estado, el gremio médico, la Iglesia y el grupo *Provida*, por no respetar el derecho de privacidad, y por la difusión y calumnia de la joven (GIRE, 2000a; Poniatowska, 2000).

La consecuencia más grave de toda esta situación es el gran número de muertes maternas como resultado de abortos realizados en condiciones inseguras, más de 100 muertes por aborto en 1997 (Cuadro 9). Todas son evitables y con frecuencia ocurren porque las mujeres, ante las complicaciones de un aborto inducido, se tardan en acudir a demandar atención médica, por

temor a los reclamos y demandas. Muchas mujeres experimentan actitudes acusatorias del personal de salud, expresiones estigmatizantes y devaluadoras hacia las mujeres que acuden por complicaciones de un aborto. Esta acción punitiva se manifiesta con mayor crudeza en la atención de los abortos sépticos de las mujeres pobres. Son éstas las que con mayor frecuencia llegan a los hospitales públicos, muchas veces, a raíz de complicaciones de abortos clandestinos practicados con procedimientos peligrosos e higiene deficiente, y son las que sufren las consecuencias en su salud y su vida del contexto de ilegalidad y de condena moral. Este es un grave problema social derivado de la condición legal del aborto y de las particularidades en su aplicación, que únicamente persigue el aborto en ocasiones excepcionales, como una forma de mantener el control a través de la culpabilidad personal y social. Además, cuando la ley se aplica, ésta recae sobre las mujeres de los grupos pobres, no porque sean las únicas que se practican abortos sino porque no cuentan con recursos.

HISTORIAS DE VIDA Y RELACIONES SOCIALES

Las narraciones de las 34 mujeres entrevistadas nos presentan unas historias de vida que son historias de marginación, sufrimiento, precariedad, incertidumbre e inestabilidad, que condicionan y son condicionadas por la estructura y funcionamiento de sus redes sociales. En este capítulo se analizan diferentes elementos del contexto cotidiano de las mujeres que, además de caracterizarlas en sí mismas, contribuyen a interpretar lo que será más adelante el análisis de la vivencia del aborto. Los cinco elementos seleccionados que apoyan en la comprensión de la experiencia subjetiva del aborto son: la condición de autonomía e inmigración, la experiencia de violencia de parte de la pareja, así como la estructura de sus redes sociales y el apoyo social.

AUTONOMÍA O DEPENDENCIA

La mayoría de mujeres entrevistadas que habían demandado atención por complicaciones de un aborto en el hospital público seleccionado no realizaba tareas remuneradas, fuera ni dentro

del hogar, lo que condicionaba su permanencia dentro de la vivienda como “amas de casa”. Las características socioculturales y personales de las mujeres, así como los ingresos y el tipo de hogar, nuclear o ampliado, definían su forma de vida en estas condiciones. Dada la precariedad de recursos económicos, sus tareas se reducían muchas veces a cuidar y administrar lo que no tenían. Muchas de estas mujeres comían y vivían “al día”, es decir, cuando llegaba el marido él decidía qué podía comprar para comer, según los pesos que traía, comprando entonces comida preparada, tamales, tacos, entre otros, para alimentarse ese día.

Cuando la pareja aportaba mayores recursos y vivía en un hogar integrado únicamente por la familia nuclear, las mujeres se ocupaban de la preparación de las comidas, del cuidado de los niños y de la limpieza. No obstante, muchas mujeres vivían en hogares de familia ampliada, con los padres o suegros, ocupadas a veces de las tareas más pesadas del hogar y con capacidad muy limitada para decidir y gestionar su vida individual y familiar. Así expresaba Rigoberta³⁹ sus tareas cotidianas en la casa donde convivía con la familia de su suegra: “ahí estoy en la casa, hago el quehacer, o sea, pues me pongo a acarrear agua o me pongo a lavar mi ropa” (E004).⁴⁰ En este caso la suegra, como jefa del hogar, recibía el dinero para el gasto, decidía la comida y además le informaba al esposo de la entrevistada si ella no cumplía con los comportamientos recomendados.

Las tareas de la casa son trabajos pesados que, aunque contribuyen a la reproducción social del hogar, no son socialmente reconocidos. Con frecuencia estas mujeres debían acarrear agua en cantidad suficiente para la limpieza de la casa, la ropa, la co-

³⁹ Los nombres verdaderos de las mujeres han sido cambiados.

⁴⁰ Los testimonios que se presentan de aquí en adelante serán identificados por una inicial que se refiere a entrevista (E) y por el número de la entrevista correspondiente (del 001 al 054)..

mida y el aseo corporal, en unas condiciones extremadamente difíciles, con veredas sin pavimentar, lo que originaba múltiples accidentes y caídas en el trayecto, incluso varias enunciaban las caídas como la causa del aborto. El siguiente testimonio documenta la jornada de trabajo de una de estas mujeres:

...lo primero que hago le doy de desayunar a mi esposo, le pongo comida, como lleva comida al trabajo [...] él se va a las siete y media y yo me quedo ahí en la casa para hacer el quehacer [...] ahí me quedo a barrer, lavar los trastes, la comida [...] luego no hay agua, [...] a veces la quitan también por días y nos quedamos sin agua, y ya no sabemos ni qué hacer, ni para la comida tenemos, ni para tomar, para nada, y si nos pasa eso nos vamos al río a lavar ropa, nos vamos a bañar [...] luego vamos a pedir agua a las casas de la avenida que nos den, como ellos siempre tienen agua, tienen agua potable [...] Mi esposo llega hasta las ocho de la noche [...] le doy de cenar y luego a dormir (risas), y al otro día lo mismo (E003).

Estas mujeres relacionaban las condiciones de vida y las tareas pesadas que realizaban en su vida cotidiana con su estado de salud y con los resultados de sus embarazos.

Por otra parte, la invisibilidad de su trabajo, el que éste no fuera remunerado, unido a la escasez de recursos, muchas veces las marginaba totalmente en las decisiones y elección de los consumos, como lo refleja el siguiente testimonio:

...la verdad mi esposo está ganando bien poco [...] Las decisiones las toma mi esposo y ya él me dice que si estoy de acuerdo y yo le digo que sí [...] Dice 'nada más dime qué cosa es lo que va a ocupar mi niño y te lo traigo' [...] Me da la sorpresa de que trae las cosas, y no me, o sea, pues a la vez me enoja y a la vez pues me da gusto... más que nada, a veces me da coraje porque luego le digo

‘es que yo quería ir contigo a ver o comprar pues las cosas’. ‘No’ dice ‘hija, de una vez yo nada más, así de repente te doy la sorpresa porque pónete a pensar que ahorita el pasaje está caro, y pues para que vayamos todos, y por eso es que no te quise llevar’. O sea que, más que nada, él me apoya y me comprende pues (E019).

La escasez de recursos económicos muchas veces era causa también de una vida con relaciones sociales escasas. En los días de descanso de la pareja —cuando los tenían— exclusivamente la casa y en ocasiones la visita a la familia, ya que como señalaba la pareja de una de las mujeres entrevistadas, lo importante para mantener relaciones sociales es contar con recursos: “tiempo, [...] y para poder pasear, ahora sí que se necesita dinero” (E052).

¿Por qué estas mujeres no tenían empleos remunerados para que, además de aportar al ingreso del hogar, percibieran ingresos propios que favorecieran las relaciones sociales y la independencia económica? Un elemento que parece desempeñar un papel importante en esta situación es la cuestión de roles de género —el hombre como proveedor y la mujer como cuidadora del hogar— y la división social del trabajo, dado que ellas no tenían acceso a guarderías para el cuidado de los hijos. La mayoría de estas mujeres había tenido empleos remunerados antes de unirse a la pareja, a veces hasta la llegada de los hijos y, en varios casos, tenían experiencia de trabajo desde edades muy tempranas. Sin embargo, incluso en parejas muy jóvenes como es el caso de Laura de 16 años, quien desde los 11 años había trabajado con su hermana, se mencionaba la resistencia de la pareja a aceptar que la esposa trabajara fuera del hogar, como podemos ver en el siguiente testimonio:

- ¿Y no han pensado que tú puedas trabajar?

- Sí, pero él no quiere.

- ¿No quiere, por qué?

- Quién sabe, yo le dije que quería trabajar, que si trabajo para mí y él trabaja para él. Me dice ‘no, mejor no, no quiero que trabajes, lo que te haga falta yo te lo traigo’. Y no quiere que trabaje (E049).

Este testimonio resume la concepción y aceptación de los roles de género, el hombre como proveedor aunque con los recursos que aporta al hogar no resuelve las necesidades más básicas. Por ejemplo, tener una casa propia, ya que la pareja convivía con los suegros y cuñados. En este caso, ella todavía no tenía responsabilidad del cuidado de los hijos que le impidiera trabajar fuera del hogar.

En otras ocasiones, la razón de que las mujeres no realizaran trabajo remunerado era que no disponían de una persona para el cuidado de los hijos, y que los ingresos de la mujer justo alcanzarían para pagar esa tarea. Es el caso de Otilia que vivía en unión libre, con su tercera pareja y dos niños de la pareja anterior, en la casa de los suegros:

- ¿Pero tu esposo nunca te dijo que no trabajaras, que ya no quería que estuvieras trabajando?

- Él me dijo. Cuando hicimos las cuentas de cuánto iba a ganar, cuánto estaba ganando, cuánto me iban a cobrar las personas que me cuidaran a los niños y cuánto era lo que se iba a gastar en la comida, entonces, me dijo ‘sabes qué, pues no quiero que trabajes, cuídalos y mejor lo que tú te vayas a ganar yo te lo doy, para que coman y tú cuides a los niños y atiendes la casa’. Eso fue todo (E050).

De nuevo este testimonio muestra cómo el varón es quien toma las decisiones importantes de la mujer. Si bien esto tiene una “racionalidad”, al evaluar el coste de oportunidad, ésta se

enmarca en una concepción ideológica dominante que no valora el trabajo doméstico que realiza la mujer en su propio hogar.⁴¹ A su vez, esta racionalidad es impuesta por la estructura social y económica donde, por una parte, las políticas sociales no cubren las necesidades de guarderías y, por otra, los salarios en las ocupaciones que desarrollaban la mayoría de estas mujeres, en este caso como trabajadora doméstica, son muy bajos. En esta supuesta negociación entre la pareja, él aparecía como el proveedor y a la mujer se le asignaba un rol de subordinación, una identidad no autónoma. Podemos verlo en cómo razonaba la pareja “yo te lo doy, para que coman y cuides a los niños y atiendes la casa”, sin valorar lo que significaba para la mujer, el hecho de tener ingresos propios y de relacionarse, en términos de su posición en el hogar, de su autoestima y de su desarrollo futuro.

Esto es una muestra de la mínima capacidad de gestión y decisión sobre su propia vida de estas mujeres y de qué significaba quedarse en la casa sin tener ingresos propios, en términos de cuáles eran los espacios para participar y tomar decisiones propias. Ante la pregunta de qué cosas podían hacer sin consultar a la pareja, las respuestas oscilaban entre qué cosa comer y cómo arreglarse o vestirse. Así se expresaban cuando se les preguntaba sobre las decisiones que podían tomar solas: “cómo vestirme, qué hacer para comer, cómo arreglarme yo misma, nada más” (E005), o bien “pues ahorita no, no puedo decidir nada sola porque él es mi pareja” (E014).

El impacto de esta situación —la dependencia de la pareja y la invisibilidad del trabajo en el hogar— en la vida de estas mujeres, en su constitución como personas, en el nivel social y familiar, es importante ya que la falta de autonomía unida a

⁴¹ Una mayor discusión sobre el tema se presenta en Young, Ruth (1996). “The Household Context for Women’s Health Care Decisions: Impacts of U.K. Policy Changes”. *Social Science and Medicine*, 42(6): 949-963.

las condiciones de escasez, de incertidumbre en la vida diaria, les limitaba y condicionaba el manejo ante cualquier situación adversa, entre otras la violencia de la pareja. Asimismo les creaba dificultades para cubrir la necesidad de relacionarse con los otros. Frente a ello, varias expresaban su deseo de mayor independencia, de ponerse a trabajar para poder tener casa propia, como se aprecia en el siguiente testimonio:

...cómo le vamos a hacer para tener una casa propia porque pues estamos todos amontonados, yo luego le platico (a la pareja) cómo le vamos a hacer para comprar cosas, o sea, ir comprando cosas para poder vivir aparte y que no tengamos que estar viviendo ahí con todos [...] porque yo quiero vivir aparte, trabajar, un trabajo que yo pueda hacer, ganar lo suficiente para poder salir adelante, que a mi hija no la regañen, o sea, que no tengan que decir que porqué está ahí, o sea, que la vayan a regañar, yo quiero que ella esté en un hogar limpio y, diga pues aquí es mío y nadie me corra (E004).

Este testimonio muestra las condiciones de subordinación, falta de libertad, maltrato y temor en que vivían algunas de estas mujeres, lo cual mermaba o anulaba sus capacidades para afrontar y tomar decisiones sobre su propia vida y la de su familia.

En otros casos, las mujeres no expresaban reclamos ni deseos de superación y asumían, por lo menos en su discurso público, el rol de compañera que recibe, a veces en forma irregular y escasa, dinero para el mantenimiento de la familia y cuyo trabajo en el hogar no es reconocido. También en algunos casos las mujeres que contaban con mayor formación y capacidad de manejo buscaban ocultar a la pareja las cuestiones que consideraban que él no estaría de acuerdo, con el objetivo de evitar regaños y mantener la identidad propia:

No me gusta que sepa él las cosas [...] siento pena [...] o sea, no se enoja cuando me regaña pero luego me dice cómo debo de ser yo, pero no me gusta ser como él dice (E016).

La mayoría de las mujeres entrevistadas transmitían en sus narraciones una visión del mundo y de sí mismas en la que parecía haber un proyecto de vida centrado en la vida dentro del hogar. En los anteriores testimonios se muestra cómo, a pesar de la dependencia incluso en la forma de moverse frente al mundo, estas mujeres elaboraban estrategias para evadir la sumisión y represión.

Otro elemento importante de tomar en cuenta con respecto a la falta de autonomía, es que la mayoría de las mujeres que convivían con su pareja lo hacían en “unión libre”,⁴² sin un contrato matrimonial, lo que implicaba mayor inseguridad ante el posible abandono, y no tener protección legal ante la falta de apoyo económico para los hijos por parte de la pareja. De esta manera, estas mujeres que dejaron de estar incorporadas en el mundo laboral y de tener ingresos propios, y se dedicaron a cuidar de la pareja e hijos podían ser abandonadas sin mayor exigencia y responsabilidad, lo que condicionaba sus relaciones con la pareja para evitar ser abandonadas y pasar a la condición de “dejada”.

Los términos de “dejada” y “juntada”, mencionados por las mujeres cuando se les preguntaba por su estado civil, expresan la concepción de desigualdad, dependencia y subordinación en las relaciones de pareja. Un ejemplo es el caso de Guadalupe (E039), mujer de 40 años, que se definía como “dejada” aunque fue ella, con la ayuda de la madre, quien había abandonado a sus dos parejas anteriores que la maltrataban. El temor al rechazo social, como consecuencia de una identidad social estigmatizada

⁴² En este grupo de mujeres, esta forma de unión no siempre significaba una decisión libre o consensuada.

de mujer abandonada y sola, y el miedo a la inseguridad económica, aunque ya vivían en condiciones muy precarias, pesaba enormemente en las relaciones de subordinación de las mujeres con sus parejas. De todas las mujeres entrevistadas, únicamente en un caso, una de las mujeres atendida en la clínica privada para la inducción del aborto, la mujer argumentaba en forma positiva sobre su estado de “unión libre” elegido en forma razonada. En este caso la mujer sí contaba con ingresos propios por su trabajo fuera del hogar, estudiaba y tenía mayor autonomía incluso emocional. Así lo refleja en una segunda entrevista, un segundo aborto, cuando la mujer afrontaba la separación por infidelidad de la pareja y obtuvo el apoyo para el mantenimiento de los hijos.

MIGRACIÓN

La situación de dependencia económica y emocional de las mujeres se veía agravada en muchos casos por su condición de inmigrantes. La mitad de las mujeres entrevistadas procedía de otros estados del país, una de cada cuatro mujeres era del estado de Guerrero. No obstante, presentaban diferencias en su situación según el momento de la migración (años de residencia en Cuernavaca), la forma de la migración (acompañada de la familia o sola) y el grado de integración social en el momento de la entrevista. Casi todas aducían la búsqueda de trabajo como la razón por la que llegaron a Cuernavaca: “porque allá no había trabajo” (E005). La condición de inmigrantes, especialmente cuando era migración reciente, les limitaba su capacidad de manejo en la vida cotidiana, en un ambiente social no habitual y sin conocer las conductas y normas de funcionamiento de las instituciones sociales y asistenciales de la ciudad. Así lo evidencia el testimonio de la mamá de Munda, ambas residentes en el área rural del estado de Morelos, quien expresaba sentimientos

de temor y miedo, y dificultad para afrontar la situación en un mundo totalmente desconocido. El siguiente testimonio expresa su experiencia ante el aborto de su hija quien, por la falta de atención en un lugar más cercano a su residencia, debió acudir a Cuernavaca, la capital del estado, un lugar desconocido física y funcionalmente. En este medio extraño se sintió incapacitada para moverse con normalidad y sufrió actitudes de marginación de parte de algunas personas desconocidas a quienes solicitaba apoyo:

...nos dijeron que ahí no había doctor, que viniéramos a Cuernavaca, pero nunca habíamos venido hasta aquí, no conozco, estoy como ciega, como atarantada, siento que el sol sale pa'abajo y no pa'arriba, yo me tomo valor [...] yo pregunto y le hago la lucha, me acerco con unas señoras, unas me responden y otras no me quieren ni hablar (E026).

Las condiciones de las mujeres inmigrantes se dificultaban cuando ni su familia de origen ni la del esposo, vivían en Cuernavaca y cuando por su condición de inmigrantes recientes no habían conformado una red de apoyo. En tanto la mayoría de las mujeres contaba con redes sociales casi exclusivamente familiares, las mujeres con migración reciente y cuyos familiares vivían alejados presentaban redes más precarias y, por tanto, con mayores dificultades para solicitar y recibir apoyo. Aunque todas llegaron a Cuernavaca a través de alguna conexión de su red social, después de su llegada no siempre el elemento de contacto formaba parte de la red social de la mujer o su familia, o bien no funcionaba ni era reconocido como apoyo en los momentos de necesidad material, emocional o de compañía social. También ocurría, como narra Guadalupe en el siguiente testimonio, que

las escasas personas de su red social no estaban accesibles en los momentos de urgencia:

Yo tengo como seis meses (en Cuernavaca) pero yo me vine con mi tía, luego se vino él y rentamos aparte [...] Tengo una tía aquí pero mi tía tampoco está, se fue para Acapulco, la única que está es mi hermana pero no sé dónde trabaja y no estaba ahí en su casa (E014).

No siempre el inmigrante presenta mayor aislamiento social, puede ocurrir que la migración ayude a la reconfiguración de las redes sociales, como en el caso de una mujer que migró a Cuernavaca porque afrontaba una situación adversa, de violencia de la pareja, y fue recibida con una estructura de apoyo que le facilitó la incorporación al mercado laboral, así como el establecimiento de nuevos contactos en sus redes sociales. En otras ocasiones las mujeres no tenían lugar de residencia habitual, sino que narraban residencias temporales en diferentes lugares, debido a la dependencia total de la pareja y a la ausencia o abandono de ésta. También ocurría que parte de la red social —la pareja y los padres— o ellas mismas presentaban experiencias de migración al exterior del país.

VIOLENCIA

La violencia es un elemento que ha existido a lo largo de la vida de las mujeres entrevistadas, tanto por parte de la pareja con la que convivían o habían convivido como por parte de sus padres, significativamente del padre hacia la madre, a veces también hacia los hijos. Dos de cada cinco mujeres narraban problemas de violencia doméstica, de ellas una sufría episodios de violencia grave y otra mencionaba formas más leves de maltrato de parte

de la pareja. En la mayor parte de los casos en que las mujeres sufrían violencia de la pareja se repetían las historias de vida familiar con violencia, primero en las familias de origen, de la mujer y de la pareja, y luego en la familia actual. En el siguiente testimonio, Mónica argumentaba y con ello justificaba la violencia que su pareja ejercía sobre ella, por el ambiente de violencia que él tuvo en la niñez:

...pues yo también pienso que a lo mejor él es así porque también ha sufrido muchísimo. O sea, yo no, yo nunca he sufrido, al contrario yo siempre tuve todo con mis padres, nunca, jamás vi una pelea [...] pero mi esposo nunca vio eso en su casa, siempre hubo discusiones, peleas y todo eso, nunca jamás tuvo apoyo de su papá y de su mamá [...] le pegaban mucho, su papá le pegaba mucho.

-¿Y, su papá, no sabes si le pegaba a su mamá?

- Sí, le pegaba mucho también, y su mamá. Más que nada, su suegra de mi suegra le buscaba mala vida, su mamá de mi suegro luego le iba y le tiraba su comida. Bueno, eso es lo que dice mi esposo [...] me platica muchas cosas y cuando platico así con él, a mí me da mucha tristeza [...] yo a veces pienso que por eso él es así (E047).

Las historias de violencia de las mujeres entrevistadas estaban asociadas a problemas de alcoholismo, trabajo inestable de la pareja e irregular aportación de recursos para el sostenimiento de la familia. Así se expresaba Estela de su esposo que la golpeaba: “toma muy seguido, no es cumplido con el gasto, no tiene un trabajo, a veces encuentra y a veces no” y, señalaba una semejanza con su padre, que también golpeaba a su esposa, y que ahora vive con ellos: “es muy borracho, desobligado y no tiene un trabajo fijo” (E015).

En ocasiones, a las relaciones con violencia se unían problemas de subsistencia, debido a que el esposo consumía sus escasos recursos en lo que ellas llamaban sus ‘vicios’. Desde su visión, esta condición estaba en el origen de los conflictos y la violencia, como lo expresa el siguiente testimonio:

- ¿Él se pone más violento con el alcohol o con la marihuana?
- Con el alcohol se pone más violento, o sea, más que nada si se enojó el día anterior conmigo y se va a tomar. Después del día, si se acuerda de las cosas que nos dijimos, es cuando se pone violento [...] Él gana muy poco (800 pesos mensuales: 80 USD) y apenas nos alcanza para comer.
- ¿Y como cuánto crees que él gaste en sus vicios, como dices tú?
- Pues a veces unos cincuenta pesos, lo mínimo son 60 pesos, porque sí siempre, aunque poquito, siempre ha procurado [...] lo que a mí me da mucho coraje que agarra y me da el dinero cuando se le antoja, le digo ‘dame para las tortillas’, y me contesta ‘ora no, a mí no me gusta que me presionen, que no se qué’. Entonces le digo ‘dame mi gasto’.
- ¿Y por qué crees que haga eso?
- Pues no sé, para hacerme nada más enojar, para hacerme berrinche yo creo, o bueno, eso es lo que supongo (E047).

En este caso, además, la pareja no le permitía trabajar lo que le dificultaba contar con recursos para alimentar a la familia, a los hijos. Estas historias se repitieron en muchas mujeres, a veces incluso con tres parejas sucesivas. La situación de las mujeres que sufrían violencia doméstica, que además no tenían un trabajo remunerado y se dedicaban en exclusiva a los “quehaceres del hogar”, se complicaba por la necesidad de guardar en secreto su identidad de mujer que sufría violencia, lo que les llevaba al

aislamiento, a tener menos relaciones sociales y, por tanto, a un menor apoyo social.

Las formas y grados de violencia que sufrían las mujeres iban desde formas graves de violencia física, que incluían golpes y buscaban dejar marcas en la mujer, como moraduras, heridas, raspaduras, golpes en el vientre de la mujer embarazada, hasta agresiones verbales y desprecios como forma de maltrato. Amenazas verbales, como “un día vas a amanecer muerta en la barranca y ni quien se dé cuenta” o “solamente muerto te voy a dejar en paz” (E015), y amenazas con determinados tipos de armas o golpes a la mujer formaban parte de la vida de algunas de estas mujeres. Los siguientes testimonios son una muestra de ello:

...solamente me pega con los puños [...] una vez me amenazó con un cuchillo [...] nunca me ha visto un doctor después de los golpes porque yo nunca voy. En junio me pego bien duro, me dio de patadas en la cabeza y cara, me dejó el ojo izquierdo bien hinchado, ni podía abrirlo, no podía comer porque me dolía mi quijada y desde entonces me duele mucho mi oído. Esa vez lo fui a denunciar a la Procuraduría de Cuernavaca, le levantaron el acta pero no pasó nada (E015).

...me pegaba mucho y no quería trabajar muy bien [...] él cuando llegaba tomado me despertaba, se recargaba así en mi panza,... me tiraba de la cama y, sí se murió mi niña [...] me golpeaba, me pateaba, me pegaba [...] yo le dije después que él la mató (E039).

Ambos testimonios resumen, por una parte, las consecuencias en términos de salud para las mujeres y para sus embarazos e hijos, como resultado de la violencia ejercida por la pareja y, por otra parte, documentan las experiencias negativas con las instituciones encargadas de velar por el bienestar y castigar la violencia, mismas que condicionaban el comportamiento futuro

ante las situaciones adversas. El ejercicio de la violencia ocurría en diferentes espacios, desde el espacio más privado de la propia casa, únicamente en presencia de la pareja o ante los hijos u otros integrantes del hogar, hasta la violencia ejercida en presencia de familiares o amigos con quienes no compartían la vivienda.

En esos casos, generalmente la familia apoyaba y defendía a la mujer, especialmente su propia familia, aunque se presentaron casos donde eso tampoco sucedía. Así nos narraba su experiencia Esther cuyo padre, que vivía con ellos, observaba como su esposo la golpeaba y no hacía nada para evitarlo; según la mujer “no dice nada porque se ponen a tomar juntos” (E015). De parte de la familia del hombre violento aparecía con frecuencia una actitud pasiva, el silencio o incluso el apoyo al hombre, siendo generalmente la suegra quien tomaba esta posición. Incluso la suegra formaba alianza con el hijo y en contra de la mujer, como lo expresa el siguiente testimonio:

...me golpeaba contra la pared, si podía yo también lo golpeaba y nos agarrábamos también bien feo. Una vez volvió su mamá y le dije ‘siempre me está pegando, ni modo que me esté yo dejando’. Dice ‘yo ni siquiera oigo ni veo’ pero ¿crees que no se daba cuenta si la puerta de mi casa estaba enfrente de la suya? [...] llegaba peleando y ya después quería que le diera de comer o de cenar, y yo ya no le quería dar, le decía ‘ah, primero vienes pegándome ¿no puedes llegar pidiendo bien?’. Luego su mamá le decía ‘si no te quiere dar ven, yo te voy a dar, hijo vente’ y a mí me daba mucho coraje (E039).

En tanto, como se señaló anteriormente, violencia y alcoholismo iban juntos, cuando la pareja regresaba “tomada” cualquier cosa podía inducir los golpes o insultos contra la mujer, así como las amenazas de abandonarla y quitarle a los hijos. Muchos

de los conflictos y violencia se generaban poniendo como motivos los celos o la exigencia de sumisión y aislamiento para la mujer, de forma que el hecho de platicar con amigas y vecinas podía provocar un conflicto. En este punto, la familia, generalmente la suegra, jugaba el papel de delatora, estereotipo de la vigilante y defensora de los intereses del hijo. Al respecto, una mujer⁴³ narra que la suegra la culpó públicamente de la muerte de la pareja violenta, agresiva y alcohólica, reclamándole por haberlo abandonado seis meses antes.

En cuanto a las formas de hacer frente a la violencia, en el análisis de los testimonios de las mujeres emerge un gradiente de respuestas que va desde las mujeres que se liberan y abandonan a la pareja, generalmente con la ayuda de los padres; las que hacen frente al problema y lo denuncian; y las que construyen diversas justificaciones para no “abandonarlo”—por compasión, porque él sufrió violencia desde pequeño o porque no se sienten capaces de afrontar el abandono ante los hijos y la familia— y aprenden a hacerle frente. Una mujer narra que fue aprendiendo a convivir con la violencia de la pareja y a defenderse, después de moderar su respuesta porque se percibía más débil que el hombre:

- ¿Pero ahí, cuando te pegó estando embarazada, qué pasó?

- Pues fue porque estaba celoso, y también cuando apenas me había ido con él me golpeó más y también por celos. Estaba muy celoso, es que en esa ocasión me fue a buscar un señor [...] y me encontró platicando con él y me golpeó. Esa vez sí me golpeó pero esta ocasión, la segunda ocasión, intentó golpearme pero no.

- ¿Tu, qué hiciste?

⁴³ La madre de una adolescente del grupo de mujeres que recibieron atención en la clínica privada.

- No me dejé, más que nada, o sea, la primera vez pues sí, porque tenía mucho miedo pero después me hice perder el miedo y ya no me dejé [...]. A veces me pongo más histérica yo que él [...] me exalto muchísimo porque, más que nada, veo, o digo 'él es hombre' y no puedo desquitar mi coraje, si yo fuera hombre también le daría pero pues no puedo (E047).

En otros casos, las mujeres afrontaban la violencia en forma pasiva y continuaban viviendo juntos, y aprendían a acomodarse para evitar los golpes más peligrosos en la "panza" cuando estaban embarazadas o en el rostro por ser muy visibles, o bien a mantenerse en silencio. En el siguiente testimonio Laura narra cómo establecía un proceso de negociación en unas relaciones desiguales violentas:

...le dije que nos íbamos a venir para acá pero que cambiara, que yo no iba a estar recibiendo golpes, que yo le aguantaré pobreza y todo pero golpes no y me dijo que sí. Y sí, hasta ahorita, desde que estamos aquí no hemos tenido problemas.

- ¿Y antes por qué te golpeaba?

- Porque decía que le contestaba, que yo era muy contestalona. Y me hablaba, me decía 'no me contestes para que no te golpee'. Pero aunque estaba embarazada nunca me golpeo en la panza, nunca. Era nada más una cachetada, dos cachetadas...

- ¿Te dejó morado?

- No, nunca de los nuncas me ha dejado señalada de nada, ni moreteada, ni nada, nada de eso, ni rajada, nada.

- ¿Y tú, cómo te sentías cuando te daba las cachetadas?

- Pues yo como no estaba acostumbrada a que me golpearan. Mi papá nos dejó bien chicas. Mi mamá nunca nos pegaba. Yo me sentía bien mal cuando él me golpeaba. Pero le digo, no me pegaba así feo, nada más dos cachetadas o una y ya. 'No me sigas

contestando' nada más. Y sí, después nos fuimos entendiendo los dos, yo dejé de contestarle y todo cambió, todo fue diferente (E031).

En este testimonio aparecen incorporados en el discurso varios elementos que son asumidos socialmente, la menor gravedad del maltrato como atenuante de éste: “nada más dos cachetadas”; la cotidianeidad con la violencia: “como no estaba acostumbrada a que me golpearan”; y finalmente la “sumisión” como una forma de entendimiento: “yo dejé de contestarle”. Otro elemento que surge en otros testimonios, era la referencia a que las condiciones de pobreza son ya una forma de maltrato: “yo le aguantaré pobrezas y todo eso pero golpes no”. De esta manera, ellas señalaban también en primer plano la incapacidad de la pareja de cumplir bien con su función como proveedor, pues no resolvía el bienestar de la familia, aunque generalmente terminarían exculpándolo. En el caso de Laura, presentado anteriormente, muchas veces los golpes se originaban cuando ella lo llamaba vago y él se sentía agredido, es decir la mujer hacía frente a la agresión con otra agresión, pero en estas agresiones mutuas la fuerza bruta era ejercida contra la mujer, y sólo cuando ella asumía el papel de subordinación que él le reclamaba terminaban los episodios de violencia. No obstante, esta mujer mantenía la capacidad para resistirse a la subordinación total de la pareja, y a la vez mantener parte de su identidad personal, de manera que cuando él la reclamaba de gastos excesivos en la compra ella lo comprometía a apoyarla, como lo narra en el siguiente testimonio:

...se molestaba, decía que el dinero me lo acababa. Yo le dije una vez que se le quedara el dinero y que mejor hubiéramos ido a comprar los dos, para que él se diera cuenta cuánto gastaba yo.

Y sí, ahora vamos los dos de compras, compramos todo lo de la semana [...] antes me iba solita pero ahora no, desde que se molestaba que me gastaba el dinero fuimos los dos (E031).

Además de la violencia y el maltrato de la pareja que sufrían las mujeres, en muchas de las narrativas aparecen expresiones de devaluación y autoagresión; se agredía su estima e identidad y se construía un discurso donde ellas parecían ser, en gran parte, las culpables de su vida, llegando incluso a asumir parte de culpa en la violencia de la pareja, por no cumplir bien con su rol de sumisión: “por loquera”, “por enojona”, “por habladora”.

RELACIONES Y REDES SOCIALES

La vida de la mayoría de estas mujeres transcurría básicamente en la casa, y en la mayor parte de los casos sus relaciones sociales se reducían a los miembros de la familia con quienes compartían terreno o bien vivían en las cercanías, ya que los traslados suponían el consumo de unos recursos que no tenían, como lo muestran los siguientes testimonios:

...para hablarle a mi madre no hay teléfono [...] ni para avisarle, [...] la veo cada ocho meses o al año, [...] porque pues nos falta dinero y ves que ahora ya aumentaron el pasaje (E004).

...casi no voy (a ver a la familia) porque nada más gasto en pasaje [...] ya tiene más de un año que no voy para allá (E035).

Lo mismo ocurría en relación con los tiempos y espacios de esparcimiento, no tenían tiempos para el descanso, o bien sus escasos recursos económicos les limitan los traslados y las relaciones sociales.

Otro elemento recurrente, que contribuía a mantener relaciones sociales escasas, tenía que ver con los comportamientos transmitidos y aprendidos respecto a su forma de relacionarse con las amistades:

... mi mamá desde niña me dijo que sí tuviera amigas pero que nunca las frecuentara porque luego se busca uno problemas, entonces, trato de evitar eso... (E005).

También ellas expresaban argumentos de experiencias negativas con las amistades que les condicionaban sus relaciones de amistad, como expresan los siguientes testimonios:

...la verdad yo sí soy amiguera, pero uno pasa experiencias fuertes, problemas, ya ve que, que dijiste y no dijiste. Tuve un problema fuerte que me metieron en problemas y es mejor alejarse, y la verdad sí me he vuelto muy cortante (E020).

...las amigas que he tenido me han fallado, nada más traen los chismes y luego envidian y casi no tengo amigas. Lo único, que me llevo bien con todas mis hermanas y son las más íntimas que yo he tenido, porque con las amigas [...] no, no platico mis problemas, de lo que me pasa [...] porque como que se burlan o lo toman a mal y no le dan buenos consejos sino al contrario. No apoyan, yo así lo veo, no sé [...]. Antes de que me casara pues sí, antes con mis amigas, sí tenía muchas amigas. Pero, le digo, me di cuenta de que son muy traicioneras [...] es bien penoso, no puedes platicar con nadie, no le hablas a nadie. Que ya te vieron. Que no sé que. Por eso, pues mejor ya ahí muere (E011).

Asimismo, las mujeres mencionaban argumentos de independencia o de mantenerse con lo que uno tiene, para justificar

la falta de redes o de movilización de apoyo ante situaciones adversas:

...la verdad, ya no me gusta acudir a nadie [...] por situación económica acudimos a una señora y le comentamos nuestra situación y pues ella sí nos tendió la mano [...] pero [...] yo quisiera hacer mis cosas muy independiente, ya no molestar a nadie porque hasta en la propia familia te dan el espaldazo. Y no, mejor así, prefiero rascarme con mis propias uñas (E020).

Un elemento que desempeñaba un papel importante en las mujeres de este grupo era la falta de autonomía condicionada por su identidad y rol de género como mujer cuidadora del hogar, la mayoría de las veces con mínima capacidad para tomar decisiones, como vimos anteriormente.

En este grupo de mujeres, su reclusión en el hogar disminuía la posibilidad de establecer nuevos contactos y de esta manera ampliar y enriquecer la estructura y funcionalidad de la red social. En general, presentaban redes con pocos contactos activos y con mínimas posibilidades de nuevos contactos.

Las condiciones relacionales de las mujeres se veían agravadas por su condición de inmigrantes, con diferencias según el grado de integración social. En tanto la mayoría de las mujeres contaba con redes sociales casi exclusivamente familiares, las mujeres con migración reciente y cuyos familiares vivían lejos presentaban redes más precarias y con mayores dificultades para movilizar apoyo. En los casos en que parte de la red social de la mujer, la pareja o los padres, había migrado hacia Estados Unidos se daba el caso de que la red se mantenía activa y con capacidad para brindar apoyo o bien los vínculos quedaban rotos definitivamente. En algunos casos, las parejas emigraban sin

mayores compromisos con la mujer y ella ya no recibía ningún tipo de apoyo, como lo muestra el siguiente testimonio:

...el papá del bebé, del que aborté, lo dejé de ver desde hace como tres meses [...] se fue a los Estados Unidos y me dijo que ya no iba a regresar, que se iba a quedar por allá (E028).

Cuando el emigrante partía reconociendo un compromiso familiar “encargaba” a la pareja con familiares:

...mi esposo me dejó encargada con mis tíos cuando se fue [...] yo no quería que se fuera [...] pero él me dijo que sí, que me iba a dejar ahí (E048).

Ambos testimonios expresan formas concretas de desigualdad de género que están presentes en los testimonios de estas mujeres. Son cuestiones como el abandono por parte de la pareja, sin mayores responsabilidades, o la identificación como objeto de propiedad e infantilización de la mujer, sin concederle la posición de persona madura y responsable. Por ello, en el ejemplo anterior, la pareja “encarga” su mujer a la familia.

En algunos casos las mujeres narraban una total inestabilidad residencial, lo que se traducía en identidades borrosas e inestables, ya que no contaban con un espacio propio y residían temporalmente en casa de familiares que las acogían:

...le digo, exactamente no vivo ahí sino que voy con una hermana, con otra, con mi mamá [...] Mientras mi esposo esté así, yo creo que lo voy a seguir haciendo, ya que salga pues entonces ya vamos a vivir bien (E011).

Las relaciones sociales se constituían también en elementos de conflicto. Se daban casos donde las relaciones sociales eran la causa y origen del conflicto y maltrato entre la pareja:

...si le hablo a la gente se hacen problemas, se hacen puros chismes, casi no le hablo a la gente [...] Dice mi suegra que yo hablo de ella y de su hija, aunque no sea verdad, y pues le dicen a mi esposo y me regaña. O sea, tengo prohibido hablarle a la gente. O sea, yo, por no pelear con él, no les hablo y por eso me la vivo en casa (E004).

Esta mujer mencionaba la falta de autonomía como el principal obstáculo para ampliar las amistades:

...piensa mi suegra que yo hablo de ella pero no es así. Pero, como vivo en su casa, pues me tengo que sujetar y no hablarle a las personas (E004).

Las relaciones vecinales eran también causa de tensiones, debido a cuestiones que iban desde la falta de confianza hasta problemas graves de comunicación y entendimiento:

...la verdad es que yo no confío mucho con mi vecina. Nada más los buenos días y las buenas tardes [...] la verdad no convivo con ellas (las vecinas) muy bien porque es que son muy envidiosas [...] no me pueden ver platicando con una persona porque dicen que ya estoy hablando de otra persona. Y a mí me ha dicho mi esposo que para que no tenga problemas, no platique yo con nadie. Y nada más los buenos días y las buenas tardes y ya (E019).

Estos testimonios resumen las múltiples formas de opresión que sufrían estas mujeres por parte de los esposos o de la familia

ampliada con la que convivían, la cual contribuía en la vigilancia de la mujer, y expresan en su máximo grado los efectos negativos de la falta de autonomía de las mujeres.

En todos estos casos, las mujeres se iban aislando y se debilitaban sus redes sociales para el apoyo. En el Cuadro 11 se resumen los condicionantes sociales y culturales que emergen en las narrativas de este grupo de mujeres, y que son elementos que afectan negativamente la estructura de sus redes sociales.

CUADRO 11

CONDICIONANTES SOCIALES Y CULTURALES DE LAS REDES SOCIALES

- La dependencia: identidades y roles de género, dedicación exclusiva al hogar.
 - Los recursos económicos escasos: frenan la movilización (costo de los pasajes) y los intercambios de visitas (fiestas, transacciones).
 - La movilidad / migración: ocasiona ruptura y dispersión de redes.
 - Los procesos de socialización: ideologías sobre las amistades y el pedir.
 - Los conflictos y tensiones en las interacciones.
 - El *self*, las identidades sociales.
-

FUNCIONAMIENTO DE LA RED SOCIAL: APOYO SOCIAL

Las condiciones de vida precarias, la escasez de recursos, las cuestiones de género, los valores ideológicos y los conflictos generados por las relaciones sociales en estos contextos, contribuían pues a una marginación creciente en estas mujeres. Asumían el rol de cuidadoras y se “sometían” a las decisiones de la pareja y de la familia ampliada con la que convivían. Muchas de estas mujeres tenían escasos vínculos sociales y contaban con pocas o ninguna persona de confianza con quien compartir sus problemas y que fuera la compañía social, la consejera y le brindara apoyo material y emocional. Las mujeres que sufrían problemas de violencia, alcoholismo y drogadicción de la pareja,

violación o incesto eran las más marginadas y aisladas, tanto por constituirse en personas con una identidad estigmatizada que previene en contra de que las personas les brinden su confianza y por tanto el apoyo, como por la necesidad de guardar el secreto y mantener oculta esta información y el estigma derivado de esta identidad.

Se ha de recalcar que no siempre el hecho de la existencia de relaciones sociales es positivo para la salud y el bienestar de las mujeres, ya que también pueden ser causa de conflicto y tensión relacional⁴⁴ lo que conlleva efectos negativos para la vida, el logro de expectativas y proyectos de vida, y la salud. En este sentido, algunas mujeres señalaban que existía antagonismo y conflictos con algunas personas de su red, de forma que la sola presencia u ofrecimiento de apoyo, en situaciones adversas, les generaba angustia.

Por otra parte, el apoyo social que recibían no dependía únicamente de la existencia de recursos sociales y materiales en la red social con capacidad para aportar apoyo, sino también de la capacidad personal de la mujer, o de los elementos más cercanos de su red, para movilizar apoyo, y esto estaba relacionado con la identidad social y la constitución social como persona (*self*). Jéssica de 26 años expresaba así lo que implicaba para ella la decisión de pedir apoyo y el significado en el nivel de las transacciones sociales:

...ellos (los papás) me apoyan [...] Cuando necesito algo, que mi esposo no tiene trabajo, yo voy y les pido prestado dinero. Inclusive ellos me dicen: 'no pues cuando quieras ve a la casa,

⁴⁴ Due y colaboradores definen tensión relacional como el punto en el que las funciones de las relaciones sociales causan tensión emocional o instrumental. Tensión relacional es la dimensión negativa del aspecto funcional de las relaciones sociales. Due, P. *et al.* (1999: 663).

pídeme, que no te de vergüenza'. Porque yo la verdad soy bien penosa, porque luego le digo a mi esposo '¿yo cómo les voy a ir a quitar lo que no les doy? [...] Entonces, mejor ellos me dan, aunque no les pida ellos me dan (E019).

La demanda de apoyo era de orden material y emocional. La aceptación de una posición sometida a las decisiones de la pareja les limitaba tanto sus expectativas y proyectos de vida como su capacidad para afrontar las situaciones adversas en ausencia de la pareja. En ocasiones, esperaban el regreso de ésta para hacer frente al problema, lo cual podía no ser una solución porque la pareja, a veces, no llegaba o bien lo hacía, después de consumir alcohol en grandes proporciones, sin condiciones para tomar una decisión. Algunas mujeres expresaban también la vergüenza de pedir ayuda o solicitar una rebaja de los costos a las instituciones, ya que esto les obligaba a aceptar públicamente una identidad social de pobre. En estos casos, a veces recurrían a algún elemento de su red social que tenía capacidad para afrontar la demanda sin molestarse porque "sí saben pedir":

...pedimos rebaja pero como a mi esposo le da pena no pide, pero mi tía sí (E003).

La falta de apoyo se daba tanto en el nivel emocional, porque la mujer no identificaba al confidente, como material debido a que ni la pareja ni ella misma eran personas de crédito. De esta manera, ella no tenía a nadie de confianza y a su vez nadie confiaba en ella. Algunas mujeres percibían como una forma de maltrato el hecho de solicitar ayuda y no recibirla. De esta manera, evitaban en lo posible demandar ayuda ante la percepción de una negativa. En ocasiones, incluso justificaban la negativa de algún elemento de su red social, a la demanda de apoyo por

la falta de recursos de sus contactos, y de esta manera se identificaban por compartir unas condiciones que les obligaban a demandar ayuda:

...(las vecinas) me hablan y todo, todas las de ahí de la vecindad. Pero, cómo le diré, si yo les pido dinero no me lo prestan, luego dicen que no tienen. Y sí, pues también sus esposos trabajan, no tienen tampoco un trabajo fijo, días trabajan, días no, le buscan de un trabajo a otro. Entonces, yo también me pongo a la razón que no tendrán pues, porque a veces veo yo lo que comen. Entonces, sí lo creo que no tengan (E031).

De esta manera, se constituían en personas aisladas, marginadas y con escasas posibilidades de movilizar ayuda ante eventos adversos, o bien con experiencias negativas que determinaban su comportamiento respecto a la movilización del apoyo social.

El Cuadro 12 resume los condicionantes de la búsqueda, movilización y obtención de apoyo social que surgen de los testimonios de las mujeres entrevistadas. Se incluye el aborto porque éste se constituye en un evento que en sí mismo condiciona la búsqueda de apoyo.

CUADRO 12

CONDICIONANTES SOCIALES Y CULTURALES

RELACIONADOS CON LA BÚSQUEDA Y OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL

-
- Las características de las redes sociales: existencia y accesibilidad de recursos sociales y materiales.
 - La red tensional: conflictos y tensiones en las interacciones frenan la movilización del apoyo.
 - El *self*, identidades sociales (independencia): un *self* poco estructurado se asocia con una menor búsqueda de apoyo.
 - El aborto como evento estigmatizante (lo legal y lo moral): las estrategias de exculpación, como son el desconocimiento del embarazo y la naturalización de los síntomas de aborto, retardan la atención oportuna y provocan la vivencia en soledad.
-

EXPERIENCIAS EN LA ADVERSIDAD

La gran mayoría de las mujeres que llegaban al hospital público presentaban altos índices de marginación social, dentro de un grupo de por sí en condiciones de pobreza y sin acceso a servicios de salud de seguridad social o privados. A lo largo de este capítulo analizamos sus historias de vida que conforman el contexto, desde el nivel macroestructural hasta el nivel microsociedad e individual, en el que se insertan las redes sociales de estas mujeres. La marginación social y la pobreza tanto en el nivel de los ingresos, las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud y bienestar definían y limitaban sus capacidades para gestionar su vida sexual, familiar y social, para la definición de un proyecto de vida y finalmente su lugar en el mundo desde una posición subordinada y marginal.

Las características de pertenencia a un grupo social marginado le daban una especificidad propia a su condición de mujeres, en un país donde ocurre un proceso de cambio de valores y de comportamientos que modifican la imagen y el papel de las mujeres. En el grupo estudiado, la identidad de mujeres pobres no incorporadas al mercado laboral, dedicadas al trabajo doméstico no remunerado y sin reconocimiento de la importancia social y familiar de su tarea, así como la poca o nula participación en las decisiones les conformaba una posición de mujer no autónoma, subordinada a lo que diga y haga su pareja. Sin embargo, ¿cómo interpretaban las mujeres sus condiciones de vida? ¿Cuál era la racionalidad de sus discursos? En un primer momento, se puede reconocer en sus narrativas la incorporación del discurso hegemónico sobre la subordinación femenina, de forma que cuando las decisiones eran tomadas unilateralmente por los varones, las mujeres utilizaban expresiones como “lo hace por mi bien”, “me apoya”, “me comprende”. Asimismo, los discursos de los varones también se ajustaban a los roles tradicionales de género res-

pecto al comportamiento esperado de las mujeres, por ejemplo: que las mujeres no trabajen fuera del hogar y se dediquen al cuidado de la familia. En los argumentos que presentaban, se daba una total objetivación de la mujer, como la expresión “lo que te hace falta yo te lo traigo”, sin reconocer la capacidad y necesidad de ésta para realizarse como sujeto autónomo y productivo, y sin resolverle sus necesidades básicas. No obstante, en los discursos de las mujeres también se pueden observar lo que podríamos llamar discursos y prácticas de resistencia, como la queja, el enojo, por haber quedado al margen en la elección de determinados consumos, o la angustia por trabajar para poder disponer de una casa propia, o bien el ocultamiento ante la pareja de las cuestiones o comportamientos que no se comparten.

No obstante, dentro de este grupo de mujeres pobres subordinadas a la pareja, se fueron conformando perfiles diferentes de acuerdo con el grado de autonomía de la mujer, el grado de marginación social y la inserción social. Se presentaban constituciones más o menos estructuradas de la persona, diferentes formas de ver el mundo y, por tanto, capacidades diferentes en la forma de gestionar su vida cotidiana y de afrontar los problemas, como la violencia doméstica y los embarazos no deseados, entre otros. En este sentido, al analizar las narrativas de las mujeres que sufrían violencia en el grupo estudiado, en relación con su percepción de la pareja que las agredía verbal, física y sexualmente, se pueden observar tres discursos diferentes. Por una parte, las mujeres que elaboraban un discurso exculpatorio de la pareja y presentaban la imagen de una persona que sufrió mucho y merecía atención, generando en ellas una actitud compasiva, aunque por ello pusieran en riesgo su propia vida. Por otra parte, están los discursos culpabilizadores que identificaban a la pareja con una imagen totalmente negativa, como hombres irresponsables, borrachos y ociosos, es decir, varones que no cumplían bien el

rol de hombres proveedores y a ello se les sumaba, además, el ser violentos. Por último, surgen también los discursos que buscaban minimizar o disminuir el problema de la violencia, por ejemplo cuando la mujer aseguraba que su pareja sólo le golpeaba con los puños, aunque más adelante narraba que también le dio de patadas. Esta forma de presentar la violencia puede responder a la necesidad de no provocar la compasión de quien las escuchaba, más que para atenuar la imagen de la pareja.

Muchas veces, estas tres formas de discursos eran parte de la misma narrativa, es decir, la mujer reconocía que la pareja era culpable pero le tenía compasión y por otra parte no quería provocar compasión. A los daños físicos más o menos graves que sufrían las mujeres se sumaban los daños emocionales y sociales, consecuencia de la violencia y del aislamiento que originaba. Las mujeres reaccionaban ante la violencia denunciando o abandonando a la pareja o bien enfrentándola, a pesar de reconocer que la fuerza física estaba del lado del hombre. Otra estrategia era acomodarse a la subordinación, a los golpes, a la vida. La forma de manejo del problema estaba relacionada con la percepción y racionalización del problema a través del discurso, con la visión del mundo y con las redes sociales, así como con la capacidad para movilizar el apoyo social.

Finalmente, en este capítulo se ha analizado también cómo las condiciones de vida se expresaban en las relaciones sociales y el apoyo social que movilizaban estas mujeres, su interrelación, de modo que las mujeres más dependientes, con menos recursos, de migración reciente, y que sufrían violencia, en general, tenían redes más precarias y menos funcionales, y por otra parte, la menor integración social conllevaba mayor marginación. En tanto la mayoría de las mujeres presentaban estas condiciones sus redes sociales eran precarias, poco densas, casi exclusivamente familiares, muy homogéneas y con presencia de vínculos

conflictivos y tensionales, lo que generaba un funcionamiento negativo de la red social en términos de apoyo social. En el nivel más intermedio y micro, las ideologías sobre las amistades y la necesidad de demandar apoyo asociadas también a una determinada posición de clase (entre los pobres “el pedir” puede ser visto como una acción vergonzosa mientras que para los ricos es una acción de negocio), así como las identidades sociales de mujeres pobres a las que se unían otros elementos estigmatizantes y devaluadores, y una identidad personal constituida desde unas condiciones de vida marginales y con una baja formación educativa, condicionaba que sus redes sociales fueran precarias y que el apoyo social recibido fuera mínimo.

Un elemento importante en el análisis de las redes sociales y de su capacidad para otorgar apoyo social es la calidad de los vínculos, el ambiente relacional en una determinada interacción. Cuando la red tensional era importante por la cantidad o la calidad de los vínculos en los que se presentan conflictos o tensiones, el apoyo social recibido era negativo, ya que generaba estrés en lugar de amortiguarlo. Este es un aspecto importante que ha sido muy poco analizado en los estudios sobre redes sociales y apoyo social.

HISTORIAS DE VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

*Toda la culpa de mis desgracias la tiene la Chole. Apolonio es inocente,
digan lo que digan. Lo que pasa es que nadie lo comprende.
Si de vez en cuando me pegaba era porque yo lo hacía desesperar
pero no porque fuera mala persona. Él siempre me quiso.
A su manera, pero me quiso. Nadie me va a convencer de que no.*

Laura Esquivel. "ÍNTIMAS SUCULENCIAS"

Este grupo de mujeres presentaba una baja capacidad negociadora en el terreno de las relaciones sexuales y los embarazos. La falta de control sobre su propia sexualidad y fecundidad seguía siendo uno de los aspectos más amenazantes de sus vidas. El control de los maridos o parejas sobre las mujeres tiene que ver también con las ideologías de los roles de género, ya que desde niñas se socializa a las mujeres para que encuentren su afirmación en el cuidado a los otros y el sometimiento a ellos. A continuación se analizan las historias de vida de las mujeres entrevistadas en relación con los aspectos sexuales y reproductivos, con el objeto de conocer sobre la existencia de su proyecto de vida como pareja y como madre. Se explora también su capa-

cidad para ejercer el control de los embarazos, y se incursiona en torno a algunas creencias y mitos que mantienen alrededor de la reproducción y la maternidad.

PROYECTO DE VIDA Y ELECCIÓN DE PAREJA

El inicio de relaciones sexuales y uniones a una edad muy temprana, las uniones precarias e inestables, frecuentemente conflictivas y que incluyen violencia sexual, verbal y física, parecen caracterizar la vida sexual de muchas de estas mujeres. Fueron varias las razones aducidas para la convivencia con la pareja, en unión libre o a través del matrimonio, desde cuestiones relacionadas con normas de control social que “obligan” a las mujeres a unirse con un hombre ante determinados comportamientos transgresores; hasta otras que tienen que ver con la conveniencia para la mujer o la pareja. Prácticamente ninguna de las mujeres exponía un proyecto de vida⁴⁵ personal, incluso en ocasiones la unión con la pareja se presentaba, no como un proceso de elección personal, sino como resultado de presiones ante determinadas circunstancias. En ocasiones las mujeres asumían que la unión o el casamiento fue su proyecto de vida pero al analizar la situación y experiencia de vida con la pareja tomaban una posición crítica con ellas mismas o con la pareja.

La transgresión de las normas y valores sociales o el incumplimiento de las expectativas de los padres respecto a la elección de pareja, así como el sentimiento de haber faltado a la confianza depositada en ella, fueron expresiones de culpa que afloraban como justificantes de la situación de vida, como un castigo merecido. Este sería el caso de Mónica quien desde muy joven se

⁴⁵ Si entendemos por proyecto de vida la identificación y planeación de actividades y estrategias para el desarrollo e identidad personal, presente y futura.

fue a vivir con la pareja a la que había conocido 15 días antes. Desde los inicios de la vida en común mantuvo una relación marcada por la violencia. Mónica expresaba que ella faltó a las enseñanzas de su madre y, ante el sentimiento de culpa y temor de que se enteraran, decidió quedarse a vivir con la pareja:

- Sí, *no me fui así como por voluntad*. O sea, él agarró y *no me llevó a fuerzas pero pues me escondió las llaves* con las que entraba a la casa de la señora [...]. Cuando ya nos despedíamos, dijo ‘¿qué crees? No traigo tus llaves’ Le digo ‘¡no!’ Dice ‘sí’ Le digo ‘¡ay Dios mío!’ y *pues me tuve que quedar con él*, porque la señora era muy estricta y no le gustaba que entrara uno muy tarde a la casa, a deshoras de la noche.

- ¿Tú vivías con la señora con la que trabajabas?

- Sí y ya eran las 10 de la noche y no podía entrar ¿Y ahora, qué hago?

- ¿Y no podías tocar, no había alguien adentro?

- No porque en esa ocasión los señores se habían ido creo que a una fiesta o algo así. Dije ‘¡ay Dios mío y ahora!’ Estuvimos ahí como hasta las 12 de la noche y vi que llegaron los señores, y *yo no podía entrar porque dije ‘¡Dios mío qué pena!’*. No sé que sentí, me sentí muy mal, y *más que nada sentí miedo, porque como mi mamá y ella estaban en contacto. Siempre sabía mi mamá cómo iba, cómo estaba, cómo me comportaba. Iba a saber mi mamá y cómo, si a mí me había educado de una manera muy estricta*. No, dije, *cómo le voy a decir a mi mamá que ando a deshoras de la noche, pues ni modo, y me fui con él*. Al principio sí me sentí tranquila pero...(E047).

En este testimonio, Mónica expresaba un sentimiento de ambigüedad, “no me fui, así como por voluntad”, “no me llevo a fuerzas pero”, para explicar cómo llegó a unirse a la pareja cuando todavía era una adolescente. El temor para afrontar una

acción menor —la de llegar tarde a la casa— que ella suponía transgresora de las normas, de los comportamientos esperados, y que a su vez destruía la imagen que se esperaba de ella, después de una educación que denomina estricta, le llevó a tomar una decisión, la de unirse a un hombre casi desconocido. Asimismo, en estas acciones manifestaba un sentimiento de fatalidad, de ser la única salida, “pues me tuve que quedar con él”, para su futuro. Mónica, una adolescente originaria del área rural del estado de Guerrero que llegó a trabajar a la Ciudad de México, se sentía presionada para responder a la confianza depositada en ella pero agrandó la falta y la forma de afrontarla. No acudió a buscar consejo, ya que no tenía amigas, sino que aceptó la sugerencia de la pareja y le otorgó la confianza a alguien que ya le había engañado, ocultándole las llaves:

- ¿Y esa primera vez que te quedaste con él, qué hablaron, qué dijeron?

- Pues nada, dice ‘quédate aquí y yo me duermo en el suelo’. ‘Pero de todas maneras’, le dije, ‘de todas maneras *si me regreso mañana a la casa ¿qué va a pensar la señora, qué va a decir?*’ Y dice ‘*¿si verdad? pues ya ni modo, quédate conmigo, de todas maneras yo te quiero*’. Y ‘que no sé, pues cómo si nos acabamos de conocer, tenemos 15 días de novios’. ‘No importa, no importa’, y pues ya (E047).

Esta unión, que comenzó por la dificultad de esta joven para afrontar una acción que era una transgresión menor, mantuvo casi desde sus inicios un elevado grado de violencia de la pareja contra ella. Y de nuevo, ante el temor para afrontar una posición que ella la reconocía como una transgresión a las normas, “¿cómo voy a enfrentar que lo abandoné?”, esta mujer continuaba con su agresor. De esta manera llevaba ocho años, viviendo en unión libre, con esta pareja:

- ¿Hace cuánto que tu vida se volvió un infierno?
- Pues a los tres o cuatro meses de que me fui con él. Sí tres, cuatro meses fue mi vida dulce pero después ya no, y como que de ahí le fui agarrando como, a veces digo, coraje que porque el amor que sentía por él se me murió. Sí lo quiero pero ya no como antes, lo quiero tal vez también porque es el papá de mis hijos pero ya ahorita ya no. Antes lo veía y yo sentía que era mi vida, era mi sueño, me decían ‘déjalo’ y yo decía ‘si lo dejo, qué va a ser de mí, qué voy a hacer’. Y no lo dejé, no sé qué me ató a él, no sé qué pasó que me quedé con él y hasta la vez. Pero ahorita ya cambió muchísimo, ya no es como antes (E047).

Mónica tenía dificultades para expresar porque todavía se mantenía con él, no encontraba una razón clara, ni otras cuestiones como amor o deseo. Una posible razón era que él es el padre de sus hijos, pero finalmente muestra una total incertidumbre, “no sé qué me ató a él, no sé qué pasó que me quedé con él”. Y de nuevo lo planteaba como si la única salida fuera continuar conviviendo con la pareja. No obstante, a lo largo de la entrevista, Mónica narraba otras razones que la mantenían unida al agresor: además de las amenazas de muerte, por parte de la pareja, y de quitarle a sus hijos si ella le abandonaba, estaban los temores para afrontar ante los hijos y las otras personas de su red, una acción que ella misma la asumía como negativa. Por último, estaba la dificultad para encontrar una razón importante que pudiera esgrimir para justificar el abandono:

- ¿Y tú has pensado últimamente en dejarlo?
- A veces sí he pensado, pero pues a veces se me baja. Digo ‘lo voy a dejar’ pero después pasa el coraje y ya no lo hago.
- ¿Y por qué crees que no lo hayas dejado?

- Pues, no sé, yo siempre he dicho que qué van a decir mis hijos cuando crezcan, me van a preguntar por su papá y yo qué les voy a decir, lo dejé porque quise.

- ¿Pero cuáles serían tus razones?

- Si tuviera una razón muy poderosa sí lo dejaría, por ejemplo que me diera cuenta de que sigue con su vicio lo dejaría.

- ¿Cuál de los dos vicios?

- Pues el que más me importa es el vicio de fumar marihuana, aunque claro cuando está así es muy consciente, está muy tranquilo, pero a mí no me gusta verlo así porque mi niño ya se está dando cuenta y a mí no me gustaría que mi hijo fuera así (E047).

Llama la atención que esta mujer señalaba que quizás la única razón para la separación era el consumo de droga (marihuana) por parte de la pareja, aunque ello no le inducía la violencia, contrariamente al consumo de alcohol que le generaba episodios de violencia contra ella. Esto se enmarca en discursos sociales que condenan en mayor grado el consumo de las drogas diferentes al alcohol, mientras que éste es una bebida cuyo consumo es socialmente aceptado en las reuniones sociales.

En esa incertidumbre, en esa dificultad de Mónica para encontrar razones suficientes para romper la unión, surgía la compasión y su identidad de cuidadora como elementos que le mantenían unida. Ella consideraba que era la única persona que podía ayudarle:

- Él está muy herido y por eso. Luego entre mí pienso, digo ‘¡ay Dios mío! si de mí no encuentra apoyo’. Entonces, pues voy a aguantarle otros días más a ver hasta donde llegamos [...] yo no sé si todavía lo siga queriendo para mi persona pero creo que ya no, simplemente lo estoy apoyando porque he visto que ha sufrido mucho (E047).

Los hijos, en esta unión, desempeñaban un doble papel, por una parte, eran el elemento que servía a la dominación masculina, a través del chantaje y, por otra, eran su justificación ante la falta de un proyecto propio:

- ¿Y los niños se dan cuenta Mónica?

- Sí, a veces sí [...] las más de las veces que nos hemos peleado así por cierta cosa, sí, mis niños se han dado cuenta y mi niño a veces hasta ha llorado. Hay ocasiones que me dice que lo deje. Ahorita ya no me ha dicho pero cuando tenía como cuatro años que apenas empezaba a hablar me decía que lo dejara. 'Deja a mi papá, búscate a otro, búscame otro papá' me decía.

- ¿Te decía eso?

- Sí, pero ahorita ya no, apenas el sábado precisamente que le comenté a mi hijo, '¡ay hijo, ya estoy harta! ¿y si dejo a tu papá?' y nomás meneó su cabeza y me dijo con sus hombritos. Le digo, 'hijo es que mira, tu papá no está aquí ¿dónde estará ahorita? Yo me siento mal y él no viene' y pues nomás se quedó así. Me dijo así con sus hombritos, y pues yo creo que ha de haber dicho, no pues ahí ve tú o no sé. 'No' le digo '¿lo vas a extrañar?'. Se le llenan los ojos de lágrimas y me dijo que sí. Dice 'sí' y le digo '¿te vas a quedar con él?'. Dice 'no'. '¿Por qué no?', le digo. Dice 'no, pero no, no quiero que lo dejes'. Y a la niña, la que sigue de él, le comenté también, le dije que si se iría con su papá o conmigo, dice que con su papá. Por eso, a mí no me gustaría llegar a un juicio y que él se llevara a mis hijos, no me gustaría nada [...] porque en una ocasión si me dijo él, 'el tiempo que quieras dejarme te va a costar porque me llevo a mis hijos' [...]. Y pues también por eso no lo he dejado porque lo extrañan muchísimo, hubiera sido más fácil cuando estaban más chiquitos pero ahorita ya no porque ellos lo extrañarían y yo me sentiría impotente [...] y pues no sé, siempre yo quiero que

tengan una buena imagen de su padre, quiero que lo vean como padre y nunca le falten al respeto (E047).

Mónica era una mujer con dificultades para manejar su vida y tomar decisiones, más bien las decisiones que había tomado le habían costado mucho sufrimiento. En el momento de la entrevista su posición era de una gran incertidumbre y tenía dificultades para explicarse porqué se mantenía sin tomar decisiones, entre el temor y la incertidumbre familiar, social y económica.

Los beneficios de la unión

Las mujeres también expresaban razones de conveniencia en la elección de la pareja, valorando que fuera una persona socialmente aceptable. Algunas razones señaladas para la aceptación de la pareja eran que el hombre hable y piense aceptablemente, no tome, trabaje y no sea violento. Si el varón cumplía con todos o alguno de estos requisitos, el que la mujer le otorgaba mayor preferencia, entonces el hombre era aceptado como pareja. Así lo vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Y cómo fue tu relación con él?

- Pues la verdad bien, porque luego él me dijo ‘¿sabes qué? te vas a ir conmigo’. Y yo le dije ‘¿sabes qué? pues yo todavía cuento con el apoyo de mis papás y voy a hablar con ellos y a ver qué me dicen’ y mi papá lo único que me dijo ‘pues tráelo para que hable conmigo’ y eso fue todo.

- ¿Y cuánto tiempo duraron de novios?

- La verdad, no tardamos mucho tiempo, como ocho días nada más [...] nos tratamos y la verdad pues sí me convenía él y también él me dijo ‘tú me convienes’ y pues ya, en la forma que habla, en la forma que piensa.

- ¿Y por qué te convenía?

- Porque no tomaba, no toma y no tiene vicios ni nada, lo único que a veces le agarra por fumar y pues cuando él tiene ganas de jugar algo [...] a mí lo que me importa es que no toma [...] y de que no se enoja por cualquier cosa (E019).

En este caso la mujer valoraba esencialmente que el hombre no era bebedor para decidir la convivencia con él. En otros casos, las mujeres asumían el papel de resolver las necesidades básicas del varón, como lo expresaba la mamá de Mirka cuando señalaba las razones por las que su hija se fue a vivir con la pareja, porque así le convenía al hombre: “porque necesita alguien que le haga de comer” (E026).

Además, en el grupo de mujeres entrevistadas, en relación con la evaluación de los aspectos positivos o negativos para la convivencia, se daba el caso de que las mismas mujeres eran quienes habían presentado una mirada devaluada de ellas mismas ante la pareja, de modo que iniciaban la convivencia desde el reconocimiento de una posición de inferioridad. En estos casos, ante problemas que surgían posteriormente donde los varones las agredían y devaluaban, las mujeres mencionaban que ellas no les habían engañado y ya le habían prevenido a la pareja, señalando que no era la persona que le convenía. Las razones aducidas para calificarse como una mujer “no conveniente” estaban relacionadas con la identidad de madres solteras o mujeres separadas. Y ante la irracionalidad de los golpes, el planteamiento de estas mujeres era una forma de exculpación e interpretación de su vida, como se aprecia en el siguiente testimonio:

...yo le decía pues que no le convenía, porque pues yo ya tenía dos niñas, y dice ‘no’. Me decía que a él no le importaba. Le digo ‘pero

después no quiero que me estés reprochando nada' le digo, [...] y pues de todas maneras, dice que sentía celos por eso (E039).

Con el apoyo de sus padres, esta mujer había terminado una unión en la que la pareja ejercía violencia y agresión sexual contra ella. En su testimonio minimizaba la violencia en aquella relación: “nada más cuando quería tener relaciones que yo no quería [...] nada más así, él me obligaba pues a hacerlo [...] nada más así era a fuerzas [...] me sentía mal pero pues ni modo...”. En el momento de la entrevista enfrentaba una nueva unión con una percepción devaluada de su persona, idealizando la figura de la mujer soltera y sin hijos, “mujer sin marca” derivado del sentimiento de pertenencia al hombre, como la mujer que les conviene más a los hombres. Y de nuevo, repetía una situación de sufrimiento, dentro de unas relaciones dominadas por la violencia.

En otros casos se presentaban con imágenes estereotipadas, el “capricho” y las imágenes idealizadas y románticas, como identidades propias, y también asumían incluso las acusaciones verbales, como la de ser una “mala mujer”, de parte de la pareja, suegros o de la comunidad, como se aprecia en el siguiente testimonio:

- ¿Y tú por qué piensas que te pegaba?
- No sé, yo creo que no me quería, es que cuando nos casamos no nos queríamos.
- ¿No se querían?
- No, nada más fue un capricho, así, yo tenía 15 años, él como 19.
- ¿Y por qué el capricho, cómo capricho?
- Pues porque me gustaba, me gustaba él, y por eso. Ese es el capricho, yo estaba ilusionada con él pero no lo amaba, nada más lo quería como cualquier persona.

- Y luego ya vino el bebé, ¿al mes lo dejaste, dices?
- Lo dejé como a los dos meses o al mes, por ahí, ya no me acuerdo bien [...] luego ya no me busqué a nadie, de todos modos yo no quería regresar con él [...] todos los hombres son iguales... pensaba que nunca me iba a juntar con alguien porque todos eran iguales. Le conocí a él (nueva pareja) y se portó bien [...] Su mamá no me aceptaba, hace poquito que me aceptó, dice que era una mala mujer [...] En mi pueblo dicen que soy muy chocante, que porque no hablo, antes me hablaban pero ahora ya no me hablan (E014).

Cuando se liberaban de la unión, después de una experiencia negativa, las mujeres reflexionaban y señalaban que habían tenido un error en la elección de la pareja, que no supieron ver bien cómo era la pareja o bien que ésta las había engañado.

Otra de las razones expresadas por las mujeres para establecer una unión era que consideraban a ésta como una forma de protección y liberación de una vida de trabajo intensivo, aunque no siempre la experiencia les confirmaba ese pensamiento. En el siguiente testimonio, Marta señalaba que la decisión de unirse con la pareja fue tomada sin meditar, por “loquera”, y que contrariamente a lo imaginado ahora tiene que trabajar mucho más:

- ¿Cuánto duraste de novia con él? .
- Como cinco meses.
- ¿Y cómo decidieron que te ibas a ir con él?
- No sé, no más así sucedió, porque él quería que luego me fuera con él pero como estaba yo trabajando le dije que no, que me esperara.
- ¿Pero por qué crees que decidiste irte con él y no con otros, con cualquiera de los que ya habías conocido?

- No sé, a veces me desesperaba de trabajar, porque donde yo trabajaba, entraba muy temprano a trabajar y ya salía bien noche [...] Me desesperé y me fui con él.
- ¿Y qué pensaste, que podría mejorar tu vida cuando pensaste en irte con él?
- Pues no, más la loquera porque pienso que ahora uno sufre más (E046).

En ocasiones las mujeres enfrentaban la oposición de la familia, bien porque ellos consideraban que la pareja no era una persona responsable o porque no era digno de su posición social. En estos casos, las mujeres llegaban a romper totalmente con la familia de origen:

...tuvimos problemas con mis papás, como pues, no digo tienen dinero [...] pero pues sí tienen lo necesario, a ellos no les sobra ni les falta, y mis papás nunca han querido a mi esposo y no lo quieren hasta la fecha. Por eso, fue decisión de nosotros mejor retirarnos porque mi esposo depende de familia pobre y muy humilde, al lado de mi familia, y ya mis papás me desconocieron. Ellos me dijeron que pues me iban a aventar, que me iban a desconocer como su hija. Y por eso nos venimos para acá porque mi papá me quería casar con un muchacho pues rico y yo no quería (E052).

Las mujeres de este grupo mostraban una gran influencia de los discursos sociales que identifican a la mujer como la compañera del hombre. En tanto la mayoría de las mujeres de este grupo centraba su vida en el matrimonio y la maternidad, lo más importante era una elección “acertada” de la pareja. Al analizar las razones que expresaban las mujeres y los procesos de elección de pareja, encontramos una gran dosis de incertidumbre, azar,

baja capacidad para la toma de decisiones razonadas, así como creencias y mitos sobre la sexualidad y el matrimonio. Tanto el matrimonio como la maternidad eran vividos con una sensación de “cautiverio”⁴⁶ tal como lo refleja el siguiente testimonio:

...desde que me casé ha sido un martirio para mí, no salgo para nada, me he dedicado mucho a mi bebé, a mi familia, pero así a disfrutar no he salido hasta la fecha (E011).

La violencia era un problema que emergía en estas uniones con marcada expresión de desigualdad de género. La agresión sexual, la violación y el incesto aparecían como estrategias de dominación y control por parte de los hombres sobre las mujeres, además de la extorsión a través de los hijos. Las relaciones que se establecían, en estos casos, a partir de actos de agresión y violencia, continuaban dominadas por la violencia y con expresiones degradantes de dominación del hombre sobre la mujer, convirtiéndose en unas relaciones con gran riesgo para la salud y la vida de la mujer y de los hijos. En algunos casos, generalmente con la ayuda de los padres, enfrentaban la relación denunciando y abandonando al hombre. En ocasiones, se daba un largo proceso de amenazas y extorsiones antes de lograr salir de una relación de sometimiento con violencia y abuso.

⁴⁶ “Cautiverio” es una categoría política, social y cultural enmarcada en el ámbito del poder y conformada en la historia de opresión de las mujeres: “las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir” (Lagarde, 1990: 165). La base del cautiverio de las mujeres es la dependencia desigual y vital en la reproducción social y cultural, apuntalada por el dominio de los otros, desde la subalternidad.

SEXUALIDAD Y CONTROL DE LOS EMBARAZOS

La vivencia de una sexualidad sana, confiada y placentera guarda relación con la capacidad para controlar embarazos no deseados como resultado de las relaciones sexuales. Las mujeres entrevistadas mencionaban, como causas de embarazos no deseados, la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos, el uso no regular o adecuado de éstos, la ausencia de revisión y control del método utilizado, y el temor a la utilización de los métodos anticonceptivos modernos. Además delegaban el control de los embarazos (“su cuidado”) a la pareja.

Aunque desde la década de los setenta México tiene un programa nacional de planificación familiar con gran difusión, reparto e incluso imposición de métodos anticonceptivos, en este grupo de mujeres se presentaban casos de desconocimiento de los métodos modernos de control del embarazo. También ocurría que las mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo a lo largo de su vida reproductiva, incluso con conocimiento de la existencia de éstos. La falta de prevención de los embarazos no se daba únicamente por desconocimiento de la anticoncepción moderna sino que intervenían cuestiones de género, donde el hombre decide sobre el cuerpo de la mujer, incluso sobre el control de sus embarazos, según lo evidencian expresiones como “él me cuidaba”, cuando mencionaban la forma como regulaban sus embarazos. Esto ocurría en aproximadamente una de cada tres mujeres. Todo ello es una expresión de la dominación y control de los hombres sobre las mujeres, arrebatándoles la posibilidad de control de su propio cuerpo y sin el temor a un embarazo no deseado, tener unas relaciones sexuales placenteras. En muchas ocasiones, se imponía la negativa al uso de anticonceptivos por una cuestión de desconfianza, ante la creencia de que las mujeres que los usan son más proclives a tener relaciones sexuales fuera de la pareja. Ello suponía también la delegación del control de

la vida reproductiva de algunas mujeres, lo que muchas veces servía como liberación de responsabilidad en el caso de un embarazo no deseado. En esos casos se señalaba a la pareja como culpable del embarazo por no haberlo evitado:

...me siento engañada porque él me dijo ‘te voy a cuidar para que no te embaraces’ y no fue cierto... (E011).

Algunas mujeres incorporaban, en sus narrativas, determinados discursos sobre la mujer que justifican la supremacía de los hombres y la subordinación de las mujeres. En esos casos, ellas se presentaban como personas poco inteligentes y olvidadizas, e identificaban al esposo como una persona responsable a quien podían delegar el control de los embarazos en las relaciones sexuales. Finalmente, también expresaban desconfianza en la seguridad de los métodos tradicionales para controlar los embarazos:

- ¿Y entonces qué método utilizaban, nada más que él te cuidaba?
- Él nada más me cuidaba, sí.
- ¿Y así han estado desde que están juntos?
- Sí así hemos estado
- ¿Y cómo fue que acordaron que él te iba a cuidar, cómo se pusieron de acuerdo para eso?
- Pues eso, nosotros lo comentamos desde que tenemos relaciones. Él no, o sea, sus cómo se llaman, sus espermias no entraban en mi cuerpo [...] nos íbamos con calendario.
- ¿Y quién les enseñó a llevar las cuentas?
- A mí, me dijo mi concuña [...] yo le decía ‘yo no le entiendo a eso’ dice ‘no, nada más fíjate en el calendario qué día te va a bajar y durante cinco días tú puedes tener relaciones con tu esposo y más ya no pues’. Le digo ‘ah bueno’. Y entonces, por el calendario

nada más nos íbamos, sí. Y más que nada él. O sea, que a mí como luego se me olvidan las cosas, él es el que luego anda ahí ‘¿pues no sabes que te va a bajar ya? te va a bajar tal día’

-¿Y tú le enseñaste a él las cuentas o él ya sabía antes?

- Él ya sabía antes que yo y pues yo la verdad como que le tenía desconfianza yo a eso. Le digo ‘no, yo no le tengo confianza’. Y como yo le tengo mucho miedo a las inyecciones, nunca me quise poner una inyección, ni tomar pastillas (E019).

Estos métodos tradicionales de control de los embarazos tienen determinadas particularidades en función de cómo y quién lo trasmite. Otilia de 29 años, con cuatro hijos y cinco abortos, que no tenía completados los estudios de primaria, es un ejemplo de cómo se conforman y transmiten las creencias sobre el control de la reproducción a través de las vecinas o de las amistades. Ella narraba que utilizaba los métodos tradicionales tal como se los enseñaron e incluso les reconocía una determinada efectividad, aunque a los ocho meses se embarazó, como vemos en el siguiente testimonio:

- Pues él me estaba cuidando.

- ¿Cómo te cuidaba?

- O sea, una señora me había dicho que cuando tuviera relaciones con él me tomara un vaso de agua y me fuera a orinar, y que eso era muy bueno. Y lo estuve haciendo. Nada más a los ocho meses me embaracé [...]

- ¿Y sí funcionó?

- Pues nada más ocho meses (E033).

En otros casos, especialmente cuando eran adolescentes o la pareja estaba ausente de la casa, la madre y la suegra recomendaban a las mujeres evitar los embarazos. Así lo expresaba

Esmeralda: “ella (mi mamá) tanto que me decía, no te vayas a embarazar” (E001). No obstante, aunque éstas responsabilizaban a la mujer del embarazo en circunstancias no favorables —la edad temprana o la ausencia de la pareja— en ocasiones la misma madre era quien estaba en contra de la utilización de los métodos modernos y transfería el control de los embarazos a la pareja. Un ejemplo de ello es el testimonio de una madre que señalaba: “el marido de mi hija puede cuidarla, él sabe cómo” (E001), y de esta manera le negaba a su hija la apropiación de las decisiones reproductivas y sobre su propio cuerpo.

Cuando las mujeres utilizaban métodos anticonceptivos —el dispositivo intrauterino (DIU), las pastillas o los inyectables— y ocurría un embarazo, la responsabilidad recaía en la mujer, sin tomar en consideración que éstos no son totalmente efectivos y que suelen tener fallos. Quizá por el hecho de que este grupo de mujeres tenía baja escolaridad y poseía escaso conocimiento sobre los diferentes métodos de control de los embarazos, la forma de utilización, las desventajas y efectividad de cada uno de los métodos, incorporaban sin cuestionar los discursos médicos y sociales que responsabilizan a la mujer. De esta manera, se aceptaba frecuentemente que el embarazo era por descuido de las mujeres, por no acudir a revisión médica o por la mala utilización de las pastillas e inyectables.

Asimismo las mujeres mencionaban determinadas creencias y mitos alrededor de los métodos anticonceptivos, como justificantes para no utilizarlos. Un ejemplo eran, desde su punto de vista, los problemas de salud que podían derivarse del uso de los métodos anticonceptivos modernos, así como la falta de seguridad y eficacia de éstos, entre otros. De esta manera, todavía mantenían los llamados métodos tradicionales para el control de los embarazos —el coito interrumpido y el control de los días

fértiles del ciclo menstrual— la mayoría de las veces con resultados negativos.

En algunos casos eran las propias experiencias con los métodos anticonceptivos, enmarcadas en un contexto sociocultural de baja escolaridad y condiciones de marginación social y económica las que mantenían y transmitían determinados mitos⁴⁷ en torno a la utilización de los métodos anticonceptivos. En el siguiente testimonio se presentan algunas de las creencias mencionadas en relación con los problemas de salud derivados del uso del método:

- Me hizo mucho paño.

- ¿Les dijeron que era por eso?

- Sí, y luego vi que de todas maneras fue por eso porque antes no tenía paño. Estuve nada más tres meses tomando las pastillas y con eso, y nunca se me ha quitado [...] aunque dejé de tomarlas (E052).

En otros casos, eran las creencias y mitos alrededor de los métodos anticonceptivos, reforzados a través del diálogo entre las personas de su entorno social, los que provocaban sentimientos de temor, miedo y ansiedad ante el uso de éstos. Las mujeres evitaban su uso, muchas veces, a lo largo de su vida reproductiva, como lo muestra el siguiente testimonio:

⁴⁷ Aunque hay una vasta literatura acerca de los “mitos”, sobre todo los estudios de Levi-Strauss, en este estudio no se profundiza sobre ello y se toma una referencia cercana en términos del tema y de la región de América Latina. Jiménez y Gómez definen mito, en relación con los métodos anticonceptivos, como “formas de conocimiento, saberes imaginativos o intuitivos que pueden o no tener fundamento real y que actúan protegiendo nuestras creencias, cargadas de deseos, afectos y fantasías. Es información cuya autenticidad no ha sido comprobada.” Jiménez, M. y B. Gómez (1996) p.11.

- ¿Nunca han usado ningún método anticonceptivo?
- No.
- ¿Nunca has tomado pastillas?
- No, él (esposo) siempre dice que me las va a comprar, las inyecciones, pero yo soy la que no quiero.
- ¿Y las inyecciones por qué no quieres?
- Porque dice que engordan o les agarra así como paño (E033).

En ocasiones, estas creencias eran resultado de la transmisión oral de informaciones confusas sobre determinado hecho, que combinaba explicaciones técnicas con saberes populares. Ante la aparición de nuevas técnicas invasivas en el cuerpo de la mujer como es el caso del dispositivo intrauterino brotaba un temor paralizante en las mujeres que les dificultaba tomar una decisión sobre el control de los embarazos, tal como vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Y no habían pensado en usar algún método para que no te embarazaras?
- Lo que pasa es que yo tenía miedo, o no sé, tenía miedo de ponerme el dispositivo porque mucha gente platica y dicen: ‘No, pues que encarna. No, que te hace mal. Hay veces que uno hasta se enflaca, que una hasta le dio no se qué cosa’. Y pues siempre se me metía así ese miedo y muchas me decían ‘ponte el dispositivo’. Les digo ‘no, el dispositivo no, no quiero’. Por eso, mi esposo me cuidaba. Le digo ‘siquiera deja que se me pase el miedo’ (E038).

En resumen, este grupo de mujeres que acudió por un proceso de aborto al hospital público tenía un bajo control de su cuerpo y de su fecundidad. Delegaban éste a sus parejas, en una alta proporción, y presentaban sentimientos de temor ante el uso de métodos anticonceptivos, derivados de experiencias

propias o ajenas y enmarcadas en mitos y creencias alrededor de la anticoncepción “moderna”.

MATERNIDAD E IDENTIDAD DE MUJER

En sus condiciones de pobreza los embarazos representaban muchas veces un incremento a su problema de supervivencia, ya que a veces no contaban ni con vivienda propia, ni con ingresos seguros que les permitiera unas condiciones dignas de alimentación e higiene si se incrementaba la familia. Este era el caso de Estela quien convivía en unión libre con la pareja, ambos con hijos de uniones anteriores, y con una total carencia de recursos para resolver las necesidades más básicas, como lo vemos en el siguiente testimonio:

... quería (su esposo) que tuviera otro bebé... le digo ‘¡ay no! si dijiste que no más uno’ porque ahorita está la vida tan cara, ahorita cómo, él gana poco y luego piden en la escuela que cooperación [...] Por eso le digo ‘tú quieres más hijos, si supieras [...] y a esa niña todavía no la tenemos registrada’ [...] y ya va a hacer tres años. Y eso es lo que le digo ‘ponte a pensar que todavía no tienes ni registrada a esa niña y ya quieres otro, con decirle que la niña desde que me alivié no le he comprado ropa, es pura regalada [...] de por si no alcanza el dinero, es poco lo que gana él, le digo, y de dónde quieres que saque yo [...] ya no quiero, ya no porque ya tengo a mis niños pues, ya ve que paso trabajo con mis niños (E054).

No obstante, los embarazos y la maternidad para estas mujeres también representaban un símbolo, una demostración social, familiar y ante la pareja de que cumplían bien su papel asignado como mujer, la de tener hijos y cuidar de ellos, a la vez que satisfacían el deseo de la pareja de tener hijos. En este contexto, los

hombres desde su posición de autoridad, de ser los proveedores, decidían si ya no podían tener más hijos y, con frecuencia, entre las razones para esa decisión no se mencionaba el papel de las mujeres en el sostenimiento de la familia. Sin reconocer la importancia del trabajo doméstico, colocaban su trabajo y aportación económica como la única razón, como podemos ver en el siguiente testimonio:

- ¿Cuántos niños tienen?
- Nada más son dos, ese ya lo traíamos. [...] Ese ya lo traía cuando fracasé, pues cuando yo me junté con él mi hija tenía dos años y de él nada más son estos dos.
- ¿Y ustedes quisieran tener algún otro niño o niña más?
- (Esposo) Yo de por sí le he dicho que ya no, porque yo soy el que trabajo y yo soy el que los mantengo y, no se puede pues se cansa uno (E035).

Estas mujeres expresaban, en sus discursos, que su cuerpo estaba al servicio de la pareja para *darle hijos* lo que incluso significaba una mayor valoración ante la sociedad y ante la pareja. Cuando las mujeres “fallan” en sus embarazos, como era el caso de una mujer que había tenido muchos abortos, tanto la pareja como la familia le crearon una identidad de mujer enferma, de mujer que “siempre está embarazada” en palabras de su pareja, pero que todavía no había cumplido con el número de hijos deseado por la pareja:

- (Esposo) Siempre hemos tenido la idea de tener seis (...) pero es que ella se ve bien mal y, entonces, pues no. Yo también siento feo porque en primera no hay dinero y, otra, pues se vaya a agravar más y va a ser peor, la cosa mejor por lo sano. Le digo a ella, yo

creo que es lo más correcto (...) mejor ya no tener porque ella se ve muy mal, muy mal (...) como todo el tiempo está embarazada.
- (Mujer) Apenas me alivio y cuando vemos ya me vuelvo a embarazar (E033).

Aunque el marido reconocía que dadas las condiciones económicas y de salud ya no deberían tener más hijos ni embarazos, en el discurso de la pareja aparecía la mujer como el problema para tener más hijos, “su matriz no resiste los embarazos” (E033) nos comentaba el marido. Se creaba de esta manera una identidad de mujer enferma, sin capacidad para tener bien los embarazos y darle los hijos deseados.

No siempre las mujeres podían asumir el papel tradicional de madres responsables y cuidadoras de los hijos. Algunas mujeres aunque tenían varios hijos, de la misma o de diferente pareja, no ejercían de madres y los hijos eran cuidados por las familias de origen, abuelos maternos o paternos, bien porque la pareja se los arrebatara “no me los devolvió a mí, se quedó con ellos” (E039); porque no contaban con recursos “a los otros no les doy, a los otros les da mi mamá y mi cuñado el hermano de mi esposo” (E054); porque se unían a una nueva pareja “voy a ver a mi mamá, como mi mamá tiene a mi hijo, porque él no se quiere ir con nosotros (...) porque dice que no tiene amigos ahí con nosotros” (E016); o porque dejaban los hijos al cuidado de los abuelos: “tengo un niño de cuatro años y una niña de un año y dos meses (...) los dejé con mi mamá” (E014).

En ocasiones estas mujeres buscaban con un nuevo embarazo con la pareja actual, la forma de “contentar” o “agradar” al hombre. De esta manera, los embarazos eran una forma de satisfacer el deseo de la pareja de tener un hijo o también de retener al hombre y no ser abandonada por la pareja, como podemos ver en el siguiente testimonio:

...me siento, no una mujer completa (...) porque he fallado muchas veces (...)

- ¿En tener hijos?

- Sí, varias cosas.

- ¿Cómo en qué, por ejemplo?

- Como en no haber podido retener al papá de mis hijos (...) por eso me siento tan poca mujer, y ahora (después de dos abortos) pienso no volver a embarazarme nunca más (E050).

Este testimonio muestra el impacto que suponen las ideologías de género internalizadas que conforman una identidad de las mujeres centrada en la maternidad, de manera que el hecho de no tener hijos, tener resultados negativos de un embarazo (abortos) o no “retener” al padre de los hijos suponía, para esta mujer, un fracaso en su identidad como mujer. Ese sentimiento hacia su persona, “por eso me siento tan poca mujer”, era una forma más de precariedad en su vida.

La infertilidad o incapacidad para tener más hijos era vista como una identidad negativa, devaluada, en tanto la identidad como mujeres estaba construida esencialmente en su capacidad para ser madres, y la gran mayoría de las mujeres de este grupo no tenía otro proyecto de vida personal. El siguiente testimonio, de una joven que perdió su capacidad reproductiva como consecuencia de las complicaciones de este aborto, resume esta situación:

...siento como que nunca me podré casar [...] porque nunca podré tener hijos, que porque los hombres quieren hijos” (E030).

El testimonio de esta joven muestra, de nuevo, cómo la ideología de género, en el sentido de que construye una identidad social de la mujer como madre, está tan inscrita en los cuerpos

de la mayoría de las mujeres que, al perder esa capacidad, la vida para ella no tenía sentido, dado que, desde su punto de vista, el objetivo de una mujer era casarse, pertenecer a un hombre. Pero cómo poder casarse sí, según palabras de esta joven “los hombres quieren hijos”. Ella no reflexionaba en el sentido de esa expresión, en lo que supone de uso y utilización de la mujer por parte del hombre, como el elemento necesario para la reproducción del hombre.

En este mismo sentido, en los testimonios también aparecía la búsqueda de hijos por parte de los hombres como una forma de retener y someter a la mujer, tenerla ocupada en la casa y amenazarla con arrebatarse a los hijos si no se sometía. En ocasiones, incluso después de la separación o abandono continuaban las extorsiones de la pareja, aunque ésta no aportaba para el mantenimiento de los hijos. Así lo vemos en el siguiente testimonio:

...mi mamá tiene los (mis) dos (hijos) grandes [...] Ellos no se quisieron venir a vivir conmigo a mi casa porque ellos están acostumbrados a tener una vida más libre que la que yo les iba a dar [...] Hubo una vez que el papá de los niños más grandes quiso quitármelos a la fuerza [...] que me iba a meter a la cárcel porque yo los había abandonado en la casa con mi mamá. Y le digo ‘no ¿por qué me vas a meter a la cárcel, qué derechos tienes sobre tí y qué derechos tienes sobre mí?’ si desde pequeños se hizo a un lado, no tuvo obligación [...] Ellos están registrados a nombre mío. Ellos nada más tienen el apellido mío y le dije ‘no tienes ningún derecho, no puedes meterme a la cárcel, con qué pruebas’ (E050).

No siempre ocurre como en el caso del anterior testimonio, y las mujeres no siempre tenían la capacidad de enfrentar las extorsiones y amenazas de la pareja. En muchas ocasiones las mujeres se sometían a ellos, ante el temor de perder a sus hijos.

EMBARAZOS Y SALUD

En varios discursos, las mujeres expresaban la idea de que existe una relación entre embarazo y salud. Este pareciera ser parte de los mitos extendidos en las diferentes sociedades alrededor de la fertilidad como algo positivo, la mujer fértil como una mujer sana que contribuye a la comunidad dándole hijos, mientras que la mujer sin hijos puede ser causa de desgracias en la comunidad, desde sequías hasta huracanes u otros males.⁴⁸ No obstante, esta idea forma parte también del discurso médico, como lo señalaba el esposo de una de las mujeres entrevistadas: “eso dicen los médicos, nosotros así lo creemos” (E033), quien además identificaba a los profesionales médicos como la autoridad en las cuestiones de salud y enfermedad.

Las mujeres mencionaban la anemia, el dolor de espalda, la “matriz débil” como algunos de los “diagnósticos” médicos que las hacían suponer que no se iban a embarazar o eran las razones para explicar los abortos. Ante esta creencia, las mujeres que se sentían enfermas no realizaban ninguna acción para controlar los embarazos y ante un embarazo en esas condiciones expresaban, por una parte, satisfacción porque esa era una muestra de salud, de que estaban sanas, y, por otra parte, la necesidad de no confiarse para el futuro. Así lo recoge el siguiente testimonio:

...dije, no pues tendré caídos los ovarios pero cuál caídos. Ahora ya no me voy a confiar, porque yo eso creía y hasta le platicué a una señora, que ella quiere tener bebé porque su esposo no ha tenido ninguno y luego me dice, ‘yo ya me returé y no puedo tener bebé’ [...] le digo, pero yo nada más chanceando, ‘¿por qué

⁴⁸ Este tema ha sido estudiado en sociedades africanas por Heritier, Françoise (1996). *Masculino y femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona, Ariel.

crees que yo no me quiero curar? tú quieres y yo no quiero. Por eso no me quiero curar porque si me curo ¡uhl olvídate, yo luego me embarazo', y yo todavía así, pero yo nunca creí que sí me iba a embarazarse así. Yo dije, no pues yo estoy mal [...] yo estaba creída que sí estaba mal, que se me cayeron los ovarios, pero no, ahora ya no me voy a confiar ¿sí? porque pues la verdad ya no quiero más niños porque está difícil la situación (E054).

El testimonio anterior refleja cómo ante determinadas condiciones —la imposibilidad de mantener a otro hijo— la existencia de un problema de salud podía verse como algo positivo que ayudaba a controlar los embarazos. Pero también muestra que muchos de los comportamientos reproductivos, en este grupo de mujeres, estaban asociados con mitos y creencias, sin ninguna certeza ni diagnóstico que lo avale. Es el caso de la expresión que aparece en el anterior testimonio, “yo pensaba”, con el que la mujer intentaba expresar que ella así lo creía. La percepción de haber perdido la capacidad para embarazarse y tener hijos a causa de un problema de salud les creaba confianza, perdían el temor de un embarazo en estas condiciones, y muchas veces el hecho de que en esas condiciones ocurriera un embarazo era signo de que ya se habían curado:

Me caí dos veces y quedé bien torcida de la pierna. Entonces mi mamá me llevó a que me sobaran y, me sobaron toda, no nada más me sobaron las cuerdas flojas sino todo, todo el cuerpo, por todas las cuerdas. Pasó, pero yo no pensé que me fuera a embarazarse. Sabía yo que no, y ya después [...] resultó que estaba embarazada [...] Como sabía que no podía tener, no pensé [...] Me dijo (mamá) qué para que pues me había dejado embarazarse [...] le digo, pues ya ve que no podía yo embarazarme, le digo, pero ahora con la sobada que me dieron, le digo, ahora sí ya pude embarazarme (E039).

Asimismo, ante la interrupción de un embarazo, las explicaciones giraban muchas veces en torno a cuestiones de salud, y entre ellas, la debilidad, los ovarios caídos, la matriz débil. Todos ellos son términos usados en el conocimiento popular, dentro de estos grupos socioculturales, en torno a las cuestiones de la reproducción y la infertilidad:

...es que yo pensé que había estado muy débil yo, porque ya tiene, antes de que me embarazara, en la casa donde estaba trabajando me corté la vena y perdí toda, o sea, me sentía muy débil y eso me hizo pensar que estaba muy débil y que no, no tenía suficiente sangre para él y para mí (E050).

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LA SUBORDINACIÓN

En resumen, la falta de autonomía en el nivel económico y de toma de decisiones en el hogar, así como la inexistencia de un proyecto de vida propio, más allá de la existencia como compañeras, madres y cuidadoras condicionaba la vivencia de la sexualidad, sus capacidades para controlar su vida, sus relaciones, sus uniones con una pareja y sus embarazos. Las condiciones de marginación y subordinación unidas al bajo nivel educativo de la mayoría de las mujeres entrevistadas que acudieron al hospital público para la atención de un aborto se reflejaban en unas relaciones sexuales y uniones a una edad muy temprana, y en que éstas fueran además uniones precarias e inestables, frecuentemente conflictivas. Por otra parte, muchas de las mujeres de este grupo no asumían el dominio sobre su propio cuerpo, tienen una baja o nula capacidad para el control de los embarazos, delegando ésta en las parejas, muchos de ellos “incumplidos” para el mantenimiento del hogar, además de violentos según sus propias palabras.

En parte, la explicación tiene que ver con que estas mujeres asumían los roles tradicionales de género y, por otra parte, en que sus conocimientos y prácticas sobre sexualidad y reproducción estaban conformadas y asimismo fortalecían mitos y creencias que no tienen un sustento real. Además se ha de tomar en cuenta el funcionamiento del programa de planificación familiar, ahora salud reproductiva, centrado en el cumplimiento de metas, número de mujeres con un método anticonceptivo, y con poca capacidad o interés para aportar información y que ésta sea comprensible para la mujer. De esta manera, se mantiene un comportamiento reproductivo basado en mitos y creencias, especialmente en los grupos más marginados, de bajos recursos, bajo nivel educativo como en este grupo de mujeres u otros grupos de cultura indígena o mestiza no incorporados a formas de vida “modernas”.

Un punto que enlaza este capítulo con el anterior y que es esencial para la comprensión de la experiencia subjetiva en este grupo de mujeres es su precariedad como condición de vida. Se vive precariamente en el nivel de las condiciones objetivas de vida (como se mostró en el capítulo anterior), y esa precariedad se refleja también en las cuestiones más próximas a la sexualidad y el aborto. La elección de pareja no suele ser tal (tan cortos períodos de noviazgo, o tan accidentales circunstancias de inicio de la pareja así lo demuestran): tal elección es más bien un privilegio de clase que está ausente en este grupo de mujeres. La rigidez del estereotipo de los “hombres” y las “mujeres” parece “ayudar” a las personas a “elegir” pareja: el testimonio de la página 169 así lo demuestra, no importa el análisis y el conocimiento de la dimensión psicológica del “novio”, de su personalidad, sino lo que cuenta es la información que se tiene del candidato en el plano más social, “no es el típico borracho, no es el típico vago, entonces sí me conviene”, parece decir la mujer. Es importante

destacar que en estas formas de razonamiento subyace una determinada visión del mundo y de sí mismas donde hay muy poco espacio para el libre juego de las personalidades. Se trata de una visión, más bien, donde lo que hay es un muy reducido margen de maniobra, donde lo dominante es hacer una lectura rápida del otro, y conformarse y sujetarse a ello.

El mismo análisis anterior se puede aplicar al área de la sexualidad; el hecho de que sus parejas hombres sean quienes las “cuidan”, que asimismo ellas no decidan si quieren relaciones o no, entre otras cuestiones, connota una visión subyugada del propio cuerpo, una existencia propia sin derechos y sin libertad. Y más aún, cuando la identidad de las mujeres, según sus propias palabras, pasa directamente por la capacidad de tener hijos denota una plena sujeción a las normas sociales y cero espacio para el libre albedrío. En este contexto (el material y el social) se da el análisis de los dos capítulos que siguen respecto a la experiencia subjetiva del aborto, en este grupo de mujeres, a los significados del embarazo y el aborto, así como a la movilización de apoyo social en torno al mismo, como un elemento que puede favorecer una experiencia más o menos negativa. Por último en el capítulo VII se analizan las experiencias de un grupo de mujeres atendidas para la inducción de un aborto y que presentan contextos materiales y sociales que contrastan con los de las mujeres atendidas en el hospital público, estas últimas con un alto grado de marginación social.

“AHORA FALTA QUE YA ESTÉ EMBARAZADA”:
SIGNIFICADOS DEL EMBARAZO Y EL ABORTO

La madre obligada a serlo, ama a su hijo al igual que un pájaro enjaulado canta. Pero el canto no justifica la jaula, ni el amor la imposición.

GERMAINE GREER

El origen de un embarazo condiciona el proceso de atención y cuidados del mismo por parte de las mujeres. Cuando el embarazo era un evento no planeado y deseado, las mujeres enfrentaban sentimientos de culpabilidad por no haberlo evitado y de temor a las consecuencias de un embarazo para el que no estaban preparadas material, económica, ni emocionalmente. En ocasiones, aunque existía el deseo de tener un hijo, sus circunstancias socioeconómicas y familiares no lo permitían en ese momento y esperaban que algo ocurriera para solucionar su problema, de esta manera no asumían, difundían, ni ponían cuidados especiales para el embarazo. En estos casos el aborto era vivido como el evento que resolvía el problema. La forma de manejo social, familiar e individual era diferente cuando el embarazo había sido buscado.

En este capítulo se analizan los significados del embarazo y el aborto en el grupo de mujeres entrevistadas que habían sido atendidas por complicaciones de un aborto en el hospital público. En un primer apartado se examinan los testimonios de las mujeres en relación con el origen de este embarazo y los significados en el nivel individual, de pareja y del entorno social, para revisar a continuación sus interpretaciones sobre las acciones y cuidados respecto a los síntomas del embarazo, así como de la aceptación y socialización de éste. Esto permite la interpretación de los significados y acciones del aborto, de donde surgen las estrategias que desarrollaban estas mujeres frente al aborto y que son las que le dan sentido a sus acciones. Por último, y como parte de estas estrategias se revisa su discurso en torno al sentimiento de culpa y a su capacidad para liberarse.

SER MADRE, ESTAR EMBARAZADA

El embarazo está asociado con la idea de ser madre, con la imagen de la maternidad, del hijo. La ausencia de la menstruación suele ser el primer signo de un posible embarazo y también el comienzo de la preocupación, si es un embarazo no deseado, o de la alegría ante la confirmación de la realización de un sueño, una meta que culminará con la llegada del hijo deseado. Las condiciones socioculturales y personales de las mujeres conforman las creencias y condicionan las prácticas relacionadas con la reproducción, el deseo y la planificación del embarazo, así como con las actitudes y prácticas ante los primeros signos de embarazo. Las mujeres que llegaron al hospital público con un proceso de aborto ¿habían buscado este embarazo? ¿Deseaban tener otro hijo? ¿Cuáles eran las razones para desearlo o no? ¿Era un deseo expresado en la pareja y entre otros miembros de su red social? Al sospechar o confirmar el embarazo, ¿lo socializaron?

Embarazos no planeados

La mayoría de las mujeres entrevistadas no había planeado el embarazo, incluso algunas estaban utilizando algún método anticonceptivo como el dispositivo intrauterino (DIU), las pastillas o las inyecciones. Ante el fallo del DIU, las mujeres expresaban que no habían acudido a la revisión en las fechas señaladas y, de esta manera, asumían el discurso médico dominante que culpabiliza de los fallos de los métodos (en este caso del dispositivo intrauterino) a las mujeres, y deja de lado que muchas veces estos fallos tiene su origen en la falta de comunicación sobre el funcionamiento y cuidados del método por parte del personal de salud, o bien por las condiciones de vida de las mujeres o por problemas derivados del mismo método. Desde el discurso médico dominante se establece la necesidad de que las mujeres planifiquen sus embarazos tanto por razones de salud como por razones económicas. Por ello, desde los programas de planificación familiar se promueve el uso de métodos anticonceptivos, principalmente los femeninos (Sayavedra, 1997), poniendo la responsabilidad de los embarazos en las mujeres. Y también este discurso médico es el que sostiene la imposición de métodos anticonceptivos a las mujeres: una de cada cuatro mujeres entrevistadas señaló que los profesionales médicos le impusieron el dispositivo intrauterino durante el proceso de atención del aborto.

Las mujeres son culpadas por su fecundidad y por no haber evitado los embarazos no deseados y, en tanto las mujeres entrevistadas buscaron mostrar su disposición para cumplir las normas que emanan del discurso médico dominante, esto explica el tono auto exculpatorio con que muchas de ellas daban cuenta del origen de su embarazo. La demostración del sometimiento a las normas podía alcanzar niveles extremos, como en el caso de

una mujer cuyo embarazo ocurrió con dispositivo intrauterino (colocado desde hacía dos años):

... no le hecho la culpa al dispositivo, ni a nadie, sino que fue un descuido mío porque no me lo revisaba cada mes...(E020).

Al señalar que consideraba que nadie más que ella era responsable de su embarazo, esta mujer está ofreciendo una demostración de que ha asumido lo que se señala desde el discurso médico dominante; pero, lo que es aún más sugerente, con su afirmación de que ella falló al no ir a que se lo revisaran “cada mes”, la mujer demuestra que sabe lo esencial —que debe mantenerse siempre disponible a la vigilancia médica— aunque su conocimiento sobre los detalles —la frecuencia con que debe ir a supervisión— sea erróneo.

En otras ocasiones, las mujeres señalaban que el embarazo había ocurrido durante un descanso obligado de su método, por la pérdida del dispositivo intrauterino o inflamación uterina, quizás como una forma de repartir responsabilidades:

...se me cayó el dispositivo [...] a los seis meses que me tocaba la revisión [...] se me salió sí, me dijeron que no me podían volver a poner (E017).

También si el embarazo ocurría mientras se controlaban con pastillas anticonceptivas o inyectables, las mujeres expresaban el discurso médico, incorporado en las interacciones con el personal de salud, que responsabiliza de los fallos a las mujeres por no tomarlos bien o utilizarlos en forma incorrecta. El siguiente testimonio, de una mujer de 22 años cuya pareja la había abandonado, muestra de nuevo la aceptación, por parte de la mujer,

de una *posible responsabilidad* en el fallo del método para prevenir su embarazo:

- ¿Y no sabes ningún método anticonceptivo?
- Sí pastillas pero fallaron. No sé, *a lo mejor no me las tomé bien*, o sea, no las empecé a tomar bien, o no sé, pero sí, sí sé de métodos anticonceptivos (E013).

El hecho de que ellas utilizaran algún método anticonceptivo moderno les generaba confianza de estar evitando un posible embarazo que no deseaban, por lo que ante la ausencia de la menstruación señalaban que, de todas formas, no sospechaban de un embarazo. Una mujer de 25 años —soltera, con una hija y cuya pareja, con quien no convivía, emigró a Estados Unidos— que utilizaba anticonceptivos inyectables expresaba que ella no sospechaba del embarazo, aunque posteriormente aceptaba una *posible responsabilidad* por no cumplir con las recomendaciones médicas de prescripción, revisión y control médico de los métodos anticonceptivos, ya que seguramente su amiga, quien le ponía los anticonceptivos inyectables, no sabía:

- ¿Y cuando no tuviste la menstruación, qué pensaste?
- No, *no sospeché* porque *yo me estuve cuidando y me inyectaba*. Esta *amiga me inyectaba* una ampolleta para no embarazarme, pero no, no sabía.
- ¿Pero alguien te recetó las inyecciones, sabías como aplicarlas?
- Ella fue. *No fue ningún doctor*, ella las usaba o las usa.
- Ah, ¿tu amiga sabe usar las inyecciones?
- Sí
- ¿Entonces, ella sabía como aplicártelas, las compraba y te las aplicaba?

- Sí, todavía. De hecho, la primera vez que fui a que me inyectara me llevó con un doctor particular. La primera ampolleta me la puso el doctor y al siguiente mes me la puso ella (E028).

Las mujeres entrevistadas que estaban controlando los embarazos con métodos anticonceptivos presentaban, en general, características de menor marginación social, con mayor autonomía personal, realizaban algún trabajo remunerado o lo habían hecho con anterioridad, tenían un mayor nivel educativo y en su mayoría eran solteras o convivían en unión libre con su pareja.

Embarazos no deseados

En otros casos las mujeres narraban que no habían planificado el embarazo pero que tampoco usaban métodos anticonceptivos, diferenciando el *control* con los métodos hormonales o de barrera de lo que es el *cuidado* de no embarazarse: “le dije (a la pareja) cuidame, no me controlaba yo pero sí me cuidaba, pero así me embaracé” (E003). En este grupo de mujeres atendidas por aborto en el hospital público, una de cada tres mujeres depositaba las decisiones de control de sus embarazos en la pareja, y fueron los métodos tradicionales como el *coitus interruptus*, o el control de sus días fértiles su forma de regulación. Un ejemplo de esto lo vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Cómo te cuidaba?

- ... Sí, o sea, no se venía adentro de mí, hacíamos relaciones pero nada más ahí. *Él me cuidaba* para que yo no me embarazara. Entonces, dice mi esposo que ese día pues sí se vino, y pasaron los meses y yo seguía reglando normal los demás meses. Entonces, fue cuando me dijo mi esposo ‘¿sabes qué? No te quería decir’ le digo ‘¿de qué?’ Dice ‘es que *la otra vez me vine y yo pensé que te ibas a*

embarazar, pero no, no estás embarazada, ya han pasado meses y no estas embarazada'. Y me dijo '*¿y sabes qué? Vas a tener dispositivo*'. Le digo '¡Ay, no me digas! Me hubieras dicho antes', le digo 'ya son dos años de mi niña, de que me alivié, ya son dos años y yo no sé nada', le digo 'y *me da miedo* porque dicen que a veces se encarnan cuando no se revisa' le digo, y según eso uno tiene que ir a revisión cada seis meses, primero cada mes, y ya son dos años [...] estaba esperando mi regla y ya no me vino... (E038).

Cuando las prácticas de “cuidado” fallaban surgía la duda, la inquietud y la sospecha de que en la atención del último parto se les hubiera colocado el dispositivo intrauterino sin comunicárselo, ya que tenían experiencias cercanas con imposición “clandestina”. Además, frente a la duda, esta mujer expresaba sus temores respecto a todos los males que en su creencia podía causar el DIU, especialmente, por no acudir a revisión médica, lo que es una muestra más de cómo la práctica y el discurso médico influía en la vivencia de la reproducción de estas mujeres. Para esta mujer, los primeros síntomas de embarazo y aborto fueron signos de alerta de que el posible dispositivo le estaba afectando, lo que le creaba sentimientos de temor respecto a su salud y, al mismo tiempo, expresaba una total ausencia de preocupación sobre un posible embarazo.

Aunque las mujeres no utilizaran métodos anticonceptivos, señalaban con frecuencia que sí habían hablado de no tener más embarazos. Las cuestiones económicas —los recursos económicos escasos— y las condiciones de vida, como el hecho de no tener casa propia, lo que les obligaba a convivir, generalmente, con la familia de los suegros eran las principales razones aducidas para no tener otro hijo, en ese momento, como vemos en el siguiente testimonio:

... por lo mismo de que a veces vamos al día, dice mi esposo ‘y luego con otro bebé, mejor no’. Yo hasta le dije a mi esposo ‘yo ahorita quiero tener un niño, pero ya cuando ya tenga mi casita y vivamos aparte’ [...] digo ‘no, no, ahorita yo no me quiero embarazar, hasta que ya tenga ya mi casita y ya no esté molestando a la gente de que se vean obligados a darme comida o así, así no’ [...] Hasta él me decía ‘yo tengo ganas de tener un bebé’. Y dice ‘pero yo quisiera un niño para que así tuviéramos la parejita y, ya de ahí ya, ya no tuvieras’. [...] Le digo ‘y tu mamá va a decir, no podemos con la niña chiquita y van a tener otro’. Le digo ‘¡no! Ahí van a empezar. No, no, no, mejor después, ya después pensamos bien y ya que venga bien’ (E038).

Ante el sentimiento de estar acogida por obligación, la necesidad de tener su propio espacio para poder decidir sobre su vida era el punto central en el testimonio de esta mujer. La planificación de la familia, tener un determinado número de hijos, los hijos deseados, requería de unas condiciones mínimas, entre otras tener una vivienda propia⁴⁹, de manera que un nuevo embarazo no provocara una crítica más de parte de la familia ampliada con quien vivía. De otra manera, el embarazo podía ser un elemento más en la crisis de autonomía y, desde su percepción, también de abuso de la protección que le brindaban. Asimismo este testimonio recoge las preferencias, expresadas por el esposo, sobre el sexo de los hijos, la meta era tener “la parejita”, los hijos como la realización en la descendencia y las hijas como las cuidadoras en el futuro. La madre de una de las mujeres entrevistadas expresaba esa valoración de los hijos como los cuidadores en la ancianidad:

⁴⁹ Autores como Figueroa (1996) señalan que para el ejercicio del derecho reproductivo sobre la libre decisión de cuándo y cuántos hijos tener, se necesita el cumplimiento de otros derechos humanos como el derecho al trabajo, a la vivienda, educación, entre otros.

“a él (yerno) le anda (el deseo), quiere una niña o un niño porque no tiene hijos y quiere que alguien lo cuide después” (E026). La primera meta era tener un hijo, independientemente del sexo, y en el siguiente la búsqueda del sexo complementario.

Valor social de la maternidad

Ante la sospecha de un embarazo no planeado o no deseado ¿cómo reaccionaban las mujeres? Después del aborto, las mujeres expresaban siempre que aunque no lo habían planeado, luego sí lo querían tener, aceptándolo también como parte del destino. En muchas de estas mujeres, ante la indefinición de planeación, la ausencia de un proyecto de vida propio, el destino era el que marcaba la existencia:

- *Él (esposo) me dijo que ya no*, que por que pues ahorita así como está la situación ya no. El doctor, el único que me ha atendido, *me dijo que me iba a mandar para que me operaran* y, por fin, dijo mi esposo que no. La verdad, *no hicimos caso y lo dejamos así*. Mi esposo es el único que me ha cuidado y yo estuve de acuerdo en que me cuidara. Pues sí, o sea, que *él sí es responsable* pues, y me dijo ‘no, el día que te llegues a embarazar lo tienes y *ya el último y te operas*’. Y yo estuve de acuerdo, así como él también estuvo de acuerdo que ya fuera el último, pero, a ver, se me vino el bebé (E019).

El discurso de esta mujer refleja la subordinación y sumisión⁵⁰ que mantenían muchas de estas mujeres, especialmente en lo que concierne a decisiones reproductivas que afectaban su propio cuerpo como era el control de los embarazos. Esta mis-

⁵⁰ Esta sumisión ha sido expresada como una característica de la identidad femenina. Ver Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.

ma actitud se expresaba en la *aceptación* de un posible embarazo si el “cuidado” no lo evitaba, tal como lo señalaba la pareja, lo que era presentado por esta mujer como una forma de responsabilidad. Ante la ocurrencia de un embarazo no deseado se presentaban sentimientos contradictorios, por una parte la angustia de afrontar las dificultades y por otra la alegría de fortalecer su identidad de mujer-madre. Estas mujeres, al confirmar un embarazo no buscado, expresaban sentimientos de aceptación de un fallo no evitado y al mismo tiempo expresaban su deseo de que ya no volviera a suceder: “pues lo tienes y ya el último”. Pero también señalaban un sentimiento de satisfacción ante el embarazo, como vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Pero ya cuando te diste cuenta que estabas embarazada, cómo te sentiste?

- Gusto, o sea, la verdad *me dio gusto que ya estaba embarazada* (E019).

El embarazo, en esta cultura patriarcal y en mujeres sin autonomía personal cuya identidad era la de madre-esposa, se constituía en un elemento que le daba valor a la mujer, fortalecía su identidad como mujer y también la de su pareja:

- ¿Y cuando lo platicaste con tu esposo, cómo sintió él?

- Le dio *gusto también*, o sea, se puso contento que *ya iba otra vez a ser papá* (E019).

Pero ¿cómo entender estos sentimientos de alegría? ¿Cómo interpretar esta aceptación, como una fatalidad, es decir, con el sentimiento de que era la única salida o sus decisiones formaban parte de una planificación de su vida y sobre el número de hijos, o bien eran estrategias de afrontamiento? La mayoría de las

mujeres expresaba que no deseaba un nuevo embarazo, algunas utilizaban métodos anticonceptivos para no embarazarse y otras se controlaban los embarazos con métodos tradicionales. Estas últimas depositaban las decisiones y el control de sus embarazos en la pareja y lo justificaban a través de crearles una identidad de personas responsables y por tanto merecedores de la confianza en quien delegar las decisiones sobre su vida y la de la familia.

No obstante, en una de cada siete mujeres las parejas-hombres no asumieron ninguna responsabilidad en el embarazo. Dos mujeres señalaban que sus parejas habían emigrado y anulado sus relaciones sin llegar a conocer el hecho de un posterior embarazo; otra pareja, aun conociendo el embarazo no asumió la corresponsabilidad y dejó en manos de la mujer (la cual no contaba con trabajo remunerado ni tenía derecho a los servicios de atención médica de la seguridad social) el manejo del proceso. En otro caso, la pareja abandonó a la mujer sin reconocer su participación en el embarazo, “supo que estaba embarazada pero dijo él que ese niño no era de él y que a él no le importaba” (E013), y la acusó de mantener relaciones sexuales en su ausencia. Las mismas dudas sobre la corresponsabilidad en el embarazo⁵¹ incrementaban los conflictos en esta pareja, como vemos en el siguiente testimonio: “peleábamos mucho con él (pareja), él decía que no era su hijo [...] que a lo mejor me metí con otro”. No obstante luego la mujer justificaba la actitud de la pareja por las experiencias previas, “vivía con ella (su primera esposa) y ella se iba a ver con el otro, por eso piensa que yo le voy a hacer lo mismo” (E014), pero estos argumentos mantienen la idea de que las mujeres son causantes de los comportamientos de los varones.

⁵¹ Este tema ya ha sido analizado por otros autores. Castro (2000b) presenta el caso de una población rural del estado de Morelos.

Estos casos que muestran la ausencia de responsabilidad reproductiva de algunos varones ante un embarazo, resultado de sus relaciones sexuales, eran más frecuentes cuando la unión no era estable, es decir, cuando no existía una convivencia establecida. En las mujeres de estas parejas se agravaba el problema ante un embarazo no deseado ya que, por una parte, no contaban con el apoyo de la pareja y, por otra, debían afrontar la carga social, incluso familiar, negativa de una nueva identidad social, la de ser *madre soltera*. Una de las entrevistadas le asignaba esta identidad para referirse a una de las amigas con quienes compartía departamento “una es huérfana y la otra es *madre soltera*” (E013), y señalaba asimismo que para ella un elemento importante a la hora de valorar la continuidad del embarazo había sido la de afrontar esta identidad: “dije, no pues no importa, *madres solteras* hay muchas”. En este caso la mujer contaba con un nivel educativo, social y relacional superior a la mayoría, un índice de marginación social bajo, y presentaba mayor capacidad para afrontar identidades sociales devaluadas.

En síntesis, para la mayoría de estas mujeres el embarazo representaba un nuevo problema en sus vidas. Un problema que además era vivido con un sentimiento de culpabilidad por no haberlo evitado, ya que tanto el discurso médico que responsabiliza al individuo de su salud, en este caso de no “cuidarse” para evitar el embarazo, como el discurso público sobre el control del crecimiento de la población conforman en la sociedad la imagen de mujeres irresponsables a aquellas que tienen hijos cuando sus condiciones sociales y económicas no les permiten mantenerlos. Por otra parte, el discurso de la Iglesia católica respecto a que todos los hijos deben ser bienvenidos, unido al hecho de que en la mayoría de estas mujeres la maternidad era la que conformaba su identidad, como mujer y como persona, les creaba la necesidad de expresar sentimientos compensadores a esa culpa como

era la aceptación del embarazo como parte de su realización personal.

AMBIGÜEDADES, CREENCIAS Y ESTRATEGIAS

Las mujeres atendidas en el hospital por un proceso de interrupción del embarazo mantenían una actitud ambigua al conocer su embarazo. Las explicaciones más frecuentes del desconocimiento del embarazo eran el retraso y la irregularidad en su menstruación. Los primeros síntomas del aborto eran narrados como la confirmación de que no estaban embarazadas puesto que había comenzado un sangrado semejante a la menstruación. Ante un embarazo deseado la reacción era diferente,⁵² en este caso las mujeres acudían a confirmar el embarazo en los primeros días de ausencia de la menstruación:

- Primero me pasó que me dejó de bajar dos meses, hace como nueve meses, y mi esposo y yo ya estábamos bien ilusionados y a la mera hora resultó que no, que *sólo era un retraso* y pues, tanto él como yo, sentimos feo [...] *Esta vez pasó igual pero para estar más seguros* mi esposo me mandó a hacer *unos análisis* y salieron positivos (E007).

Esta mujer, que no usaba ningún método anticonceptivo, expresaba que deseaban tener un bebé, “yo lo deseaba mucho, yo y mi esposo”, y ante la ausencia de menstruación acudieron a confirmar el embarazo. Luego de la confirmación, estableció prácticas dirigidas al cuidado del embarazo y ante los primeros signos de sangrado, “me empezó cafecito, medio rojo”, acudie-

⁵² Estas diferencias en las primeras acciones de las mujeres, según el origen del embarazo, ya han sido analizadas por R. S. Miller (1978: 181-204).

ron en demanda de atención médica y cumplieron las indicaciones de reposo absoluto.

Ciclo menstrual y embarazo

La ambigüedad sobre el embarazo, los señalamientos de que ignoraban su estado de embarazadas, que los síntomas eran semejantes a la menstruación, que sus reglas eran irregulares, que pensaban que era un retraso en su menstruación, parecieran ser estrategias para afrontar la culpa y el estigma ante el discurso hegemónico que condena el aborto.⁵³ De manera que el desconocimiento de su embarazo las exculpaba y liberaba de responsabilidad en la interrupción de éste, y los síntomas de aborto eran presentados como la confirmación de que el retraso en la menstruación se había solucionado, puesto que iniciaba un sangrado “semejante a la menstruación”. Asimismo, las acciones como caídas, señaladas como la causa del aborto, no serían intencionales, puesto que ellas no sabían de su embarazo:

- Pues yo me sentía mal, me daban como unos dolorcitos en el estómago, se me pasaban para la cadera, y mi esposo estaba durmiendo. Y, la verdad, pues yo digo, pues es normal ¿no? Le digo ‘*a lo mejor me voy a poner mala*’ y sí. Y me paré como dos veces a orinar y ya como a la tercera, como a las doce, se me vino el bebé.

- ¿Pero antes, por ejemplo desde que se embarazó, cómo había sido su embarazo?

- Me caí una vez, pero *yo no sabía que estaba embarazada* (E019).

⁵³ Esto ha sido documentado en un estudio realizado en Brasil con mujeres atendidas en un hospital público por complicaciones de aborto, con diagnóstico clínico de aborto inducido o con aceptación personal. (Nations, M.K., C. Misago, W. Fonseca *et al.*, 1997: 1833-1845).

Una forma de justificar el desconocimiento de su embarazo era la comparación con embarazos anteriores y señalando que los síntomas eran diferentes. Por ello, aun sabiendo del *retraso* en la menstruación, estas mujeres no pensaban en un posible embarazo y en ocasiones no parecía provocarles mayor inquietud. En el siguiente testimonio, a pesar del retraso, la mujer buscaba presentar una sensación de normalidad, como si ante la ausencia de la menstruación la actitud normal fuera esperar que se normalizara. Sólo ante la gravedad de los síntomas del sangrado, se movilizó en busca de unas pastillas:

- *Yo no sabía que estaba embarazada. Yo no sabía porque cuando yo me he embarazado de estas dos niñas al mes empiezo con vómitos, ascos, mareos [...] ahorita no, yo no sentía nada, sino que yo normal, nada, no sentía nada. Eso sí, fue mi retraso pero yo dije 'pues a lo mejor por algo se ha de haber atrasado', pero nunca me imagine que estuviera embarazada porque no sentía pues ninguna molestia, ningún síntoma de que estuviera embarazada [...] Por eso yo ni por enterada que estaba embarazada sino hasta ese día que ya me sentía yo bien mal, y yo dije 'no pues esto no es normal, no es una regla normal'. Entonces, subí con mi hermana, le digo ¿no tienes una pastilla? y ya me dio una pastilla (E017).*

Después del aborto, esta diferencia en los primeros síntomas de embarazo era discutida entre la pareja como signo de la posible diferencia en el sexo del feto y de que quizás, ahora sí, era el niño deseado en los anteriores embarazos. Esto era presentado con sentimientos de decepción, frustración y finalmente aceptación de una voluntad externa, Dios; siempre insistiendo en su desconocimiento del embarazo, aunque más adelante esta mujer mantenía una actitud más ambivalente, estableciendo dos momentos en su explicación, uno donde introducía la duda y

otro, como vimos anteriormente, de seguridad sobre que la posibilidad del embarazo nunca pasó por su imaginación, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- Pues sí me hubiera gustado porque estábamos platicando ya después, mi esposo y yo. Apenas pues, en estos días. Dice ‘ay gorda, a lo mejor iba a ser un niño porque no sentías nada y pues si era diferente iba a ser niño’. Y le digo ‘bueno, estuvo de Dios pues que no se nos hizo’. [...] Me sentí muy mal cuando supe porque *yo me imaginaba que a lo mejor era algo así pero no estaba segura* [...] Se puede decir que me decepcioné porque, digo, *nunca me imaginé que estuviera embarazada* (E017).

Esta es una muestra más de su vida en un mundo de incertidumbre y precariedad, donde cualquier signo podía servir para anticipar el futuro. Como en este caso, se buscaban signos diferentes entre este embarazo y los anteriores para predecir el sexo en el embarazo ya interrumpido.

De la misma manera, experiencias anteriores como el retraso de la menstruación, sin que hubiera resultado en un embarazo, les permitía mantener una esperanza de que así será en esta ocasión:

- Ya no reglé ni nada y dije ‘ahora falta que ya esté embarazada’. Ya *me pasó una vez así* que se me detuvo *pero después me volvió* [...] pero como empecé con ascos y andaba toda mareada y todo. Dije ‘no’ y ya le dije a él (pareja). Dice ‘a lo mejor estás embarazada’. ‘Ay’ le digo ‘no creo ¿quién sabe pues? Y ya. Fui con un doctor y que me manda hacer análisis y sí *resultó que estaba embarazada* pero también que tenía la fiebre tifoidea (E039).

Fue ante los síntomas posteriores cuando al comentar el retraso de su menstruación con su pareja, no establecida, ésta le indujo a pensar en un posible embarazo lo que la movilizó en busca de una confirmación médica. Esta mujer asociaba la confirmación del embarazo con el diagnóstico de una enfermedad —la fiebre tifoidea—, de modo que el tratamiento farmacológico —las pastillas— habían sido desde su punto de vista la causa del aborto, así como previamente la creencia de que estaba enferma y no podía embarazarse era el argumento para no utilizar ningún método anticonceptivo.

Incluso las mujeres con diagnóstico clínico de más de tres meses de gestación señalaban desconocimiento y dudas sobre el embarazo. Así, una mujer de 27 años, con embarazo de 18 semanas de gestación (SDG), asociaba diferentes argumentos como la irregularidad de su menstruación, el hecho de haber tenido sangrados periódicos semejantes a su menstruación y la ausencia de signos conscientes de embarazo para justificar su desconocimiento del embarazo, como vemos en el siguiente testimonio:

- No sabía porqué *mi regla me venía normal*. Este mes que me vino reglé normal los seis días, *luego me tarda*. Ya se me había quitado y luego en la noche que me baja así, que me vuelve a bajar... *Ya se me bajó*, digo *'a ver si luego se me quita'* [...] fui al Centro de Salud porque ya me había tardado, ya eran 12 días (de sangrado). Me mandaron hacer unos estudios y ya *me dijeron que estaba yo embarazada*, pero le digo yo que por qué [...] Pues *cómo que estoy embarazada, porque mi regla era normal*, o así me venía, siempre cada mes normal [...] Nada, ni ascos, nada, *yo no sentía*, por eso yo no creía que estaba embarazada (E046).

Esta mujer planteaba además que, incluso ante el comienzo de un sangrado más frecuente y de mayor duración, su primer

pensamiento y acción posterior fue esperar: “a ver si luego se me quita”.

Prácticas de regulación del ciclo menstrual

Ante los primeros síntomas de aborto, las mujeres mantenían primero una actitud de expectativa, esperando el restablecimiento de la normalidad, que se detenga el sangrado o bien que éste sea la confirmación de que se reanuda el ciclo menstrual. Aunque todas negaban haber realizado alguna acción para normalizar su menstruación, en algunos casos señalaban que en otras ocasiones sí habían usado productos de herbolaria o farmacéuticos para regularizar su menstruación, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- *Cuando se me atrasa mi regla por un mes, exactamente un mes, sí se está uno controlando, pero menos no.*
- *¿Y qué hierbas son?*
- *Pues Zompancle*
- *Ah, que es rojito*
- *...ya ni me acuerdo pero lo tomé. Una vez lo he tomado, me estaba controlando [...] se lo toma uno y sí le baja la regla. Pero cuando es un embarazo [...] se lo tiene que dar alguien que sepa [...] porque, no nada más es así, trae algunas otras cosas [...] Mi abuela me enseñó, ella sabe, pero yo nunca, bueno sólo cuando yo vivía..., entonces sí me tomé eso por retención. Y no, por lo regular, nunca me gusta tomarme algo así, de todas maneras, porque sí me da mucho miedo (E050).*

La utilización de infusiones y hierbas para regularizar la menstruación forma parte de los saberes y prácticas tradicionales en salud que conviven con la medicina moderna; su uso más frecuente se da entre los grupos de población menos incorpora-

dos a los procesos de desarrollo y con mayor marginación social. Estos saberes, así como las normas y cuidados especiales para su uso, son transmitidos de abuelas y madres a hijas. En el discurso de esta mujer encontramos las reglas para el uso correcto de estos productos de herbolaria, su uso debe ser controlado, sólo las personas capacitadas —“se lo tiene que dar alguien que sepa”— pueden usarlo para interrumpir un embarazo, de lo contrario no debe usarse porque es peligroso para la salud, mientras que usarlo para regular la menstruación, en los primeros días de atraso, no requiere demasiados cuidados especiales. De esta manera, la mujer señalaba las diferencias en los riesgos de una interrupción de embarazo dependiendo de las semanas de gestación. Por otra parte, este discurso está penetrado del discurso dominante que condena estas prácticas como abortivas por lo que la mujer buscaba eliminar cualquier sospecha de ser usuaria habitual de estas hierbas, señalando que aunque tenía conocimiento sólo en una ocasión recurrió a ello para regular su menstruación “retenida” pero no para provocar un aborto, con la justificación de que su uso le generaba un sentimiento de temor y miedo.

Cuando las mujeres estaban más incorporadas a las prácticas de la medicina moderna, se sustituía el uso de la herbolaria por productos farmacéuticos. En estos casos, las mujeres señalaban que en ocasiones acudían con personal médico o farmacéutico para que le aplicaran inyecciones para solucionar el retraso de la menstruación:

- Siempre llevo muy pendiente mi regla, *cuando ya se me atrasa un día o dos*, yo luego voy al doctor [...] y *ya me inyecto y me baja* o me recetan [...] pero pues, si me toca el 15, yo voy el 16, no espero 15 o 20 días, de una vez. La verdad, *no me gustaría matar una criatura*. En éste (embarazo), de veras que me sentí bien mal que me dijeron que se murió, que ya estaba muerto, porque ya sentía vida. Le digo

a mi esposo *'es que ya tenía vida, que no tuviera todavía pues no importa'* (E031).

En este testimonio, la mujer buscaba diferenciar entre la aplicación de inyecciones en los primeros días del retraso de la menstruación y el uso en las semanas posteriores, de manera que en el primer momento era presentada como una acción de salud neutra, no intencional, mientras que la misma acción después de dos o tres semanas era planteada como delictiva, culpable en el sentido de buscar acabar con una vida, tal y como lo difunden los discursos en las campañas de los grupos antiabortistas.

Cuidados del embarazo

Además de la condena social dirigida a las prácticas que se ejercen ante la ausencia de la menstruación, como sospechosas de inducir el aborto, existen una serie de normas sociales regulatorias del comportamiento de las mujeres embarazadas -lo que debe y no debe hacer una mujer- considerados como los cuidados para el desarrollo “normal” del embarazo. Estas normas constituyen parte esencial del deber ser femenino, en un grupo donde la maternidad era la que definía su identidad como mujeres. Este discurso social, que además condena o premia a las mujeres que cumplen con determinadas formas de comportamiento, permea en las mujeres. Cuando la mujer no cumple con los cuidados adecuados a su estado de embarazada y pierde el embarazo, su acción es calificada de imprudencial y, aunque el llamado aborto imprudencial no es condenado por la ley, la mujer es señalada como la responsable. Ante esto, las mujeres entrevistadas insistían que no sabían de su embarazo, pero que sí sabían que las mujeres deben tener cuidados especiales cuando están embarazadas:

...dicen que es mejor cuidarse estando embarazada, no cargar cosas pesadas, y ese día fui a traer agua en la tarde y llegando me fui a lavar al río. [...]. Yo soy muy irregular en la regla. No sabía exactamente cada vez, hay veces que se me pasan dos meses, dos meses y medio. Y como veía que mi panza crecía y que no, y como yo de por sí soy panzona [...] Sentía yo muchos ascos y todo me daba coraje, pero luego pensaba yo que no, como soy muy irregular... (E003).⁵⁴

La ambigüedad ante el embarazo, la irregularidad del ciclo menstrual y la característica de persona obesa, que simula un embarazo, eran los argumentos para justificar un comportamiento que ella reconocía como no recomendable para una mujer embarazada. En este testimonio aparecen sentimientos contradictorios, de aceptación, por una parte, y, por otra, de estrategias de negación de una conducta culpable. Esta mujer aceptaba la culpabilidad en las mujeres que no cumplían con las normas de cuidado y a la vez establecía que en su caso no había sido así, aunque finalmente, al asumir las tareas realizadas como las causas del aborto, aceptaba en parte el discurso que hace responsables a las mujeres del resultado del embarazo.

En ocasiones, aunque las mujeres reconocían que sí sabían del embarazo señalaban que las recomendaciones médicas de guardar reposo total, ante los primeros síntomas de sangrado, eran incompatibles con su vida cotidiana, como vemos en el siguiente testimonio:

- Yo dije ‘*pues si me va a bajar que de una vez me baje* y sirve de que salgo de la duda de momento’.

- ¿Pero no le dijiste nada a él (esposo), no le comentaste nada?

⁵⁴ Esta mujer presentaba un diagnóstico clínico de embarazo, de 13 semanas de gestación (SDG).

- Sí le comenté, y él me dijo 'pues *haz lo que te dijo la doctora*' porque cuando la doctora me dijo, *lo único que me recomendó que yo tuviera reposo. Pero, o sea, 'acuéstese* no haga quehacer, *no haga nada*, no le recomiendo que barra, ni que saque agua de su tanque [...] ni que esté lavando, es lo único que le recomiendo' (E019).

Esta era la única mujer que presentaba diagnóstico clínico de aborto espontáneo. Para la mayoría de las mujeres de este grupo era prácticamente imposible seguir las indicaciones médicas de absoluto reposo, especialmente porque sus redes sociales eran escasas y no disponían de recursos para el cuidado de los hijos y cuando además, como en este caso, el embarazo no era deseado.

Los cuidados de las mujeres durante el embarazo eran diferentes cuando éste era planeado y deseado y, además, las redes sociales de la mujer presentaban características de accesibilidad y recursos que favorecían un apoyo positivo durante el proceso de su embarazo, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- Desde ahí (el sangrado) empecé a tener mucho reposo. Mi suegra no me dejaba hacer nada, ella lo hacía todo y si hacía yo algo lo hacía con cosas pequeñas [...] mi suegra y mis cuñadas, todos me apoyan ahí [...] (mi hermana) también me apoya cuando necesito algo. Ahora que estuve con el sangrado, ella me bañaba a mi niño, me ayudaba en lo más que podía (E045).

En este caso, con un embarazo deseado y confirmado, toda la familia participaba en los cuidados del embarazo, cumpliendo todas las indicaciones médicas y sociales. De esta manera, la mujer quedaba exenta de responsabilidad ante la interrupción del embarazo y las explicaciones para el aborto eran externas o involuntarias, como por ejemplo los problemas de malformación

en el feto, “alguna malformación que iba a tener” (E045), o por cuestiones biológicas en la mujer.

“NO SABÍA CÓMO ERA UN ABORTO”:

SÍNTOMAS Y ACCIONES

El “desconocimiento” y la ausencia de síntomas del embarazo condicionan la interpretación de los síntomas del aborto y la reacción ante éstos. La mayoría de las mujeres señalaba que no sentía su embarazo y que no se inquietaban ante el inicio de un sangrado, ni en general lo comunicaban porque, según sus propias palabras, pensaban que era normal, como si fuera el comienzo de la menstruación. Los primeros signos de anormalidad comenzaban cuando el sangrado se intensificaba, acompañado a veces de otros síntomas como dolor intenso, fiebre, diarrea, vómito y ansiedad nerviosa. Ante ello, las mujeres reaccionaban de diferentes maneras, acudían con mayor o menor urgencia en demanda de apoyo y atención a sus redes sociales, a parteras o sobadoras y a médicos o farmacéuticos, o bien esperaban angustiadas que el problema se solucionara sin demandar ayuda. La forma de manejo de la situación dependía de las características socioeconómicas, culturales y personales de la mujer y de su red social.

“Sentí que mi cadera se me abría”: los síntomas

Aunque las mujeres señalaban que no sabían del embarazo, determinados signos les alertaban sobre la gravedad del problema. Especialmente, la intensidad del sangrado era percibida como un riesgo para la vida. “Me estaba vaciando casi” (E035), señalaba una mujer. Ante esta situación, se movilizaban en busca de ayuda

médica, muchas veces en situación de gravedad y con desmayos intermitentes debido a la gran pérdida de sangre:

– En el día me estaba bajando poquito. Dije ‘no, pues ya me va a bajar’ y no [...] como a la una de la mañana desperté pero ya toda empapada, y que me paro a cambiarme y siento que me salió un coágulo de sangre [...] como cinco veces de *hemorragia así, de coágulos* [...] sentí como desmayo y ya me pusieron alcohol (E053).

Esta mujer, cuyo esposo había fallecido un mes antes del aborto, ante la gravedad solicitó ayuda a una vecina para acudir al hospital donde llegó en estado semiconsciente. Ella señalaba que no sabía de su embarazo, buscando no ser identificada como culpable de provocarse el aborto. Asimismo este desconocimiento de su estado de embarazada puede interpretarse como una forma de disculpa por su proceder tardío ante los primeros síntomas de sangrado, ante un discurso médico que responsabiliza a los enfermos por no acudir en forma oportuna, dejando de lado que, generalmente cuando llegan a un hospital, su condición de gravedad es lo que les puede garantizar la atención en el servicio de urgencias.

Cuando al sangrado se sumaban otras sensaciones y síntomas de gravedad las mujeres sufrían momentos de angustia, a veces en soledad, otras veces acompañada de sus hijos pequeños y esperaban la llegada de su esposo para que fuera él quien tomara la decisión, de acuerdo con los recursos económicos. La situación se complicaba cuando además la mujer vivía lejos del hospital y no contaba con recursos para el traslado. El siguiente testimonio es una muestra de la angustia vivida por una mujer mientras esperaba el regreso de su pareja:

- Mi corazón empezó a latir muy rápido. *Me sentía no sé cómo, como que me iba a desmayar* [...] empecé a sentir unos dolores en mi estómago que se me pasaban para acá atrás. [...] me sofoqué mucho, no podía ni respirar, *quería respirar y no podía, eso fue todo*. Mejor agarré y me fui para mi casa, y me tendí mi colchoneta, y me acosté, y *abí empecé a estar muy inquieta* [...] Me acostaba y me paraba, y me salía para afuera, que me pegara el aire [...] prendí mi ventilador y sentía que el aire me lo echaba bien caliente. Agarré y me paré, y me salí para afuera, y luego me volví a meter. A cada ratito *andaba de un lado para otro* (E019).

La sensación de desmayo, el dolor y la dificultad para respirar eran presentados con el sentimiento de que pudo ser peor, “eso fue todo”. La falta de autonomía, común en la mayoría de estas mujeres, condicionaba la respuesta e incrementaba la angustia. Este momento de espera era parte de la vivencia del proceso de aborto de esta mujer, ya que al no contar con recursos para su atención en un servicio médico privado, cercano a su domicilio o para el traslado hasta Cuernavaca, tuvo que esperar toda la noche en condiciones de angustia, temor e incertidumbre. Este aborto, con diagnóstico clínico de espontáneo, fue precipitado, según percepción de la mujer, por no cumplir con la recomendación médica de reposo absoluto, pero la dificultad para mantener el proceso bajo control le incrementaba su sensación de angustia. Aunque deseaba salir de la duda del futuro de su embarazo, esta mujer vivió en soledad, acompañada de sus hijos pequeños, la angustia por su vida y como único recurso para demandar ayuda, si la situación se agravaba en forma extrema, mantenía a su niño despierto: “le digo ‘mi hijo no te duermas’, porque es el único que puede ir a hablarle a su abuelita o a su tía” (E019).

Otras mujeres señalaban que sus síntomas no eran graves y que la inquietud comenzó al sentir la expulsión de parte del feto.

Aunque algunas expresaban que la pérdida les calmaba el dolor, también señalaban que sin embargo esto les provocaba sentimientos y crisis. Las acciones ante esto eran diferentes, bien acudían al Hospital o Centro de Salud o esperaban que el problema se solucionara sin tener que demandar atención médica. En el siguiente testimonio, una mujer narra cómo la pérdida de producto fetal fue lo que le movilizó en busca de atención médica:

- *Pensaba que estaba embarazada porque no me bajaba mi regla [...] Tiene cuatro días que me empezó a bajar un poquito pero como negro. Ya después al otro día un poquito más, al tercer día ya me bajó algo que pues una bolita como de carne, y pues me espanté y fui al Centro de Salud y ya me mandaron para acá [...] Tuve un dolorcito en el vientre y acá en la cintura pero nada más ... no, no sentí ningún dolor ... como que al mismo tiempo eso que me salió hizo que descansara mi estómago [...] Yo pensé que era una regla normal porque como tampoco sentía yo ascos, ni mareos, nada, pensé que no era embarazo, y así lo dejé hasta el tercer día que me bajó mucho, no sé... como soy anormal en la regla (E016).*

En este testimonio la mujer sustenta la no movilización con el argumento de la irregularidad en el ciclo menstrual y muestra su ambivalencia al señalar que la ausencia de menstruación sí le hacía pensar en un embarazo. La actitud ambigua respecto al embarazo y la falta de signos alarmantes se presentaban como justificantes de la espera e inacción. En este caso, la expulsión de materia orgánica había sido el signo de alarma y movilización.

Por el contrario, otra mujer narraba que ante la pérdida fetal su actitud fue la de esperar que así se solucionara el problema y estableció cuidados especiales de reposo:

- Me caí y *saqué una telita, como un bistecito*, y arrojé poquita sangre y yo dije que *a lo mejor se me había caído*. Tenía yo como un mes y medio. Dije ‘no pues a lo mejor me caí y por eso, y *ya eso es todo*’. Y *como nunca he tenido ni un aborto* pues la verdad *yo no sabía como era un aborto*, qué tanto tenía que sangrar uno, qué es lo que tenía que sacar, *yo no sé nada de eso*. Entonces, se me hizo fácil. *Yo según reposé que porque ya había tirado al bebé* [...] Me acosté, reposé una semana y después otra, eran casi dos. Ya después me vino esa como hemorragia [...] Empecé *yo a sangrar y sangrar*, pero *yo dije que era normal*. Dije ‘no, pues es mi regla’ [...] y no aguantaba el dolor de parto [...] la cintura y el vientre me dolía bastante, era insoportable (E031).

Desde una posición ambigua respecto al embarazo, esta mujer elaboraba un discurso coherente respecto a su inmovilidad ante el sangrado. La inexperiencia con el aborto y el desconocimiento de los signos clínicos de cómo y cuándo actuar eran las explicaciones. En tanto los saberes definen las prácticas, entonces desde su creencia de que había expulsado completamente el “bebé” la respuesta elegida fue mantener un reposo casi absoluto, a la espera de su normalización hacia el restablecimiento del ciclo menstrual. Sólo los nuevos síntomas de sangrado y dolor intenso le obligaron a movilizarse en busca de ayuda.

En ocasiones las mujeres tenían experiencias de abortos anteriores y actuaban con la expectativa de que en esta ocasión se solucionara de la misma manera. Si la experiencia previa había sido muy negativa, se movilizaban en demanda de atención, en medio de sentimientos de angustia y tensión emocional:

- Perdí el niño, el que se puede decir que aborté en la calle era de siete meses (su anterior embarazo) [...] Cuando recibí los resultados de un mes (en el embarazo actual), al momento le dije al ginecólogo que si no podía *hacer algo* [...] me dijo que era muy peli-

groso... y no quiso el doctor. [...] *Me comenzó el dolor aquí*, en la parte del riñón [...] cuando me bajé mi pantaleta, *vi sangrado* y entonces *me puse nerviosa, me cambié y me vine para acá* (E050).

La vivencia anterior, de un nacimiento prematuro con producto muerto en la calle, condicionaba su percepción actual sobre los embarazos, su temor a quedarse de nuevo embarazada, y ante la confirmación de un embarazo su primer pensamiento fue el de interrumpirlo. Posteriormente, los primeros signos de alarma como el dolor y el sangrado le movilizaron de inmediato al hospital.

Cuando en la experiencia anterior no hubo necesidad de demandar atención médica, la mujer esperaba en su casa que remitiera el sangrado y sólo se movilizaba ante signos de alerta de una mayor gravedad como la fiebre, como vemos en el siguiente testimonio:

...sentía que me dolía la cadera [...] nada más *no pensé que era embarazo* porque eran pocos días y dije a lo mejor me baja [...] después *creí que era embarazo* porque me dolía la cadera, y me dolía esto de acá abajo, la cadera y la cabeza. *Yo sentía que mi cadera se me abría*, después me empezaron los fríos [...] No quiero otro niño, por eso *me aguanté los tres días allá en la casa*. [...] La vez pasada no fui con doctores [...] Y nada, normal, gracias a Dios. Por eso, *ahora yo creí que iba a ser lo mismo*. Dije ‘¿pues ya para qué voy al doctor?’ [...] *Ahora me tomé*, bueno no me acuerdo cómo se llama *ese remedio*, me lo dio una señora [...] Y yo creí, dije ‘pues no más así se me va a quitar’, pero *esa vez no me agarraban fríos, ni calentura, y hoy sí me agarraron fríos y calentura*. Y eso fue lo que me fregó, los fríos y la calentura, *si no yo no me vengo* (E054).

Esta mujer mantenía una actitud ambigua respecto al embarazo lo que eliminaba cualquier intencionalidad en la interrupción de éste; recurrió a tomarse un remedio, del que decía desconocer su nombre pero que en otra ocasión le había solucionado el problema sin necesidad de doctor, ya que además señalaba que no contaban con recursos económicos para pagar la atención médica. En esta ocasión, la mujer esperaba que su problema se solucionara de la misma manera, sin demandar atención médica, y sólo ante la gravedad de la situación acudió al servicio de urgencias del hospital.

El caso extremo de inmovilización hasta la pérdida de conciencia por shock séptico, con gran riesgo para su vida, se presentó en una adolescente de 17 años. Esta joven fue la única mujer que aceptó, en la primera entrevista, aunque posteriormente lo rechazaba, haber realizado acciones dirigidas a interrumpir su embarazo e ingresó en el hospital en estado inconsciente:

Estaba yo en mi casa y [...] *me desmayé* y no sentí. Me echaron alcohol y todo. *Estuve así casi todo el día* y ayer en la tarde no más sentí *fríos y calentura*. Una señora fue y me puso suero con vitamina. Entonces, nada más aguanté a que me pusieran el suero y me llevaron a C. (un hospital de beneficencia privado). *Después yo ya no supe*, dicen que me trajeron para acá el viernes. [...] Ya cuando me vine para acá... ya se me había venido, pero es que ya no aguanté mucho [...] Después, no más recuerdo que me llevaron con la virgen de Guadalupe, una enfermera me llevó, me dijo que me hincara yo. Después ya no me acuerdo de nada, ya no supe cuándo llegué [...] Me dijo una señora que me tomara un remedio de esos que para que lo abortara (E030).

La inmovilidad de esta joven, ante los síntomas y las complicaciones del aborto, tuvo consecuencias graves pues aunque

logró salvar su vida perdió su capacidad reproductiva. Se le realizó una histerectomía y una ooforectomía (extirpación de útero y ovarios). Esto, que fue percibido como la pérdida de su identidad como mujer, le generó un sentimiento depresivo y de falta de sentido de su vida. Ello le llevó a expresar sentimientos de culpabilidad y arrepentimiento por sus acciones. Este testimonio es ilustrativo para entender cómo las mujeres viven su aborto en condiciones de un bajo control, precariedad, soledad, sometimiento e incertidumbre, y cómo esto tiene graves consecuencias para su salud.

La mayoría de estas mujeres, como vimos anteriormente, señalaba que sus embarazos eran no deseados y argumentaban el desconocimiento del embarazo, tanto por no reconocer los síntomas como porque sus periodos menstruales eran irregulares. Estos mismos argumentos sirven para justificar su inmovilidad ante los primeros síntomas, con la esperanza de que sus inquietudes sobre un embarazo no se confirmaran y la menstruación se reanudara lo que, desde su percepción, era confirmado con el inicio del sangrado. La espera de una solución mágica al problema de un posible embarazo se mantenía hasta la aparición de signos alertadores de riesgo para su vida.

La alerta y movilización se daba en forma diferenciada, como ya vimos, y en el caso de las mujeres con embarazos deseados se movilizaban ante los primeros síntomas de embarazo. La ausencia de menstruación y el comienzo del sangrado les movilizaba en demanda de atención médica. Cuando los embarazos no eran deseados, la movilización ante los primeros síntomas de aborto estaba relacionada con las condiciones socioeconómicas, la existencia de recursos para el transporte y la atención, la autonomía de la mujer y su capacidad para el manejo de la situación, la condición de gravedad de los síntomas y su experiencia con éstos, y finalmente la condición del embarazo. Las mujeres con emba-

razos socialmente “inconvenientes” —solteras o separadas— y embarazos con evidencias de manipulación para su interrupción son las que retardaban más su atención, arriesgando su vida.

*“Sentí como algo caliente que se me vino”:
acciones y reacciones*

Ante la primera percepción de agravamiento de los síntomas, estas mujeres comenzaban a buscar soluciones a través de prácticas de la medicina tradicional, tomar té, acudir con sobadoras y parteras, y respuestas de la medicina alopática como pastillas o inyecciones. No obstante, todas estas acciones intencionales eran presentadas y justificadas como respuestas orientadas a evitar un aborto y salvar al bebé.

Una de cada cuatro mujeres entrevistadas había acudido con una sobadora o partera antes de llegar al hospital, y cinco mencionaron que habían tomado infusiones por indicación de la partera o por recomendación de algún integrante de su red social. Únicamente una joven señaló que sus amigas le llevaron con una señora para interrumpir su embarazo: “me dijo una señora que me tomara un remedio de esos, para que lo abortara” (E030). Salvo una, todas ocultaban el nombre del remedio o el té ingerido, planteando que no recordaban el nombre, aunque todas insistían que era un remedio para evitar el aborto.

Una joven expresaba que su madre y hermanas le llevaron con una sobadora quien le realizó sobos y le dio un té. Ella sí recordaba su nombre, y mencionaba que éste en la creencia popular era un remedio para evitar el aborto, como vemos en el siguiente testimonio:

Me llevaron a sobar y *me dieron un té para que no se me cayera* [...] No sé, un té que se llama *de perro de nanche, dicen que* con ese se detienen al caerse (E004).

De esta manera, esta joven insistía en que ella y su familia sí querían al bebé y que acudir con la sobadora fue una acción positiva, para evitar su *caída*. Otra mujer narraba que en ocasiones anteriores también había acudido con una partera para detener el sangrado y evitar el aborto, aunque en ambos casos el embarazo terminó en un aborto:

Le digo (al esposo), *voy a ver una partera*, porque *yo no quería que se me viniera, a ver si se me detiene*. Y ya cuando llegué, ya sentí algo que ya venía acá. Dice ‘no pues ya se le vino su bebé’ y luego se me vino. Pero no sangré mucho. [...] La partera *me dio un té para que se me detuviera*, según ella (E033).

Esta mujer expresaba que acudió con la partera como parte de una práctica integrada en sus creencias. No obstante, al ser entrevistada con su esposo, en una segunda ocasión, éste realizó gestos reprobatorios porque ella lo había dado a conocer. En determinados grupos sociales, como en muchas de estas mujeres, los saberes y prácticas de la medicina tradicional forman parte de su sistema de salud popular, tanto porque son parte de sus sistemas de creencias como por la falta de recursos para acudir a la atención médica, aun al sistema público de salud. No obstante, en áreas urbanas y ante los profesionales de salud u otras personas ajenas a estos grupos, evitan ser identificadas como practicantes de la medicina tradicional, especialmente de prácticas que pueden ser consideradas como abortivas, y presentan su acción como algo casual y orientado a evitar el aborto. Estas mujeres evitaban también dar información tanto de los reme-

dios empleados como de la persona que se los había recomendado, incluso señalaban que finalmente no habían completado el tratamiento recomendado, como lo vemos en el siguiente testimonio:

Me tomé el..., bueno *no me acuerdo cómo se llama, ese remedio. Me lo dio una señora* [...] ya se me olvidó su nombre. Es de yerbas. [...] La señora dice que con eso se compuso, pero pues yo no. No me gustó porque sabe bien feo. [...] Nada más me tomé acinita, pues así cómo me iba a hacer. Bueno, *quería que me lo hubiera tomado todo y no me tomé todo*, me dio asco (E054).

Señalar que no había cumplido con el tratamiento como se lo recomendaron también puede interpretarse como una expresión de que ella era ajena a esas prácticas, transmitidas como remedios populares a través de experiencias que resultan positivas. Otra forma de manifestar su supuesto rechazo era el sabor desagradable y repulsivo, algo común contra los remedios de la medicina tradicional. En ocasiones, las mujeres expresaban que en forma casi azarosa llegaron con una sobadora pero sin tener resultados positivos. Así lo señalaba, en el siguiente testimonio, una joven de 20 años:

Creo me dejó peor [...] En la noche me sobó y al otro día empecé a sangrar (E014).

En ocasiones, la red familiar más cercana era practicante habitual de la medicina tradicional y recomendaban a la mujer determinados remedios o acudían con parteras para la atención de los problemas del embarazo. En el siguiente testimonio, una mujer expresaba su rechazo y desconfianza ante los remedios tradicionales:

La partera me daba una pastilla [...] quería darme hierbas y no sé que tanto, inclusivamente le dije a mi suegra, ‘¿sabe qué? aunque se molestén’ le digo, ‘yo la verdad no le tengo confianza’ (E019).

Por el contrario, esta mujer mencionaba que ella deseaba acudir a la atención médica del seguro social pero ante la inaccesibilidad, ya que vivían lejos de Cuernavaca y no contaban con recursos para su traslado en la madrugada, se vieron obligados a esperar con angustia el amanecer.

La atención de los síntomas con recursos de la medicina alopática era otra de las acciones que señalaban las mujeres. Una de cada cinco mujeres señalaba que ante los síntomas de dolor y sangrado ingirió pastillas o le aplicaron inyectables, recomendados o recetados por algún médico, enfermera o farmacéutico. De nuevo, las mujeres señalaban que estos medicamentos eran aplicados para evitar el aborto, como lo evidencia el siguiente testimonio:

...fui a ver al médico y le expliqué lo que me pasaba, y me puso unas inyecciones, las que son para evitar el aborto (E037).

En otros casos, ante el inicio de los síntomas la primera acción era acudir a una farmacia en busca de algún medicamento que les solucionara el problema. Una mujer expresaba que ella acudió a la farmacia porque su problema sucedió un domingo y ese día no tenían servicio médico público. En el siguiente testimonio vemos cómo, para esta mujer, ambos servicios —farmacia y Centro de Salud— eran parte de su red de atención a la salud:

- Empecé sangrando un poquito, una manchita nada más, y de ahí inmediatamente me trasladé a una farmacia que conozco, que es doctor el

señor, y le comenté, como era domingo, no sabía yo si había consulta en Salubridad, y *me recetó unas inyecciones para retener el sangrado*.
-¿Se acuerda cómo se llamaban?

- No *me acuerdo*, la verdad. Me dio unas pastillas. Dice ‘con esta inyección, yo te la voy a poner aquí, *se te tiene que detener ese sangrado* porque apenas empiezas’. Me la puso y *me detuvo un poquito* (E052).

También con los medicamentos, las mujeres señalaban que no recordaban el nombre pero siempre los mencionaban como ‘los medicamentos que son para evitar el aborto o retener el sangrado’. El acceso a éstos se daba también a través de una red de salud informal, tal como narra una mujer que acudió con una vecina, enfermera, a solicitar algo para su problema:

...allá en la colonia está una enfermera, también creo que trabaja en el hospital, y fui allá a decirle *que si ella me podía dar algo*. Me preocupaba. Y *me recetó una inyección* que dice que es muy buena, *que eso le podía ayudar al bebé*, y me la puse y ya se me quitó el sangrado pero en la noche me bajó como agua (E046).

Aunque las mujeres expresaban que los medicamentos aplicados eran para evitar la interrupción del embarazo, todas señalaban que en un primer momento se detuvo el sangrado pero que en las horas siguientes sus síntomas se agravaron, con hemorragias fuertes y dolores más intensos, por lo que tuvieron que acudir al servicio de urgencias del hospital público.

En alguna ocasión las mujeres mostraban desconfianza y decidían no cumplir con el tratamiento prescrito por el médico. Una mujer señalaba que ante la duda de que las inyecciones pudieran afectar a su bebé no se las puso y que al comenzar un sangrado más fuerte acudió al hospital. El siguiente testimonio

también muestra la incertidumbre de las algunas mujeres entrevistadas frente al tratamiento:

A los tres meses *me empezó a salir así como agua* y me fui al doctor, y me dijo que sí estaba embarazada. *Me dio mucha medicina, eran puras inyecciones, pero no me las puse* porque le dije a mi esposo que a lo mejor me va a hacer mal, que *eso iba a hacer que abortara al bebé* [...] Le dije *‘yo no me las voy a poner’* y en ese día en la tarde empecé a sangrar (E033).

Algunas mujeres, al expresar que acudían con un profesional de la salud, buscaban presentar una identidad de aceptación y sometimiento a normas sociales impuestas por la medicina a través de la medicalización y cuidados del embarazo, entre ellos acudir periódicamente a una revisión médica del embarazo. Una identidad de mujer responsable, que las protegía de las sospechas y dudas que pudieran presentarse sobre su participación y responsabilidad en el aborto. En una ocasión, una mujer narraba que ella lo comunicó a su vecina de cama en el hospital que sí había intentado detener el aborto y para ello acudió a un médico particular, buscando de esta manera mostrar una voluntad máxima pues desde su punto de vista éste tenía el nivel superior en la escala profesional. Ello para borrar la duda que pudiera provocar su inmovilización ante los primeros síntomas con pérdida parcial del producto fetal y así reforzar ante su interlocutora su voluntad de continuar con el embarazo:

Cuando me cayó ese bistecito no fui al doctor, pero después del sangrado yo fui a que me lo detuvieran. Le digo (a mi vecina de cama) ‘fui hasta con un particular, no fui a otro lado, para que según me atendieran bien y no se me quisiera venir’ [...] una doctora me atendió, me dio

esas inyecciones y no encontramos las demás, otras cápsulas que me recetó (E031).

Estas acciones realizadas por las mujeres ante los síntomas de aborto, como eran la decisión de acudir con parteras o sobadoras y tomar remedios de herbolaria o demandar atención médica y aplicarse medicamentos, estaban relacionadas con su ubicación en un determinado sistema de creencias que determinaba las prácticas en salud. No obstante, las mujeres que acudían a la medicina tradicional también recibían pastillas de la partera y posteriormente también demandaban atención médica. Además, estas mujeres buscaban mostrar una imagen de no usuarias habituales de servicios de medicina tradicional y de aceptar las prácticas de la medicina moderna, quizás como una forma de evitar la desaprobación del personal de salud por acudir con sobadoras.

Las mujeres antes de acudir al hospital en condiciones más o menos graves esperaban a veces hasta dos semanas con los síntomas. Cuatro de estas mujeres llegaron al hospital para la atención de las complicaciones, después de un primer legrado en este u otro hospital. Una explicación al hecho de que las mujeres se mantuvieran esperando en la casa, de nuevo, tiene que ver con su condición material objetiva. La condición de espera formaba parte de su vida de precariedad e incertidumbre, la reacción inmediata frente a un evento adverso también es un privilegio de clase. En el capítulo III se presenta un testimonio en el que una mujer habla de que espera salir poco a poco de su pobreza, de sus necesidades, y que apoya este argumento.

Generalmente, las parejas tenían un papel activo en la decisión de acudir al hospital, tanto apoyando y agilizando como dificultando por no encontrar recursos para el traslado. En ocasiones, incluso, tenían que vencer la resistencia de la mujer

por su temor de acudir al hospital, tal como lo expresaba Mirna: “tenía mucho dolor ya, mi esposo me decía ‘vámonos, te voy a llevar al doctor’ y yo le decía que no y él me trajo” (E033).

Otra mujer narraba que ante los síntomas leves no actuó, ni mostró mayor preocupación, pero que la expulsión del producto fetal le espantó y hizo llamar a su esposo. En ese momento él tomó el papel protagonista y la llevó con un doctor particular, aunque no fue atendida por no contar con recursos para el pago del legrado:

Hizo ocho días (que comenzó el sangrado) y yo, la verdad, *no le hice caso*. Yo dije ‘pues es normal’ [...] poquito nada más [...] y ya luego, el sábado yo me sentía mal [...] Empecé con un dolor [...] y el sangrado fue aumentando [...] ya como a las doce *se me vino, sentí como algo caliente que se me vino*, sentí como que descansé de mi estómago, y *me puse a chillar*. Le dije a mi esposo. Dice ‘no te preocupes, ahorita vengo, arréglate, te voy a llevar al doctor’. El doctor no me quiso atender, o sea, me revisó pero no me quiso hacer el legrado porque pues la verdad salía muy caro (E019).

Las mujeres se referían a la pérdida del producto fetal, con expresiones como “se cayó el bebé”, “se me salió”, que vinculan más a una acción involuntaria, donde no participa la mujer y en todo caso relaciona como una acción, voluntaria o no, del “bebé”. Mientras que en términos médicos se habla de expulsión lo que sí refiere a una acción donde participa la voluntad de la mujer, es decir, en el discurso médico éstas son identificadas como responsables del aborto. Pero ¿cómo interpretaban estas mujeres el aborto? ¿Cuáles eran las causas que identifican? ¿A qué causas asociaban su aborto?

“¿Se te antojó algo, hiciste corajes o qué?": causas

Existen una serie de creencias, mitos y saberes que también incidían en la experiencia del aborto de estas mujeres. Éstas identificaban determinadas causas del aborto como antojos, corajes y enojos de la mujer, realización de tareas pesadas, caídas y problemas reproductivos como “matriz débil”, entre los más comunes. Todas estas causas vinculan a las mujeres como generadoras de la causa de la interrupción del embarazo, por caerse, hacer esfuerzos, tener antojos o hacer corajes. Esto se pone en evidencia en el siguiente testimonio, donde una mujer expresaba que ante el aborto su pareja le requería sobre la causa del aborto y si ella había participado de alguna manera. Esta mujer reconocía que eran explicaciones del saber popular y, finalmente, se acogía a la causa más externa relacionada con sus condiciones de vida que le obligaban a transportar agua en condiciones difíciles:

- Mi esposo me dice ‘se te antojó algo, hiciste corajes o qué, ¿por qué?’. Le digo ‘no sé por qué’. Porque muchas veces dicen que porque se te antoja algo y por eso se vienen, o porque hace uno corajes y pues no, no hice ni corajes. Yo a veces pienso eso de que fui a traer agua con la carretilla y me volteé (E003).

Una de cada cuatro mujeres señalaba que el aborto ocurría por los corajes, la mayoría de las veces provocados por la pareja. En estos casos las mujeres identificaban a la pareja como causante del enojo pero finalmente compartían responsabilidad y culpa, señalando que ellas no debían enojarse estando embarazadas y que la pareja debía evitar provocarles el enojo, según el código de cuidados de embarazo difundido por medio del saber popular y de los discursos médicos. Es representativo el caso de una mujer cuyos familiares le *regañaron* al esposo por haberla

hecho enojar y a la mujer por enojarse estando embarazada porque, según se dice, eso le hace daño al bebé:

... (mi esposo) fue con su mamá y le llamaron la atención porque dicen que por culpa de él me sucedió esto [...] le preguntaron ‘¿y qué le pasó?’. Dice ‘no, pues fue un aborto, le hicieron legrado’. ‘¿Pero por qué?’, ‘porque hizo coraje,’ y que le dice ‘¿pero por qué hizo el coraje?’, ya mi suegra enojada [...] y le dice ‘ya te dije que no la bagas enojar’. O sea, lo regañó sí y también mi cuñada [...] también lo regañó. Y todos sus hermanos le dijeron ‘no pero es que tú también la descuidas’ [...] (mis hermanos) se molestaron con él porque dicen que también fue su culpa [...] y también me regañaron a mí porque dicen que yo hice mi coraje porque quise. Y mis papás también se enojaron porque dicen ‘tú haces corajes porque quieres’ (E017).

Después del aborto, las redes familiares intervenían y culpabilizaban a la pareja de ser causante del aborto. Esta mujer señalaba que, cuando su esposo no regresó a su casa en toda la noche, sin comunicarle nada, ella se preocupó mucho y que quizás eso le provocó el aborto. Aunque identificaban al esposo, en primer lugar, como el culpable por no comportarse con los cuidados requeridos por ella, la familia de ella la responsabilizaba por no comportarse como esposa sumisa, aceptando el comportamiento del esposo sin cuestionarlo.

En otros casos, las mujeres entrevistadas reclamaban a la pareja como la culpable por los corajes que les hacía pasar, por abandonarla y por no aceptar la corresponsabilidad en el embarazo. Éstas eran mujeres de baja o media marginación social y con un *self* más estructurado. Por el contrario una mujer de alta marginación social y cuyo aborto ocurrió por la violencia del esposo contra ella, no identificaba a la pareja como responsable del aborto y más bien buscaba alguna causa externa o no volun-

taria. Señalaba que el aborto ocurrió por realizar tareas pesadas como acarrear agua, aunque al cuestionarla si el aborto no tenía relación con los golpes recibidos hacía un mes, mencionaba que “a lo mejor sí, pero yo creo que lo que más me afectan son los corajes que paso con él”. Esta mujer manifestaba que el esposo incluso le reclamaba a ella por el aborto y que mientras la llevaba al hospital “me venía reclamando por lo del aborto, que cómo si ni me había tocado”, lo que es una expresión de la violencia simbólica que también ejercía sobre ella. De esta manera, ella indicaba que su sufrimiento moral era mayor que el dolor físico, y estas mujeres atribuyen el aborto a lo que les duele más, como se verá también en el siguiente testimonio.

En otra ocasión, una mujer reclamaba que el causante directo del aborto era su pareja porque por problemas económicos no deseaba el embarazo. Ella afirmaba que el futuro bebé lo percibía y por eso “se salió”, otorgándole al feto capacidad para sentir el rechazo y voluntad para salir. Así lo vemos en el siguiente testimonio:

- Mi esposo no quería ya más bebés porque no tenemos nada [...] no estaba de acuerdo en que tuviera este bebé [...] le dije que si me pasaba algo era porque él no lo quería, y ahorita pues ya me pasó. Mi suegra tampoco quería que lo tuviera [...] y tal vez de tanto pensar y pensar por eso se me vino [...] Se hizo lo que se pudo pero pues si él (bebé) sentía que no lo querían, lo iban a rechazar, y prefirió mejor salirse (E004).

Las dificultades económicas que enfrentaban las familias, como en este caso, generaban conflictos ante un embarazo no deseado. Esta mujer culpaba del aborto al esposo y su familia con quienes convivía y, por otra parte, exoneraba de toda culpa a su madre y hermanas quienes la llevaron con una sobadora,

según ella, para salvar al bebé. Esta es una expresión de cómo los problemas económicos, la falta de una vivienda propia y la intervención de la familia ampliada, con quienes compartían vivienda, constriñen o impiden una decisión libre de tener un hijo, o de cómo lo más doloroso sirve para atribuir sentido al drama.

Los antojos también eran señalados por las mujeres como la causa del aborto, en ocasiones, era una entre varias causas. Esto forma parte de los mitos y creencias populares alrededor de la reproducción, de forma que un antojo de la mujer que no es cumplido por el esposo puede afectar al futuro bebé. Las mujeres narraban que ante un antojo, la pareja se ponía en actividad para resolverlo. En estos casos, ya no hay un señalamiento de culpa directa sobre la mujer puesto que el antojo sería algo en lo que no interviene su voluntad y más bien es interpretado como un deseo del futuro bebé expresado a través de la mujer. De modo que si no se cumple el bebé “se sale”, es decir, ocurre un aborto, o el niño nace con alguna marca por el deseo no cumplido. Los antojos referidos por estas mujeres estaban relacionados con determinados alimentos, como cocos, tamales, enchiladas, y generalmente ocurrían en la noche lo que dificultaba su resolución.

Todas las mujeres que señalaban como la causa del aborto haber tenido antojos formaban parte del grupo de alta marginación social. De nuevo eran las mujeres más pobres las que hablaban de “antojos”, y no parece casual que atribuyan la frustración de un embarazo, el aborto, a una frustración asociada directamente a la pobreza, un antojo no satisfecho. Es dentro del propio espacio que definen la escasez y la insatisfacción general donde se atribuye sentido a cosas como el aborto.

No hubo diferencias por edad, en el señalamiento de los antojos como la causa del aborto, según vemos en el siguiente testimonio de una adolescente:

- A mí se me antojaron unas enchiladas de mole verde [...] se me antojaron el martes en la noche y el miércoles en la mañana le dije a mi mamá. Mi mamá me dijo que me las iba a hacer pero cuando yo me levanté ya estaba reglando [...] Yo digo que por eso pasó [...] Como ya era noche cuando se me antojaron pues yo ya no le dije nada (E040).

El cumplimiento de los antojos de una mujer embarazada forma parte de los cuidados que, según la creencia transmitida a nivel popular, se le deben brindar a ésta para el buen fin de su embarazo. Y el antojo debe ser cumplido lo más rápidamente ya que de lo contrario puede ocurrir un aborto, como lo mencionaba esta joven. Otra mujer, de 36 años, narra que su esposo le reclamó por no comunicarle a tiempo su antojo, transfiriéndole de esta manera parte de la responsabilidad en el aborto:

Yo vi las milanesas con unos chiles en rajas con limón y hasta me saboreé pero no le dije nada (al esposo). Agarré y me fui... y no le dije nada. Y como a las cinco de la tarde yo empecé a sentir que me dolía mi cadera pero yo no pensé que fuera esto. Hasta como a las ocho de la noche ya empecé a sentir más y más los dolores, más y más, y que le digo 'oye *¿sabes por qué? me acordé, por la milanesa que se me antojó*'. Dice '*¿y ahorita me estás diciendo, ya que son las nueve?*'. Y todavía en ese rato, fíjese, se vino él a Cuernavaca, y vino a conseguir la milanesa [...] y me la llevó y me la comí pero *ya no me hizo* (E054).

Las mujeres asociaban la aparición, en el tiempo, del antojo y el cumplimiento o no de éste con el inicio de los síntomas, dolor y sangrado, de aborto. Esta es una expresión de cómo se elaboran y mantienen los saberes y creencias populares, la ocurrencia

de dos acontecimientos en el mismo tiempo y espacio pueden ser interpretados como causa y efecto.

Esta asociación también ocurría con los esfuerzos físicos y caídas como nos señalaba una joven de 17 años “las molestias empecé, después de que me caí” (E037). La identificación de las tareas pesadas o caídas como las causas del aborto forma parte tanto del saber popular como de saberes transmitidos por los profesionales médicos. Algunas mujeres señalaban que la causa del aborto era la realización de tareas pesadas en el hogar, y las menos señalaban que eran actividades realizadas en su lugar de trabajo, como mover máquinas pesadas. Prácticamente en todos los casos las mujeres expresaban primero que desconocían que estaban embarazadas y luego que eran actividades asociadas con sus condiciones de vida. En ocasiones, se mencionaba como una más de las múltiples causas asociadas con sus problemas económicos, sus condiciones de vida, y cuyas actividades les afectaban a su salud reproductiva, como lo podemos ver en el siguiente testimonio:

Como no hay agua, pues yo acarreeba botes de agua con aguantador porque era necesario tener agua y eso me afectó mucho. Si no hubiera yo cargado eso nunca se me hubiera venido. Entonces, mi matriz, pues ya estaba débil de que me cargaba los botes de agua y pues no resistió el bebé (E004).

Muchas de estas mujeres no contaban con la tecnología moderna del hogar como puede ser una lavadora, más bien, primero debían acarrear el agua, almacenarla en botes y luego realizar el lavado de la ropa a mano o en lavadoras semiautomáticas. Esto, unido a que en general eran familias numerosas, incrementaba el trabajo físico hasta niveles de agotamiento en algunos momentos, mismos que eran referidos como los que provocaron el

aborto. Una mujer narra así lo que eran sus actividades antes de intensificarse el sangrado:

“- ¿Entonces, tú piensas que se te vino porque empezaste a lavar?”

- Sí, porque empecé a lavar [...] había lavado pero no así, en esa cantidad como yo lavé [...] lavé como unas dos docenas de mis niños y, lavé como cuatro camisas de mi esposo y como tres pantalones y una colcha, y empecé a hacer mi quehacer, a sacar mis trastes y, como apartamos agua en esos botes de 20 litros, empecé a acomodar los botes, y llené, y lavé mi baño. Eso fue todo lo que hice, sí, nada más, eso fue todo (E019).

Esta mujer minimizaba, o normalizaba, algo que a una se le presenta como un gran esfuerzo, pero que para ella constituía un esfuerzo extra más, de los muchos que debía hacer a diario. Esta sucesión de actividades agotaría también a otra mujer aunque no estuviera embarazada. Esta mujer, que tenía un diagnóstico de embarazo ectópico y la indicación de reposo absoluto, después de una semana de dificultades para seguir las indicaciones médicas, buscaba salir de la angustia sobre el futuro de su embarazo, lo que permite pensar en una acción voluntaria. Incluso, como vimos anteriormente, ella expresa el pensamiento de salir de la duda “pues de una vez que baje”.

Un método señalado como abortivo⁵⁵ entre mujeres pobres, son los traumas voluntarios, entre ellos las caídas intencionales. Entre las mujeres entrevistadas, una de cada cuatro señalaba que la causa de la interrupción de su embarazo era alguna caída y, aunque no se preguntó sobre el particular, siempre señalaban que no sabían que estaban embarazadas lo que evitaba que fue-

⁵⁵ Así lo documentan en un estudio realizado en seis países de América Latina, entre ellos México (Alan Guttmacher Institute 1994:15).

ran clasificadas como caídas intencionales, es decir, buscando la interrupción del embarazo. Una expresión que se repetía en los testimonios era: “me caí una vez pero yo no sabía que estaba embarazada” (E019). Si después de la caída se expulsaba algún producto sólido eso se interpreta como la salida del bebé, como vemos en el siguiente testimonio:

... ya había tirado según al bebé, porque me resbalé y me caí, entonces, yo dije pues ya lo tiré, ya se me vino esa telita. Yo pienso que eso (la caída) será... (E031).

Esta mujer opinaba que de esta manera finalizó el embarazo y se mantenía en reposo como una forma de cuidado, hasta que nuevos síntomas de agravamiento luego de dos semanas la movilizaron al hospital.

Los problemas de salud, bien por cuestiones de salud reproductiva, como tener la “matriz débil” o los “huesos tiernos”, o por los tratamientos aplicados a problemas infecciosos, también eran señalados como la causa del aborto por una de cada tres mujeres. Una adolescente de 14 años mencionaba dos caídas como las causas del aborto pero porque sus huesos estaban tiernos. Otras mujeres señalaban las condiciones de vida y trabajo que les debilitaba la matriz y les dificultaba la continuidad del embarazo, porque ello provocaba la caída del bebé. Una mujer que había tenido tres abortos mencionaba que los doctores le confirmaron que el aborto ocurrió “porque estoy muy débil de mi matriz” (E033) y, de esta manera, la familia le creaba una identidad de enferma, de mujer con dificultades para tener hijos, lo que aunque servía de argumento también le transfería la responsabilidad en los abortos, devaluándola incluso por su débil capacidad en las cuestiones reproductivas. Este caso ilustra por una parte la identificación social de la mujer ante cualquier

resultado adverso del embarazo, resultado de las ideologías de género, y por otra parte la medicalización de la reproducción y el embarazo, y sus consecuencias para las mujeres.

Algunas mujeres indicaban que una de las causas del aborto eran los tratamientos aplicados ante problemas de salud como infecciones respiratorias o de los riñones, y también por un problema de tiroides. En este último caso la mujer señalaba que deseaban el embarazo y que el aborto ocurrió por su desconocimiento de que los medicamentos le podían causar daño al embarazo. Aunque los médicos le aseguraron que el aborto era por su enfermedad, es dudoso que fuera por el medicamento mencionado:

- Le dije a mi esposo que se hiciera lo que fuera con tal de que se salvara mi bebé, que me habían dicho que cobraban barato y que me trajera aquí [...] Ellos (los médicos) me dijeron que por mi enfermedad [...] pero yo no sabía que podía abortar cuando toman dipirona. Entonces, no sé si sea por eso, ellos me aseguran que sí (E005).

En ocasiones, las mujeres señalaban varias causas como el origen de su aborto, entre otras las caídas, más infecciones de riñón y problemas en la placenta, “que no le servía” (E037). En el grupo de mujeres entrevistadas existía una actitud preventiva ante el riesgo que supone la administración de medicamentos cuando la mujer está embarazada, originada tanto por la transmisión de mensajes de atención desde los servicios médicos como a partir de experiencias propias que conforman los saberes y creencias. La madre de una joven de 18 años explicaba que le llamó la atención a su hija cuando supo que un doctor le había recetado medicamentos:

Ningún doctor te puede decir aplícate este medicamento sin antes saber cómo viene el bebé, qué consecuencias puede tener. Inclusive, si una muela le duele a uno, no tomarse ni un mejoral porque vaya a perjudicar al bebé. Ya pasó y le digo pues ahora cuídate (E037).

En este mensaje la madre transmitía los cuidados que toda mujer embarazada debe tomar, la obligatoriedad de comunicar al médico su embarazo antes de aceptar cualquier tratamiento y evitar al máximo la automedicación, incluso aceptando el dolor sin aplicarse un analgésico. Esta es parte de la norma social sobre los cuidados de una mujer embarazada, quizás por ello las mujeres señalaban que no sabían del embarazo cuando aceptaron el tratamiento médico. En el siguiente testimonio tenemos un ejemplo de las múltiples causas expresadas por las mujeres:

... pensaba que era un *retraso* nada más pero después no. Yo sentía que se movía y fui con *una partera que me sobara*, y sí me dijo que estaba embarazada pero después a mí se me antojaba mucho comer cosas con limón [...] y para entonces *me enfermé de la garganta*, me dio infección y me estuvieron inyectando penicilina y me dieron más medicamentos. Me los recetó el doctor del Centro de Salud [...] pero *yo todavía no sabía que ya estaba embarazada*. El doctor me dijo que a lo mejor era eso, *los medicamentos que me habían dado hicieron que se me viniera el bebé* [...] No sé, yo digo que *fue la medicina* que me dieron ahí en el Centro de Salud [...] pero es que *yo no sabía que yo ya estaba embarazada*, porque si yo hubiera sabido que estaba embarazada no me hubiera inyectado (E048).

Esta mujer refería que acudió con una partera para que la sobara, que también tenía antojos pero que la causa de su aborto era algo externo a su voluntad, la aplicación de un tratamiento

médico, recetado por un doctor, sin saber que estaba embarazada. Además de los antojos, de la ambivalencia que mostraban respecto al conocimiento del embarazo, y de que el uso de la partera era para favorecer el buen desarrollo del embarazo, como en este testimonio, las mujeres insistían en que los tratamientos médicos para problemas de salud comunes eran los causantes del aborto y que así lo habían expresado los médicos. Así, el anterior testimonio es un ejemplo de la tendencia que exhiben muchas mujeres a integrar en cadenas causales con elementos de diverso tipo la explicación que necesitan para lo que les pasó. Lo multfragmentario de sus explicaciones es un indicador más de su precariedad con la que ven el mundo.

Aunque los medicamentos mencionados (penicilina, dipirona, mejoral, entre otros) en sí mismos no son abortivos, se constituyen en estrategias, conscientes o no, que justificaban una interrupción involuntaria del embarazo. Una mujer de 22 años soltera y abandonada por la pareja, aunque señalaba que al principio pensó en provocarse un aborto, concluía que la causa del aborto era un tratamiento, y también responsabilizaba del aborto a su pareja por los corajes que le hacía pasar y afirmaba que finalmente sí quería tener el hijo porque su madre le ayudó a reflexionar sobre ello, así ella quedaba exenta de la duda de que acciones mencionadas como causas fueran dirigidas a provocar el aborto.

Otras causas mencionadas con menor frecuencia eran la violencia de la pareja (E015), la edad, mencionada por una adolescente de 14 años (E001), los sustos por la muerte o detención de la pareja (E053, E011), el mandato de una voluntad externa (Dios) (E040, E050), todas ellas causas externas. Únicamente una mujer mencionó acciones dirigidas a inducirse el aborto (E030).

También puede ser que las mujeres no identificaran otras causas porque no eran las reconocidas popularmente como motivo de los abortos. En algún caso, aunque la explicación médica del aborto era por un problema de la naturaleza, porque el desarrollo del huevo no era normal, por diagnóstico clínico de embarazo anembriónico (E045), la mujer expresaba que no ubicaba la causa porque en su caso no se presentaban las causas más comúnmente enunciadas, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- No sé por qué. Te digo, *mi esposo no me hace hacer corajes, ni su familia*, no hago corajes, el único esfuerzo, digo, era cuidar a mi niño, pero hasta eso, no lo cargaba mucho (E045).

Estas mujeres parecían asociar con naturalidad el estrés con el aborto, lo que puede ser una forma de darle nombre a un sufrimiento cotidiano, los corajes que le hacía pasar el marido, que de no ser por sus consecuencias, el aborto, pasaría inadvertido ante los demás. De esta manera el aborto se constituye en el significativo de una condición de opresión. La asociación, además, viene bien con la idea de que las mujeres son frágiles y débiles. Podría ser que ellas mismas, asiéndose de esta noción, encontraban una forma de atribuir responsabilidades a sus parejas que las oprimían.

Después de vivida la experiencia del aborto, las mujeres iban construyendo los significados⁵⁶ y ante la demanda de explicaciones elaboraban el discurso, sus significaciones, las argumentaciones a favor y en contra, y los justificantes de la acción. En ocasiones iniciaban con una ausencia de explicaciones sobre el aborto, justificada por la falta de experiencia en este aspecto,

⁵⁶ Esto coincide con lo mencionado en otros estudios (Vegetti, 1992).

“quién sabe porqué aborté, nunca había abortado”, para posteriormente identificar a la pareja como la responsable por ausentarse y dejarla sola cuando ya estaba con síntomas de aborto: “no sé porque pasó, yo creo un coraje [...] me dio mucho coraje que se iba y me dejaba así sangrando” (E014). O bien al no encontrar una justificación aceptable a la pregunta de por qué creía que ocurrió el aborto, se recurría a una voluntad externa sobre la que no hay explicación:

-No lo entiendo [...] No tengo ni idea [...] Solamente Dios sabe por qué lo hace (E050).

“DIOS LO QUISO ASÍ”: CULPABILIZACIÓN SOCIAL Y AUTOEXCULPACIÓN

Ante el señalamiento social y médico que condiciona el ambiente de sospecha de que son objeto las mujeres cuando se presentan en el hospital con un proceso de aborto, las mujeres entrevistadas construían sus propios significados del aborto, al elaborar en la gran mayoría de los casos explicaciones finales relacionadas con causas externas a su voluntad, con el destino y con una voluntad exterior, “Dios lo quiso así”, como el elemento determinante del final de su embarazo. Esto pareciera expresar que ante actitudes de sospecha sentían la necesidad de excusarse, argumentando que su voluntad no estaba involucrada en este hecho y que, por el contrario, lo aceptaban como parte de un destino que ellas no decidían.

Las mujeres entrevistadas argumentaban que ellas no habían intentado interrumpir el embarazo y que ellas, aunque no lo hubieran planeado, sí lo aceptaban. Por lo menos una de cada cuatro mujeres menciona a Dios como la voluntad que decidía sobre el embarazo y el aborto, y que lo aceptaban, aun en con-

tra de su deseo, como un mandato superior, como vemos en el siguiente testimonio:

- *Ya que pasó, pues primero Dios, aunque me sienta mal, voy a tenerlo [...]*
Me siento mal, porque digo pues ya que me había embarazado ...
le digo a él (esposo) ‘¿Dios por qué me lo dio y me lo quitó?’ (E039).

Aunque el embarazo fuera un problema, una imposición en la que no participaba su voluntad, esta mujer expresaba sufrimiento por la interrupción, buscando una explicación respecto a su vida marcada por un destino adverso y sobre el que no tenía capacidad para modificar. En algunos casos las mujeres señalaban claramente que ellas no eran culpables porque no era decisión suya, aunque fuera una solución si no conscientemente deseada sí aceptada con tranquilidad, como si fuera un asunto ajeno en el que no intervenían sus voluntades, como lo expresa el siguiente testimonio:

- Le digo (al esposo) ‘bueno, *estuvo de Dios pues que no se nos hizo*’ (E017).

En los testimonios de las mujeres es frecuente que se señale a Dios⁵⁷ como la voluntad externa que decide sobre sus vidas y ante la que no se pueden revelar, aceptándola sin explicaciones: “*solamente Dios sabe por qué lo hace*” (E050). De esta manera, estas mujeres presentaban el aborto como una cuestión sobre la que ellas no habían intervenido pero que la aceptaban por ser volun-

⁵⁷ La gran mayoría de la población en México se declara creyente de alguna religión, principalmente católicos. No obstante, en general no son practicantes asiduos del culto en las iglesias católicas. En este grupo, únicamente dos mujeres señalaba que eran practicantes de otras religiones, protestantes evangélicos y testigos de Jehová.

tad de Dios, asignándose una identidad de personas creyentes, de una religión que condena el aborto, que les ayudaba a auto-exculparse y a argumentar su inocencia. Veamos el siguiente testimonio:

- *Si ya estoy embarazada, qué podía hacer, ya nada, esperar nada más. Pero pues Dios no me dejó, me lo quitó, y pues ni modo, él sabe por qué hizo las cosas (E031).*

En ocasiones afirmaban que el embarazo era contrario a sus deseos, como mencionaba la suegra de una adolescente de 16 años, “*yo pues no estaba de acuerdo (con el embarazo) porque los dos están bien chiquitos, pero uno pone y Dios dispone*” (E049); o bien, a través de un discurso, a veces contradictorio, con una posición ambigua sobre su conocimiento del embarazo, las mujeres terminaban señalando que aunque no habían comunicado el embarazo, finalmente lo deseaba porque era un deseo de Dios, como vemos en el siguiente testimonio:

- Yo la verdad sí deseaba que naciera, aunque todavía no le decía nada a mi esposo, pero pues dije ‘ya está, *Dios quiere que tengamos otro, pues ya que nazca*’ (E003).

Pero quizá como una forma de afrontar la culpabilización, esta mujer insistía en condenar a las mujeres que tienen un aborto y al aborto mismo, incorporando los argumentos que la Iglesia católica maneja en contra del aborto, con expresiones como “a Dios no le agrada” o “es una vida que se va”. Asimismo, establecía diferencias entre su caso donde ella no era culpable, ya que “yo como no lo provoqué [...] sospechaba que estaba embarazada y luego sospechaba como que no y no me cuidé”, y los de otras mujeres que sí son culpables, “hay muchas mujeres

que se lo provocan y ahí sí es un delito”.⁵⁸ Esta mujer que era parte de un grupo de lectura de la Biblia católica, exigía incluso a la entrevistadora una toma de postura condenando el aborto, de nuevo con argumentos reforzados quizás en sus sesiones de lectura de la Biblia, al comparar el embarazo con un ser vivo para representar lo negativo de interrumpir un embarazo: “ella (el feto) es un humano, es una vida que va a venir al mundo y haga de cuenta que dijeran que fuera usted que no va a nacer o yo que no quieran que naciera y sí nació, es una vida” (E003).

También desde la religión, la evangélica, y desde una particular lectura de la Biblia, una pareja de la mujer hacía una transferencia de responsabilidades hacia las personas que no evitan que se den las causas que llevan al aborto y que no permiten los cuidados especiales requeridos por una mujer embarazada. El esposo de una de las mujeres entrevistadas, practicante de la religión evangélica, se acogía a las Escrituras, como el código moral que dictan las normas y comportamientos, para señalar que cuando la causa del aborto es una caída de la mujer el responsable será quien propició o no evitó que esto ocurriera, como vemos en el siguiente testimonio:

- Unas partes de las Escrituras dice que el que hiciese un hoyo y no cerrase el hoyo y ahí cayese la mujer y fuera motivo, pues, que si estuviera embarazada, el dueño de eso sería el culpable del aborto (E052).

Aunque la mayoría de las mujeres no era practicante de alguna religión, algunas de ellas incorporaban en sus discursos los

⁵⁸ Esta diferenciación del caso propio como justificable mientras se condena a las otras mujeres que se provocan un aborto ya ha sido mostrado en otros estudios, como los realizados en Colombia con mujeres que presentan un aborto inducido, por Margot Mora (1995).

argumentos religiosos de condena del aborto como delito y de las mujeres que se lo provocan como criminales, irresponsables y antimaternales. En otros casos las mujeres, que aunque no expresaban la condena del aborto, sí buscaban afrontar la culpa a través de estrategias como el desconocimiento del embarazo y el señalamiento de causas no intencionales en la interrupción del embarazo, expresaban finalmente que el aborto tenía una explicación externa a ellas, el destino o “Dios”. Esto se presentaba con menor frecuencia entre las más jóvenes.

*“Yo sí pensaba mal de la gente que abortara”:
condena social*

La condena del aborto no se limita al discurso de la Iglesia sino que conlleva una condena social y moral que identifica como culpables a las mujeres que se lo provocan, constituyéndose en un estigma para la mujer que se lo induce. Es por ello que prácticamente todas las mujeres argumentaban a favor de que su aborto no había sido voluntario y de que finalmente ellas sí aceptaban el embarazo, “sí lo queríamos tener” (E048, E046). En todo caso, todas las mujeres evitaban con diferentes estrategias, como vimos anteriormente, que se les asignara esa identidad estigmatizada.

En ocasiones las mujeres argumentaban que en su caso no existían las condiciones que, en su opinión, sí justificarían el aborto o la sospecha de que la mujer había provocado la interrupción del embarazo, como el hecho de que la mujer fuera soltera o separada, como vemos en el siguiente testimonio:

... es que a mí no me gusta eso de que abortan las mujeres, [...] ‘si hubiéramos sabido que era embarazo, pues total ya estamos casados’ [...] ya estando embarazada ni modo que me lo saque [...] y yo sí pensaba mal de la gente que

abortara. Le digo 'a veces hay unas que abortan pero porque no los quieren, o no sé, como que quieren estar como señoritas'. Le digo 'yo ¿por qué voy a abortar si soy casada? Tengo mi marido [...] y aunque no lo tuviera, no sería la última o la única que tuviera un bebé, de todos modos trabajaría yo más' (E038).

Esta mujer justifica en su discurso la duda hacia las mujeres que no cumplen algunas condiciones, por ejemplo la de tener marido, como en su caso. Asimismo esta mujer identificaba a las 'mujeres que abortan' como antimaternales porque no quieren o evitan la responsabilidad de tener hijos para, desde su punto de vista, disfrutar de los privilegios del estereotipo de una señorita. De alguna manera, este estereotipo asocia la experiencia como mujer casada y madre de una hija con una mayor responsabilidad aunque conlleva menor diversión, lo que es utilizado en el discurso de condena contra las mujeres que presentan abortos como irresponsables, contrariamente a quienes abogan por la despenalización del aborto que reconocen que la responsabilidad frente a la maternidad es un elemento que apoya las decisiones para la interrupción de un embarazo.

La falta de responsabilidad reproductiva de los hombres era otra de las razones que esgrimían las mujeres para explicar el aborto, identificando a la pareja como la culpable en esos casos. El entorno, las malas condiciones de vida eran identificadas también como responsables del aborto lo que, de alguna manera, le restaría responsabilidad a las mujeres, ayudándoles a liberar la culpa que la sociedad les impone. Así, el contexto de sospecha, de identificación y búsqueda de responsabilidades condicionaba la experiencia y las estrategias de manejo de estas mujeres en sus procesos de aborto.

“Sentí que me iba a morir”. Sentimientos y emociones

Unido a la necesidad de eximirse de la culpa que el discurso social y moral les impone a las mujeres que presentan un aborto, las mujeres entrevistadas enfrentaban sentimientos y emociones, muchas veces contradictorios o bien cargados de mitos y creencias que rodean al embarazo y la maternidad, que no siempre podían expresar y compartir. La tristeza, el temor y el miedo por su vida, la frustración de no ser madre y las consecuencias que esto pudiera tener para el futuro, así como el bienestar y la alegría por salir con vida eran algunos de los sentimientos expresados por estas mujeres después del aborto.

Una adolescente narraba las diferentes emociones experimentadas a lo largo del proceso. Primero por saberse embarazada, por probar su capacidad para ser madre, y su asociación con la idea del matrimonio, lo que hacía pensar en el regreso de su pareja, emigrante, con un final feliz. Al enfrentarse a la realidad de que incluso desconocía su dirección, las primeras emociones positivas asociadas con la idea del hijo se transformaron en temor ante una realidad diferente, frente a un embarazo sin pareja sentía miedo y temor por las consecuencias que esto podría ocasionarle cuando sus padres tuvieran conocimiento de ello, como lo vemos en el siguiente testimonio:

... sentí mucha emoción (saber de su embarazo), después me entró mucho miedo [...] Yo pensaba que si él se enteraba, iba a venir para que nos juntáramos, o no sé qué pensaba yo, muchas cosas [...] (luego) me dio miedo por mi mamá... que yo fuera golpeada (E040).

Después del aborto esta mujer manifestaba sentimientos contradictorios de malestar y bienestar, siempre señalando que

de todas formas su deseo había sido continuar con el embarazo y que una fuerza externa lo impidió. Expresaba sentimientos de gran frustración, porque el aborto confirmaba, desde su punto de vista, una imagen negativa entre su red social y, como lo vemos en el siguiente testimonio, su incapacidad para ser madre, lo que le generaba una situación depresiva:

... a la vez me siento mal y a la vez me siento bien [...] porque digo que yo quería tener a mi bebé pero pues si Dios no lo quiso que así fuera, es por algo, ya habrá otra ocasión [...] a lo mejor es que yo no iba a servir para ser madre [...] Hay veces que digo, ojalá me muriera, luego yo le pido a Diosito que me lleve, que me lleve con él [...] luego me siento muy sola, quisiera acostarme a dormir y ya no despertar (E040).

Este sentimiento de frustración, de confirmación de su incapacidad para ser madres, era vivido con mayor intensidad cuando la mujer mantenía una unión inestable con la pareja, ya que el aborto podía ocasionar la ruptura total y el rechazo de la pareja. Cuando las mujeres no eran autónomas, el aborto les incrementaba el temor de abandono por la pareja y la imagen de un futuro sin vivienda, con varios hijos, y enfrentando la necesidad de ser acogida de nuevo por los padres, como vemos en el siguiente testimonio:

- Lo que más me preocupa es que se vaya a molestar mucho (la pareja) y quiera que me vaya a mi casa [...] y que fallé esta otra vez como ser humano [...] Me siento triste... pero pues me tengo que aguantar, de nada me sirve, no me va a ayudar a nada [...] Ya no quería saber nada de embarazos pero sucedió y ni modo no podía rechazar (E050).

En otros casos, por el contrario, aunque las mujeres manifestaban dolor y tristeza por la pérdida del embarazo, muchas veces asociado con el posible sexo del bebé, “sí, me dolió mucho” “yo creo iba a ser niño” (E003), la idea de enfrentar el futuro era la que les mantenía, “*no vivió nuestro bebé pero tenemos que salir adelante*” (E051). En estos casos un apoyo importante era la comprensión, la no culpabilización por parte de la pareja, “*él, pues, no me culpó ni nada sino que me está ayudando a superarme de esto*” (E048). Otra forma de afrontar la situación después del aborto era con el sentimiento de tener un futuro de nuevo, estar con vida, como lo expresaba una mujer:

“triste” “apagada” y “a la vez me siento contenta [...] sentí que me iba a morir” (E011).

También las mujeres mencionaban claramente que el aborto se constituía en una solución ante el problema de afrontar un embarazo que no deseaban porque sus condiciones materiales, recursos económicos sumamente escasos, condiciones de extrema pobreza y varios hijos que mantener, no lo permitían:

- Yo de por sí ya no quiero, ya no porque ya tengo a mis niños, pues ya ve que paso trabajo con mis niños [...] Ni modo que los tenga uno todos sucios y todo eso [...] a mis niños los tengo acostumbrados que diario se bañan, diario los cambio, y a la chiquita pues a cada rato la estoy cambiando (E054).

Lo único que reclamaba esta mujer era seguir manteniendo unas condiciones de vida, baño diario, sin las cuales perdería una condición mínima de dignidad. Aunque señalaba que ya con su hija pequeña sus recursos nunca le habían alcanzado para vestirla y que lo hacía con donaciones de ropa usada, desde su percep-

ción, hasta ese momento había podido mantener unos hábitos higiénicos básicos.

Una condición semejante, de extrema pobreza, por la pérdida reciente del esposo que además le obligaba a mantenerse con el apoyo de su cuñado, se presentaba en una viuda de 38 años que, ante la angustia de enfrentar un embarazo en estas condiciones, el aborto fue una solución para su problema del embarazo. Ante la pregunta de cómo se sentía, esta mujer expresaba un sentimiento de bienestar:

- Ahorita (me siento) a la vez mal y a la vez bien. [...] Por una parte *estuvo bien si fue aborto* [...] *porque no se queda a sufrir* [...] porque yo digo que no siempre, la ayuda, me la iban a estar dando. [...] Mal pues por lo de mi esposo (E053).

Ante condiciones de vida tan adversas, esta mujer manifestaba la satisfacción de no traer un nuevo hijo a enfrentar una vida de sufrimiento como la que ella le podía ofrecer. El aborto en este caso suponía una liberación para una mujer que enfrenta dificultades para su propio futuro y el de sus hijos. No obstante, el discurso social y moral en México condena cualquier acción dirigida a interrumpir el embarazo y exige a las mujeres la aceptación del embarazo. Este ordenamiento aparecía en los discursos de las mujeres —la aceptación del embarazo y del aborto— como la imposición de una voluntad externa de la cual no deben rebelarse. Por otra parte, las estrategias que elaboraban para eliminar cualquier sospecha o duda sobre sus acciones en el embarazo ocurrían tanto en un nivel no consciente como de manera consciente.

MUJERES Y MÉDICOS: DISCURSOS Y PRÁCTICAS

En un contexto que responsabiliza a las mujeres cuando ocurre un aborto y frente al cual estas mujeres elaboraban determinadas estrategias para afrontar la culpa y el estigma ¿Cuál era el papel de la medicina y de los profesionales de la salud? ¿Cómo se daban las interacciones con las mujeres que demandaban atención médica por aborto?

A partir del siglo XIX,⁵⁹ la medicina se apropia del proceso reproductivo humano y tanto el embarazo como el parto son incorporados a los servicios de atención médica. De esta manera, las embarazadas pasaron a ser foco de atención de la ciencia médica y los profesionales de la salud, mediante sus discursos identifican con frecuencia a las mujeres como las causantes de los problemas de los embarazos, culpándolas si “algo” les pasa a sus bebés. Sin tomar en cuenta las condiciones de vida de estas mujeres, sus particularidades, los procesos subjetivos y objetivos que implica un embarazo, los médicos/as exigen a las mujeres determinadas acciones responsabilizándolas, cuando no las cumplen, de los problemas subsiguientes. De esta manera la medicina cumple su papel como elemento de control social, principalmente en el área de la sexualidad y la reproducción,⁶⁰ y contribuye a culpar a las mujeres de los resultados adversos de los embarazos. Esta identidad de irresponsables era utilizada como justificación para acciones como la imposición de métodos anticonceptivos a las mujeres entrevistadas.

Pero, dadas las características socioeconómicas y de falta de autonomía que presentaba este grupo de mujeres, ¿cómo

⁵⁹ Kunins, H., A. Rosefield (1991). Abortion: A Legal and Public Health Perspective. *Annual Review of Public Health*, 12, p. 361-382.

⁶⁰ Ehrenreich, Barbara y Deirdre English (1990). *Por su propio bien...150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid, Taurus, Alfaguara.

podrían ellas controlar determinadas situaciones personales, de pareja, familiares y sociales? Frecuentemente los profesionales médicos no toman en cuenta las particularidades de las mujeres y aplican lo que consideran una ciencia universal y neutra. Las respuestas médicas a los problemas presentados por estas mujeres eran en muchas ocasiones de difícil o nulo cumplimiento dadas sus condiciones de vida, y responsabilizar a las mujeres de los resultados adversos por no cumplir las recomendaciones del tratamiento no contribuía a la solución del problema. Por el contrario, cuando el problema es ocasionado por las tensiones que rodean a la mujer y además se le culpa de los daños que su estado tensional le puede ocasionar al embarazo, la atención médica tendrá un efecto negativo. Esto puede leerse en los discursos de las mujeres cuando hablaban de la respuesta médica a su demanda. Así, una mujer narraba que la única indicación de los médicos, cuando acudió con los primeros síntomas de aborto, fue que se mantuviera tranquila porque lo contrario afectaba a su embarazo:

- ¿Y cuando fuiste al doctor qué te dijeron de estos síntomas?
- Que estuviera tranquila, que no me alterara yo, más que nada *que estuviera yo tranquila y que no me preocupara por nada*, que porque eso *le puede hacer daño al bebé*. Es lo único que me dijeron (E019).

Esta propuesta no era factible, dadas las condiciones materiales, emocionales y de pareja en que vivían la mayoría de estas mujeres, lo que producía un sentimiento de crisis de confianza sobre la capacidad de los médicos/as para resolver sus problemas de salud. Además estas explicaciones que responsabilizan a las mujeres de los resultados adversos del embarazo lesionaban su autoestima e incrementaban los sentimientos de impotencia e incapacidad para modificar su vida.

A su vez, los médicos/as enfrentaban aspectos para los que no habían sido preparados, como son los sentimientos y emociones de las mujeres en estos procesos. A este respecto, las explicaciones biológicas relacionadas con la naturaleza que presentaban los médicos, aparecían como verdades incuestionables frente a las cuales la única opción posible era la aceptación, gracias al poder superior del saber médico. Así se percibe en el siguiente testimonio:

...me dijo (el doctor) que estuvo bien que estuvo muerto. Dice que la naturaleza por algo lo quiso que porque si hubiera estado vivo el huevo de todos modos que con el tiempo que tenía yo de embarazo iba a nacer mal, que le iba a faltar, alguna malformación que iba a tener y me dijo que era mejor que estuviera conforme pues (E045).

La naturaleza y la ciencia eran presentadas como verdades aceptadas frente a las que no cabía ningún cuestionamiento. La ciencia médica colaboraba así a responsabilizar del aborto a las mujeres por una parte, y haciéndoles reclamaciones para prevenirlo en embarazos posteriores. Frente a ello algunas mujeres elaboraban discursos que aceptaban la amonestación de la autoridad médica, como vemos en el siguiente testimonio:

- Yo traía los dolores inmensos pero el doctor me dijo que me relajara hasta que abortara bien el bebé [...] Le agradezco al doctor que me explicó varias cosas, me atendió bien [...] Me aconsejó que hay que fijarnos de lo que vamos a hacer, no hay que traer un bebé al mundo para lo que pasó. Pero como yo le dije al doctor, es que no me di cuenta que estaba embarazada. Pero el doctor me dijo 'por eso es bueno checarse cada mes' [...] Y me dijo que me cuidara para que estas situaciones no fueran consecutivas (E020).

En el mismo plano se puede analizar la imposición de métodos anticonceptivos, en especial cuando acuden al hospital por demanda de aborto. Y de la eficacia de este procedimiento impositivo saben bien las propias instituciones. La cuarta parte de este grupo de mujeres se quejaba de que le habían impuesto un método para el control de los embarazos, generalmente el dispositivo intrauterino (DIU), tanto porque no se les preguntó como porque no aceptaron su negativa. Esto expresa el nulo respeto de los derechos reproductivos de las mujeres, así como su identificación como personas irresponsables. No obstante, pocas eran las mujeres que exigían el retiro del método en ese momento y aceptaban, quizás en forma forzada dado el espacio institucional en que se encontraban, los argumentos médicos respecto a que éste no les dará problemas y a que en cualquier momento pueden ir a retirárselo. Incluso ellas mismas iban elaborando un significado positivo al hecho de tener puesto el dispositivo:

- El doctor lo único que me preguntó ya que me metieron al quirófano [...] para hacerme el legrado [...] con qué me controlaba, y yo le dije que con nada. Y me dijo que si me ponía el dispositivo o me operaban o qué, y yo les dije que no y ahorita que subió la doctora, la que me atendió allá abajo, me dijo que me habían puesto el dispositivo. La digo, pero yo les dije que no, y dice, pues el doctor, 'no pues es un método nada más' [...] si usted se lo quiere retirar pues ya usted misma [...] Al principio sentí feo, pero ya después me puse a pensar que por una parte estaba mejor. Me espero un año y ya voy a que me chequen para que no me vuelva a pasar lo mismo que con este bebé, que se me vino pues (E019).

Por otra parte, varias mujeres se quejaban de la atención médica, bien porque tardaban en brindarles atención, porque las mantenían durante varias horas con dolores intensos, por no

brindarles la atención, o por determinadas actitudes, gestos y agresiones verbales de parte de los profesionales de la salud. Estas formas de maltrato y mala atención eran expresadas por las mujeres como aspectos que condicionaban su disposición posterior a demandar atención para estos problemas y que experiencias negativas previas también habían retardado la movilización ante los primeros síntomas. Una mujer explicaba que ella temía acudir al hospital por una mala atención en un aborto anterior, pero que su esposo la obligó (E033). Otra señalaba que ante sus reclamos en el hospital por la falta de atención fue regañada por una médica, como lo expresa en el siguiente testimonio:

- Cuando entré (al hospital), cuando me llevaron, tardé como veinte minutos parada (de pie). No me atendían. Después, al entrar duré como media hora y ya fue cuando le dije a la doctora: *'doctora, me siento bien mal'*. Dice *'aguántese' 'porque estamos atendiendo a no sé quien'*" (E051).

En otros casos las mujeres experimentaban el rechazo por no contar con recursos para el pago de la atención, especialmente cuando el único servicio que se encuentra en el área próxima es privado. Cuando esto ocurría en una situación nocturna de urgencia, dada la escasez de recursos, la mujer esperaba hasta el día siguiente en una condición emocional negativa, porque además el médico que no le brindó la atención y la alertó del riesgo que representaba no realizarse el legrado:

- *El doctor no me quiso atender*, o sea, nada más me revisó pero no me quiso hacer el legrado porque pues la verdad salía muy caro [...] lo que hizo mi esposo fue regresarnos [...] eran las tres de la mañana [...] me sentía molesta porque la verdad *no dormí en toda la noche*. No

dormí porque el doctor, claro, me dijo que podía agarrar una infección si no me hacían el legrado (E019).

Aunque para el médico no hubo rechazo puesto que él estaba dispuesto a brindarle atención a cambio del correspondiente pago de honorarios, la mujer señalaba la negativa de atención del médico porque no tenía recursos para pagarle. Este es un ejemplo de los problemas de muchas de estas mujeres que vivían en condiciones de pobreza cuando enfrentaban una emergencia de salud, ya que no contaban ni con recursos para la atención privada, ni para el traslado al hospital, ni existían recursos públicos de atención para urgencias en su área de residencia. La experiencia del proceso de aborto, en estos casos, estaba relacionada con sus condiciones de pobreza extrema, que mantenía una relación cercana a la supervivencia.

Cuando la búsqueda de atención médica ocurría en los horarios de funcionamiento de los centros de salud públicos, los resultados no siempre mejoraban. Muchas mujeres se quejaban porque no eran atendidas, bien por ausencia del médico, por falta de recursos para la atención o por los largos procesos administrativos que debían realizar. Y esta larga carrera se daba en unas condiciones de dolor y sangrado que afectaban negativamente su estado de salud, ya que el sangrado aumentaba y el proceso de aborto alcanzaba una gravedad extrema. Así lo narraba una mujer entrevistada:

- Amanecí con *mucho dolor* ayer en la mañana y me dice (el esposo) ‘ve a sacar ficha, ve al centro de salud’, y yo le digo ‘no’. Yo no pensé que fuera eso un aborto. Le digo ‘*a lo mejor se me va a pasar*’ y dice ‘*ve porque sino ya no te va a tocar ficha*’ [...] Y me iba con unos dolores en el camino que ya no aguantaba, sentía que me iba a desmayar [...] Me fui

caminando y pues ahí saqué ficha y me regresé a mi casa otra vez porque la doctora iba a llegar tarde (E003).

Algunas mujeres expresaban satisfacción con la atención brindada y señalaban incluso que se había borrado la imagen negativa y el temor que tenían de acudir al hospital por su conocimiento de experiencias negativas. Así lo expresaba una mujer: “me gustó como me atendieron, yo tenía miedo de venirme para acá [...] de por si soy bien miedosa para los hospitales, como luego dicen que a veces...” (E046).

En ocasiones, el clima de confianza creado en la interacción entre las mujeres y los médicos permitía el acercamiento para solicitar información sobre aspectos para ellas desconocidos o mitificados. Una mujer señala que ella recogió el producto fetal que se le había “salido” y lo llevó con el médico para que éste le informara sobre el sexo del “bebé”:

- Pasé con la doctora y que lo ve y dice que era la placenta. [...] *Yo creo iba a ser niño* porque la otra vez me dijeron allá los doctores, que era como una bolita, que era niña. Hasta oí que dijeron que era niña y ahora creo que era niño porque hasta *cuando mi suegra lo extendió bien que lo vi así como un muñequito*, así como se veía (E003).

Después del aborto las mujeres mostraban especial interés en conocer el sexo del producto del embarazo, probablemente porque aun sin desear el embarazo, muchas parejas querían completar la parejita; el sentimiento por la pérdida del embarazo difería de acuerdo con el sexo del feto. Quizás por eso la necesidad de saber, “*yo quería saber qué cosa, qué cosa era lo que, porque lo que arrojé fue un clavito de carne con algo amarillito*, y yo no les pregunté, o sea, yo no le dije nada al doctor, *les iba a preguntar, pero ya no les pregunté yo nada, que qué cosa iba a ser si niño o niña*” (E019).

En este caso, la falta de confianza con el médico no le permitió demandar explicaciones sobre su proceso de aborto, y una cuestión importante se refería al sexo del feto.

En resumen, el discurso de los médicos responsabiliza a las mujeres de los resultados adversos del embarazo sin tomar en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres, así como la accesibilidad de los servicios de salud. Reconocer las particularidades de cada mujer ayuda a presentar respuestas ajustadas a sus condiciones de vida, así como a las características personales y familiares, entre ellas la posibilidad de recibir apoyo, personal o institucional, para cumplir con recomendaciones como el reposo total. Asimismo las actitudes de los médicos/as ante la demanda de atención del aborto estaban condicionadas tanto por las sospechas de que las mujeres habían realizado acciones orientadas a interrumpir el embarazo, lo que las identifica como irresponsables que además ponen en riesgo su vida, como por la condición de pobreza extrema de estas mujeres.

ESTRATEGIAS DE LAS MUJERES

A través del análisis de los discursos, en este capítulo se ha puesto de manifiesto cómo las mujeres entrevistadas construyen los significados y elaboran diferentes estrategias para enfrentar las sospechas y la culpabilización de que eran objeto en los diferentes momentos del proceso de embarazo y aborto, desde el hecho de no haber evitado el embarazo hasta las posibles acciones dirigidas a la interrupción de éste. Asimismo se evidencia en las mujeres una actitud de expectativa en relación con los eventos adversos en sus vidas, como el embarazo no deseado o las complicaciones en la interrupción del éste, esperando que éstos no fueran realidad o se resolvieran favorablemente y finalmente

aceptándolos como parte de su destino, como la realización de una voluntad externa.

Los discursos médicos, sociales y políticos recomiendan a las mujeres planificar sus embarazos, y tener hijos cuando sus condiciones económicas, sociales, familiares y personales lo permitan. Para ello, desde los programas de planificación familiar se promueve el uso de métodos anticonceptivos, principalmente los femeninos,⁶¹ poniendo la responsabilidad de los embarazos en las mujeres. Al dejar de lado la falta de autonomía de muchas mujeres, las creencias que existen en torno a la reproducción, el acceso material y cultural sobre los métodos anticonceptivos y el maltrato (regañón) de que, en ocasiones, son objeto las mujeres por parte del personal de los programas institucionales⁶² en determinados grupos sociales, las mujeres pobres que tienen muchos hijos son identificadas como irresponsables por no haber controlado y evitado los embarazos.

De esta manera, las mujeres son culpadas de su fecundidad, de los embarazos no deseados, bien por no haber evitado el riesgo, utilizando métodos anticonceptivos modernos o bien porque del fallo de éstos también se responsabiliza a las mujeres, calificándolas como descuidadas, incumplidas o ignorantes por “mal uso” del método o por no acudir a revisión médica. En el análisis de las narrativas de estas mujeres puede verse cómo este contexto aparece reflejado e incorporado, aunque la mayoría señalaba que este embarazo no había sido planeado ni deseado y

⁶¹ Gloria Sayavedra (1997: 104) ha documentado que los métodos masculinos como la vasectomía, no son difundidos ni aplicados de igual manera que los femeninos, como la OTB, y que incluso la realización de vasectomías es menor que la demanda por las actitudes y recomendaciones del personal de salud a los hombres que lo solicitan. Sayavedra H., Gloria (1997: 95-111).

⁶² Juan G. Figueroa Perea (1996).

en una de cada tres mujeres el control o “cuidado” de evitar los embarazos estaba en manos de la pareja.

Además de culpar a las mujeres por los embarazos no deseados o no planeados, el discurso dominante también las responsabiliza de los cuidados y del resultado del embarazo, de modo que si las mujeres embarazadas abortan pueden ser sospechosas de no mantener los cuidados adecuados, es decir, de no cumplir bien con su rol de embarazada. En este grupo de mujeres era difícil mantener cuidados especiales por sus condiciones de vida, familiares y de pareja. Aun así, las mujeres reconocían la existencia de normas sociales relacionadas con los cuidados especiales que debe mantener toda mujer embarazada; y elaboraban estrategias que les liberaba de responsabilidad y culpa por la falta de cuidados en el embarazo —entre ellas el desconocimiento del embarazo— al mantener una actitud ambigua sustentada principalmente en la irregularidad de su ciclo menstrual. También mantenían una actitud ambivalente respecto al deseo del embarazo y afirmaban que aunque no habían planeado ni deseado el embarazo, después sí lo aceptaban, si bien muchas lo planteaban como una imposición externa e incorporaban los discursos religiosos que ordenan la aceptación de todo embarazo. Así las mujeres aseguraban primero que no sabían del embarazo y posteriormente señalaban que lo aceptaban por ser un deseo de “Dios”.

Esta ambigüedad también les liberaba de la responsabilidad, ante cualquier actitud de sospecha y reclamo por parte del personal de salud o de su red social, por no acudir oportunamente en busca de atención médica ante los primeros síntomas del aborto. El desconocimiento del embarazo y la semejanza de los primeros síntomas con la menstruación justificaban la espera y su inmovilización hasta los momentos de máxima gravedad. Esto llevaba a la necesidad de atención en situaciones de emergencia, con una estructura de servicios de salud que no permite

una resolución rápida dada la escasez de sus recursos y la falta de una respuesta institucional de urgencia accesible a grupos de población en extrema pobreza.

En parte por estas dificultades pero también por saberes y prácticas populares ante los problemas de los embarazos “no deseados”, estas mujeres antes de llegar al hospital acudían con sobadoras, farmacéuticos o médicos y recibían tratamientos de medicina tradicional o alopática como sobos, tés, pastillas o inyecciones. Pero, en tanto la aplicación de estos tratamientos las podía hacer “sospechosas” de realizar acciones dirigidas a la interrupción del embarazo, todas las mujeres aseguraban que éstas iban dirigidas a evitar el aborto. Esto podría ser, de nuevo, parte de una estrategia que construían las mujeres para afrontar la culpa y el estigma. Por otra parte, las causas del aborto, como son las caídas, las tareas pesadas, los corajes, identifican a las mujeres como responsables del aborto si éstas se realizan intencionalmente para interrumpir el embarazo, por lo que las mujeres insistían en no saber del embarazo cuando ocurría la caída o realizaban trabajos pesados, y responsabilizan a la pareja de los corajes.

Frente a este discurso dominante, las mujeres establecían una estrategia justificadora al presentar una conducta no reprochable asegurando que *sí querían el embarazo* y, a pesar de su actitud ambigua, aseguraban no saber de éste cuando ocurrió la causa del aborto, la cual era presentada *como accidentes no intencionales*. Asimismo, los síntomas del aborto eran presentados como semejantes a la menstruación lo que justificaba su inmovilización y, respecto a las primeras acciones como sobos, tés, pastillas o inyecciones argumentaban que iban dirigidas a salvar el embarazo. Finalmente, después de elaborar estas estrategias dirigidas a contrarrestar su culpabilización social ante el aborto, la mayoría de las mujeres aseguraba que su embarazo y aborto eran pro-

ducto de una voluntad externa a la cual se sometían como parte de un mandato religioso. Este discurso social condicionaba la experiencia de su proceso de aborto; esto se evidencia tanto en la incorporación del discurso como en las estrategias de las mujeres para evadir la sospecha y la culpabilidad, sin negar el discurso dominante.

6

APOYO SOCIAL ANTE EL ABORTO

El aborto es un hecho que estigmatiza a quien lo experimenta por la sospecha de que puede haber sido inducido; este es el caso de las mujeres que acudieron al hospital público en demanda de atención por las complicaciones de un aborto. La dificultad para enfrentar públicamente un aborto inducido, en un país donde está penalizado, obligaba a las mujeres entrevistadas a presentarlo como un hecho espontáneo. Como acabamos de ver, la mayoría de las mujeres expresaba su desconocimiento del embarazo, e interpretaba la ausencia de menstruación como algo común debido a sus menstruaciones irregulares; los primeros síntomas del aborto, el sangrado y dolor, eran presentados como semejantes a una menstruación. Esta normalización y naturalización de los síntomas, presentados como no alertadores de signo de embarazo, normalizaba igualmente las acciones frente a éstos y, de esta manera, las mujeres expresaban no haberse movilizado hasta que la situación se tornó de gravedad, lo que les acentuaba los sentimientos de susto, temor, miedo y angustia.

A continuación se analiza la interrelación del aborto como suceso estigmatizante, en la movilización y obtención de apoyo de las redes sociales de las mujeres. En un segundo punto se

presentan las capacidades diferenciales para movilizar el apoyo social y otros condicionantes del contexto objetivo y subjetivo, así como la relación de las instituciones y los profesionales de la salud en la obtención del apoyo social, y en que éste sea efectivo, para surtir un efecto positivo en la salud de las mujeres. Por último, en un intento por recuperar la historia global individual en el análisis de la experiencia subjetiva frente al aborto, se analizan tres casos que presentan patrones diferentes en el manejo del aborto; y que condicionan las experiencias y riesgos para las mujeres que afrontan un aborto y que acuden a un hospital público.

EL ABORTO COMO CONDICIONANTE DEL APOYO SOCIAL

La sospecha de que el aborto puede haber sido inducido —lo que atenta contra las leyes y las normas sociales— generaba determinadas actitudes tanto entre los integrantes de las redes sociales de las mujeres entrevistadas con capacidad para dar o movilizar apoyo, como entre los integrantes del personal de salud que las atendía.

Embarazo social

El embarazo puede ser un asunto privado, conocido únicamente por la mujer embarazada y quizá la pareja o alguna persona de confianza, o bien pasar a ser ya un embarazo social,⁶³ de modo que la mujer lo hace visible a todas las personas de su red social. El desconocimiento o la invisibilidad social del embarazo en este grupo de mujeres era un elemento que retardaba la atención y

⁶³ R. S. Miller (1978) hace un análisis de cómo un evento fisiológico como el embarazo es construido socialmente y de cómo este proceso de embarazo fisiológico a embarazo social, se da en forma diferente según su origen.

la recepción de apoyo. Cuando el embarazo no era socializado, en ocasiones estratégicamente ocultado, la recepción del apoyo ante problemas que se presentaban se veía dificultada o retardada, aunque existiera una estructura y un funcionamiento de la red social que lo permitiera. En esos casos, ante los síntomas de aborto, se requería de una búsqueda y demanda activa del apoyo social, lo que no siempre ocurría.

Cuando el embarazo era socialmente devaluado, como es el caso de los embarazos en adolescentes o en mujeres solteras, con frecuencia las mujeres retardaban o evitaban que éste fuera conocido, negándolo incluso ante sospechas de evidencia. Asimismo, cuando además el embarazo era percibido como un abuso de la confianza depositada por los padres sobre su comportamiento ajustado a las normas, las mujeres, principalmente las jóvenes, lo ocultaban. La confianza en estos casos se convertía en un elemento de control, de manera que al pasar los padres el control a las hijas, éstas debían comenzar el ejercicio de autocontrol por sí mismas. Una adolescente soltera de 16 años expresaba el temor de que el conocimiento del embarazo por parte de la madre pudiera acarrearle consecuencias de violencia, golpes o expulsión de la vivienda, como vemos en el siguiente testimonio:

- *Mi mamá se estaba dando cuenta que yo no reglaba, ya después yo le dije que estaba embarazada. Me preguntó que de quién era y yo no le quería decir [...] Tenía miedo y por eso yo no le había dicho nada a mi mamá [...] que me fuera a golpear o no sé, tenía miedo [...] Yo pensaba que de correrme me iban a correr, porque de golpearme no se iba a poder [...]*

- ¿Y cuando ya le dijiste a ella, qué te dijo, se enojó?

- No, no se enojó. [...] *Nada más habló conmigo ¿que por qué le había hecho eso?*

- ¿Y qué le dijiste tú?

- Yo *le dije que por tonta, yo la verdad pues me atonté* (E040).

Aunque esta joven señalaba que la madre no se enojó al conocer el embarazo, en este testimonio puede leerse el reclamo de la madre: su embarazo en situación de soltera era tomado como una afrenta personal. Y es que esta sociedad patriarcal pone en evidencia a las madres cuando las hijas transgreden las normas sociales: se responsabiliza a la madre por no haberle transmitido bien las normas de comportamiento social. También se ha de tomar en cuenta que el embarazo de una hija adolescente representa un problema de índole económico en la familia que, en general, es asumido por sus padres y finalmente el padre hace responsable a la madre por no cuidar de su hija. Esta desigualdad genérica en la forma de juzgar y crear responsabilidades se mantiene íntegra todavía en los grupos sociales más pobres y menos incorporados a los cambios sociales y culturales que, en estos aspectos, se han dado en las sociedades más desarrolladas, donde se ha modificado la valoración social del embarazo en una mujer soltera y se comparten más las responsabilidades entre hombres y mujeres, entre padres y madres. Así, ante el reclamo de la madre de que el embarazo era una afrenta para ella, esta joven afrontaba el problema con actitud de culpabilidad y devaluación personal, sin entender ella misma el proceso por el que se encontraba en esa situación, ni ser capaz de elaborar una explicación satisfactoria, una interpretación coherente.

Las adolescentes y jóvenes entrevistadas presentaban la actitud más cuidadosa para ocultar su embarazo en la familia, negándolo incluso. En esos casos siempre mencionaban que fallaron en la confianza depositada por la madre y en los consejos para evitar un embarazo. Además la mayoría mostraba condiciones de escasa o nula autonomía personal, con un índice de alta

marginación social, bajo nivel educativo, y cuando realizaban trabajos remunerados éstos eran de baja calificación, como trabajadoras del hogar, y sus escasos ingresos eran administrados por sus padres.

La dificultad para afrontar el embarazo ante la familia también se daba en adolescentes que vivían en unión libre con la pareja y compartían vivienda con sus padres. Es el caso de una joven de 14 años, cuya pareja tenía esposa e hijos en otra región del país. Ambos compartían la vivienda con la madre de la joven, quien mantenía su papel como hija en el apoyo a las tareas del hogar. La recomendación de la madre de evitar los embarazos, pero sin darle una prevención efectiva, terminó en un embarazo en el que a la joven —al sentirse responsable de haber fallado a sus consejos— se le dificultaba socializarlo con la madre, negándolo incluso hasta que éste fue evidente, como lo vemos en el siguiente testimonio:

No le quería decir (a mi mamá) porque pensé que se iba a enojar, hasta que me empezó a crecer la panza y ya se veía un poquito más. Luego él (pareja) le dijo. Y enfrente de mi marido, yo dije 'no es cierto' y él dijo 'no seas mentirosa ¿por qué no le quieres decir?'. Él le dijo 'sí es cierto, lo que pasa es que piensa que la va a regañar', y ella dijo 'ay ¿cómo la voy a regañar?'. [...] pensé que me iba a regañar [...] porque estoy muy chica todavía (E001).

En los testimonios de estas mujeres se repetían las recomendaciones de las madres a las hijas para evitar los embarazos ante condiciones “no favorables”, como el hecho de ser mujeres solteras, adolescentes aunque estuvieran casadas o en el caso de que los maridos estuvieran ausentes, como era el caso de una mujer que manifestó haber sido regañada por su madre, quien “se eno-

jó” con ella por no haber evitado el embarazo, por no seguir su consejo “te dije que te cuidarás” (E011).

La “ausencia” de la pareja corresponsable en el embarazo definía también el manejo de éste, en forma especial en los embarazos de mujeres solteras o separadas. Estas mujeres percibían que al sospechar del embarazo el varón desaparecía, eludiendo la responsabilidad y el compromiso, y que frente a estas actitudes la sociedad no mantiene la misma actitud estigmatizante que con la mujer. En este sentido, contrasta la exigencia social hacia las mujeres como responsables de los embarazos “devaluados” en el ámbito social, con la respectiva hacia los varones directamente responsables. El siguiente testimonio nos muestra la ruta crítica de una joven soltera ante un embarazo resultado de relaciones sexuales no protegidas, primero la búsqueda inicial del varón corresponsable cuando se presentó el problema y, segundo, la percepción de la huida del varón ante el embarazo:

- *Él no supo. Cuando lo quise ver de cómo me encontraba, ya no lo vi y después preguntaba por él y yo creo que... [...] Apenas nos íbamos a juntar pero después yo creo que desapareció, ya no lo vi. [...] Yo creo que se dio cuenta pero (pensó) ‘no, yo no voy a hacerme cargo de ese niño’ (E030).*

Cuando la pareja no se había establecido, como en este caso, y el varón desaparecía del escenario, es decir, se ocultaba de la mujer, se incrementaban los sentimientos de temor, angustia e incertidumbre sobre el futuro, así como la percepción de haber sido engañada por alguien que no quiso atender su responsabilidad en el embarazo. En esta joven de 17 años, a la ausencia de la pareja se le sumaba el temor de enfrentar las consecuencias que las reacciones de sus padres podían provocar, entre ellas la violencia o la exigencia de casarla con el joven que la había em-

barazado para así evitar la afrenta al honor de la familia. Así lo expresa en el siguiente testimonio:

- ¿Y les dijiste a tus papás que estabas embarazada?
- A ellos no. Les dije cuando ya estaba (muy grave)... *porque si ellos se daban cuenta, buscaban al muchacho* [...] Yo no quería que se dieran cuenta (del embarazo) [...] Ellos (padres) *me dejaron salir con quien yo quisiera* pero *si yo salía con algo de eso* pues yo *pienso que no les iba a gustar* [...] *ahí se casan*, y [...] pues pienso que iba a ser eso, por eso yo no les dije (del embarazo)...
- ¿Qué pensabas, si se daban cuenta?
- De que ellos *me pudieran pegar* o, por eso que hice, *me quisieran casar a la fuerza*.
- ¿Y tú no querías casarte?
- ¿Por qué? *Si él no más yo pienso que quería jugar conmigo*, porque cuando lo busqué, quise buscarlo y ya no, ya no... (E030).

Ante estos embarazos la primera propuesta que surgía y que aparecía inscrita en la racionalidad de muchas de estas mujeres era el casamiento, como señalaba esta joven: “ahí se casan”. La unión de la pareja era vista como una solución, especialmente para las jóvenes, tanto como un medio para afrontar el embarazo ante la sociedad, dignificándolo, como una forma de exigencia de asumir responsabilidades frente un embarazo que no evitaron. Asimismo, el casamiento “a la fuerza” era percibido como una penalización por la evidencia de haber tenido relaciones sexuales, aunque el varón no diera muestras de apoyo y reconocimiento y, además la joven mantenía una percepción totalmente negativa de éste, como se muestra en el testimonio anterior: “no más, yo pienso, que quería jugar conmigo”. El casamiento, como una salida al embarazo de jóvenes solteras, era

el pensamiento primario, no sólo por los padres sino por ellas mismas o sus amistades.

El temor a las reacciones más o menos violentas que podía provocar la noticia de un embarazo en adolescentes solteras o en mujeres separadas, los reclamos de la madre que percibía el embarazo como un agravio a su persona, a la confianza depositada en la hija, unido a la aceptación o imposición social del casamiento de las mujeres solteras como una reparación del error o mal comportamiento social, eran los elementos que retardaban, en muchas ocasiones hasta los momentos de extrema gravedad, la comunicación del embarazo a su red familiar o social.

Develando a la red: acciones ante el embarazo

El conocimiento del embarazo y de los síntomas de aborto por parte de algún elemento de la red social suponía, aparte de otras reacciones como el regaño, la realización de determinadas acciones de apoyo para la mujer. Cuando la persona a quien le comunicaban era parte de la red familiar, generalmente la madre y hermana en el caso de mujeres solteras, y también la suegra o cuñada si estaban casadas, ésta se convertía muchas veces en protagonista de la movilización de apoyo para la mujer, en la búsqueda de atención médica, el pago de ésta y en la compañía social.

El conocimiento del embarazo y de los síntomas del aborto eran el elemento básico para la movilización del apoyo. Como vimos anteriormente, la mayoría de las mujeres con embarazos no deseados, retardaba la comunicación de éstos hasta que percibían la gravedad del sangrado, la expulsión de elementos sólidos y lo inevitable de la atención médica. Una adolescente manifestaba que sólo cuando percibió la gravedad del sangrado le comunicó a su madre el problema, quien en ese momento la

movilizó al hospital público donde fue atendida, como expresa en el siguiente testimonio:

Cuando yo empecé así (el sangrado) no le dije a mi mamá. Le dije a mi mamá cuando ya estaba bajándome un chorro. Le dije y entonces mi mamá me trajo para acá (el hospital), me revisaron y me dijeron que me tenía que quedar internada (E040).

En general, los elementos familiares de la red social, esposo, madres y hermanas, eran los primeros en saber del embarazo y el aborto, y aunque les reclamaban por embarazarse y no mantener los “cuidados adecuados”, cuando ellas les hacían saber de los síntomas de aborto las apoyaban en la búsqueda de atención. El apoyo dependía tanto de la capacidad de los elementos de la red social para aportar recursos de información, económicos y de tiempo, como de las características del embarazo, deseado o no, y del estado civil de las mujeres, casadas, solteras o separadas. Las mujeres casadas con embarazos deseados eran quienes primero lo comunicaban y por tanto las que recibían apoyo en forma más temprana, por el contrario las mujeres solteras o separadas retardaban más la comunicación.

En el caso de las mujeres separadas o solteras se presentaban diferentes formas de manejo del embarazo, de acuerdo con las características individuales, familiares y de pareja, y desde sus posiciones diferentes frente al mundo. Las mujeres que presentaban mejores condiciones socioeconómicas, con un índice de baja marginación, con mayor nivel educativo y con un cierto grado de autonomía, que les confería una constitución social de la persona más fortalecida, enfrentaban el problema del embarazo de una manera más autónoma. Estas mujeres movilizaban el apoyo de la madre u otros miembros de la red social y mantenían una posición de olvido de la pareja cuando ésta desaparecía.

Por el contrario desde una posición en el mundo más subordinada, la forma de enfrentar el embarazo también era subordinada, estableciendo un proceso de negociación con la pareja en condiciones de precariedad y subordinación. Una mujer divorciada de 40 años y de alta marginación, que no había completado los estudios primarios, sin ingresos propios ni vivienda, intentó negociar con la pareja, con quien no convivía para que ésta lo apoyara incorporándola a su seguro social para la atención del embarazo y parto. Como podemos ver en el siguiente testimonio, esta mujer proponía una posición de total subordinación y secundariedad para tener una pareja y lograr así el derecho a la atención médica de la seguridad social:

- (La pareja) *me iba a ayudar*, [...] *mientras estaba así (embarazada)*. Me iba a ayudar económicamente [...] Dice que aunque sea poco: ‘pues ya ves que no gano hartó’ [...] *Yo le decía que aunque no se juntara conmigo*

- ¿Por qué? ¿Él no quería juntarse con usted?

- Al principio sí pero fue a su casa y *lo desanimaron sus hermanas* [...] Le dijeron que no, que como yo estaba grande (40 años) y él chico... Ya después ya no quiso [...] ya no se quería juntar [...] Yo le decía, ‘*pues no más siquiera* [...] (hasta que) me alivie, *para que me des el seguro*’. Le digo, ‘*ya después si quieres pues nos dejamos o a ver*. Dice ‘¿pero no dices que *para casarse* o para divorciarse, *tiene uno que pagar*?’ Le digo ‘pues pagamos entre los dos’. Y hasta ahora que *no lo podía convencer*, pero ya ahora ya, ya qué. [...] quería meterme al seguro *como concubina* y no, *no se pudo* (E039).

Aunque esta mujer señalaba que, en un principio, la pareja asumía una cierta responsabilidad en el embarazo, ésta era limitada tanto en la cantidad, “aunque sea poco”, como en el tiempo, “mientras estaba así (embarazada)”. A lo largo del proceso

negociador la posición de la mujer fue haciéndose más precaria, más subordinada, según se puede ver, desde el lenguaje utilizado hasta las demandas para “convencer” a la pareja. Incluso, la edad, mencionada desde una mirada que la devaluaba, era percibida como una limitante clave en la negociación ya que ella tenía más edad que él.⁶⁴ Finalmente, ella identificaba a la familia de la pareja como los responsables de la postura negativa de éste ante un matrimonio; la pareja no otorgó apoyo de ningún tipo en la atención del aborto.

Por otra parte, cuando esta mujer comunicó el embarazo a la madre, ésta también le reclamó por no haberlo evitado, etiquetándola también por su posición precaria en las relaciones sexuales. Y, como podemos ver en el siguiente testimonio, le aconsejaba el casamiento o la unión con la pareja:

- ¿Su mamá ya sabía?

- Sí. Yo le dije [...] ‘*Pues ahora te debieras de juntar, casarte*’, dice. ‘Así como andas enferma y ahora embarazada’. (E039)

En cuanto a las redes sociales no familiares, la mayoría de estas mujeres presentaba una red de amistades precaria lo que les dificultaba encontrar un confidente. Cuando las mujeres tenían redes de amistad más densas, las respuestas variaban de acuerdo a las características de la mujer y a la capacidad funcional de estas redes. Una adolescente soltera que temía enfrentar el embarazo ante sus padres, y cuya pareja había desaparecido, pero que con-

⁶⁴ Pierre Bourdieu (2000, p.52) plantea que la edad es uno más de los símbolos de la superioridad masculina en las relaciones entre hombres y mujeres, naturalizados e incorporados en los cuerpos, creando disposiciones tanto en los hombres como en las mujeres. De forma tal que, en este orden masculino, una unión que transgrede este orden a través de la edad invertida, sería contra la naturaleza.

taba con una red de amigas, buscó el apoyo de éstas para solucionar el problema del embarazo no deseado. En tanto esta red de amigas funcionaba en ambientes y conductas marginales, la solución propuesta por las amigas fue un aborto en condiciones inseguras y de riesgo, a consecuencia del cual ingresó en el hospital en condiciones de extrema gravedad por el proceso séptico, perdió su capacidad reproductiva y su vida estuvo en gran riesgo. Ella y sus amigas no contaban con recursos, en ocasiones ni para su hospedaje lo que las llevaba a dormir en los parques, la apoyaron con información y compañía en la demanda de un aborto inducido no médico aunque en condiciones de alto riesgo:

Me llevaron mis amigas con esa señora porque yo no la conozco. Yo pienso que ellas ya se lo han hecho [...] Quería 500 pesos (la señora) pero no le di nada porque le dije que iba a trabajar para eso [...] Iban mis amigas y a ellas las conocía (E030).

Aunque esta mujer contaba con una red de amigas accesible para la comunicación del embarazo (percibido como un fallo personal por haberle permitido a su pareja que jugara con ella) y que éstas le apoyaron aconsejándola que interrumpiera el embarazo y le brindaron información y acompañamiento, su apoyo fue negativo para su vida y su salud. En el grupo de mujeres entrevistadas, las acciones propuestas ante un problema de embarazo por los elementos de las redes sociales variaban de acuerdo con las capacidades y los recursos; y en el caso de las redes sociales marginales las capacidades de apoyo para la resolución del problema podían ser negativas, como en el caso anterior.

APOYO SOCIAL EN EL ABORTO: MOVILIZACIÓN Y RECEPCIÓN

En este contexto del aborto como hecho estigmatizante y oculto, además de las condiciones del embarazo, las características personales de la mujer —autonomía, autoestima, condiciones de migración y violencia, entre otras— y de su red social —tamaño, densidad, accesibilidad, características del vínculo, relaciones no conflictivas— definían las condiciones de la movilización y recepción de apoyo, tanto en términos de apoyo material —la búsqueda de atención médica o de la sobadora, el pago de los costos hospitalarios, los donantes de sangre— como de apoyo emocional a través del papel de confidente, consejero o de compañía social. Ante el comienzo de los síntomas o el agravamiento del aborto, las mujeres entrevistadas buscaban el apoyo de la persona de mayor confianza, generalmente la madre o la pareja, las cuales atendían los síntomas y se movilizaban para buscar atención médica o de servicios de la medicina tradicional. Esta trayectoria dependía de las experiencias y prácticas de la persona que les brindaba apoyo, así como de las mujeres que presentaban las complicaciones de un aborto.

Las mujeres que reunían las características de ser inmigrantes, no tener un trabajo remunerado, tener un índice de alta marginación y que además sufrían violencia de la pareja, presentaban redes sociales de una estructura muy precaria, de tamaño reducido, muy dispersas y cuyos integrantes contaban con escasos recursos económicos y de contactos sociales para ofrecer un apoyo efectivo ante el aborto. Estas mujeres vivían la experiencia del aborto como un hecho traumático, a veces en soledad, en un estado de angustia por su persona y la de sus hijos, y con gran riesgo para la salud y la vida. Su experiencia difería según contaran con personas en su red social con capacidad para otorgarle apoyo,

que estuvieran accesibles, que fueran percibidas en forma positiva por las mujeres y finalmente que fueran movilizadas por éstas.

Elementos estructurales y sociales que condicionaban el apoyo social

a) Mujeres inmigrantes

Cuando las mujeres no eran originarias de Cuernavaca, su experiencia de apoyo social ante un evento como el aborto variaba de acuerdo con el tiempo de residencia, el grado de integración social y la estructura y funcionamiento de sus redes sociales, especialmente la calidad de sus vínculos. Las mujeres que llevaban muchos años residiendo en Cuernavaca y presentaban redes sociales de mayor tamaño, menos dispersas, cuyos integrantes contaban con recursos de información y conocimiento para el manejo de situaciones adversas como el aborto, y con más y mejores contactos sociales resolvían el problema del aborto en mejor forma. Si la mujer era inmigrante pero la pareja era originaria de Cuernavaca la resolución del evento se veía facilitada, así como la disponibilidad y movilización de un apoyo efectivo por las redes sociales de la pareja. En estos casos, la experiencia de los familiares de la pareja, en general la suegra, para activar y lograr un mejor resultado de los recursos públicos disponibles, permitía un manejo más favorable del problema del aborto tanto por el conocimiento de las reglas y mecanismos internos de las instituciones como por la amplitud de su red social a través de conexiones con otras redes.

Estas últimas condiciones las reunía Laura (E045) de 22 años, de marginación social media, originaria del estado de Guerrero, quien vivía con su esposo y su hijo, no realizaba trabajo remunerado, tenía estudios de secundaria y presentaba una

estructura de su red social exclusivamente familiar, densa y con poca dispersión, pero que constituía una red de apoyo positiva, sin relaciones conflictivas. Esta mujer recibió el apoyo efectivo de la hermana, suegra y cuñadas, con apoyo físico en las tareas domésticas y cuidado del hijo, así como apoyo emocional y de compañía social. Su suegra fue un apoyo muy efectivo en la búsqueda de atención médica a través de una red de instituciones médicas privadas y públicas conocidas. Su vivencia del aborto, resultado de un embarazo deseado, se dio en condiciones de menor riesgo para su salud física, con apoyo material y emocional a lo largo del proceso, desde las primeras recomendaciones de reposo hasta su estancia en el hospital. Este apoyo disminuyó los riesgos del proceso, los sentimientos de angustia y dolor y permitió un proceso de recuperación más favorable.

Esta experiencia contrasta con la de otra mujer de inmigración reciente, donde las condiciones para el apoyo ante el aborto se dificultaban, especialmente porque no contaba con redes sociales accesibles para proveer apoyo. Adela (E014) de 20 años procedía del estado de Guerrero, donde seis meses antes dejó a sus dos hijos (de la pareja actual y de una unión anterior) con la abuela quien le apoyaba en el cuidado y la manutención de éstos, y llegó con su pareja en busca de mejores condiciones de trabajo. Aunque tenía dos familiares cercanos en Cuernavaca, una hermana y una tía, ella vivió su proceso de aborto en la soledad, ya que su pareja se ausentó después de haberse iniciado los primeros síntomas del aborto. La pareja, que había expresado dudas de la paternidad en el embarazo, le negó el apoyo que ella le demandaba y le recomendó que esperara su regreso, como lo refleja el siguiente testimonio:

Se fue (la pareja) [...] ya estaba sangrando, me dijo que me esperara hasta cuando él llegara [...] le dije ‘tengo *miedo*’. Le digo ‘te vienes

luego porque tengo miedo de que vaya a pasar algo. [...] yo estaba sangrando y no quería que se fuera. Me dio mucho coraje que se iba y me dejaba así sangrando. [...] Ahora que sepa que aborté va a estar bien enojado (E014).

Esta joven que vivía el aborto en la soledad del hospital todavía manifestaba preocupación por la posible reacción de la pareja al saber que había abortado. Antes de llegar sola al hospital, acudió con una sobadora, por recomendación de una vecina con quien mantenía un vínculo de conocimiento superficial, que no le solucionó el problema sino que se agravó. En esta situación de gravedad acudió al hospital “en un taxi”, señalando que aunque tenía una hermana en Cuernavaca no sabía cómo localizarla, además de que la hermana no sabía del embarazo, como lo expresa en el siguiente testimonio:

- Una hermana también vive en la casa (de la tía) pero como andaba trabajando [...] Venía sangrando ¿cómo iba a ir? No sé donde trabaja. [...] (ella) no sabía que estaba embarazada [...] nadie sabía que estaba embarazada, nada más una amiga (E014).

Por una parte, que la pareja no asumiera la responsabilidad y la abandonara cuando ella le solicitó apoyo y, por otra, la inaccesibilidad geográfica y de información de los pocos elementos de su red social, condicionó la vivencia del aborto. En el hospital, donde enfrentaba sola su proceso de aborto, su angustia se centraba en cómo solucionar la salida del hospital y regresar a su ciudad, ya que no tenía dinero para pagar el hospital ni la pareja se había presentado. El siguiente testimonio da muestra de la angustia de esta joven sola sin posibilidad de obtener apoyo:

- ¿No tienes a quien pedirle ayuda?

- Pues ahorita no, solamente él (esposo), pero él no está aquí [...] le iba a decir (a la trabajadora social) de eso, que traía como cien pesos, si me dejaba salir y conseguir dinero, a ver si mi hermana tenía [...] con mi tía sí me llevo bien, no muy bien [...] pero no está (E014).

Estos dos casos de mujeres inmigrantes presentan experiencias contrastadas de los procesos de aborto, de acuerdo con la estructura y funcionamiento de sus redes sociales. Una de ellas con una red, exclusivamente familiar, de tamaño mediano, accesible y cuyos integrantes contaban con recursos de información, manejo, y prácticas para otorgar y demandar apoyo tuvo una vivencia del aborto relativamente tranquila, con menos angustia y riesgo. Por el contrario, la otra mujer de inmigración reciente que presentaba una red precaria e inaccesible no logró movilizar el apoyo, incluso cuando lo solicitó le fue negado, vivió su proceso con gran angustia y soledad, y con mayor riesgo para su salud y su vida.

b) Mujeres que sufrían violencia

La presencia de violencia doméstica conformaba experiencias más negativas en la vivencia de los procesos de aborto, tanto porque estas mujeres estaban más aisladas y presentaban redes más precarias, como porque a ello se sumaba su condición de inmigrantes y de mujeres dependientes, sin trabajo remunerado, y la mayoría con índices de alta marginación social. La vivencia, en estos casos, variaba de acuerdo con el funcionamiento de la red social y con la capacidad para movilizar apoyo, incluso en redes sociales precarias.

Cuando las mujeres tenían algún vínculo efectivo en su red social y lograban activarlo, éste podía facilitar una solución con

menor riesgo para la mujer. En el caso de que la mujer no contara con vínculos que le brindaran el apoyo, su vida podía correr un gran peligro. Es el caso de una mujer que desde hacía ocho años sufría violencia de la pareja y que, aunque se encontraba con sangrado intenso y desvanecimientos, su red más cercana, tres vecinas y una tía, no actuó en forma efectiva, no intervinieron ni le brindaron mayor apoyo. La mujer manifestaba la existencia de vínculos tensionales con algunos integrantes de la red social. Asimismo señalaba que la violencia de la pareja era un obstáculo en sus relaciones sociales y que algunos contactos solamente eran accesibles para ella pero no para la pareja. Su percepción sobre la disponibilidad de apoyo era de precariedad, de no tener a nadie en quien encontrar apoyo, de que nadie la quería ayudar, lo que unido a la condición de inmovilidad con el sangrado derivó en una atención del aborto tardía que puso en grave riesgo la vida de la mujer.

En otras ocasiones, las mujeres que sufrían violencia contaban con vínculos efectivos, con elementos en su red social que les brindaban apoyo, ya fuera en forma temporal u ocasional por la inaccesibilidad geográfica, y entonces las condiciones de resolución del problema mejoraban. En este caso, una mujer de 26 años que había demandado a la pareja ante la justicia, y aunque manifestaba una experiencia negativa con el apoyo institucional en relación con la violencia de la pareja, mantenía una actitud activa para demandar ayuda y salir de un problema que ya le había provocado dos abortos. Esta mujer que presentaba una experiencia del proceso de aborto diferente al anterior, recibió el apoyo de su madre que accidentalmente se encontraba en Cuernavaca y, al tener conocimiento de los síntomas de sangrado, le otorgó apoyo material para movilizarla al hospital, y emocional por medio de su compañía. La propia experiencia y manejo de situaciones adversas de violencia doméstica de la madre, fue

utilizada para el apoyo a la hija e incluso, después del aborto, la madre la apoyó para que abandonara a la pareja.

En estos dos casos, ambas mujeres inmigrantes y con índices de alta marginación presentan experiencias diferentes del proceso de aborto, asociadas con el funcionamiento de sus redes sociales y con una capacidad para movilizar apoyo también diferente. Aunque ambas presentaban redes sociales con estructura muy precaria, el funcionamiento de éstas era diferente en la calidad de los vínculos y en la existencia de elementos con capacidad para otorgar apoyo. En el primer caso, la mujer tenía vínculos accesibles geográfica pero no emocionalmente, ya que eran vínculos conflictivos o negativos y no le brindaron el apoyo requerido, como consecuencia ella vivió un proceso de aborto con casi nulo apoyo material y emocional lo que además representó un gran riesgo para su vida. En el segundo caso, la mujer tuvo la oportunidad del apoyo brindado por su madre que ocasionalmente estaba en Cuernavaca, lo que le facilitó un proceso de aborto mas rápido y emocionalmente más confortable, y con menor riesgo para su salud.

c) Mujeres con embarazos socialmente devaluados

Las condiciones para la movilización y recepción de apoyo a lo largo del proceso de aborto se complicaban cuando las mujeres tenían embarazos no deseados con parejas no establecidas. Por ello, las mujeres enfrentaban los procesos de aborto en condiciones de mayor riesgo, ya que muchas veces ocultaban su embarazo hasta situaciones de máxima gravedad creadas por las complicaciones derivadas del aborto, especialmente, si era una interrupción provocada en forma clandestina. Este era el caso de una adolescente que vivía con los padres y temía comunicar el embarazo, y que recibió el apoyo de su red de amigas para

inducirse un aborto clandestino en condiciones inseguras. El apoyo de éstas estuvo relacionado con formas de respuesta en condiciones de pobreza y marginalidad, derivadas tanto de recursos económicos escasos como de recursos sociales precarios. El temor de enfrentar la situación con los padres hizo que ocultara su estado infeccioso y séptico, sin demandar apoyo, hasta límites de riesgo extremo. El retraso en la movilización tuvo consecuencias extremadamente graves, ya que estuvo en riesgo de morir, le realizaron la extracción de su aparato reproductor —matriz y ovarios— vivió la marginación y segregación, en el cuarto séptico del hospital público y en su paso por el hospital privado, además del impacto en su identidad de mujer, lo que le originó un estado de angustia y depresión, como lo vemos en el siguiente testimonio:

...me quisiera morir, no quisiera salir adelante de ellos (los padres) [...] Ya no quiero vivir sin mi matriz. [...] ya no quiero, que ya no me recuerden nada de lo que pasó. Me duele pues haber hecho todo lo que hice (E030).

La experiencia de otra joven adolescente de 16 años, trabajadora doméstica sin completar los estudios primarios, soltera y que vivía con sus padres, es otra muestra del drama que enfrentaban estas jóvenes. En este caso la situación se agravó además por la identidad devaluada, las experiencias de agresión en las relaciones con compañeras de colegio y con familiares, las tías, que le creaban un estado de baja estima y de autoagresión personal. La vivencia del aborto aumentó su devaluación, el embarazo lo vivía como una falta contra su madre, como un hecho que le confirmaba su identidad devaluada. La pareja había emigrado y roto su relación con ella, y los otros vínculos familiares le generaban tensión en lugar de apoyo. De esta manera, el escaso apo-

yo y las tensiones generadas por el conocimiento del embarazo y el aborto dentro de la red social le enfrentaban a una experiencia totalmente negativa, en el nivel no solo físico sino psicológico y emocional. Esta joven no deseaba ver a sus tías que llegaron a visitarla al hospital, no confiaba en nadie y expresaba también deseos de no seguir viviendo, como lo muestra el siguiente testimonio:

- Me siento muy sola [...] Quisiera acostarme a dormir y ya no despertar [...] Hay veces que digo, ojalá me muriera. Luego yo le pido a Diosito que me lleve, que me lleve con él (E040).

Esta misma vivencia se repetía también en el caso de una mujer separada de 40 años, con experiencias de violencia, maltrato y agresión en sus uniones anteriores, con quienes tuvo hijos y se los arrebataron en la separación de sus parejas. Aunque recibió apoyo material en la búsqueda y pago de la atención por parte de la cuñada y hermano con quienes vivía, expresaba sentimientos de aislamiento, de falta de apoyo emocional, de un lugar en el mundo. Las experiencias de estas tres mujeres son vivencias de depresión, angustia, anulación, pérdida de identidad y de ganas de vivir.

Estos tres casos ponen de manifiesto las dificultades especiales que enfrentaban para la movilización y recepción de apoyo cuando se daban condiciones adversas para los embarazos, cuyo caso más extremo eran las mujeres solas. La presión social negativa a estos embarazos imponía el ocultamiento y esto impedía la movilización oportuna de apoyo en la solución de los problemas del embarazo y el aborto. De esta manera, con apoyos escasos y tardíos, las experiencias de estas mujeres fueron extremadamente negativas y tuvieron consecuencias negativas en su salud sexual y reproductiva.

d) Mujeres con autonomía

Cuando las mujeres tenían mayor autonomía y estaban incorporadas en el mercado laboral —lo que les aportaba recursos propios y más relaciones sociales— enfrentaban el aborto en condiciones diferentes, aunque no siempre efectivas y sin riesgo. Estas mujeres presentaban un índice de marginación social bajo o medio y todas ellas tenían estudios de nivel técnico o superior lo que les confería mayor capacidad de manejo de su vida diaria, así como un mayor grado de exigencia y autonomía, aunque no todas realizaban un trabajo remunerado.

Este era el caso de una estudiante de 22 años, con una vida personal de alta autoestima, con un proyecto de vida de superación personal basado en su propio esfuerzo y con capacidad para enfrentar situaciones difíciles. Sus redes sociales eran amplias y heterogéneas, con vínculos fuertes pero muy dispersas, en diferentes estados del país y del extranjero donde vivían sus padres y hermano. No recibió apoyo de la pareja, un varón que no asumió su corresponsabilidad en el embarazo. Dado su comportamiento autónomo e independiente, no movilizó el apoyo hasta que se vio forzada a ello y vivió dos veces la experiencia de rechazo en el hospital, por no contar con recursos económicos hasta que finalmente una amiga le prestó dinero. Aunque la mujer tenía una gran experiencia y capacidad para enfrentar problemas y moverse en estos ámbitos, su atención se retardó poniendo en riesgo su vida. Al no ir acompañada durante el ingreso al hospital no recibió el apoyo emocional frente al trato segregacionista y culpabilizador que recibió en el hospital. La movilización tardía del apoyo, tanto por ser una persona con control de su vida y capaz de resolver sus problemas, como por las condiciones del embarazo que le confieren una identidad estigmatizada de madre soltera, como ella lo expresaba en varias ocasiones, tuvo efectos en su vivencia del embarazo y el aborto.

En otro caso, una mujer soltera de 25 años, incorporada en el mercado laboral, con gran autonomía en el trabajo, en su vida y en la resolución del embarazo y aborto enfrentó el proceso con apoyo de la madre y una vecina-amiga. Aunque vivía con su hijo en la casa de la mamá, ella era quien más aportaba al hogar. Ante los síntomas de aborto buscó el apoyo de su madre y amigas, demandando a cada una el tipo de apoyo, material o emocional, que consideraba le podían prestar. Recibió el apoyo de su madre para acompañarla al hospital y en el cuidado de su hijo, pero manifestaba que no deseaba la visita de sus hermanos mayores por la experiencia negativa durante su anterior embarazo como madre soltera. Desde su percepción, en esa ocasión no la apoyaron y por el contrario tuvieron un mal comportamiento, contrariamente a la continua actitud de apoyo de su madre. De esta manera, ella movilizó el apoyo de acuerdo con la percepción sobre la capacidad de los diferentes miembros de la red social. Identificaba incluso dónde y con quién contar para determinado apoyo dentro de una red social bastante heterogénea. Su identidad como persona de crédito en sus relaciones laborales, sus anteriores patrones le prestaban dinero cuando tenía necesidad, lo que le creaba unas condiciones personales que le facilitaron una experiencia del aborto con menos angustia, aunque no sin riesgo pues ingresó por segunda vez con un proceso infeccioso debido a que en un primer legrado quedaron restos placentarios.

Ambas experiencias suponen un manejo más autónomo del aborto y una clara identificación y movilización del apoyo requerido, en el momento que lo consideraron necesario. La primera, con una posición de gran autonomía e independencia pero con una experiencia negativa por la movilización tardía del apoyo, experimentó el maltrato en la atención hospitalaria. Esta mujer señalaba que no pudo tener el apoyo de las amigas emocionalmente más cercanas por la urgencia del proceso y la lejanía de

éstas: “fue tan rápido ayer, yo ya no le pude hablar, de lo contrario sí hubiera venido (mi amiga) porque me dijo cualquier cosa me hablas” (E013). En el segundo caso, la mujer tenía una red social menor pero totalmente accesible, e identificaba los vínculos negativos o conflictivos evitándolos para que no le crearan mayor tensión emocional. Ella obtuvo el apoyo emocional y material para la atención del aborto aunque experimentó problemas derivados de la atención y actitud del personal de salud en un hospital público ante una mujer soltera que presenta un aborto, lo que tuvo consecuencias adversas para su salud.

Percepciones del apoyo

La comunicación del problema del embarazo y el aborto y la demanda de apoyo generaban, como hemos visto, actitudes y acciones tanto positivas como negativas en los diferentes miembros de las redes sociales de las mujeres. Asimismo, las mujeres manifestaban diferentes percepciones sobre el apoyo recibido, una percepción positiva y obtención de apoyo efectivo, “tuve apoyo de todos” (E007), por parte de algunas de las mujeres entrevistadas, otras que tenían una percepción negativa respecto a la disposición para otorgarles apoyo y mantenían una actitud preventiva de no demandar apoyo a determinados miembros de la red, ante el dolor o tensión que les producía una posible respuesta negativa, y finalmente las mujeres que aunque demandaron apoyo éste les fue negado.

Un ejemplo de percepción positiva respecto al apoyo, material y especialmente emocional recibido, nos lo daba una mujer de 24 años, madre soltera con una hija, que convivía en unión libre con la pareja de la que se embarazaba por primera vez. Esta mujer contaba con una carrera comercial, aunque en esos momentos no se hallaba incorporada al mercado laboral, sí lo

estuvo desde su adolescencia, y presentaba una constitución muy estructurada de su persona. Aunque manifestaba que la causa del aborto había sido un coraje con su esposo y la realización de tareas pesadas, posteriormente expresaba sentimientos de bienestar por el apoyo recibido de parte del esposo y de la madre quien ocasionalmente se encontraba en Cuernavaca. Esta mujer percibía como positivo el apoyo recibido y reconocía que esto era lo que le iba a ayudar a superar la experiencia, como lo vemos en el siguiente testimonio:

Yo sé que, por ejemplo, llegando (a la casa) voy a contar con el apoyo de mi marido [...] El apoyo más grande [...] el de él (pareja), así yo siento, para mí el apoyo de él y el de mi mamá van a ser los más importantes y afortunadamente está ella, mi mamá, aquí. Entonces, es lo que me va a ayudar más el apoyo de los dos y de mi hijo, pues a pesar de que está chiquito se preocupa por mí, nada más me ve y me dice ‘¿estás malita, qué tienes, te duele?’ (E007).

A lo largo del proceso de embarazo esta mujer había recibido apoyo de parte de la red de amistades, cuatro amigas con quienes compartía tiempos de esparcimiento, y con quienes de acuerdo con la edad y experiencia sexual, matrimonial y familiar mantenía diferente nivel de relación, “es diferente la relación”. Con las amigas mayores que “tienen digamos más experiencia en el asuntito del matrimonio”, compartía confidencias, “opiniones y experiencias” y con las más jóvenes que estaban solteras “cortoreos” y consejos. Estas amigas habían sido sus confidentes del embarazo, “te emocionas y lo comentas, para ti es algo pa-drísimo, quieres compartir, o sea, que sepan las personas a las que tú aprecias, que compartan contigo esa alegría” (E007). No obstante, todavía no les comunicaba el aborto porque manifes-

taba un deseo de soledad y apoyo de la pareja para compartir la tristeza y el dolor:

...aborita lo que más quiero es estar sola, o sea, lo que más. Aborita no me late ir a ver a mis amigas, no, prefiero estar sola. Yo siento que es un momento muy tuyo, que tú quieres, tal vez compartir nada más que con tu pareja, desde ese momento, sentirte apoyada por él (E007).

Asimismo esta mujer contaba con un confidente del sexo masculino, con quien compartía el gusto por la música, la lectura, comida, películas, según sus palabras, “es de los pocos amigos hombres que te echan la mano, así sin...” (E007). También con él había compartido la alegría del embarazo y aunque no le había comunicado del aborto percibía que tendría un apoyo emocional positivo de su parte, compartiendo la tristeza, como vemos en el siguiente testimonio:

...él (mi amigo) lo va a sentir (el aborto) tanto como nosotros. También compartir con él, más que nada sentir su apoyo [...] (él) sí sabía (del embarazo), nos echó muchas porras y toda la cosa (E007).

La presencia de una red social amplia y heterogénea, con vínculos de calidad que le brindaban bienestar y confortabilidad, le facilitaron la vivencia de un proceso de aborto, aunque doloroso, con menor nivel de angustia y soledad, percibiendo el apoyo, la compañía y el dolor compartido como el mejor medio para superar estas experiencias.

En otros casos, las mujeres señalaban que sí habían percibido apoyo en alguna parte del proceso, e insistían en que un apoyo básico para su recuperación era el de la pareja en los momentos posteriores al aborto y en el regreso a casa. Una mujer, que señalaba a la pareja como la causante del aborto, por el

coraje debido a su ausencia nocturna sin explicaciones, manifestaba que posteriormente recibió apoyo de ésta para la búsqueda de atención médica en el momento en que se encontraba grave por la pérdida de sangre y que, finalmente, fueron los reclamos y exigencias de su esposo ante los servicios de salud los que le facilitaron su acceso. Esta es también una muestra del papel que cumplen las redes de apoyo como defensoras de los derechos de persona vulnerables, como son las mujeres que llegan con complicaciones de un aborto a los servicios de urgencias de un hospital público.

Asimismo, esta mujer se mostraba satisfecha del apoyo de la pareja después del aborto, quien buscó que se mantuviera en reposo, sin preocuparse por el cuidado de las hijas, como lo vemos en el siguiente testimonio:

El primer día ni siquiera me dejó levantar, mi esposo, a que le hiciera de comer, de almorzar, sino que fue y, como la niña ésta vive aquí arriba, le fue a decir a la señora que la dejara venir a ayudarme [...] Ha estado llegando temprano y las saca (a sus niñas) un ratito a la calle. ‘Para que descanses un ratito de ellas’ me dice [...] las lleva con mi mamá, con su hermana... (E017).

Dado su papel de dedicación exclusiva al hogar, esta mujer se mostraba agradecida por comportamientos de apoyo y cuidado, como procurarle el reposo evitándole tareas, con el apoyo de las redes vecinales y familiares. La percepción de atenciones, consejos o sentimientos compartidos se expresaban como los elementos más importantes para el bienestar y la recuperación, incluso cuando se proporcionaban desde áreas lejanas como en el caso de una joven cuyos padres residían fuera del país pero que por vía telefónica le brindaron apoyo emocional y consejos ante el embarazo. Esta joven percibía que contaba también

con su apoyo económico si fuera necesario, así como el apoyo emocional que le trasmitían a través del contacto telefónico. No obstante, señalaba un apoyo negativo de parte de la pareja, quien la dejó sola con su embarazo. Quizás por esta experiencia de abandono, esta joven valoraba especialmente los apoyos que le brindaron los demás integrantes de su red social, y mantenía una percepción positiva de la capacidad de ésta para brindarle apoyo, argumentando que la inaccesibilidad geográfica de la mayoría de elementos de la red fue una limitante.

La red social de apoyo, para algunas de estas mujeres pareciera ejercer un papel sustitutorio de una responsabilidad de bienestar que no es provista por las políticas sociales del Estado mexicano, y que se expresa en la inaccesibilidad a servicios de salud, en especial, en los grupos más marginados que no cuentan con recursos para el transporte, ni para el suministro de materiales sanitarios para la atención, y que viven en lugares peligrosos e inaccesibles, especialmente en las emergencias nocturnas. No obstante, no todas las mujeres entrevistadas contaban con una red social con capacidad para brindarle apoyo efectivo, o bien no fueron capaces de movilizar el apoyo.

Algunas mujeres mostraban una percepción negativa respecto a la disponibilidad de los miembros de su red social para otorgar apoyo y señalaban la actitud negativa de éstos para ayudarlos cuando los habían necesitado. En ocasiones esta percepción negativa iba unida a sucesivas experiencias de demanda y recepción de apoyo en diferentes momentos de su vida, pero que mantenían una posición crítica al no lograr satisfacer sus demandas. Es el caso de una mujer que criticaba las actitudes de familiares y vecinas, aunque relataba toda una experiencia de vida sostenida con el apoyo de personas de su red social, familiares que le habían brindado sus viviendas y vecinas que le habían apoyado con comida, información, consejos, compañía, dinero y enseres

para el hogar. Esta mujer, que señalaba la negativa de apoyo por parte de algunos integrantes de su red social, vecinas y cuñados, relacionaba esta negativa con la escasez y falta de recursos de algunas de estas personas para brindarle apoyo, así como por la actitud negativa de otros integrantes de su red social, como podemos apreciar en el siguiente testimonio:

- Ayer mandé traer al menos una hermana mía. Vi una señora de C (su localidad) y le dije *'por favor, dígame a mi hermana que venga, que es que estoy enferma y que venga por favor'*. Dice que le dijo pero que no quiso venir-se. Entonces, cuando nosotros los necesitamos, no están con nosotros [...] él (esposo) tiene un hermano nada más pero también es bien pobrecito, o sea, que no nos podría echar la mano (E031).

En ocasiones, las mujeres señalaban que algunos integrantes su red social no eran percibidos como un posible apoyo en un momento de necesidad debido a que mantenían actitudes de superioridad y de humillación frente a ellas, por sus condiciones de vida precarias. Así se expresaba una mujer, viuda reciente, quien a través de su hija movilizó en la noche el apoyo de su amiga y vecina para acudir al hospital, pero que cuando notificaron a su hermano de su estancia en el hospital éste argumentó falta de tiempo para ir a visitarla:

Ayer que vino él (cuñado), que *pasa a avisarle con mi hermano y que no tenía tiempo [...]* es que es muy, muy, chocante, sí, *quiere ¿cómo se dice? sobajar a la persona que es pobre pues se siente de mucho dinero* (E053).

Además de estas actitudes negativas, en algunas personas integrantes de las redes sociales de las mujeres, relacionadas con la posesión o no de recursos, las mujeres mencionaban otros obstáculos que, desde su percepción, intervenían en la posibilidad

de brindar o recibir apoyo, desde sentimientos de culpabilidad, hasta otras cuestiones relacionadas con el proceso de aborto, como la emergencia y la comunicación. Una mujer mencionaba que seguramente su madre y hermanas no acudieron a visitarla al hospital por un sentimiento de culpabilidad relacionado con el hecho de que su aborto se había iniciado en la casa de la madre, después de que le llevaron a atenderse con una sobadora, tal como lo muestra el siguiente testimonio:

No me han de querer venir a ver por pena, porque pues estaba ahí en la casa y de ahí me sentí mal. A lo mejor ellas se sienten culpables de lo que me pasó pero yo no culpo a nadie (E004).

A pesar de que en ese momento ella aseguraba que no responsabilizaba a nadie, a lo largo de toda la entrevista señalaba a la suegra e incluso a la pareja de ser los culpables del aborto porque no deseaban al bebé. Esta mujer mantenía una actitud de denuncia contra la pareja y la suegra con quien convivían, porque no le permitían mantener relaciones sociales con las vecinas, lo que generaba conflictos en la pareja. Estos vínculos conflictivos creaban un ambiente poco favorable para la movilización y recepción de apoyo social.

En otros casos, las mujeres señalaban que no le comunicaron el problema del aborto a algunos integrantes de la red social para evitarles una preocupación, pero también para no recibir reclamos ni cuestionamientos por la interrupción de su embarazo, lo que impedía la recepción del apoyo de éstos. Así lo muestra el testimonio siguiente:

- Ellos (los papás) no saben que estoy aquí (en el hospital) [...] no les avisaron, más que nada porque mi mamá luego se preocupa y empieza a llorar. Luego dice, no pues, no te cuidaste, o qué cosa, qué hiciste, o qué te dijeron

para que te pusieras así. La verdad no, no, casi no preocupo yo a mis papás [...] ellos me apoyan cuando yo necesito algo (E019).

Evitar la preocupación y el reclamo por el aborto, unido a la situación de emergencia con que se presentaba el problema, eran algunos de los obstáculos mencionados en la movilización y recepción de apoyo por estas mujeres. Otras dificultades importantes para movilizar apoyo eran las condiciones de escasez de recursos, la existencia de redes muy precarias, y la movilización en ambientes extraños y con capacidades disminuidas. Un caso extremo en este sentido es el de una mujer analfabeta de 32 años, procedente del área rural, quien presentaba dificultades para expresarse con fluidez. Su madre fue quien tomó el protagonismo ante la gravedad de su hija, ella fue también quien contestó a la entrevista, ante la angustia de su hija para comunicarse, así como a las dificultades de la pareja. La madre mencionaba dificultades especiales para moverse por el desconocimiento del ambiente urbano y de las instituciones, así como por no tener recursos:

- ¿Cómo le hicieron para salir de su pueblo y trasladarse?
- Su marido fue a ver a un muchacho que tiene una camioneta; *él nos llevó de aquí pa'llá; ahora, a ver cuánto nos va a cobrar, ya estoy endeudada [...]* (el marido) *también está medio tontito, como que no piensa bien. . . luego se ve la gente que no piensa bien . . . yo digo que es como un chamaco grande [...]* *Ya no tenemos dinero . . . yo le voy a hacer la lucha a la señorita* (la trabajadora social) *para que entienda mi situación, pero no me puedo mover porque no conozco a nadie, me siento perdida, como ciega (E026).*

Este es un ejemplo de la experiencia del aborto en una mujer con una inserción en el mundo totalmente marginal, sin recursos económicos ni sociales y con una identidad personal disminuida,

y también con una capacidad disminuida para enfrentarse con el mundo, únicamente se relacionaba con la madre y la pareja. Su ocupación y la de su marido eran de las más devaluadas económica y socialmente, trabajadores del campo por contratos diarios, según necesidad, por un salario de dos dólares diarios aproximadamente. Sumado a esta escasez de recursos, a esta integración social tan precaria de ambos, la madre, que asumió la dirección del proceso de búsqueda y atención, mostraba sentimientos de angustia por el hecho de moverse en un medio totalmente desconocido, en total aislamiento, “perdida, como ciega”.

En síntesis, son pocas las experiencias positivas de movilización y recepción de apoyo que sirven de contrapeso a la mayoría de las experiencias con el aborto. La mayoría presentaba dificultades para movilizar y recibir apoyo por parte de la pareja u otros familiares, lo que llevó a movilizaciones tardías y a negativas a la demanda de apoyo, o bien a apoyos precarios relacionados tanto con la escasez de recursos de sus redes sociales como con su débil inserción en el mundo.

INSTITUCIONES DE SALUD Y APOYO SOCIAL

En este grupo de mujeres entrevistadas —atendidas en los servicios de salud públicos por complicaciones de un aborto— que contaba con redes muy precarias, las instituciones de salud se constituían muchas veces en barreras que retardaban y hacían poco efectivo el apoyo. Aunque algunas mujeres expresaban una opinión positiva hacia la atención en el hospital, fueron comunes las percepciones negativas sobre el apoyo institucional, tanto por parte del personal de salud como por obstáculos administrativos que debilitaban el escaso apoyo que muchas de ellas recibían de sus redes sociales, así como por las dificultades institucionales para el acceso y comunicación con los familiares

u otros integrantes de sus redes sociales y el pago de los costos hospitalarios para la salida del hospital de la mujer.

Interacción con el personal de salud

La atención tardía, retardada y lenta, y la falta de atención de su dolor fueron los reclamos expresados por las mujeres entrevistadas. Excepcionalmente encontramos algún testimonio con una percepción positiva de su atención hospitalaria, de apoyo incluso emocional por parte del personal de enfermería, como lo expresaba una mujer de 24 años que presentaba condiciones sociales superiores a la mayoría —estudios profesionales de nivel medio y un índice de marginación social media— y con un embarazo deseado que ya había sido atendido previamente en los servicios de salud. Estas características personales —la capacidad para ejercer sus derechos— y del embarazo — que la hacían menos sospechosa de haberse provocado el aborto— previnieron el maltrato y favorecieron la atención. En el siguiente testimonio se puede apreciar la percepción positiva de la interacción con el personal de salud que la atendió en el hospital y el agradecimiento por el apoyo emocional brindado:

- ¿Y en ese momento, *cómo te sentías emocionalmente?*

- Mal, *estuve llorando todo el tiempo. Les agradezco a las enfermeras porque me estuvieron echando la mano de que no me agüitara, que pensara en el otro niño que tenía [...]. Ya no podía entrar él (esposo), en ese momento te encuentras sola, a pesar de que estás rodeada de gente, tú estás sola. [...]* Una de ellas (enfermeras) *me preguntó que por qué estaba llorando y yo le dije que por el legrado. Me dijo '¿qué por miedo o por qué?'. Le digo 'no porque pues lo estábamos esperando precisamente con gusto al bebé y perderlo es algo que te hace estar así. Me estuvo apoyando, me dijo*

que tratara de animarme porque me iba a hacer más daño a mí, que me preocupara también por el que ya tenía y mi marido (E007).

A la vez, esta mujer narraba la sensación de soledad que experimentaban las mujeres cuando ingresaban al hospital, en una situación física y emocional vulnerable, y eran separadas de sus acompañantes quedando entre personas desconocidas que, en ocasiones, las ignoraban o bien comenzaban a interrogarlas, reclamándolas incluso por sus crisis emocionales. En el anterior testimonio vemos cómo el interrogatorio de la enfermera buscaba identificar la causa del llanto y luego etiquetar, “por miedo o por haberse provocado el aborto”, y ante una respuesta que favorecía una identidad positiva de la mujer —“porque lo estábamos esperando”— la enfermera le brindó apoyo, aunque fuera con el mensaje de reprimir las emociones porque eran negativas para su salud.

Aunque esta mujer se mostraba agradecida y consideraba que el personal del hospital le brindó apoyo en esos momentos, manifestaba la dolorosa vivencia de este proceso, el dolor, el llanto, la reflexión todo ello en un ambiente extraño, de soledad entre muchos, y especialmente en un medio donde la pérdida del embarazo era vivida entre resultados exitosos de otros embarazos, entre la alegría de los nacimientos y los llantos de los recién nacidos. En el siguiente testimonio, esta misma mujer expresaba los sentimientos y angustias que esta situación le provocaba, y que finalmente la mayor satisfacción fue la visita de su pareja:

...me hizo pensar muchas cosas (la enfermera) pero, aunque las piensas, el dolor está ahí, no lo puedes evitar, yo seguía llorando o me quedaba simplemente callada, pensando nada más. [...] (en la madrugada) lo dejaron subir a él, a mi marido, para estar aquí conmigo y también eso me ayudó. Pero lo que sí te agüita es oír, por ejemplo, a los demás bebidos que

están chillando porque están recién nacidos y te acuerdas de lo que acabas de pasar, te agüitas bastante (E007).

Fueron comunes las quejas y opiniones negativas de la atención hospitalaria. Una mujer narraba que durante toda la noche sufrió un gran dolor en el hospital sin recibir ningún tratamiento ni medicamento para calmarlo, y esta misma mujer vivió la experiencia de ser rechazada dos veces antes de su ingreso. Cuando por fin ingresó, en el turno nocturno, el médico que la atendió le reclamó por el retardo en la atención, manifestando una opinión contra la actitud del médico que se negó a admitirla, al conocer las circunstancias de su ingreso. Esta mujer expresaba que los obstáculos y trámites durante una jornada entera provocaron la muerte del bebé, en un embarazo de 18 semanas de gestación.

La actitud de los médicos de negar o retardar la atención cuando una mujer acudía con un problema de aborto, por falta de recursos de la mujer, por la ausencia o carencia de médico o por la falta de material para la atención, junto con los discursos y prácticas regulatorias de los médicos, actuaban como desestimulantes para acudir oportunamente a los servicios de salud. Pero fue en los hospitales privados de asistencia social donde eran más graves las actitudes estigmatizantes, culpabilizantes y penalizadoras contra la mujer. En el caso de una adolescente que acudió por complicaciones de un aborto probablemente inducido (en la primera entrevista, ella señaló que había realizado acciones para interrumpir el embarazo) en estado de emergencia grave, estado séptico semiinconsciente a un hospital rural de beneficencia, el personal del hospital le obligó a “hincarse” ante la virgen. En el siguiente testimonio, su madre expresaba la experiencia de su paso por el hospital, donde tuvieron que soportar actitudes vejatorias y acusatorias, siendo obligados a hacer donaciones y postrarse ante una imagen religiosa antes

de abandonar el hospital, sin recibir atención, y ser referidos al hospital a Cuernavaca:

... dice (mi hija), *me llevaron a un cuarto . . . me hicieron bincar ante la virgen de Guadalupe, . . . me hicieron que me persigne y que me bingue [...] A nosotros (madre) nos obligaron*, cuando ya veníamos de salida [...] (nos dicen) *'pasen allí, a dar limosna con la virgen' yo obedecí* (E030).

Ante este maltrato del personal de la institución, la respuesta de esta madre, que presentaba un índice de alta marginación social y una baja capacidad personal para la exigencia de derechos, como la mayoría de las mujeres de este grupo, fue de obediencia, derivada de una posición subordinada en la vida, en el mundo, y como estrategia para evitar un mayor maltrato que afectara la posterior atención a su hija.

En ocasiones, también las mujeres presentaban experiencias previas negativas de la atención hospitalaria recibida en abortos anteriores, lo que les generaba una actitud contraria a la demanda y retardaban su llegada al hospital. Una mujer mencionaba su resistencia a acudir al hospital cuando los síntomas de aborto comenzaron a agravarse y su marido decidió llevarla al hospital, por el recuerdo que mantenía del sufrimiento, falta de atención y sentimientos de maltrato en un aborto anterior. Después de su atención en el actual legrado intrauterino, la mujer confirmaba de nuevo su experiencia negativa, con los servicios públicos de atención hospitalaria al aborto, y reclamaba por el retardo—cuando su estado era de gravedad—dejándola durante horas sin atención y en la angustia de perder la vida, en una situación de desvanecimiento y pérdida de sangre. Así lo muestra el siguiente testimonio:

...al hospital, yo no quería porque le decía (al esposo) que ahí no me trataron bien la primera vez. La primera vez que tuve un aborto y me hicieron el legrado y yo sentí muy feo, y le digo yo ya no voy a ir otra vez ahí [...] (Ahora) no me atendieron luego, luego. Dice mi esposo '¿cómo te atendieron?' Le digo 'ay, tardaron para que me atendieran, ya me había desesperado'. Luego me daban ganas de salirme. O sea, si estaba yo sangrando como agua y estaba yo sintiendo que todo se estaba dando así como vueltas y vueltas (E033-1).

La falta de atención clínica ante un estado que ellas perciben de extrema gravedad era una experiencia que se repetía en las mujeres entrevistadas, así como la desatención a su estado emocional ya que muchas mujeres presentaban crisis de llanto y angustia que, en la mayoría, fueron ignoradas. El siguiente testimonio refleja estas percepciones y problemas en la atención al aborto hospitalario:

El legrado, que me iban a hacer, tardaron horas para hacérmelo y yo estaba llorando ya del dolor, hasta que vieron que me estaba desangrando más (E049).

Otra cuestión, especialmente dolorosa porque afectaba directamente a sentimientos de dolor y pérdida del embarazo (todo aborto, provocado o no, es doloroso para las mujeres que lo viven) era la ausencia de sensibilidad o incluso agresión a las mujeres, cuando el médico llegaba a mostrarles el feto. Una mujer narraba que el doctor que le atendió le mostró el producto extraído y le preguntó si quería llevárselo. Esta mujer que expresaba un total desconocimiento de qué le habían realizado era agredida por el doctor mostrándole un producto fetal de menos de tres meses, tal como vemos en el siguiente testimonio:

- Nada más me quitó al bebé, me lavaron. La verdad, no sé ni qué me hicieron [...] dos meses y medio tenía [...] estaba chiquitito.
- ¿Usted lo vio?
- Yo lo vi. Me lo enseñó el doctor, hasta me dijo ‘¿la quiere?’ ‘No’ le digo.
- ¿Le dijo que si la quería?
- Sí, dice que si la quería ‘¿Se lo va a llevar?’ ‘No pues ¿para qué lo quiero?’ (E035A).

Esta pareciera ser una acción asociada con el papel de control social que ejercían los médicos, en este caso sobre las mujeres que llegaban al hospital para la atención de un aborto, que además no podían demostrar su deseo del embarazo, eran pobres, tenían baja capacidad para ejercer sus derechos y se encontraban en una situación totalmente vulnerable. Esta mujer manifestaba un sentimiento de respiro por haber salido con vida de una situación grave y quería olvidar este recuerdo doloroso, tal como lo expresan sus palabras: “yo no pienso nada; no, ahorita no quiero nada, ni en el panteón. Perdí mucha sangre, haga de cuenta que tuve un bebé” (E035A).

Obstáculos estructurales e institucionales para el apoyo

Los problemas de accesibilidad geográfica y económica, así como de resolución del problema en los diferentes niveles de los servicios de salud, que surgían en los testimonios de las mujeres, dificultaban la recepción de apoyo oportuno en las mujeres que acudían al hospital.

Los problemas relacionados con la resolución y estructura de los servicios de salud, referidos por las mujeres entrevistadas, generaban largos procesos de búsqueda para la obtención de atención médica a su problema, en condiciones de alto riesgo.

Una mujer narra la llegada al hospital después de pasar por dos centros de salud donde no fue atendida por ausencia de doctor y falta de instrumental. Solamente después de que la pareja reclamó a la doctora, quien se encontraba acompañada de una autoridad municipal, por desatender a una paciente grave con desmayos intermitentes, se movilizó una ambulancia para el traslado e ingreso al hospital, como lo muestra el siguiente testimonio:

... dice (mi esposo) *‘se va a morir aquí ella y ustedes no hacen nada’*. Se enojó mi esposo y ya fue cuando llamaron la ambulancia, y ya me llevaron en la ambulancia, *pero ya me había desmayado, me desmayé dos veces*. [...] (en el hospital) me revisó la de urgencias. *Fuimos a urgencias* y estaba otra señora, *y la bajó a esa señora y me subió a mí, ahí a la camilla que tiene, y que me revisa y luego, luego, me metió*. Dice *‘no, es más urgente ella’* porque ya vieron que yo llevaba el sangrado muy fuerte (E017).

La exigencia del derecho a la atención en una situación de extrema gravedad y ante una persona con autoridad agilizó el proceso de atención subsiguiente. La ambulancia acudió al lugar para atender la emergencia y esas condiciones de ingreso al hospital facilitaron la atención inmediata, retirando incluso a otra paciente de la camilla para que ella ocupara su lugar. Pero, como vimos, la mayoría de este grupo de mujeres presentaba características personales asociadas con una baja capacidad para reclamar el derecho de atención a la salud reconocido en la Constitución mexicana.

La inaccesibilidad económica, geográfica y estructural de los servicios de salud dificultaba el apoyo en este grupo de población de escasos recursos, incrementándose los riesgos de enfermedad y muerte, especialmente cuando la emergencia se originaba en la noche y las mujeres vivían en lugares apartados y sin posibilidad

de traslado. Así lo narraba una mujer de bajos recursos que, ante la urgencia, acudió con su esposo al consultorio del médico más cercano, una clínica privada, que le negó la atención por falta de recursos para el pago de sus honorarios y le recomendó acudir al hospital de Cuernavaca. Ante las dificultades -la falta de recursos y vivir en una zona peligrosa- para el traslado al hospital durante la noche tomaron la decisión de regresar a la casa y esperar al día siguiente para acudir al hospital, como lo vemos en el siguiente testimonio:

... el doctor de aquí no quiso hacer el legado porque llevaba (sólo) quinientos pesos. Le dijo que le dejara algo de valor para que regresara, para que pagara el dinero que faltaba, y mi esposo le contestó con la verdad. Le dijo 'la verdad no puedo, yo le voy a hablar sinceramente [...] (nos) regresamos otra vez, . . . por el transporte (colectivo) pues no había coches (taxis). Allá no pasan, pasan las rutas pero . . . nada más pasan hasta las nueve, y coches no pasan que porque seguido asaltan por allá (E019).

El ingreso de esta familia era de \$800 mensuales (aproximadamente ochenta USD) que difícilmente les alcanzaba para sobrevivir, por lo que los \$500 que llevaban era el máximo capital que podían juntar. Este es un ejemplo del sentido comercial de la medicina privada, aunque la mujer se encontraba en condiciones de extrema gravedad no fue atendida por no tener recursos suficientes para el pago del servicio. Por otra parte, los servicios de salud públicos, al no contar con servicios de emergencia —ambulancias— en las zonas más pobres y también las más necesitadas de atención médica, las convierten en inaccesibles para la atención de las emergencias médicas.

El problema de la falta de recursos se agudizaba en el momento del pago de la atención hospitalaria. Una de las barreras más importantes para retardar la demanda de atención era jus-

tamente la cuestión del pago de los costos hospitalarios, ya que para ello las familias debían localizar a una persona de la red social o a un prestamista que les apoyara. El pago de la atención hospitalaria, de los medicamentos requeridos por el hospital, de útiles de diagnóstico como el ultrasonido, más los costos del transporte constituían las necesidades más importantes para la demanda de apoyo material en estas mujeres, así como la información y los contactos sobre el lugar a donde acudir para atender su problema.

El pago de los costos hospitalarios, que representaba más de su salario mensual de supervivencia —en familias con varios hijos y un único ingreso— generaba una nueva situación de estrés en las mujeres ingresadas, ya que debían abonarse los costos hospitalarios para poder tramitar el alta hospitalaria de la mujer. El hospital les requería un pago en metálico y dos personas donadoras de sangre, como lo evidencia el siguiente testimonio:

... un hermano nos ayudó, nos cobraron \$550 [...] No nos bajaron nada porque no queremos llevar, dicen, donadores de sangre. Yo tengo artritis, mi papá ya es muy grande y mi hermano también está enfermo. Y entonces dijo la señorita que no nos podía ayudar en eso, que no teníamos a quien llevar para donar sangre y no se podía rebajar (E033-2) (testimonio del esposo).

Mientras las mujeres permanecían ingresadas, generalmente los esposos eran quienes se encargaban de conseguir el apoyo necesario para los diferentes pagos y requisitos del hospital. El apoyo se solicitaba a la persona de la red social, hermanos o amigos, que se le identificaba con capacidad para apoyarles con dinero o como donador de sangre. Las tarifas hospitalarias se ajustaban a una evaluación de la capacidad de pago realizada por la trabajadora social del hospital, por lo que frecuentemente los

esposos buscaban reducir el pago demostrando su incapacidad económica, mientras resolvían quien les apoyara en el pago, como lo podemos ver en el siguiente testimonio:

... Me dijo mi esposo que le dijeron (la trabajadora social) que le iba a hablar al Director General, a ver si le hacía el favor de que le rebajara, a ver cuánto se puede [...] Ahorita fue y me dijo que iba a ver a un amigo que trabaja, a ver si él le prestaba aunque sea algo, aunque se lo fuera desquitando poco a poco, aunque le vaya descontando a la semana porque solamente así (E054).

Los familiares, amigos, vecinos u otros integrantes de la red social eran referidos como las personas que les apoyaban pres-tándoles dinero, ajustándose, generalmente, a la devolución del dinero en las únicas condiciones posibles, en pagos semanales o quincenales según su sistema de recepción del salario, y de esta manera se reducía más su capacidad para el sostenimiento de la familia. En ocasiones, no encontraban en su red social la persona que les pudiera apoyar económicamente, y tenían que recurrir a algún prestamista que les cobraba altos intereses.

Como ya señalamos, el pago del importe del costo hospitalario era un requisito para que la mujer pudiera ser dada de alta, por lo que buscar al prestador se convertía en la principal ocupación para los esposos o persona que se responsabiliza del ingreso de las mujeres en el hospital. Esta tarea representaba un reto importante por la difícil situación económica de estas familias y de sus redes sociales, la mayoría de las veces sin posibilidades de aportar el más mínimo apoyo económico, y en estas ocasiones los patrones se convertían en los prestadores, descontándoles de su salario, siempre que el solicitante fuera persona de crédito. El siguiente testimonio nos presenta un caso donde el esposo relataba la sensación de angustia que vivió mientras

recorría los diferentes integrantes de su red social en busca del apoyo monetario:

... ahora que se puso mala, yo no sabía ni qué hacer, hablé con mis hermanos, ellos no me prestaron dinero, hablé con mi hermana y tampoco. Y pues ahora sí que no sé ni qué hacer. Hablé con la que trabajo y ella fue la que me echó la mano. Si ella no me hubiera prestado dinero, creo que todavía abí estuviera la señora, no la hubiera sacado pues ¿de dónde? (E035B) (testimonio del esposo).

Es decir, una vez superadas las dificultades para acceder a la atención hospitalaria las mujeres y sus familias enfrentaban los problemas para cumplir con todos los requisitos del hospital, lo que para sus condiciones de extrema pobreza representaba un objetivo, muchas veces, difícil de cumplir.

Aislamiento o “secuestro” de la mujer

Un aspecto, común en las mujeres entrevistadas, relacionado con la recepción de apoyo emocional y con la generación de estrés, era el aislamiento de la mujer en la sala hospitalaria donde estaba ingresada. Varias manifestaban que aunque llegaban familiares a visitarlas no podían subir a verlas. Este aislamiento incrementaba la inquietud sobre la situación de los hijos que debido a la urgencia de su ingreso no sabían si alguna persona se encargaba de su cuidado. Si antes de salir para el hospital tenían la oportunidad de encontrar una persona de confianza para que cuidara de sus hijos, se reducía la tensión creada por el aislamiento. Así lo refiere, en el siguiente testimonio, una mujer que buscó apoyo de su madre para el cuidado de su hija, como vemos en el siguiente testimonio:

- *Ahorita yo estoy acá arriba, no sé qué pase abajo. No sé ni dónde está mi hija, pero yo sé que está en buenas manos. Esperamos en Dios que todo salga bien* (E020).

De esta manera, muchas veces se retardaba la búsqueda de atención médica hasta que lograran movilizar apoyo para el cuidado de los hijos. Éste era un apoyo esencial que, dada la situación de emergencia en que acudían al hospital, no siempre lograban solucionar por lo que la situación de aislamiento en el hospital, en ocasiones más de 24 horas, les generaba una tensión adicional. En el siguiente testimonio, una mujer mencionaba cómo la demanda de atención médica se retrasó hasta los momentos de gravedad por la dificultad de encontrar a una persona para el cuidado de los niños y que ésta era su única preocupación:

... los niños no hay con quien los dejemos aquí. Nos íbamos a venir al hospital pero le digo (a mi esposo) '¿los niños con quien los vamos a dejar? En caso de que siga mal pues nos vamos, los dejamos, ya ni modo, se los encargamos ahí a una vecina, si no nos esperamos hasta que amanezca' [...] Ya nos dio miedo y me dice mi esposo 'vámonos, hay que encargarle a la vecina los niños, vámonos'. Nos vinimos a esa hora y él se quedó aquí toda la noche (E031).

La persona acompañante en el ingreso al hospital debía permanecer atenta a los altavoces para cumplir los requerimientos del hospital —medicamentos u otro material— y si el ingreso era nocturno no podían regresar para ocuparse de los hijos, los que en ocasiones quedaban solos en la vivienda, en zonas peligrosas. No obstante, los acompañantes no siempre eran informados del proceso de atención de la mujer, ni sabían dónde se encontraba por lo que resultaba difícil que pudieran prestarle apoyo emocional y compañía. El siguiente testimonio nos muestra la

desinformación de la mujer y los familiares sobre el proceso de la atención en el hospital:

- ¿Y a usted señor, le explicaron qué tenía su esposa, qué le iban a hacer, alguna enfermera habló con usted?

- No, *no me dijeron nada, no más me dieron este papel y me pidieron dos donadores de sangre, es todo lo que me pidieron. No me dijeron si ya no estaba en aquel lado de urgencias, ya no me dijeron nada.* Ya me di cuenta hasta el otro día porque ese mismo día yo fui en la tarde . . . pero no me dejaron entrar hasta el otro día (E035B).

En algún caso, con apoyo del personal de salud, generalmente la enfermera, la pareja era informada y le permitían el acceso para acompañar a la mujer, como lo vemos en el siguiente testimonio:

...(mi esposo) estuvo conmigo, me preguntó si me habían hecho el legrado. Yo pues ni sabía pero cuando me hicieron el legrado le avisaron a él. Y sí luego, luego, subió (a la planta de habitaciones de ginecología) (E019).

El aislamiento de la mujer y la desinformación sobre el proceso eran elementos importantes en la experiencia de las mujeres entrevistadas, especialmente, dadas las características socioeconómicas, culturales y subjetivas de estas mujeres que definían una baja capacidad de exigencia de sus derechos de ciudadanía, tanto en las mujeres como en los integrantes de su red social.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Como se ha señalado a lo largo del capítulo, las características personales de las mujeres —la autonomía, la constitución social

de la persona (*self*), las condiciones de migración y violencia, entre otras— y de sus redes sociales —tamaño, densidad, accesibilidad, características del vínculo, relaciones no conflictivas— iban definiendo las condiciones de la movilización y recepción de apoyo, tanto en términos de apoyo material como emocional.

A través del análisis de las historias de vida y el proceso de aborto de tres mujeres, se analiza cómo las diferentes características en la estructura y el funcionamiento de las redes sociales de las mujeres, y una determinada constitución social de la persona (*self*) que activaba o no los recursos de su red social para movilizar apoyo, conformaban distintas experiencias en la vivencia del aborto, derivadas de un manejo diferente del problema.

Movilizar apoyo: la historia de Frida

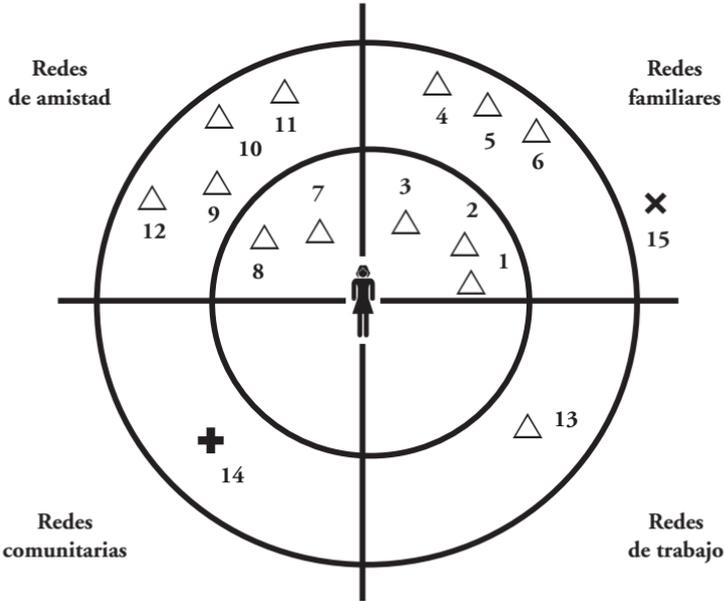
Frida⁶⁵ (E013), de 22 años, soltera y con estudios técnicos, era originaria del estado de Guerrero, aunque vivió una parte importante de su vida en la Ciudad de México y desde hacía poco tiempo residía en Cuernavaca. Frida era una persona con un *self* muy estructurado. Era ella quien movilizaba el apoyo en el momento que lo requería, quien buscó resolver el problema de las complicaciones del aborto, movilizándolo en el último momento, cuando fue totalmente imprescindible.

Presentaba una trayectoria de vida con gran autonomía. Trabajó para pagarse los estudios y compartió vivienda con amigas:

... en la escuela que iba, yo me daba el lujo de pagármela, o sea, trabajaba y estudiaba . . . solita me sostenía la carrera, iba en una

⁶⁵ En el mapa de su red social (Gráfica 2), las distancias de los contactos respecto al centro de la red, en este caso Frida, es indicativo de la “cercanía” de los mismos.

GRÁFICA 2
LA RED SOCIAL DE FRIDA



PERSONAS DE LA RED SOCIAL

1. hermano (vive en el D.F.)
2. prima 1
3. prima 2
4. madre (migrante en Estados Unidos)
5. padre (migrante en Estados Unidos)
6. hermano (migrante en Estados Unidos)
7. amiga 1 (Cuernavaca)
8. amiga 2 (vive en Guerrero)
9. amiga 3 (vive en B.C.S.)
10. amiga 4 (vive en el D.F.)
11. amiga 5 (vive en el D.F.)
12. amiga 6 (vive en el D.F.)
13. excompañera de trabajo
14. hospital
15. expareja

△ Vínculos que representan apoyo

* Vínculos con tensión relacional

⌚ Vínculos en proceso de salir de la red o de no brindar apoyo

✗ Vínculos que salen de la red y no representan apoyo

⊕ Servicios comunitarios: hospital, centro de salud

escuela de paga, es una de las más reconocidas [...] rentaba un departamento con cuatro amigas [...] era mucho más pesado... pero pues cuando se quiere se puede [...] siempre he tenido que trabajar para ayudar a mis papás...

Mantenia una relación de apoyo material y emocional con sus padres, emigrantes en Estados Unidos. Frida llegó a vivir a Cuernavaca con su pareja quien la abandonó al comunicarle su embarazo. Él era una persona casada y viajaba frecuentemente, lo que según Frida, pudo ser la razón para que la unión no funcionara, además de la falta de confianza en ella:

... yo todavía estaba viviendo, en ese tiempo, con mi esposo pero él no estaba aquí, o sea, él viaja mucho [...] tenemos problemas por lo mismo de que él viaja, este, le empezaron a decir que yo andaba con otros hombres y no sé cuantas cosas. Entonces empezamos a tener problemas y ya de repente nada más se fue y me dejó [...] porque él es así, cree mucho en lo que dice la gente...

En este testimonio surge la ausencia de la pareja y la falta de confianza como estrategias para el abandono. Frida no recibió apoyo de la pareja durante el proceso de aborto, al contrario, en opinión de ella su comportamiento era la causa del aborto, ya que, cuando supo que estaba embarazada, él no quiso reconocer su participación en el embarazo:

... él no sabe (del aborto), supo que estaba embarazada pero dijo él que ese niño no era de él y que a él no le importaba [...] no quiero ni verlo, es que siento que, en gran parte, fue por él [...] porque hacía corajes, bueno me los comía, que me decía 'no, que andas así, que dijo esto y que esto otro o que la vimos en tal lado', yo no decía nada pero me comía todo eso...

Frida tenía una red de tamaño medio, dispersa, y con los cuadrantes de familia y amistades independientes entre ellos. Aunque percibía su red como positiva a la demanda de ayuda, ésta no funcionaba para casos de urgencia por la inaccesibilidad geográfica, pues la mayoría de sus amigas vivían en otros estados, su mejor amiga vivía en Guerrero:

... (mi amiga) no sabe, es que fue tan rápido ayer, yo ya no le pude hablar, sino sí hubiera venido porque me dijo cualquier cosa me hablas...

A pesar de la distancia, ella demandaba y recibía apoyo ante los problemas. Al comunicarles de su unión, todos los integrantes de su red social le habían prevenido contra su pareja:

... una de las chicas con las que vivía . . . cuando supo que me casé, yo le hablé, que se enoja, y me dijo ‘¡no! estás loca, vente, déjalo’ . . . dice ‘déjalo, no te conviene’ [...] me decía que me fuera pero pues como supe que estaba embarazada. Ella no sabe que estaba embarazada. Tengo varias opciones pero necesito primero tranquilizarme y ver cuál es la más adecuada.

En este testimonio ella señalaba que estaba valorando algunas decisiones sobre su vida, además de la invitación de esa amiga. Expresaba que iba a rehacer su vida y que aunque había pensado ir con sus papás, que le han apoyado con el embarazo, todavía no lo había decidido: “no sé, primero quiero terminar la carrera”.

Frida, que se embarazó mientras se controlaba con pastillas anticonceptivas, intentó resolver sola su aborto, activando el apoyo únicamente en los momentos que lo requería. Le comu-

nicó el embarazo a su mamá y ésta le hizo reflexionar en torno a éste:

... me hizo ver muchas cosas y dije ‘no pues no importa, madres solteras hay muchas’ [...] yo tengo el apoyo de mis papás...

Cuando se presentaron las complicaciones, aunque activó el apoyo de su red social más cercana, retardó la demanda del apoyo material que necesitaba lo que le ocasionó un proceso muy prolongado, incierto y de riesgo:

... me di cuenta que estaba sangrando y entonces me espanté, y le dije a mi prima y dijo ‘pues vamos al Centro de Salud’ y ya fuimos y nos dieron el pase (al hospital), o sea rápido [...] llegué aquí (al hospital) el doctor... me mandó hacer un ultrasonido y fui y no me lo quisieron hacer porque no traía dinero [...] volví a venir en la tarde y no [...] entonces ya me fui y conseguí dinero y me lo hice [...] en la noche yo seguía mala, imagínate cuánto había sangrado [...] y entonces ya vine en la noche y ya me internaron.

Frida asumía un rol protagonista en la vida. Ella consideraba que parte de lo que era se lo debía a ella misma y, aunque reconocía el apoyo de sus padres, sentía que los logros y metas alcanzadas eran resultado de un gran esfuerzo para llegar a los retos propuestos. Tenía una percepción positiva de los elementos de su red, como posibles prestadores de apoyo en el momento que fueran requerido. Únicamente la expareja era un elemento negativo, ya fuera de su red social. En el momento de la entrevista, Frida asumía de nuevo la realización de su proyecto de vida independiente y la terminación de los estudios.

Apoyo no comfortable: la historia de María Elena

María Elena (039), una mujer de 40 años que no contaba con estudios primarios, era divorciada y aunque había tenido hijos, de dos uniones anteriores, ninguno estaba con ella.

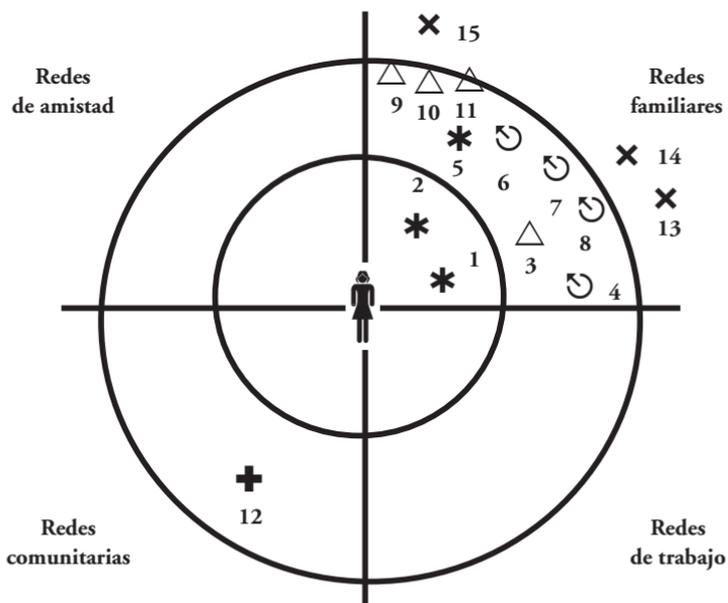
María Elena vivía “arrimada”, acogida por su hermano. Sus padres habían tomado las decisiones importantes en su vida, especialmente con los problemas de violencia de sus parejas. No tenía tareas definidas, la regañaban y, a veces, le daban dinero, pero no tenía salario ni donación periódica: “van dos semanas que no me han dado nada de dinero”. Eso la mantenía en total dependencia. Sin una identidad ni rol definido en la casa, cuidaba de su sobrina adolescente cuando su cuñada no estaba.

Se definía como “dejada” aunque, por problemas de maltrato, se había separado de las dos parejas anteriores. Decidió venir a Cuernavaca pues sus hijos más pequeños vivían con sus suegros porque su expareja se los quitó, como vemos en el siguiente testimonio:

... vivía con mi esposo y lo dejé luego para ir con mis papás. Con mis papás sí los tenía (a los hijos) pero él fue y se los trajo, según que no más por unos días [...] pero ya no me los devolvió, se quedó con ellos [...] digo, pues están bien ahí todos con sus abuelos, mejor...

Ante la falta de control en sus relaciones con las parejas, las imposiciones y violencia de éstas la asumía como si ese fuera el rol en su vida, sufrir (golpes) y perder (hijos): lo vemos en el testimonio de María Elena quien narraba su relación con la primera pareja, con la que vivió dos años y tuvo dos hijas, y que la forzaba y se imponía:

GRÁFICA 3
LA RED SOCIAL DE MARÍA ELENA



PERSONAS DE LA RED SOCIAL

1. hermano
2. cuñada
3. hijos
4. hija (Cuernavaca)
5. exparejas
6. concuña
7. pareja actual
8. ex-suegra
9. hija (migrante en Estados Unidos)
10. madre
11. padre
12. hospital
13. hermanas de la pareja
14. expareja 1
15. expareja 2

△ Vínculos que representan apoyo

* Vínculos con tensión relacional

↻ Vínculos en proceso de salir de la red o de no brindar apoyo

✕ Vínculos que salen de la red y no representan apoyo

⊕ Servicios comunitarios: hospital, centro de salud

... nada más así, él me obligaba pues a hacerlo . . . nada más así era a fuerzas . . . me sentía mal pero pues ni modo.

En esas relaciones ella sobrevivía a la situación hasta que su mamá la rescataba:

... (mi mamá) fue porque yo estaba enferma. Fue y dijo . . . te voy a llevar para la casa. Dice ‘no más siquiera mientras te compones’ . . . y después ya no me dejó regresar. Dice ‘si te vas’ dice ‘ya no quiero saber nada de ti’...

De esta manera, ella, aunque manifestaba algunas dudas, aceptaba las decisiones de los demás, dejándolos manejar su vida sin exigir ni tomar las decisiones como propias:

... ellos (mis papás) sentían feo y, yo no sé, sentía yo, y decía, cómo, cómo le hago, me voy o no me voy, y no me fui, y pues les hice caso y me quede ahí con ellos, ya no regresé con mi marido...

María Elena presentaba una gran soledad emocional y económica y percibía que toda su vida fue mal acogida y maltratada: “yo era bien mensa” “cuando llegaba yo ya tenía hasta la riata remojando para pegarme”. Sobrevivía con el apoyo de la familia, entre ellos de su hija mayor que le enviaba dinero desde Estados Unidos. La pareja que la embarazó era parte de la red familiar del hermano con quien vivía, pero no convivían ni usaba ningún método anticonceptivo: “porque me dijeron que estaba mal, por eso no me podía embarazar”. Esta pareja no asumió ninguna decisión respecto al embarazo: “yo ni sé, dice, pues ahí ve tú”.

La red social de María Elena (Gráfica 3) era exclusivamente familiar, “nunca he tenido amigas”, poco densa, homogénea

y dispersa, una hija estaba en Estados Unidos, y sus padres y hermanos vivían en el estado de Morelos. Sus vínculos eran de baja intensidad, incluso negativos. Con el hermano con quien vivía mantenía una relación poco afectuosa y más bien negativa. María Elena llegó al hospital acompañada de la hermana de su cuñada, pero expresaba temor porque pensaba que su hermano la podía echar de la casa:

... él (mi hermano) no sabía que yo estaba embarazada [...] no lo he visto, a ver qué me espera, qué me va a decir, o me va a correr de la casa.

María Elena presentaba una casi total falta de control en su vida, tanto para la vida sexual como para retener a sus hijos con ella, lo que se veía reforzado por su situación de total dependencia, sin recursos ni vivienda propia y con problemas de salud. A lo largo de su vida había recibido apoyos pero no había encontrado un lugar en el mundo como persona con capacidad para gobernar y controlar su vida. El aborto era un evento más que le generaba angustia porque enfrentaba los reclamos de su familia y le reforzaba su imagen de fracasada. De esta manera, la aceptación del apoyo le provocaba estrés, temor y susto. Expresiones como: “nada más me siento como muy débil y me quisiera estar nada más durmiendo”, “a lo mejor ya luego me voy a tener que ir de aquí”, “siento que no voy a quedar bien, a lo mejor me pasa otra cosa más” nos hablan de su incertidumbre y angustia.

Sobrevivir a la muerte: la historia de Mónica

Mónica (E047) de 23 años, con estudios primarios, vivía en unión libre con su pareja desde hacía ocho años. Se embarazó con el DIU puesto. Era una persona con una baja integración

social, no tenía amigas ni compañeras de trabajo en su red social (Gráfica 4).

La familia de Mónica estaba muy aislada, en gran parte por los problemas de alcoholismo, drogadicción y violencia de la pareja, con quien mantenía una relación muy complicada. Ella era la principal promotora de vínculos que representaban algún apoyo y también era la que, en momentos de dificultad, aportaba recursos: “me he puesto a trabajar para ayudarlo”.

Había indicadores de desligamiento con sus familias de origen a causa de la violencia. Sus padres vivían lejos, en el estado de Guerrero, y Mónica buscaba refugio de sus problemas con sus hijos.

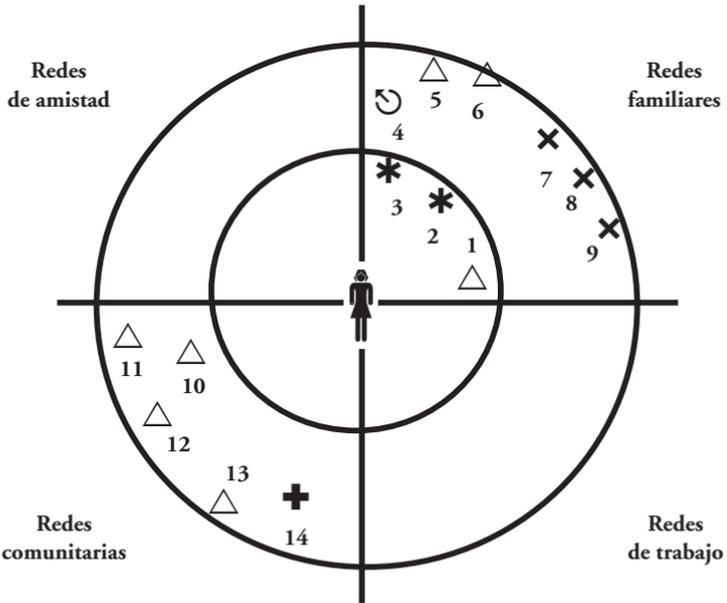
Mónica tenía una red social muy pequeña, de baja densidad, ni la familia de ella ni la de él funcionaban en caso de emergencia, ambas eran bastante inaccesibles tanto geográfica como emocionalmente por lo que no contaban como recurso de apoyo. La familia de él “no me ayudaba para nada, me daban más trabajo”. Su tía, hermana de su mamá, aunque vivía pegada a su casa, tampoco representaba un recurso de apoyo:

... no cuento con ella [...] es que es muy egoísta, quisiera verlo a uno así por los suelos [...] yo me desespero porque con nadie cuento, más que nada con mi tía, pero yo creo que ve que me estoy muriendo y no mueve ni un dedo”...

Mónica tenía una hermana en Cuernavaca con la que mantenía poco contacto por la violencia del marido y sólo ella tenía acceso al apoyo a través de este vínculo:

- ¿Y con ella (la hermana) cómo te llevas?
- Bien, muy bien pero pues fue de rápido y mi esposo no sabe donde vive [...] a él casi no le gusta visitarla, no sé porqué, es que

GRÁFICA 4
LA RED SOCIAL DE MÓNICA



PERSONAS DE LA RED SOCIAL

1. hijo
2. pareja
3. tía
4. hermana
5. padre
6. madre
7. suegra
8. cuñado 1
9. cuñado 2
10. vecina 1
11. vecina 2
12. vecina 3
13. vecina 4
14. médico del consultorio público

- △ Vínculos que representan apoyo
- * Vínculos con tensión relacional
- 🕒 Vínculos en proceso de salir de la red o de no brindar apoyo
- ✕ Vínculos que salen de la red y no representan apoyo
- + Servicios comunitarios: hospital, centro de salud

desde que tuve un problema con mi esposo ya no se llevan bien [...] en una ocasión llegó muy tomado y me quiso golpear y a mi hermana no le gustó nada, no le gusta nada eso y de ahí, dice que nunca cuente con ella, ‘tú si puedes contar conmigo pero él no’.

En general, parece que únicamente contaba con una vecina, más cercana, y otras tres o cuatro vecinas que le prestaban dinero cuando necesitaba:

... cuento más con una vecina pero está mucho más lejos, quien sabe si llega a saber [...] ojalá haya ido . . . y haya visto a mis hijos y si los encontró ahí solitos se los llevó para su casa [...] la mandé a ver con mi niño pero no estaba”...

Estos apoyos sólo funcionaban con ella pero no con la pareja. Ante la gravedad de los síntomas y el sangrado, “estaría inconsciente, yo creo que como una hora y media” y, en presencia del esposo en estado de ebriedad, nadie se movilizó en busca de atención médica y la dejaron sola con una persona incapacitada para tomar una decisión:

... estaban los niños ahí y le hablaron a mi tía pero pues no bajó hasta que ya le avisó mi esposo que estaba mal porque me fueron a encontrar en un charco de sangre y se asustó mucho, dice que sí, y dijo mi tía ‘pues llévala al doctor’ ‘es que no tengo dinero’ ‘pues a ver cómo le haces pero llévala’, no, y pasó todo el sábado [...]; fueron unas vecinas y le dijeron a él (pareja) ‘mejor llévala al doctor sino aquí se te va a morir’ si pero pues no podía [...] porque no tenía dinero...

Mónica no pudo acceder a una atención médica oportuna debido al estado de embriaguez del marido y, según sus propias

palabras, a que él no lograba movilizar apoyo y obtener recursos para el traslado. Así se mantuvo toda la noche, mientras la pareja no hacía “nada, simplemente me echaba alcohol y reaccionaba”, temiendo por su vida:

- Sí, yo el sábado en la noche sentía que el domingo no iba a amanecer y ya.

- ¿Sentiste que te podías morir?

- Sí, sí, me sentí muy, muy decaída, muy débil...

Al día siguiente su esposo la llevó al dispensario de la ayudantía y el doctor les prestó dinero para el taxi, enviándoles al hospital:

... dice (el doctor) ‘mira yo no le puedo meter mano, mejor llévatela al hospital general’ [...] me dieron unas pastillas . . . dijo el doctor ‘mira, para que nada más se controle un poquito, para que no se te vaya a privar en el camino porque ya tiene mucho tiempo así’ dice ‘tú la hubieras llevado al instante’, ‘pero es que no tengo dinero’ dice mi esposo [...] anduvo todo el domingo en la mañana y ahí nadie le prestó, y por eso pues no se puede mover, dice ‘qué hago’ y dice el doctor ‘pues mira yo te puedo ayudar nada más para el taxi, llévatela en un taxi para que lleguen rápido’, dice ‘bueno’ y le prestó el doctor creo 20 pesos...

Este testimonio muestra la gravedad que enfrentó Mónica ante la dificultad de ella y luego de su red social para el manejo del aborto, poniendo en grave riesgo su vida. Este proceso lo vivió como una continuación de su vida cotidiana sometida a la violencia de su marido e incapacitada para enfrentarlo, ya que además identificaba al esposo como una víctima, “me da lástima”, sobre la que ejercía protección: “también el doctor me

preguntó y enfrente de él (pareja) ¿te enojaste, te diste un sentón o por qué fue que se te vino esto? y pues no, no le dije nada, pero pues sí, sí hice coraje (...) me llené de impotencia (...) me enojé porque me mintió”. Su pareja además le reclamaba que ella mantenía una actitud solidaria y luego ellos no recibían apoyo:

... mi esposo siempre me ha dicho que soy una tonta, que soy una quién sabe qué, porque siempre cada que han necesitado de mí yo siempre les he ayudado y no se por qué conmigo ahora son así y, la verdad, eso me entristece porque siempre cada que me han necesitado ellos, yo siempre he estado con ellos, y ellos no, no se porque serán así.

En este testimonio, Mónica mostraba la percepción de soledad ante la adversidad, que además le daba argumentos a los reclamos de la pareja, y expresaba un sentimiento de tristeza y frustración ante la falta de solidaridad y reciprocidad en sus relaciones.

A través de las historias de vida y el manejo del aborto en estas tres mujeres, observamos cómo la vivencia del aborto está estrechamente relacionada con las características de las redes sociales de las mujeres, su estructura y funcionamiento, con la existencia de una red tensional y con el número y posición de los vínculos tensionales.

CONDICIONANTES SOCIALES Y PERSONALES PARA EL APOYO

En este apartado se presenta una síntesis y conclusiones del capítulo. El contexto de ilegalidad y de condena moral que rodea al aborto en México, condicionaba la movilización y recepción de apoyo de parte de las redes sociales en este grupo de mujeres.

Esto se daba en forma diferenciada según el origen del embarazo, deseado y socialmente aceptable o no, y de acuerdo con las características socioeconómicas, culturales y subjetivas de las mujeres. Estas últimas referidas a las capacidades individuales para demandar apoyo, y para exigir el ejercicio de un derecho como el de la salud.

Las mujeres que presentaban embarazos no deseados y socialmente reprobables, retardaban la movilización del apoyo, en parte debido a una estrategia de ocultamiento del embarazo por el temor a enfrentar la crítica, los reclamos, la violencia y la exigencia de subsanar el problema con el casamiento, no siempre deseado. Estos temores limitaban que las mujeres se movilizaran para buscar apoyo, especialmente entre sus redes familiares, en la solución del problema del embarazo y, de la misma manera, eludían demandar apoyo ante los síntomas del aborto. Además, se ha de tomar en cuenta la estructura precaria de sus redes sociales, con áreas de relaciones sociales totalmente vacías, resultado de una vida en la escasez, y prácticamente recluidas en el hogar, sin amistades con quien compartir la incertidumbre, los problemas y las emociones. La mayoría presentaba redes sociales exclusivamente familiares, a veces con relaciones conflictivas, y sin una persona a quien poderle confiar oportunamente el problema. Cuando existían integrantes confiables entre las redes de amistad, se buscaba solucionar el problema con la interrupción del embarazo, pero dadas las capacidades y recursos de sus redes sociales obtenían un apoyo con alto riesgo y poco efectivo, que afectaba seriamente la salud y ponía en riesgo su vida. Las mujeres con mayor capacidad para manejar el problema y enfrentar las consecuencias de su comunicación, movilizaban y recibían apoyo de sus redes, incluso en redes muy dispersas, especialmente apoyo emocional, de comprensión y afecto.

En general, todas las mujeres entrevistadas buscaban demostrar, con estrategias como el desconocimiento del embarazo y la semejanza de los síntomas de aborto con su menstruación, que su aborto no era provocado. Estas estrategias retardaban la movilización y recepción de apoyo por las mujeres, en ocasiones hasta situaciones críticas para su salud y su vida, ya que a este retardo se sumaban las dificultades y obstáculos que luego enfrentaban en la búsqueda de atención médica debido a la estructura de los servicios de salud y a la inaccesibilidad geográfica y económica, especialmente para emergencias nocturnas.

Los problemas de la falta o el retraso en el apoyo se acentuaban en las mujeres con mayor marginación social y cultural, pobreza, analfabetismo, ruralidad, inmigración y violencia o alcoholismo, y que además aceptaban comportamientos de gran subordinación, lo que disminuía su capacidad para movilizar apoyo en una estructura de redes sociales de por sí muy precarias y poco eficientes. Así la experiencia del aborto y de la movilización y recepción de apoyo social ante el problema, estaba relacionada con las características individuales y con las capacidades subjetivas para manejar el problema, demandar apoyo y exigir sus derechos, así como con las características de la estructura y funcionamiento de sus redes sociales, tanto de la cantidad de vínculos personales como de la calidad de éstos.

Las vivencias más negativas eran las de las mujeres con alta marginación social, bajo nivel educativo, inmigrantes con poca integración social y que soportaban problemas de violencia, presentando además redes sociales con vínculos poco afectivos y conflictivos. En estos casos las mujeres vivían su proceso de aborto con gran riesgo para su salud y su vida, y se acentuaban los sentimientos de angustia, devaluación y culpa. Las mujeres con características opuestas experimentaban de diferente manera los procesos de aborto, al disminuir los riesgos para su salud

y al recibir apoyo material y emocional de unas redes sociales, en general, más confortables y eficientes.

Por otra parte, la estructura de los servicios de salud condicionaba tanto la vivencia del aborto como la posibilidad de recepción de apoyo social en estas mujeres. En general, las mujeres se quejaban del trato discriminatorio, devaluador y estigmatizante del personal de salud, sobre todo cuando las características del embarazo y el aborto se ajustaba a unos estereotipos que llevaban a sospechar que fuera una interrupción del embarazo provocado, lo que inducía en los médicos una actitud de condena a la mujer por su conducta no ajustada a su código moral, actitud muy reconocida dentro del papel de control social de la profesión médica. Esto era más severo en hospitales privados de beneficencia social gobernados por una orden religiosa, y en mujeres pobres.

Otro problema que hacía menos eficiente el apoyo brindado a las mujeres era la inaccesibilidad geográfica y económica en un gran número de casos, por el hecho de que estas mujeres procedían de áreas inaccesibles y peligrosas sin comunicación en horario nocturno, justamente cuando se presentaba la emergencia, sin vehículo ni recursos para su traslado, y los servicios públicos de salud de asistencia social no contaban con ambulancias. En otros casos la inaccesibilidad era por el funcionamiento de los servicios de salud que no contaban con material para la atención del caso, o por la ausencia del personal médico que obligaba a las mujeres a un peregrinar por diversos centros y a realizar gastos excesivos, demorando la atención. En tanto la mayoría de las mujeres de este grupo era de alta o media marginación y con comportamientos de subordinación y sumisión, éstas no exigían el derecho de atención a la salud reconocido constitucionalmente. Cuando la mujer o su acompañante exigían ser

atendidos se facilitaba el acceso y mejoraba el trato y la atención a las mujeres.

Por último, un obstáculo que se repetía con frecuencia para la buena recepción del apoyo en las mujeres, era el aislamiento que sufrían las mujeres cuando eran ingresadas en el hospital, así como la desinformación de los procesos hospitalarios y las intervenciones clínicas. Muchas veces, los acompañantes debían permanecer en el hospital atentos a los requerimientos que les hacían sobre medicamentos u otro material, a través de un sistema de altavoces o para firmar el consentimiento en determinadas intervenciones de urgencia, o recibir notificaciones de decesos, y con frecuencia no eran informados ni de los procesos clínicos ni de la ubicación de la mujer.

Además, el aislamiento de las mujeres acrecentaba su angustia por el aborto, que era vivido en el área de atención de partos y recién nacidos, rodeada de personal desconocido con actitudes muchas veces de maltrato. Asimismo desconocían la situación de los hijos, de quién se encargaba del cuidado y mantenían gran preocupación por ellos. Esta situación también dificultaba la recepción de apoyo durante la estancia en el hospital, especialmente la comprensión y la compañía de las personas de su red social con quienes mantenían vínculos afectivos.

ABORTOS INDUCIDOS EN CONDICIONES SEGURAS

En este capítulo se analizan los testimonios de cuatro mujeres que resolvieron la demanda de interrupción de su embarazo en clínicas privadas, en forma clandestina. Una de estas mujeres nos brinda los testimonios de sus experiencias con aborto inducido en dos ocasiones, durante el periodo de estudio, en 1997. Las características socioeconómicas, demográficas y de la estructura y funcionamiento de las redes sociales, así como las condiciones de configuración y resolución del embarazo en este grupo de mujeres diferían de las que presentaban las mujeres que acudieron al hospital público.

Estas cuatro mujeres, a través de algún elemento de su red social, habían establecido contacto con alguna organización de mujeres y obtuvieron apoyo durante el proceso. Esto modificó las experiencias y condiciones para la resolución del aborto y facilitó la resolución del problema. De esta manera, este grupo de mujeres logró resolver su problema en condiciones de menores o nulos riesgos para la salud, y recibió un apoyo social que no le impuso actitudes culpabilizadoras y penalizadoras.

PROYECTOS DE VIDA Y MATERNIDAD:
LA RESPONSABILIDAD DE SER MADRE

Las cuatro mujeres entrevistadas, atendidas en clínicas privadas, presentaban un menor grado de marginación social, todas eran menores de 25 años, tres estaban solteras y vivían con sus padres, mientras que otra convivía en unión libre con su pareja. Esta última vivía el proceso de separación de su pareja en el momento en que enfrentaba el segundo aborto. Todas ellas tenían un cierto grado de autonomía, tres realizaban algún trabajo remunerado o lo habían hecho con anterioridad y contaban con estudios técnicos o profesionales, y una adolescente de 15 años era estudiante. Estas condiciones les conferían una mayor capacidad de manejo frente a las situaciones adversas, como el embarazo no deseado y presentaban en general un *self* más estructurado. Dos de los hogares donde vivían las jóvenes tenía jefatura femenina y contaban con recursos más bien escasos, mantenían una actitud de independencia y autonomía quizás derivada de la mayor formación y de que contaban con ingresos propios. Asimismo, tenían una percepción de suficiencia económica y de confianza ante las emergencias, y una actitud preventiva: “siempre mi mamá creo que tiene un poco de dinero ahí, ahora sí que guardado para alguna emergencia” (E018).

La madre de una adolescente con escasos ingresos mantenía una actitud, consecuencia de toda una vida de subordinación, violencia y privación, que ella resumía en esta frase “mi familia son mis hijos y *yo soy para ellos*” (E027). Ella asumía la responsabilidad ante los problemas de los hijos, en este caso el embarazo de su hija adolescente y soltera, y la culpa por no cumplir bien con su papel de madre, según su testimonio. No obstante, esta mujer manejaba una experiencia acumulada para movilizar

apoyo social ante las condiciones adversas de su vida: violencia conyugal y pobreza.

Las jóvenes que contaban con ingresos propios aportaban ocasionalmente a los gastos del hogar y mantenían una gran autonomía en su vida y sus relaciones, como lo muestra el siguiente testimonio:

... cuando dejé de estudiar, mi mamá me dijo ‘puedes seguir estudiando, puedes regresar a terminarla o estudiar lo que quieras’ pero como que no. *No tenía muchas ganas de volver a estudiar*, y pues *quise trabajar por mí, por tener mi dinero*, hacer cosas así, lo mío... (E043).

Por contar con recursos económicos propios podían mantener una forma de vida autónoma, defender determinadas actitudes y comportamientos, en los gustos y formas de divertirse, vestirse y relacionarse, en otras palabras, en su forma de presentarse ante el mundo, de crearse una identidad propia. Por ello, esta joven le concedía prioridad al hecho de tener un trabajo remunerado frente a la posibilidad de continuar sus estudios.

Todas ellas presentaban un proyecto de vida propio. Una joven que vivía en unión libre con su pareja y una hija de ambos, estudiaba y trabajaba en actividades docentes, por lo que aportaba ingresos a su hogar. El proyecto de esta joven, con capacidad para controlar y manejar situaciones difíciles, era finalizar sus estudios profesionales: “quiero hacer una vida mejor, quiero seguir estudiando” (E008). Asimismo, defendía una identidad de mujer más allá de su función reproductora y cuidadora, reclamaba roles más igualitarios o equitativos para el cuidado y educación de la hija, así como para los momentos de esparcimiento y recreación, lo que ocasionaba conflictos entre la pareja. El siguiente testimonio refleja su imagen e identidad como mujer:

... no puedo estar en la casa así de barrer y trapear y lavar [...] no creo que sea para lo único que servimos las mujeres [...] Mi esposo me dice 'pues yo me voy a jugar voley' o cosas así y sin nosotras. Le digo ¡oye! ¿Pues qué te pasa? yo también tengo necesidad, yo también quiero estar sola de repente [...] también tengo necesidades... (E008).

En todos los casos, estas mujeres contaban con un proyecto de vida centrado en la superación y desarrollo personal. Todas mantenían abierto un espacio en su vida diaria para su formación, en estudios profesionales, técnicos o de idiomas. En ninguna se observaba una actitud de subordinación, como vimos en el grupo de mujeres que acudían al hospital público. Aunque vivían en el hogar materno/paterno, tenían una relativa independencia, especialmente en lo referente a sus relaciones personales y actividades de ocio y esparcimiento.

Relaciones sexuales y control de los embarazos

La sexualidad es una de las áreas más privadas e íntimas, la menos socializada, incluso en estas mujeres con autonomía relativa e independencia económica y social, y era también la que originaba los conflictos en la familia y la pareja. La socialización de relaciones de amistad y esparcimiento entre sexos se dificultaba por las presiones o desconfianza de los padres o la pareja, ante el temor de resultados no deseados derivados de unas relaciones sexuales sin protección, y también por el interés de mantener una determinada imagen de mujer ajustada a las normas y discursos sociales que establecen determinados estereotipos de mujer “mala”, de acuerdo con el comportamiento público en torno a las relaciones sexuales, los horarios y espacios de esparcimiento, entre otras cuestiones.

Una joven establecía un determinado patrón en la socialización de sus relaciones de noviazgo y de amigos, al señalar diferencias en la presentación de la pareja a la familia:

... mi vida ha sido así como privada [...] mi mamá nada más habrá llegado a saberlo porque de repente me llevan, y yo nada más 'ah mira, mi novio, mamá, te presento' o un amigo [...] pero nunca llego a mi casa y le digo 'oye ¿sabes qué? ya se me declaró un chavo y le voy a decir que sí? Nunca me ha gustado eso, siempre me ha gustado tener mi vida...' (E018).

Esta misma joven expresaba que la edad era un elemento importante para la comunicación y comprensión en esta área de la sexualidad, al ser más fácil la socialización de estas relaciones entre personas de la misma edad: “con mi hermana por la diferencia de edades, creo yo . . . yo le comentaba de cómo me iba en la escuela y eso pero nunca de mis novios” (E018).

En cuanto a las condiciones de sus embarazos, todas ellas presentaban embarazos socialmente discriminados por su condición de jóvenes y adolescentes solteras, sin pareja, o de joven separada. La relación con la pareja presentaba condiciones diferentes de estabilidad de acuerdo con el tiempo de relación y con la capacidad económica para afrontar la convivencia; defendían sus decisiones ante la pareja desde una posición menos subordinada que en el grupo de mujeres atendidas en el hospital público. Una joven que mantenía una relación estable y duradera con su pareja, que tenía un trabajo estable y deseaba establecer una unión permanente, presentaba resistencia a establecer la unión o matrimonio y defendía la autonomía en las relaciones con sus amigos y en las actividades de diversión. En el siguiente testimonio resumía la falta de entendimiento respecto a estas cuestiones, al papel que la pareja le exigía y a los conflictos derivados:

... sí llega a haber problemas pero nada, o sea, problemas grandes no, nunca, que *a veces somos diferentes de pensar, tenemos diferentes gustos, es lo único*. Luego comentando lo *que piensa una persona, que piensa la otra y como que luego abí como que llega un disgusto y es cuando, no peleamos sino discutimos, pero pelear, que tenga problemas con él no [...]* él también es otra de las personas que *no le gusta que salga mucho*, por ejemplo *cundo voy a bailar, no le gusta a él que vaya...* (E043).

Esta mujer minimizaba la diferencia de caracteres, de gustos, de formas de pensar, asociadas con diferentes formas de entender el mundo y con las identidades y roles de las mujeres en la pareja y en la sociedad. Normalizaba los problemas de esta incompatibilidad y establecía diferencias en el grado de incomunicación y enfrentamiento según fuera pelear o discutir, y desde su percepción la discusión era normal.

Otra joven que mantenía una relación menos estable con la pareja quien además no contaba con recursos, ni con un trabajo estable, indicaba que tenían conflictos e incomunicación en la forma de pensar el futuro. Él expresaba el deseo de tener un hijo aunque no tenía capacidad de establecer un hogar. Ambos tenían diferentes trayectorias personales, de nivel de educación e integración familiar y social, lo que conformaba visiones del mundo y proyectos de vida diferentes. Al respecto ella expresaba que tenían problemas en su relación y que éstos se derivaban de su posición y defensa del papel de la mujer en la sociedad y en las relaciones con la pareja, como lo muestra el siguiente testimonio:

... lo que pasa es que tenemos, bueno *yo tengo un carácter* un poquito más, ¿cómo se llama? *soy feminista [...]* Me gusta hacer muchas cosas, no me gusta que se le ponga a la mujer una barrera por ser mujer. A veces los hombres piensan que una no puede hacer las

cosas que ellos pueden hacer pero yo no creo que por ser mujer pueda dejar de hacer algo... (E018).

De nuevo, como en los otros casos, mantener una postura de defensa de derechos de las mujeres, una identidad feminista en palabras de esta mujer, le generaba conflictos con la pareja. Los varones, parejas de estas jóvenes, no aceptaban fácilmente la exigencia de una nueva posición de la mujer, la aceptación de roles sociales más igualitarios para hombres y mujeres, en parte por la presión social del grupo de amigos que exigía una actitud de dominación sobre las mujeres sin aceptar la menor “desviación”: “mis amigos ven que ella me habla y voy luego, luego, y ya se dieron cuenta y ya me dicen mandilón” (E018).

Esta joven expresaba que su posición frente al mundo era resultado de su proceso de socialización, de la educación en el hogar, del aprendizaje y la formación que le dio su madre para ser una persona libre, capaz de tomar decisiones, de elegir, como lo vemos en este testimonio:

... a mí *me acostumbraron así en mi casa*, estoy acostumbrada a hacer lo que yo quiera, siempre y cuando yo sepa que está bien, y *me dejaron esa lección* de que yo vea, esto quiero y esto no quiero, o esto me hace bien y esto me hace mal, y me dejaron decidir así. O sea, *mi mamá siempre nos dijo qué estaba bien y qué estaba mal* [...] *me dejaron esa opción de elegir* lo que yo quería, entonces *estoy acostumbrada a tomar mis decisiones*, qué voy a hacer. Más que nada libre, *yo me considero una persona libre...* (E018).

Esta mujer expresaba con claridad su concepción de libertad personal, después de desarrollar una capacidad para decidir libremente, a partir de una ética y unos valores transmitidos por su madre quien confiaba en ella. Ella no aceptaba una posición

subordinada ante la pareja, ni tampoco la exigencia de ésta de evitar determinados comportamientos y cuya prohibición la consideraba como una muestra de desconfianza de la pareja:

... lo malo es que no le gusta, *desconfía*, y *no lo acepta*. No acepta como soy yo [...] *tiene primero que aceptar quién soy yo y aceptar qué hago yo*, para que me pueda aceptar en serio [...] A mí me gusta mucho escuchar y me gusta mucho irme a bailar o salir en la noche con amigos, o con mi familia, a veces con mi hermana... (E018).

La aceptación de nuevos roles de las mujeres, con una relación y posición en la pareja más igualitaria, era la principal dificultad que enfrentaba esta pareja, en parte por su pertenencia a un grupo sociocultural y de amigos que le exigía el cumplimiento de su rol de dominación como hombre.

A pesar del discurso feminista, según sus propias palabras, y de la defensa de una posición más igualitaria para las mujeres, llamaba la atención la falta de control sobre su propio cuerpo, en especial para evitar embarazos no deseados, el desconocimiento y bajo uso de métodos anticonceptivos. Únicamente la mujer que convivía en forma estable con la pareja utilizaba algún método para evitar un embarazo no deseado, mientras que las otras tres no usaban regularmente ningún método y cuando lo hacían eran métodos inseguros como el coitus interruptus. Ante relaciones sexuales sin convivencia, el comportamiento que se repetía era el uso de métodos menos seguros, no continuos, y esto se planteaba como la conducta “racional”, frecuente y lógica: “porque nosotros nos veíamos cada ocho días” (E008).

Una joven de 24 años, soltera y con pareja estable, asumía su responsabilidad en el embarazo, “no me cuidé” (E043), y de nuevo la explicación lógica para su comportamiento era que

mantenían relaciones sexuales esporádicas, no frecuentes, ni planeadas, como lo vemos en este testimonio:

... después de que pasó todo esto, hasta la fecha no hemos tenido relaciones, y anteriormente *no era frecuente, era muy raro...* (E043).

Al preguntarle sobre los métodos anticonceptivos, esta joven señalaba que era un tema bastante desconocido, “nunca he preguntado acerca de anticonceptivos”, y que únicamente una amiga le había recomendado usar óvulos. A preguntas expresas sobre el conocimiento y uso de las pastillas anticonceptivas, respondía confundida “se toman igual ¿no? (que los óvulos) diez minutos antes”. Llamaba la atención la falta de control sobre su sexualidad, en el sentido de poder controlar los resultados no deseados de las relaciones sexuales, en una mujer con gran capacidad para defender su forma de ser, de comportarse, y con una gran red de amigas y amigos. En las cuestiones preventivas del ejercicio de la sexualidad, presentaba una actitud confundida, mostrando inseguridad, como si éste fuera un tema no reflexionado, admitiendo que era cuestión de suerte no haber tenido ningún embarazo dada la falta de control sobre sus relaciones sexuales y al uso de un método totalmente inseguro:

... es que no he preguntado yo, es que bueno, como nunca me ha, o sea, lo que pasa es que bueno, yo como nunca, bueno, o sea, nunca he tomado ... nunca me ha gustado [...] Ah, otra de las cosas, *lo que pasa es que nunca, no me cuidaba en usar algún preservativo pero sí le decía que nunca se viniera en mí* y esta vez así pasó y fue cuando yo me quedé con la duda ... (E043).

Después de mantener las relaciones sexuales sin el cuidado habitual, esta joven sentía confusión y señalaba que desde ese

momento mantenía la expectativa sobre un posible embarazo. De esta manera, ella recuperaba su capacidad para manejar su vida, su decisión de enfrentar un posible problema y ante el retraso de su menstruación la primera acción fue realizarse un examen de diagnóstico de embarazo:

... esperé a que me bajara, pasó una semana y sí. A mí sí me llega la menstruación como dos o tres días, o cinco días pero ya es mucho, y ya *al ver que pasaron diez días fue cuando fui a que me hicieran el examen, una prueba de embarazo*, ya después cuando me los dieron fue cuando resultó positivo [...] *antes de que me la entregaran, yo ya sabía que sí, que sí estaba embarazada porque nunca, nunca, se me retrasa tanto tiempo*, aparte como que *yo sentía algo en mi cuerpo, en el vientre*, y sí, o sea, *ya estaba segura...* (E043).

De nuevo, esta era una actitud que establecía diferencias con el grupo de mujeres que acudieron al hospital público, mientras aquéllas expresaban una actitud ambigua sobre su embarazo justificada en la irregularidad de su ciclo menstrual y una actitud de espera frente al retraso, en este grupo las mujeres buscaban resolver la sospecha y duda sobre un embarazo y ante el retraso acudían a hacerse un análisis de diagnóstico de embarazo.

Ante una relación sexual sin protección inmediatamente surgía la sospecha de un posible embarazo, aunque los métodos usados normalmente ya eran métodos inseguros. Una adolescente de 18 años, con pareja “inestable”, que se controlaba por medio del método del ritmo y el condón, señalaba que en esa ocasión no usaron condón por descuido:

... lo que pasa es que *nosotros no ocupamos ningún anticonceptivo y fue pues así, no sé un descuido. Yo soy muy regular*, entonces, *pasaron como tres días y nada, y entonces sospeché que sí...* que estaba embarazada... (E018).

Esta joven señalaba, entre las razones para explicar el no uso de los métodos anticonceptivos, la falta de desarrollo de las capacidades para afrontar actitudes y discursos negativos sobre la sexualidad y el uso público de los métodos anticonceptivos. Aunque tuvieran información, los jóvenes tenían dificultades para comprar anticonceptivos por la baja capacidad para afrontar las actitudes negativas de quienes los venden, actitudes establecidas y reproducidas por un discurso social que niega la sexualidad en los adolescentes y, por tanto, su derecho al uso de métodos anticonceptivos, como vemos en el siguiente testimonio:

... la información poca o mucha que te dan en la escuela es buena pero lo malo es que *no estamos educados para comprar anticonceptivos*. Los hemos visto en la tele, los hemos visto en la escuela y todo mundo lo sabe qué puedes comprar y qué te sirve, pero *normalmente ir a comprar anticonceptivos a los hombres y a las mujeres les da pena*, a todos nos da mucha pena ir a comprarlos, porque pues cómo lo pido, porque se me quedan viendo con cara de fuchi donde los venden, o qué va a pensar de mí. A lo mejor por eso la mayoría de las veces no ocupamos protección varias personas, por la pena de ir a comprarlos... (E018).

Los estereotipos alrededor de determinados comportamientos asociados con la sexualidad apoyan comportamientos ajustados a las normas pero, al mismo tiempo, permiten y apoyan actitudes agresivas y provocadoras contra quienes presentan características que no se ajustan a los patrones establecidos por las normas, a quienes los transgreden. Así narraba una adolescente que acudió a comprar anticonceptivos y fue atendida por alguien que se regía por esos estereotipos:

...yo en una ocasión fui a comprar unas pastillas para una vecina, eran condones, en una farmacia, y sale el chavo de ahí y me dice ‘¿también éstos los vas a llevar, también los vas a llevar?’ y volteo y le digo ‘ah no’ le digo ‘no porque están más caros que los que compro’. A lo mejor pensó que me iba a intimidar o no sé, la manera en que me lo preguntó yo sentí que fue muy sangrona, sí se me quedó viendo así como [...] las chicas somos más aventadas que los hombres, a un hombre de 15 años le da muchísima pena... (E018).

Aunque esta joven señalaba que no se dejó intimidar por la actitud del joven que le atendió y que ella como mujer tiene una actitud de mayor valentía que un joven, ella no asumía para sí el uso de anticonceptivos, de modo que la compra, la supuesta transgresión la realizaba, según sus palabras, no para ella sino para una vecina. Es decir, este discurso de defensa del uso de anticonceptivos por los jóvenes, así como la anterior defensa de los derechos de igualdad para las mujeres no parecía reflejarse en su capacidad para asumir un control activo sobre su sexualidad, y sobre el establecimiento de medidas anticonceptivas para evitar embarazos no deseados en sus relaciones sexuales.

En el caso de la adolescente de 15 años, se observaba una actitud más azarosa en su vida, un rol menos protagonista. Ante la pregunta de cómo llegó a embarazarse, las respuestas eran: “no sabía”, “pensé que no” (E027). Su actitud ante la vida era esperar que lo malo no sucedería, cuando a lo largo de toda su vida había vivido sucesos muy adversos, como la violencia del padre, hermanos y novio. Con respecto al manejo de la información sobre anticonceptivos, planteaba que aunque en la escuela recibió charlas de educación sexual, esta información no servía porque en esos momentos ella era una niña, como vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Sabías como cuidarte, sabías usar algún método anticonceptivo?
- No, nada [...] sí me dieron pláticas pero cómo iba a contar si yo era una niña (E027).

Desde esta postura de no asumirse como protagonista de su vida, esta adolescente recurría a argumentos tales como el abuso a su confianza, por parte del novio y su falta de experiencia en las relaciones sexuales para explicar el problema del embarazo no deseado, como vemos en el siguiente testimonio:

... yo le decía que no, que en coito interrumpiera y, pues yo creí en él y él me dijo que sí, pero pues no, porque como quien dice, yo no me di cuenta y como yo no he tenido, yo no tenía experiencia, yo no me di cuenta y él me dijo que no. Como quien dice, él quería atraparme, quería que yo estuviera embarazada para que me casara con él, en vez de al revés... (E027).

Aunque esta joven asumía que no fue obligada a tener relaciones sexuales y que lo hizo por propia voluntad mezclaba creencias populares y argumentaba que había sido engañada porque le habían tendido una trampa para comprometerla.

Todas las mujeres de este grupo mostraban una escasa capacidad de control de su propio cuerpo en aspectos referentes a la sexualidad y, concretamente, no utilizaban métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, en ocasiones utilizaban métodos inseguros o temporales, como el condón, el *coitus interruptus* y el ritmo. Asimismo, mostraban un escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos. No obstante, mantenían una actitud de vigilancia ante la sospecha de un posible embarazo por la falta de protección y, frente al retraso en la menstruación, acudían a realizarse un diagnóstico de embarazo.

La decisión de interrumpir el embarazo

Estas mujeres expresaban que no podían continuar el embarazo en ese momento de sus vidas, porque la maternidad implica una responsabilidad para la que no contaban con las condiciones de recursos materiales y emocionales para enfrentarla, como consecuencia de la inestabilidad con la pareja y la falta de recursos suficientes, así como por la existencia de un proyecto de vida como la continuación de sus estudios y la consolidación de un proyecto de pareja con un hombre responsable.

En primer lugar, consideraban que había sido un embarazo no planeado, con mayor razón en el caso de la joven cuyo embarazo ocurrió por fallo del dispositivo intrauterino. Esta joven contaba con un proyecto familiar y de desarrollo personal, la terminación de una carrera profesional interrumpida con anterioridad a causa de su primer embarazo, y unas condiciones de salud que hacían desaconsejable la continuación del embarazo:

... mi esposo y yo dijimos, pues lamentablemente no podemos, *yo estoy en la universidad, mi esposo trabaja de sol a sol* [...] dije 'no', porque bueno, *la vez pasada* con (la hija) también *no terminé la carrera*, iba en séptimo semestre de... *y dije 'aborita no me vuelve a pasar, ya no'*, no puedo... *y también mi esposo dijo 'yo creo que no son las mejores condiciones para que el bebé venga'*. Además tengo unas lesiones [...] ese día que recogí mis, la prueba, platique con *el doctor* y me dijo *'pues terapéuticamente no sería recomendable tu embarazo'*... (E008).

Es decir, la existencia de proyectos de vida familiar y de pareja, el fallo del método utilizado para evitar los embarazos y los problemas de salud de la mujer eran mencionados como los motivos que apoyaban la decisión de interrumpir este embarazo. A pesar de las razones presentadas, la mujer señalaba la dificultad

del proceso de decisión, los conflictos entre la planificación de la vida y el deseo de tener hijos. De modo que, aunque se asumía como una decisión responsable, existía el conflicto entre los valores y las conductas de la modernidad, entre planificar, tener un proyecto de vida y los deseos y significados de la maternidad, entre otros. El siguiente testimonio resume los conflictos vividos durante el proceso de decisión del aborto:

... se suponía que tenía siete semanas de embarazo [...] pero no, *no fue nada fácil* [...] el hecho de saber que había sido de una u otra forma hecho con mucho amor. A pesar de que cuando tenemos relaciones no pensamos en, o sea, *con dispositivo nunca piensas en tener otro hijo*, pero *nos costó mucho trabajo tener que decidir* que era lo mejor, o sea, el legrado, pero pues me causaba muchos problemas, *mucho conflicto conmigo*. [...] *Angustia, tristeza, desesperación*, estaba desesperada. Sabía que era lo más conveniente pero de todas maneras, *no lo aceptaba bien, pero no por el hecho del legrado mismo sino porque era pues algo hecho con amor*, algo mío y de quien quiero mucho... (E008).

Una cuestión valorada en la decisión para la interrupción del embarazo era la responsabilidad que implica la maternidad. La dedicación material y emocional al hijo, así como el tiempo y los recursos necesarios para atender sus necesidades eran los puntos expuestos para decidir la continuación o no del embarazo. Desde su experiencia de madre impuesta por las circunstancias, ya que en su primer embarazo no le realizaron el legrado porque su embarazo ya estaba avanzado y continuó un proceso angustioso, que incluso la visión actual de su hija le creaba sentimientos de conflicto, esta joven planteaba que a un hijo se le ha de dar mucho amor y que para ello una cuestión esencial es que los hijos sean deseados. Desde esta perspectiva sobre el sentido de la maternidad y los hijos enfrentaba la decisión ante un nuevo emba-

raza en el momento en que ella vivía el proceso de separación de su pareja. La decisión de no continuar con el embarazo en esos momentos era más clara, aunque no menos dolorosa. Separada de la pareja, no deseaba otro hijo y tampoco quería tener hijos sin la presencia del padre. Esta joven vivió este segundo aborto también por fallo del método anticonceptivo.

En otro caso, una joven soltera señalaba que había tomado la decisión del aborto porque no deseaba continuar el embarazo. Aunque mantenía una relación relativamente estable desde hacía cinco años con la pareja, no había planeado un embarazo, ni tampoco la unión o matrimonio. Esta mujer defendía una postura clara sobre lo que deseaba en la vida, aunque sin establecer medidas seguras para evitar el embarazo, sostenía sin sentimiento de culpa su decisión, no por el temor de enfrentar el embarazo sino porque en ese momento no deseaba ser madre, como lo refleja el siguiente testimonio:

... no me daba miedo en tenerlo o en qué fuera a decir la gente, para nada, no, nunca tuve miedo pero realmente no quería abortita tener un hijo...
(E043).

Desde una posición responsable respecto a la maternidad, otra joven planteaba que en su decisión para interrumpir el embarazo pesaban dos elementos, en primer lugar la edad, 18 años, y que la maternidad no formaba parte de su proyecto de vida en esos momentos. Y, en segundo lugar, la dificultad de afrontar la situación con la madre, quería evitarle el sufrimiento de su imagen de madre soltera o bien que se viera obligada a casarse con una persona, su pareja, sin recursos, totalmente devaluada en esos momentos, sin casa, sin trabajo y sin nada, tal como lo calificó ella durante la entrevista en la que participó también su pareja. Veamos su testimonio al respecto:

... en primera *porque estaba muy joven* [...] lo primero fue eso, que todavía me hacía falta, y luego tener un hijo y andar cargando un hijo, y ¿qué voy a hacer de mi vida? yo tengo planes, eso fue lo primero. Lo segundo fue *que mi mamá dijera, que por qué salí yo mal, que yo, la hija más chica, tuviera un bebé sin casarme y que se casara con una persona que no tiene ni casa ni trabajo ni nada* (E018).

Esta joven planteaba que no quería imponerse un matrimonio que no deseaba y para el que no estaban preparados ni material ni emocionalmente, y que no se daban las condiciones mínimas de vivienda, trabajo, recursos para poder establecerse independientes e iniciar un nuevo proyecto con la pareja. Además señalaba todos los estereotipos que identifican a una mujer no preparada para el matrimonio, como lo vemos en el siguiente testimonio:

... yo le dije desde el principio, *yo le dije y mi mamá le dijo 'Rosa no lava, Rosa no plancha, Rosa no sabe hacer comidas, Rosa es muy floja, no le gusta hacer nada. Él se dio cuenta, él sabe hasta la fecha que no me gusta hacer nada, y como que con esas advertencias que yo sé que las tengo ¿cómo me voy a casar, cómo voy a mantener un hogar, cómo voy a mantener a un hijo?...* (E018).

Esta joven reclamaba la no subordinación de las mujeres a los varones y, en este sentido, buscaba una posición que le permitiera asumir una responsabilidad como la de la maternidad. En su opinión esto implicaba darse y compartir los recursos con el hijo, lo que disminuía las capacidades de consumo y ocio, como vemos en el siguiente testimonio:

... siempre se pierde mucho, además de que *ya es una responsabilidad para toda la vida*, porque ya lo que uno se podía comprar ya no te

lo compraste por dárselo a tu hijo, porque *ves las necesidades del niño que son muchas...* (E018).

Otro elemento esgrimido por una adolescente de 15 años, era la aspiración a una pareja con mejor posición e ingresos. En su proyecto futuro, además de continuar los estudios, planteaba el interés de mantener relaciones con personas que le reconocieran sus capacidades mejor que su anterior novio: “en ese momento me convenció pero después ya no *¿por qué voy a estar con él, si puedo andar con otros chavos mejores?* dije dentro de mí” (E027). Y la ruptura con la pareja da por hecho no continuar con el embarazo.

La decisión de interrupción del embarazo era un proceso compartido o no con la pareja, de acuerdo con el tipo de relación que mantenían, con la estabilidad de la relación, y con la capacidad de la mujer para defender una posición de mayor autonomía y los derechos sobre su propio cuerpo. Si se mantenía la relación, tomaban la decisión en forma conjunta o la mujer le comunicaba su decisión a la pareja antes o después del aborto y le solicitaba apoyo material y emocional, así como la comprensión de su decisión. Cuando la relación había acabado, la decisión era tomada sin consultar a la pareja y esencialmente apoyada por algún integrante de su red social.

Cuando mantenían una relación estable de convivencia, la decisión se tomaba conjuntamente, de este modo se compartían riesgos y se obtenía un mayor apoyo a lo largo de todo el proceso de aborto; también en el ámbito de los conflictos internos que provocaba la decisión:

... platicamos, digamos todos los contras, porque en este caso eran muchos más contras que pros. Mi esposo incluso dijo ‘pues ¿si quieres lo tenemos? pero yo creo que no es en las mejores condiciones’ [...] yo

sabía qué era lo más adecuado, lo necesario en este caso, el legrado, pero de todas maneras no es lo mismo y me fue muy difícil... (E008).

En este caso, el hecho de que la pareja dejara la opción de la decisión final a la mujer puede entenderse como un reconocimiento de que era la protagonista en el proceso, quien lo iba a vivir en su propio cuerpo, aunque también implicaba el traspaso de la responsabilidad final a la mujer. Esta misma pareja vivía su segunda decisión sobre un nuevo embarazo siete meses más tarde, pero en ese momento las condiciones habían cambiado. Ambos vivían un proceso de separación que en parte facilitaba la toma de decisión, los dos opinaban que no existían las condiciones para continuar el embarazo, pero al mismo tiempo era un proceso más difícil y doloroso. La decisión ya no era conjunta, no se compartían emociones y responsabilidades. En esos momentos, él le expresaba su opinión, “pues ya sabes lo que opino y ahora más” (E008) y la mujer quedaba finalmente sola en la decisión y en el momento del aborto.

Por otra parte, el hecho de tener una pareja estable, aunque sin convivencia, no anulaba la autonomía de las mujeres en la decisión de continuar o no el embarazo. Una joven defendía su deseo de interrumpir el embarazo frente a la posición contraria de la pareja. En ese caso, ella señalaba que ante su percepción de que él no quería el aborto, “*si yo le hubiera dicho a él que estaba embarazada, a él no le hubiera gustado que abortara*”, ella no le consultó y únicamente le comunicó hasta después de tomada la decisión, “*mi decisión fue mía, porque yo no lo quería tener y ni le dije a él sino hasta que pasó todo*”. Mantenía una visión muy clara de que la decisión era suya y “aunque él me dijera que no, yo no lo iba a tener” (E008). Esta apropiación la fundamentaba con el argumento de que era una decisión sobre su propio cuerpo, de forma que los riesgos de continuar o interrumpir el embarazo le afectaban principal-

mente a ella, pues asumía que el aborto implicaba riesgos, como vemos en el siguiente testimonio:

... yo soy la que me arriesgaría. Sabe uno que sí se arriesga bastante y puede causarte muchas cosas y hasta la muerte... (E043).

Esta forma de tomar la decisión creaba conflictos dentro de la pareja aunque finalmente éstos fueron resueltos y la mujer recibió el apoyo, especialmente en el aspecto económico para el pago de los honorarios al médico. El siguiente testimonio resume el conflicto vivido entre la pareja:

- ¿Y, cuando le dijiste, qué dijo ya después?
- Sí se molestó, *cuando se lo dije sí se molestó mucho, ya después le expliqué y entendió [...] que por qué no le había dicho, que si era su pareja, si fue entre los dos, que la decisión era de los dos, no nada más mía, y que si era mía, nada más le hubiera dicho para apoyarme lo que hubiese pasado. Pero, ya después, no le quedó otra más que entender y apoyarme* (E043).

Esta aceptación de la decisión de la mujer se daba también cuando había una relación más inestable y cuando las capacidades de la pareja para asumir la responsabilidad en la paternidad eran escasas por su inestabilidad y carencia de recursos. No obstante, la aceptación de la decisión en esas condiciones provocaba una actitud de agresividad hacia la mujer, acusándola de terquedad y de debilidad, y evadiendo toda responsabilidad en la decisión. La pareja mantenía una actitud revanchista y de devaluación de la mujer, la cual a su vez le acusaba de sus carencias, estableciéndose un proceso de agresiones mutuas.

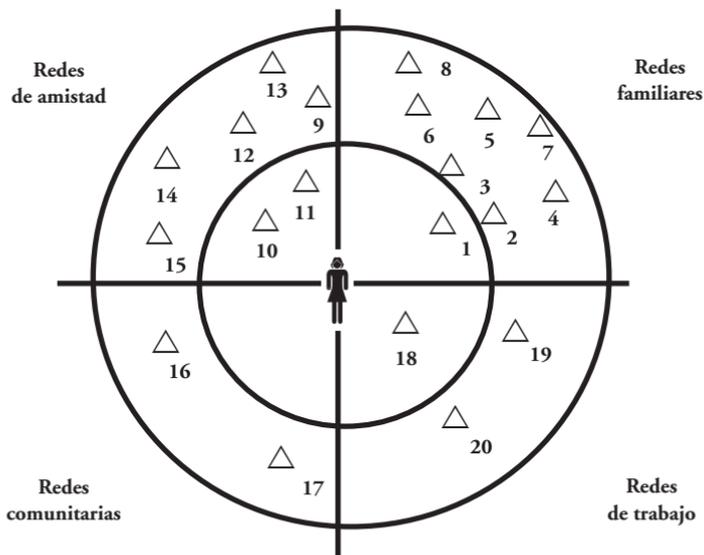
MOVILIZACIÓN DE APOYO Y REDES SOCIALES

Las características personales y de sus redes sociales en estas mujeres determinaban tanto la capacidad para manejar y resolver un acontecimiento adverso, el de un embarazo no deseado, como la posibilidad de establecer contactos con organizaciones que ayudaran a resolver el problema. Las mujeres de este grupo tenían un mayor grado de autonomía e independencia —estaban incorporadas en el mercado laboral y tenían ingresos propios— lo que incrementaba las relaciones sociales y los vínculos, fortaleciendo sus redes de amistad y de trabajo. En el caso de una adolescente de 15 años, con mayor dependencia, era la madre quien ocupaba el rol principal en la solución del problema del embarazo de su hija.

En cuanto a las redes sociales, todas tenían personas en su red social —madre, hermana, cuñada, pareja, amiga— que aportaban información y contactos con una red organizacional de mujeres a donde acudían en busca de apoyo. Además mostraban una óptima capacidad de manejo del problema y únicamente lo comunicaban a las personas de su red social que le podían prestar algún tipo de apoyo, material —en el pago de los costos de la clínica— o emocional —compañía y comprensión—, al buscar actitudes no condenatorias, frente a la decisión de interrumpir su embarazo. Mencionaban que a la persona a quien confiaban el problema del embarazo era para demandar su ayuda, “*no por chisme*” (E043).

Estas características de mujer más independiente, respecto a las mujeres que acudían al hospital público, con numerosas relaciones de trabajo y esparcimiento, les permitía unas redes sociales personales más amplias y abiertas, más heterogéneas, con numerosos vínculos en las áreas de amistad y de trabajo o estudios.

GRÁFICA 5
LA RED SOCIAL DE LAURA



PERSONAS DE LA RED SOCIAL

1. hermana
2. madre
3. padre
4. pareja
5. prima 1
6. hermano
7. prima 2
8. prima 3
9. amiga 1
10. amiga 2
11. amiga 3
12. amiga 4
13. amiga 5
14. amiga 6
15. amiga 7
16. vecina
17. red de ONG
18. compañera de trabajo
19. compañera de trabajo
20. compañera de trabajo

△ Vínculos que representan apoyo

* Vínculos con tensión relacional

↻ Vínculos en proceso de salir de la red o de no brindar apoyo

× Vínculos que salen de la red y no representan apoyo

+ Servicios comunitarios: hospital, centro de salud

La Gráfica 5 presenta la red social de Laura, una de las entrevistadas. Todas ellas expresaban que los diferentes integrantes de su red social cumplían un papel diferente en sus relaciones, principalmente la madre o hermana ejercían el papel de consejera en temas de sexualidad y en otras áreas. En el siguiente testimonio vemos como la madre de una adolescente le transmitía normas de comportamiento, aconsejándola que debiera protegerse de los hombres y aceptar las relaciones sexuales solamente si era su voluntad:

... yo le dije, ‘no tienes por qué, si tu no quieres no lo vas a hacer, él no te tiene que obligar’. Y yo le dije a ella ‘el hombre que te insiste no te quiere, quiere nada más usarte y ya, entonces, si tu no quieres no lo hagas’ y, entonces, ella me dijo ‘no pues yo no quiero’ le digo ‘no lo hagas’... (E027) (testimonio de la madre).

Otra joven señalaba que también sus padres le aconsejaban abstenerse de tener relaciones sexuales antes del matrimonio y que ellos se preocupaban por sus salidas y su forma de comportarse, aunque ella defendía una posición personal más autónoma, al sostener que a ella no le gustaba pedir consejos, como vemos en el siguiente testimonio:

... a mí no me gusta pedir consejos [...] mis papás luego me dicen ‘ya pórtate diferente o piensa diferente’ [...] mi mamá es la que, bueno ahorita ya no mucho, pero antes sí nos aconsejaba. No sé si todas, no creo que todas las madres sean iguales pero ella sin mentir, ‘nunca tengas relaciones hasta que te cases’ y mi papá igual... (E043).

Esta misma joven definía el papel que juega el componente familiar de la red social en su vida, y señalaba que en las relacio-

nes entre familiares del mismo género se establecía mejor comunicación y camaradería, aunque no contaba con una persona confidente entre ellas sino que ocasionalmente participaban juntas en actividades de ocio y esparcimiento. De la misma manera que no le gustaba pedir consejos tampoco les hacía participes de sus confidencias:

... con mi hermana si nos llevamos bien, por ser mujer, lógicamente que platico más con ella, estamos más unidas ella y yo [...] con mis primas llevo a salir a bailar a otros lados, a divertirme, a pasear, pero sí platicamos, nos llevamos pues bien pero ya para que yo les cuente algo es difícil [...] Yo creo que por lo mismo ¿no? porque como es la familia... (E043).

Con respecto a las relaciones de amistad, todas mantenían una gran red de relaciones de amistad, de diferentes edades, con quienes compartían diferentes momentos y actividades. Asimismo establecían que de acuerdo con la edad de sus amistades, éstas cumplían diferentes papeles en el tipo de consejos y confidencias que solicitaban o compartían.

Una joven señalaba que mantenía una amplia y densa red de amistades, “todos mis amigos y mis amigas que tengo se conocen y se hablan bien” (E043). Asimismo señalaba que las diferentes amistades de su red social cumplían un determinado papel, con las amigas de su edad compartía momentos de diversión, como acudir a bailar, y niveles de confianza diferentes, mientras que con las de más edad compartía ratos de esparcimiento como deportes o cafés y eran confidentes y consejeras en otro nivel:

... amigos y amigas, amigas tengo muchísimas, buenas amigas y, amigos sí tengo pero menos, por lo mismo, lo que pasa que como tengo novio [...] a veces hay otras personas que me apoyan más,

precisamente porque son más grandes, y me aconsejan diferente... (E043).

En otro caso una joven que se definía como liberal y feminista también planteaba que su red de amistades participaba de “lo más relevante”, “a ellos les he ido platicando toda mi vida”, les contaba sus “aventuras” y los definía como sus “confidentes” (E018).

El confidente y la demanda de apoyo

La comunicación del problema del embarazo, la decisión o las dudas sobre su interrupción y la búsqueda de servicios de aborto requiere de personas con un determinado nivel de comprensión, confianza y discreción. Estas mujeres buscaban un confidente que les ayudara a resolver el problema; una persona a la que percibían con capacidad y redes de información, y que no tuviera una posición en contra del aborto. En ocasiones buscaban apoyo también para la toma de decisión sobre el problema del embarazo, su interrupción o la continuación y el matrimonio como las posibilidades lógicas.

Las jóvenes mayores de 20 años, que tenían mayor autonomía, localizaban con mayor rapidez a la persona que les podía apoyar en la decisión tomada, con información, compañía y comprensión. El proceso de aborto en estos casos era rápido y con mayor oportunidad, es decir con un embarazo de pocas semanas de gestación. Ante las primeras sospechas, acudían a confirmar el embarazo, tomaban la decisión de interrumpirlo y buscaban cómo hacerlo. Una joven que convivía con la pareja, le comunicaba y compartía la decisión, iniciando un proceso rápido y exitoso, “al siguiente día que supe que estaba embarazada, esa misma noche lo platicamos (con la pareja) y al otro día... no había mucho que discutir al respecto” (E008). En este caso,

la joven tenía conocimiento de una organización que apoyó a otra persona de su red familiar y a quien ella había acompañado. Asimismo, ella le aportaba esta información a otra persona de su red, una compañera de estudios, que presenta un “retraso” con sospecha de embarazo, “ya le he dicho ‘¿sabes qué? nada más que se cumpla la fecha y vas’”, reproduciendo de esta manera las redes y los apoyos.

Esta misma mujer enfrentaba su segundo proceso de aborto cuando ya no convivía con la pareja, en ese segundo aborto ya no fue su compañía y apoyo. Al comunicarle el embarazo fue partidario de la interrupción pero ya no la acompañó a la clínica y una amiga fue la acompañante en esa ocasión, pero de regreso a la casa vivió el proceso en soledad. En esta ocasión la mujer conocía las redes de información para solucionar el problema, pero se había modificado su estructura de apoyo y compañía emocional, y, en ese momento, la pareja sólo le apoyó con el pago de la atención médica.

La posición de la mujer frente al mundo y respecto al problema definía también la forma de manejarse ante el aborto. Una mujer que mantenía una relación estable, aunque no convivía con la pareja, enfrentaba el problema del embarazo no deseado desde una posición de autonomía personal, al considerar que la maternidad era un asunto suyo, “cuando me di cuenta (del embarazo) *lo primero que dije ¿qué hago?*” (E043). Ella, que conocía la posición de su pareja en contra del aborto, tomó la decisión de interrumpir el embarazo y luego buscó entre su red personal una persona que cumpliera el papel de confidente en este asunto, que le ayudara a solucionar el problema sin difundirlo, que fuera su informante y le prestara apoyo y compañía emocional:

... esta decisión a la primer persona que le comenté no fue a ella (su mejor amiga), fue una amiga que se llama E., es una señora,

ella es muy buena amiga. Le comenté lo que me pasaba [...] me apoyó moralmente y respetó mi decisión [...] ella me dijo ‘tu vas, te presentas con tal persona, ella te va a decir’... (E043).

Estas características de confidente para su aborto no las tenían las amigas de su edad con quienes compartía los momentos de diversión, sino una amiga mayor que ella, compañera en momentos de esparcimiento como deporte y café, que le brindó apoyo material —información de la red organizacional que le facilitó el acceso a la atención— y emocional —su comprensión, compañía y apoyo moral. Esta joven que anteriormente señalaba no ser partidaria de buscar consejera, tampoco lo hizo en esta ocasión y se mantuvo firme en su decisión aunque su confidente le aconsejaba continuar el embarazo.

Las dos jóvenes menores de 20 años, también más dependientes, resolvían su problema a través de algún integrante de la red familiar, su hermana o la madre, aunque también lo comunicaban a otras personas como la pareja o alguna amiga. Una joven de 18 años nos narraba su proceso reflexivo respecto a las personas de su red social a quienes podía comunicar el problema o demandar apoyo. Percibía que algunas de sus amigas, compañeras de estudios, iban a estar en contra de la idea de interrumpir el embarazo, puesto que habían hecho pública su posición en contra del aborto y su pertenencia a un grupo religioso no católico, por ello las rechazó como confidentes:

... a ellas (las amigas) *no les dije porque tienen otras ideas*, en primera son de otra religión [...] tienen las ideas diferentes y, por los comentarios que hacen en la escuela del embarazo y que el aborto; *ellas, por lo que me decían, están en contra del aborto*. Entonces *yo dije, ‘bueno, no tiene caso que yo les diga a ellas si sé que van a estar en contra de algo’, y por eso ellas no lo saben...* (E018).

Esta joven recibió apoyo inicial de su pareja en la búsqueda de una solución a la decisión tomada por ella y a la que él se resistía. A través de la red de relaciones de la pareja, las primeras acciones para interrumpir el embarazo fueron la toma de infusiones de yerbas recomendadas por “una señora”, una “yerbera”, que no lograron resolver el problema:

... le comenté a una señora que conocemos, es la mamá de un compañero y la señora me conoce y hablamos bien, y me dijo la señora de un té [...] según es que era de chocolate con otras cosas. No sé ni qué era pero, según yo, me lo tomé pero nada... (E018).

Luego de este primer intento que retrasó la atención y no solucionó el problema, esta joven acudió con su hermana en demanda de apoyo, “al principio lo intentamos entre los dos y vimos que no funcionó, y dije ‘pues ya no tiene caso’ y pues ya fui con mi hermana” (E018). De nuevo iniciaron con una persona de la medicina tradicional y posteriormente comenzaron la búsqueda de atención de servicios médicos. A través de una persona de su red de relaciones laborales, establecieron contacto con una de red de organizaciones de apoyo a mujeres, que les brindó apoyo de información y acceso a estos servicios.

El temor al regaño por parte del familiar a quien le comunicaran el embarazo, retrasaba la movilización de apoyo social en las adolescentes. Únicamente el agravamiento del problema por el paso del tiempo les decidía a movilizarse en busca de apoyo. La actitud no culpabilizadora de la persona definida como confidente facilitaba la recepción del apoyo material –en la búsqueda y el pago de la atención médica- y sobre todo emocional. En el siguiente testimonio, la misma adolescente narraba la actitud comprensiva de su confidente durante el proceso:

... (mi hermana) lo tomó normal. Me dijo 'pues no te preocupes ¿qué quieres hacer?' Fue lo que me dijo, y le digo 'no, pues quiero abortar' y me dijo 'ah OK, vamos a ver ¿estás segura?' le digo 'pues si estoy segura' y ella fue la que anduvo investigando cómo y todo eso, y no me regañó, no se enojó. Bueno, de enojarse, pues supongo que sí, lo normal, pero se controló mucho y no reaccionó así, como con coraje insultándome, ni gritándome, ni nada, por eso le conté todo tranquila... (E018).

Esta joven valoraba especialmente la comprensión y aceptación de su decisión, por parte de la hermana a quien confió el problema y quien evitó mostrar enojo y condena por el problema, tanto del embarazo en unas condiciones que no le permitían afrontarlo como por la decisión de interrumpirlo. La intervención de la hermana obstaculizó la compañía de la pareja durante el proceso de atención en la clínica, pues ella le reclamó de su actitud poco responsable por desear continuar el embarazo en unas condiciones materiales y emocionales totalmente adversas.

Estos hechos provocaron conflictos entre los integrantes de la pareja y a continuación el varón mantenía una actitud agresiva, tanto con la joven como con la persona que le había apoyado, y reclamaba a la joven por haber sido expulsado del proceso, acusándola de su actitud temerosa ante el embarazo, y presentando su posición a favor de continuar el embarazo como una actitud de valentía, como vemos en el siguiente testimonio:

... yo nunca me rajé, nunca me eché para atrás, yo siempre estuve ahí y ella lo sabe, yo siempre estuve ahí. Nada más que ella la regó... (E018) (testimonio de la pareja).

El aborto supuso una crisis en la relación entre ambos, así como en la relación con la familia de la joven, quienes le solicita-

ron que evitara la entrada del novio en la casa, “nada más me va a dejar, me deja en la puerta y antes pasaba a la sala” (E018).

En el caso de la adolescente de 15 años, “esta niña” en palabras de su madre, el problema del embarazo no deseado tenía características muy especiales, ya que aunque la joven comunicó el problema a una amiga de mayor edad, consejera y orientadora, la madre asumió el protagonismo del embarazo. Ésta mantenía una actitud vigilante con la hija, respecto a la ausencia de menstruación y a las salidas nocturnas, de modo que ante una sospecha de relaciones sexuales fue ella quien se puso alerta y le reclamó de un posible fallo en la confianza depositada en ella:

... una vez la encontré, salió, regresó ya muy tarde y la fui a buscar porque ya eran las 12 de la noche y no llegaba [...] y *empezó a llorar mucho* y entonces yo pues *sí me enojé con ella* y le dije ‘es que no son horas de andar en la calle’ además le dije ‘*ya te he dado mucha libertad, mucha confianza, como para que tú me falles de esta manera*’ [...] ella estaba llorando y llorando, y le dije ‘¿qué te pasó, qué tienes, qué te pasa, cuéntame, *ya tuviste relaciones o estás embarazada*, porque lloras tanto?’... (E027) (testimonio de la madre).

Esta actitud de reclamo, de angustia de la madre pudo retrasar la intervención temprana, pues la hija evitó comunicar el problema hasta un momento avanzado del embarazo, 11 semanas de gestación. Al conocer el embarazo de su hija, esta madre señalaba que sus primeros pensamientos fueron expulsarla de la casa o unirla en matrimonio pero que finalmente ella asumió parte de la culpa y la responsabilidad. Ella fue quien se movilizó para buscar apoyo y resolver un problema, a través de una persona de su red de trabajo a quien le confió el problema y le solicitó apoyo:

... cuando ella me comentó que estaba embarazada, lo único que se me vino o se me ocurrió fue ir a verla y, le dije que pues cómo le hacía, qué era lo que ella pensaba que está mejor. Entonces, ella me comentó de..., me dio la dirección. Inmediatamente nos fuimos para allá... (E027) (testimonio de la madre).

Al percibir la solución del problema, en condiciones de seguridad, comprensión y apoyo se estableció un estado de confianza y gratitud, “me sentí mejor, porque vi que nos apoyaban” (E027). La madre le comunicó a su hija que contaban con apoyo y le pidió a la joven que tomara su propia decisión, ya que aunque ella deseaba evitar a su hija ser madre soltera, no deseaba después un reclamo de su parte:

... yo no quería que mi hija tuviera pues un hijo sola porque ya no iba a poder ser igual. [...] yo le dije a ella ‘es tu decisión, no quiero que al rato me digas tú me obligaste, tú me dijiste vamos a, para que no lo tenga’. Entonces le dije ‘piénsalo más que nada y pues tú dices’... (E027) (testimonio de la madre).

La confirmación de la decisión de interrumpir el embarazo, por parte de la adolescente, cuando ya contaban con el apoyo necesario, disminuía la angustia que vivía con el problema del embarazo de la hija y, en tanto la madre asumía parte de la culpabilidad, se adjudicaba un protagonismo en la solución, en la movilización y obtención de apoyo, que lo obtuvo por medio de los contactos con redes organizacionales de mujeres.

Entre lo íntimo y lo privado

La comunicación del aborto presentaba dificultades especiales, dada su condena legal y moral. Todas estas mujeres narraban su

deseo de resolver el problema del embarazo no deseado por sí mismas, sin necesidad de tener que recurrir a confiar el problema a otra persona, especialmente a las personas que les habían otorgado su confianza, por lo que conlleva de estigma y devaluación a quien se realiza un aborto. El hecho de que una mujer no haya evitado un embarazo no deseado supone un fracaso en el discurso dominante, tanto si la mujer continúa el embarazo siendo madre soltera como si se provoca su interrupción. En este último caso supone además la condena moral por esa acción, lo que puede tener una repercusión en las relaciones posteriores con las personas que han tenido conocimiento del aborto, en este grupo de mujeres: la madre, la pareja y las amigas.

Una adolescente señalaba que cuando supo del embarazo una de las inquietudes importantes era pensar en resolverlo de alguna manera y sin tener que recurrir a su madre, “yo *no pensé nunca en decirle a mi mamá*, yo quería arreglar el problema yo sola” (E027). La joven enfrentaba tanto la angustia del problema en sí, qué hacer para evitar una maternidad para la que no estaba preparada, como el temor de comunicárselo a alguien, en este caso a su madre quien ya le había cuestionado al respecto, por la actitud de preocupación, angustia y sensibilización que ella mostraba. Esta angustia de afrontar el problema no era menor, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- *Me sentía mal, nada más de pensar qué iba a hacer con un hijo yo sola*, entonces me sentía mal
- ¿Y ya cuando pudiste hablar con tu mamá y compartirlo con ella, cómo te sentiste?
- *Mejor, pero todavía más mal porque al ver la reacción de ella me sentí más mal [...] sentí que me reprochó, no me lo dijo pero se siente*. Yo sentí que, *nada más me dijo una sola vez que la defraudé, ya después no me dijo nada, me dijo que me iba a apoyar y que me iba a ayudar* (E027).

Esta adolescente expresaba de esta manera la vivencia del reproche de su madre. Su vulnerabilidad en esas condiciones hacía que las mínimas actitudes o expresiones faciales fueran interpretadas como signos de condena. Es decir, el proceso de comunicación del problema y la solicitud de apoyo suponía una parte importante de la angustia que vivían estas jóvenes, en especial cuando habían de enfrentar el proceso con la persona con quien durante la adolescencia estaban negociando la confianza en sus comportamientos y acciones, su independencia moral y social.

A partir de que este tema, el aborto, transgrede las normas sociales y por ello afecta a las personas que lo viven y a sus allegados, otra joven planteaba que los problemas de salud de su madre eran el impedimento para comunicárselo. Por ello decidió buscar el apoyo de su hermana, aunque ésta no era su confidente en cuestiones de sexualidad y relaciones sociales. Su hermana la apoyó en la búsqueda, asumiendo el pago de los honorarios médicos, y mantuvo la secrecía ante la familia, como vemos en el siguiente testimonio:

... mi mamá no sabe, la única que sabe es mi hermana. A ella fue a la que le dije y ella fue la que me ayudó. Y *mi mamá no sabe porque sufre de la presión y cualquier cosa o problemas así ya grandes le afectan mucho...* (E018).

Otro punto mencionado por estas mujeres como justificante para no socializar el embarazo (ni su interrupción) con las madres era que sabían su posición contraria al aborto. Una mujer señalaba que al comunicar a su madre la inquietud sobre un posible embarazo, ésta le dijo que tuviera los cuidados recomendados en el embarazo. Ante la seguridad de que su madre no mostraría comprensión con la decisión de interrumpirlo, esta mujer le ocultó la confirmación del embarazo, mencionándole

que su sospecha sólo había sido un retraso en su menstruación, manifestándole que ella también estaría de acuerdo en continuar el embarazo, evitando de esta manera sumar otro conflicto a su decisión. Así lo muestra el siguiente testimonio sobre la privacidad del tema:

...nadie (sabe), nada más entre los dos (su esposo y ella) porque mi mamá [...] *ella sabía que había un atraso* y, le dije ‘no, pues voy a ir al ginecólogo’, y *le dije que me había dicho que era un retraso por cuestiones hormonales, para ella eso fue todo* lo que se enteró [...] pero *me dijo ‘no, pues si estás embarazada ya lo tienes [...] como quien dice ahora te frías ¿no? O sea, yo le dije que sí para no darle en la torre* y dije ‘no, pues ¿por qué?’ [...] me dice mi esposo ‘dile que si ella lo va a mantener’, que no se qué. Yo sé que ella me va a decir que sí, pero bueno... no es ese el punto... (E008).

La posición de la madre, su falta de comprensión ante una posible interrupción generaba nuevos conflictos con la pareja. Ésta le indicaba que sustentara su posición ante la madre, al argumentar las dificultades económicas para el mantenimiento y desarrollo del bebé. Frente a esto la joven señalaba que la decisión del aborto iba más allá de encontrar una persona que alimente y críe al bebé, y que en los conflictos personales de la decisión de abortar pesan no sólo las cuestiones materiales posteriores al parto sino también otras cuestiones importantes para las mujeres, como la relación física y emocional con su cuerpo y con el hijo si continúa el embarazo.

La falta de comprensión por parte de la madre limitaba la solicitud de su apoyo material y emocional, pero además podía condicionar la comunicación y movilización de apoyo de otras personas cercanas, familiares de quien se dudaba que guardaran el secreto sobre el aborto. Así lo señalaba una joven que, ante el

temor de que su hermana le contara a la madre, evitó hablarle sobre el embarazo y la decisión de interrumpirlo, ya que aunque en su opinión los padres eran muy liberales y se podía hablar “de todo”, el aborto era un tema tabú, “*de esto*” no se podía comentar, eran cosas para vivirse en la intimidad, como lo vemos en el siguiente testimonio:

- ¿Nunca pensaste en decirle a alguien de tu casa, a tu hermana, a tu mamá?
- No, a nadie [...] con mi hermana me llevo bien pero *hay ciertas cosas* que, como ella es diferente a mí, siento que al decirle esto *se lo iba a decir a mi mamá y si yo le digo a mi mamá* lo que hice, yo *creo que nada más lo único que iba a hacer era regañarme, o no sé. O sea, se iba a molestar demasiado, iban a cambiar muchas cosas* y por eso no quise. [...] (con) mi mamá, *llegamos a platicar todo*, acerca de las relaciones sexuales, *no hay algo que nos cerremos, que no podamos platicar de eso por pena. Y por lo que sea, pienso que lo que uno no cuenta es lo que me sucede a mí* [...] *esto que me sucede a mí, no* (E043).

Estas mujeres evitaban comunicar pues un embarazo no deseado, viviendo el problema en la intimidad hasta donde fuera posible, eludiendo conflictos generados por comunicarlo a personas que tenían posiciones contrarias a una posible interrupción. De esta manera sólo tenían acceso a la información un pequeño círculo de personas de confianza, las amistades que mostraban apoyo y comprensión y la pareja.

Al respecto, esta misma mujer, que ya conocía la posición de la pareja con respecto al embarazo y no era partidario del aborto, no lo comunicó hasta después haberlo decidido y programado. Ella manifestaba que no deseaba su compañía durante el proceso de atención médica del aborto porque su presencia le producía nerviosismo y estrés, debido a la actitud temerosa de la

pareja por el riesgo de la intervención médica pero que, en tanto la pareja le había manifestado que asumiría la decisión, aunque estuviera en desacuerdo, le comunicó del aborto y ésta le apoyó en el pago de los honorarios médicos:

- Él me ayudó [...] *se lo comenté ya que lo había hecho [...] o sea, no se lo quise comentar porque a él le da yo creo por preocuparse por mí, por mi salud, le iba a dar miedo, se iba a preocupar y lo que yo no quería era que fuera él conmigo [...] le comenté y él me apoyó...*

- ¿Le comentaste para que te ayudara a pagar o para qué?

- No, *también porque le tenía que comentar. Yo ya le había comentado que estaba embarazada [...] y él me dijo que nos casáramos y lo tuviera pero yo no quise [...] Bueno, fíjate que a lo mejor casarme sí pero lo que no quería es ver al bebé (E043).*

En este caso, la pareja proponía la unión estable, el casamiento, y la continuación del embarazo. Esta posición, acorde con los discursos hegemónicos que ante un embarazo no deseado proponen casarse y continuar el embarazo, no era aceptada por la joven que defendía una postura más acorde con los derechos reproductivos, una defensa de los derechos de las mujeres a tener los hijos deseados en el momento en que se den las condiciones materiales y emocionales, sin sentirse presionadas por unirse a la pareja. Esas posiciones contrapuestas entre ambos ayudan a explicar el manejo del problema, al movilizar el apoyo, la información, compañía y comprensión necesarios para la interrupción del embarazo en condiciones de seguridad, sin la colaboración de la pareja:

... yo no le había comentado nada de que había ido a hablar con una persona acerca de esto, sino que vine aquí y ya me dijeron con qué persona tenía que

ir; fui y me dijo cuánto me cobraba. Fui el día que me citó y al otro día le comenté que eso había costado... (E043).

El aborto inducido era un tema difícil de nombrar y al referirse a él la mujer lo designaba con la palabra “esto”, lo que es una muestra de las dificultades y cuidados especiales para manejar este problema, manteniéndolo en la intimidad o comunicando únicamente a las personas que, aunque estuvieran en desacuerdo, mostraran comprensión con la decisión. De forma que, en general, eran pocas las personas que llegaban a tener conocimiento del problema, “nada más supieron cuatro personas” (E043).

Cuando estas mujeres comunicaban el problema del embarazo, la persona a quien le informaban les proponía, de acuerdo con su posición moral y social ante el aborto, determinadas soluciones. Así, cuando una adolescente comentaba el embarazo a dos amigas, las propuestas fueron contrapuestas, una compañera de estudios sólo veía una solución, buscar al joven y casarse, mientras que otra amiga de mayor edad, con quien compartía tiempos de diversión y ocio, le sugería pensar en el aborto y hacerlo desde una posición responsable, enfrentando el problema:

- Ella me dijo que me casara, la de la secundaria, y la de aquí pues me dijo que hiciera lo que yo quisiera... me dijo que yo pensara qué iba a hacer, que era mi decisión. Si era mi decisión hacerlo que me tenía que enfrentar a eso, que no tenía que huir ni nada, que tenía que enfrentarlo y, pues así me dijo nada más... (E027).

Finalmente, esta joven delegó la solución del problema en su madre quien obtuvo apoyo para una atención médica segura para la interrupción del embarazo. En general, este grupo de

jóvenes obtuvo apoyo material y emocional, en su decisión de interrumpir el embarazo, en forma oportuna. A través de un reducido número de personas de sus redes sociales personales, de quienes esperaban apoyo, confianza y comprensión, lograban contactar con redes organizacionales de mujeres que les facilitaron el acceso a servicios médicos de aborto, lo que incidía en un manejo del problema con menor impacto psicológico y emocional, al disminuir la culpabilidad.

EXPERIENCIAS CON EL ABORTO

La obtención de apoyo social, material y emocional en un proceso de aborto en forma inducida, especialmente en países donde su práctica está penalizada y el discurso de condena moral alcanza un amplio apoyo, supone unas condiciones mínimas que garantizan el proceso con el menor impacto en la salud física, psíquica y reproductiva de las mujeres. Las condiciones materiales de la atención del aborto así como los sentimientos y emociones alrededor del problema eran manejados en mejor forma por este grupo de mujeres que movilizó el apoyo de sus redes personales y organizacionales para la solución del problema, en comparación con el grupo de mujeres atendidas en el hospital público.

Condiciones materiales del aborto

Estas jóvenes vivieron un proceso de aborto en condiciones más seguras, con menor riesgo para su salud, con procedimientos médicos y en instalaciones clínicas de mayor higiene y control de riesgos. No obstante, dado el contexto de clandestinidad que rodea al aborto, el elevado número de muertes por abortos realizados en condiciones inseguras y los discursos que buscan crear

un ambiente de temor como una forma de disminuir el número de abortos, las mujeres que se indujeron un aborto lo hacían en unas condiciones de angustia tal que su pensamiento principal era salir con vida, pidiendo para ello el apoyo de Dios: “yo ya quería que pasara, no me importó, sólo le pedí a Dios que saliera bien” (E027).

Las/os médicas/os que atendieron la solicitud de interrumpir el embarazo mantenían una actitud de apoyo y colaboración durante el proceso, buscando calmar la tensión generada tanto por la decisión en sí misma como por el temor creado en torno a la intervención, dada la inexperiencia de estas jóvenes y las creencias y mitos que rodean al aborto. En el siguiente testimonio una mujer narra la sensación de apoyo percibida durante la atención del aborto:

...fue una mujer (la doctora) muy buena [...] me dijo que iba a hacer una succión, que no era nada peligroso, que no era doloroso, que me iba a anestesiar pero como tenía baja la presión no me pudo anestesiar [...] una de las personas que colaboran con ella... me ayudó a distraerme o a concentrarme [...] Ella me dijo ‘no, ya no te preocupes, sí te va a doler, o sea, sí vas a sentir porque no estás anestesiada pero es muy rápido, no pasa de veinte minutos’ y no, no sentí nada. (E043).

Además del apoyo emocional recibido, de la comprensión mostrada por las personas que le atendieron respecto a la tensión que estaba viviendo, esta joven se expresaba en forma positiva, en relación con la rapidez del proceso de intervención médica y al dolor moderado que le ayudó a manejar la tensión y mantenerse con entereza.

En el momento de enfrentar la decisión de abortar, ya ante la/el médica/o estas jóvenes expresaban que sintieron angustia y temor tanto por la decisión tomada como por la percepción

de que era un proceso doloroso y de mucho riesgo. Una joven describía sentimientos de temor y duda en el momento de la intervención pero que ante la presencia de la doctora fue capaz de manejarlos sin retirarse, como si ya fuera imposible detenerse, “dije al fin ya estoy aquí por muy doloroso que pueda ser” (E018).

Esta joven planteaba que a pesar del sufrimiento vivido, su proceso fue realizado en forma temprana y en condiciones más seguras por el acceso que tuvo a la información de estos servicios a través de la red. Así se expresaba respecto a su experiencia:

... desafortunadamente a mí me tocó sufrir [...] a veces, por falta de conocimiento, las chicas abortan con otros métodos o se tardan más tiempo... (E018).

Las personas acompañantes también mantenían un ambiente de tensión durante el proceso de intervención médica, que variaba de acuerdo con la cercanía emocional de estas jóvenes, con su capacidad para manejarse y con el conocimiento respecto a la intervención, así como con el protagonismo asumido en la decisión de abortar. La madre de una adolescente, con un nivel de instrucción mínima, que asumía el embarazo y el aborto como su problema, narraba la angustia vivida por el temor a que su hija perdiera la vida durante la intervención, como vemos en el siguiente testimonio:

... yo tenía miedo y, no sé, me imaginaba que se iba a morir, que no iba a despertar de la anestesia pero la doctora [...] (nos dijo) que era muy sencillo, que era muy fácil, que no había ningún riesgo de vida... (E027) (testimonio de la madre).

Todas estas jóvenes señalaban haber recibido apoyo y comprensión, tanto de la red organizacional de mujeres como del personal médico que realizó la intervención. Asimismo mencionaban su percepción de seguridad del procedimiento vivido y la ausencia de culpabilización por su decisión que fue respetada en un ambiente de actitudes liberales y no impositivas.

Sentimientos y emociones

Estas jóvenes que asumieron y enfrentaron la decisión de interrumpir el embarazo mostraban sentimientos de bienestar por haber solucionado el problema sin efectos negativos sobre su salud y por haber salido con vida, pero también manifestaban sentimientos de pena y culpa por haber tenido un aborto. Incluso la joven que asumía mayor seguridad con la decisión y que sostenía su postura frente a quienes le aconsejaban continuar el embarazo, después del aborto manifestaba un sentimiento de malestar y arrepentimiento, al manejar en su discurso algunos argumentos de los actores que mantienen posiciones en contra del aborto, como vemos en el siguiente testimonio:

... me siento mal por lo que hice... porque sé que es algo que no se debe hacer y pues la criatura no tenía la culpa de nada, es por eso... o sea, eso está en la Biblia ¿no? pero fue mi decisión y por eso. A veces sí me siento mal, a veces sí me arrepiento, a veces digo 'bueno, ya tuviera tanto tiempo'... (E043).

Prácticamente todas señalaban que vivieron una crisis nerviosa cuando acudieron a la atención de los servicios médicos de aborto y que a esto contribuían las personas que las acompañan. Una joven mencionaba que, aunque le mostraron comprensión, le provocaron desasosiego e incrementaron su estado nervioso

durante el trayecto a la clínica por la insistencia a que reflexionara sobre su decisión. De esta manera, la joven se veía presionada en su decisión en el momento de mayor tensión y temor, el previo a la intervención, como vemos en el siguiente testimonio:

... cuando fui, me sentía nerviosa... yo iba con nervios desde que me fui, ellas (las acompañantes) más, que porque ellas me decían ‘no, no lo hagas, que hay que regresarnos’ [...] y yo ya iba con mi idea, y mi idea nadie me la quitaba, y si llegué con nervios. Y ya en cuanto pasé me dijo la doctora que no me pusiera nerviosa porque eso no me iba a ayudar. Y como que de repente me arrepentía, y de repente lo aceptaba en lo en lo que quería hacer. Ya después que pasó eso me sentí tranquila, que ya había pasado, que no había pasado nada malo... (E043).

La crisis de duda y tensión acababa al finalizar la intervención y entonces surgía un sentimiento de tranquilidad, de bienestar porque el problema se había resuelto sin afectar su salud y su vida. En ocasiones, el estado nervioso tenía su punto culminante cuando la mujer se quedaba en la soledad ante el personal de salud para su intervención, especialmente cuando habían estado acompañadas hasta esos momentos.

Cuando la persona que acompañaba asumía el protagonismo vivía también la angustia sobre la seguridad de la intervención y el riesgo para la vida de la mujer, y la culpabilidad en el origen del embarazo y por haber participado en la decisión de abortar. De esta manera, vivían el sentimiento de ser causantes de un posible desenlace fatal, como vemos en el siguiente testimonio:

... yo sí estaba muy nerviosa, muy mal, más que nada sentía que era culpable por la falta de comprensión, de atención que no tengo para ella... (E027) (testimonio de la madre).

También se daba el caso de que las mujeres manejaban positivamente su proceso posaborto, al reconocer que había sido la mejor solución y buscando olvidar, como la mejor manera de evitar sentimientos de culpa o frustración. Una joven mencionaba que la semana posterior al aborto su esposo se inquietó porque se “veía cansada”, recomendándole olvidar “ya no pienses en eso, ya pasó y vamos a tratar de que no suceda otra vez” (E008). No obstante, la mujer mostraba una actitud tranquila en un proceso de superación, “yo no estoy preocupada, nada más estoy cansada, y creo que ya pasó y que fue lo mejor y punto, se acabó” (E008); planteaba que más bien el proceso de aborto le había llevado a un estado de agotamiento.

En síntesis, se puede concluir que cuando las mujeres establecieron contacto, a través de algún integrante de su red social, con organizaciones de mujeres que les brindaron apoyo, las experiencias y condiciones para la resolución del aborto fueron totalmente diferentes a las que afrontaban las mujeres atendidas en el hospital público. En este caso, el problema se resolvió en condiciones de menores o nulos riesgos para su salud lo que les facilitaba enfrentar este proceso sin actitudes culpabilizadoras y penalizadoras.

Las características personales y de sus redes sociales en este grupo de mujeres jóvenes determinaban tanto su capacidad para manejar y resolver un suceso adverso —el embarazo no deseado— como la posibilidad de establecer contactos con personas integrantes de redes organizacionales de mujeres que les ayudaran a resolver su problema. Como vimos a lo largo del capítulo, las mujeres de este grupo presentaban un mayor grado de autonomía e independencia y contaban con un proyecto de vida propio. En cuanto a sus redes sociales, todas ellas tenían personas en su red social (madre, hermana, cuñada, pareja, amiga) con contactos y conocimientos de personas integrantes de

organizaciones que se movilizaron en la búsqueda de servicios para la atención del aborto. Además, estas jóvenes mostraban una excelente capacidad de manejo del problema y únicamente lo comunicaban a las personas de la red social que les pudieran prestar algún tipo de apoyo, material (pago de los costos de la clínica), o emocional (compañía, entendimiento), y que mostraran comprensión sin culparlas por esa decisión. En este sentido, mencionaban que únicamente confiaron el problema del embarazo para demandar apoyo, pero que cuidaban de no difundirlo.

En relación con la pareja, cuando mantenían contacto, estas jóvenes le comunicaban la decisión o la tomaban en forma conjunta y recibían apoyo material y emocional, así como la comprensión de su decisión en algunos casos. En algún caso, la pareja mostró una actitud agresiva por el hecho de haber sido relegado del proceso de aborto al intervenir la red familiar, para solucionar el problema del embarazo no deseado, movilizándolo el apoyo, la información y acceso a la atención médica.

Con apoyo de sus redes sociales y de las redes organizacionales de mujeres, las condiciones materiales para la resolución del aborto se facilitaron, realizándose con procedimientos higiénicos y seguros que disminuyeron los riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Las condiciones de apoyo emocional y de conciencia de derecho, por parte del grupo de mujeres y de sus redes sociales, disminuyeron la culpabilidad y el impacto psicológico y emocional del aborto en las mujeres.

CONCLUSIONES

DE LA NATURALEZA DEL ESTUDIO

El foco principal de este estudio es conocer la experiencia subjetiva del aborto en mujeres que presentaron complicaciones de salud y demandaron atención médica en hospitales públicos. Es una investigación esencialmente cualitativa que, por el marco formulado para el análisis interpretativo, incorpora también información del contexto político-social general y de las características individuales y de grupo. La propuesta teórica es que las experiencias subjetivas derivan de los significados construidos intersubjetivamente y condicionados por la estructura social, y la posición del sujeto dentro de esa estructura.

Este acercamiento a la realidad social a través de las narrativas individuales resulta exitoso en tanto éstas expresan, por una parte, las particularidades del fenómeno, y por la otra, constituyen las expresiones de la estructura y el orden social en el nivel particular de los sujetos y los grupos sociales. Todo ello, al considerar que las expresiones narrativas, es decir, el lenguaje como constitución misma de su entidad como sujetos, son expresiones de las experiencias individuales construidas a partir de las experiencias acumuladas del grupo social, conformadas

como discursos del grupo, donde se manifiestan también los condicionamientos del orden social.

Los resultados reflejan ese orden social expresado en las normas sociales y discursos dominantes sobre el aborto, la reproducción, el embarazo, la sexualidad y la maternidad. Este orden social tiene su expresión particular en las mujeres, en función tanto de la posición social, las condiciones de vida y las relaciones y roles sociales de género, como de las capacidades individuales para afrontarlo desde características personales como la marginación, la posición subjetiva de género, la violencia y la situación de precariedad e incertidumbre ante la falta de un proyecto de vida. Estas capacidades individuales diferentes son demostración, en el nivel subjetivo, de la relativa libertad y creatividad de los sujetos frente a las determinaciones del nivel estructural.

La interpretación sociológica de la experiencia subjetiva de las mujeres se da en el marco de los contextos tanto objetivo como subjetivo, desde el nivel de la estructura social hasta el nivel subjetivo donde se reconoce un cierto grado de autonomía individual, en una propuesta que combina lo que Alexander (1997: 18) denomina modelos normativo e interpretativo. Este es un estudio enmarcado en un tiempo y un espacio, que hace referencia a unas circunstancias concretas del grupo en estudio.

Este estudio recupera ausencias y vacíos presentes en la literatura sobre el aborto, y reivindica la importancia de los sujetos y la subjetividad en esta realidad social de sus experiencias, sus capacidades para manejar estas situaciones, la expresión particular de los condicionantes macroestructurales interactuando con condicionantes intrapersonales e interpersonales. Incorpora las experiencias de sujetos que habían estado ausentes, las mujeres con abortos espontáneos o presentados como espontáneos, en un país donde la práctica del aborto está penalizada y conlleva

la condena social y moral. El contexto legal y el marco de identidad genérica de la mujer, como sospechosa de la transgresión a las normas morales y sociales en el área de la sexualidad y la reproducción, condiciona la vivencia de cualquier aborto, sea inducido o espontáneo, especialmente si la mujer reúne determinadas características asociadas con el estereotipo de mujer transgresora. Es a través de este tipo de acercamiento que se pueden identificar las consecuencias de estos contextos y las estrategias de las mujeres para enfrentarlas, así como el efecto, en el nivel intermedio, de las redes organizacionales y las redes sociales personales sobre la vivencia del aborto.

Las investigaciones cualitativas sobre aborto han hecho referencia a la importancia del género de la persona que realiza la entrevista (Padfield y Procter, 1996: 364), al momento y al escenario de la entrevista⁶⁶ (León, 1994: 1). En esta investigación, las dos personas que realizaron las entrevistas fueron mujeres, psicólogas, para evitar cuestiones de género que limitaran la expresión libre de las mujeres y, de esta manera, facilitar el establecimiento de un clima de confianza que ayudara a hablar de sexualidad y de otros aspectos íntimos, cargados de emociones. En ocasiones las confidencias eran acompañadas de llanto. Por otra parte, las entrevistas se realizaron en el hospital después de la atención del proceso de aborto, salvo cuando las mujeres solicitaban que la entrevista se realizara en la casa. En seis ocasiones, las mujeres aceptaron una entrevista familiar posterior que se realizó en la casa y en esos casos la presencia de la pareja

⁶⁶ Magdalena León (1994), en un estudio realizado a mujeres ecuatorianas con aborto inducido, señalaba que cuando la entrevista se realizaba inmediatamente después del aborto, las mujeres hablaban con más fluidez y veracidad de sus problemas más íntimos y de los motivos y significados de su decisión, mientras que buscaban ocultar información relacionada con sus características sociodemográficas para proteger su identidad.

condicionaba las expresiones de las mujeres respecto al aborto. Al iniciar las entrevistas, las mujeres expresaron, en ocasiones, que no deseaban que las parejas tuvieran conocimiento de la entrevista, y manifestaron temor ante la reacción posterior de ellos.

Se constató que la investigación en temas sensibles y ocultos como el aborto exige establecer un nivel de confianza con las mujeres, por lo que se recomienda la realización de varias entrevistas a la misma persona siempre que esto sea posible. Dos ejemplos apoyan esta propuesta, el caso de una adolescente ingresada por aborto séptico en estado de máxima gravedad que en el primer momento aceptó haberse realizado un aborto inducido y en sucesivos encuentros modificó esta versión; en otro caso, la información sobre una situación de incesto y violencia de parte del suegro, con quien compartían la vivienda, fue registrada hasta el tercer encuentro con la mujer.

EL CONTEXTO SOCIAL Y PERSONAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Cinco elementos caracterizaban el contexto de vida de las mujeres entrevistadas: la marginación social; la falta de autonomía en su vida cotidiana pues al no estar incorporadas al mercado laboral no poseían ingresos propios, lo que debilitaba su posición ante cualquier toma de decisión en el hogar; el bajo nivel de instrucción; la condición de inmigrantes de muchas de ellas lo que condicionaba también su integración social; y, con frecuencia, la violencia ejercida por la pareja.

Estos elementos objetivos, expresados en su posición dentro de la estructura social, condicionaban su forma de ver el mundo, de expresarlo y afrontarlo, en otras palabras condicionaban también su subjetividad, desde una posición genérica de mujer pobre que desempeñaba los roles tradicionales de dedicación

exclusiva al cuidado del hogar, aunque en condiciones de supervivencia extrema. Esas condiciones de vida de alta marginación, altos niveles de pobreza y acceso reducido a los servicios de salud y bienestar, definían y limitaban sus capacidades para manejar su vida sexual, familiar y social, para la existencia misma de un proyecto de vida y, finalmente, determinaban su ubicación en el mundo desde una posición subordinada y marginal. Ello confirma la interacción bidireccional entre lo macro y lo micro, desde la estructura social sobre la autonomía y libertad individual, y al revés.

Las características de pertenencia a un grupo social marginado le daban una especificidad propia a su condición de mujeres, en un país donde la modernización de valores y de comportamientos que modifican la imagen y el papel de la mujer se da en forma desigual según la pertenencia al grupo social. En este grupo, sus identidades estaban construidas como mujeres pobres, dependientes de la pareja o los padres, dedicadas al trabajo doméstico no remunerado, socialmente invisible, con una red de relaciones sociales precaria, y con escasa o nula participación en las decisiones del hogar, en la educación, la salud y el cuidado de los hijos y de sí misma, es decir una mujer sin recursos subordinada a lo que diga y haga su pareja. De cada cinco mujeres, sólo una contaba con recursos propios.

Pero ¿cómo interpretaban estas mujeres sus condiciones de vida? ¿Cuál era la racionalidad de sus discursos? Las normas y roles sociales de género son claves para comprender cómo estas mujeres interpretaban y experimentaban el mundo desde su identidad de mujer pobre. En la lectura de sus narrativas emergía la incorporación del discurso hegemónico sobre la subordinación femenina, con argumentos que apoyaban la aceptación de decisiones tomadas unilateralmente por la pareja (el varón), dándole una valoración positiva a la sumisión y subordinación,

expresada incluso como parte del apoyo y comprensión de la pareja que velaba por su bienestar. Asimismo, los discursos de los varones, participantes en las seis entrevistas familiares, se ajustaban también a los roles tradicionales de género respecto al comportamiento que se espera de las mujeres, su dedicación exclusiva al hogar y al cuidado de los hijos y la pareja, reflejando en sus argumentos una total objetivación de la mujer. Por ejemplo, las razones de que su mujer no trabajara fuera del hogar, desde su papel de proveedor, “lo que te hace falta yo te lo traigo”, sin reconocerle su capacidad y necesidad para realizarse como sujeto autónomo y productivo y, sin resolverle sus necesidades básicas. No obstante, en los discursos de las mujeres también se reconocían lo que podríamos llamar discursos y prácticas de resistencia, como la queja y el enojo por haber quedado al margen en la elección de determinados consumos, la angustia por trabajar para poder disponer de una casa propia y el ocultamiento a la pareja de las cuestiones o comportamientos que pueden no ser compartidos.

Dentro de este grupo de mujeres pobres en “cautiverio”, subordinadas a la pareja, se presentaban perfiles diferentes en cuanto al grado de autonomía de la mujer, el grado de marginación social y la inserción social. Estos elementos conforman constituciones más o menos estructuradas de su persona, formas diferentes de ver el mundo y, por tanto, capacidades diferentes en el manejo de su vida cotidiana y en la forma de afrontar los problemas. Por ejemplo, en el caso de las mujeres que sufrían violencia, emergían tres discursos diferentes de manejo del problema: por un lado, un discurso exculpatorio de la pareja, justificándola desde la dimensión del sufrimiento en su etapa infantil y una actitud compasiva aunque por ello pusieran en riesgo su propia vida. Por otro lado, los discursos culpabilizadores que identificaban negativamente a la pareja violenta, como

hombres irresponsables, borrachos y que no trabajaban, lo que evidenciaba el incumplimiento de su rol de hombre proveedor, a lo que se agregaba su condición de hombre violento. Por último, estaban también los discursos que buscaban minimizar o disminuir el problema de la violencia, quizás como una forma de evitar la pena y la compasión de la entrevistadora o para atenuar la imagen negativa de la pareja. Muchas veces las tres formas de discursos eran parte de la narrativa de la misma mujer, es decir, la mujer reconocía que la pareja era culpable pero le tenía compasión y además evitaba ser objeto de compasión.

Finalmente, estas mujeres manejaban el problema de la violencia de acuerdo con la percepción y racionalización del problema en el discurso, con su determinada visión del mundo, así como con la capacidad para movilizar apoyo de sus redes sociales. Hay que considerar que este problema conlleva no sólo daños físicos más o menos graves sino también daños emocionales y sociales que llevan a las mujeres al ocultamiento y aislamiento para evitar ser compadecidas y estigmatizadas, lo que también empobrece sus redes de apoyo. Frente a la violencia de la pareja, las mujeres reaccionaban con acciones de denuncia y abandono o bien enfrentando la agresión o, por último, acomodándose a la sumisión, a los golpes, a la vida.

Además de su posición subordinada de género, otro elemento básico de su contexto objetivo que intervenía en su subjetividad eran las condiciones de vida, las cuales se expresaban también en sus relaciones sociales y redes de apoyo, y que condicionaba la experiencia subjetiva. Las mujeres más pobres, menos autónomas, recién inmigradas y que sufrían violencia, en general, tenían redes más precarias y menos funcionales y esa menor integración social conllevaba mayor marginación. En tanto la mayoría de las mujeres presentaban condiciones de gran precariedad, sus redes sociales eran pequeñas, poco densas, casi

exclusivamente familiares, muy homogéneas, y con frecuencia tenían vínculos conflictivos que generaban tensiones, lo que traía como resultado un funcionamiento negativo de la red en términos de apoyo social.

Un elemento importante para la comprensión del funcionamiento de las redes sociales de estas mujeres, esto es, en su capacidad para otorgar apoyo social, poco analizado en los estudios sobre redes sociales, y que emerge en esta investigación, es la calidad de los vínculos, el ambiente relacional en una determinada interacción. Cuando la red tensional de la mujer era importante, bien por la cantidad o por la calidad de los vínculos conflictivos, el apoyo otorgado por la red social de esta mujer, generaba estrés en lugar de amortiguarlo.

El contexto, tanto del nivel objetivo como del nivel subjetivo, de la subordinación a sus roles sociales de género, la gran marginación social y el poco desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos en estas mujeres, se reflejaba con especial intensidad en relación con su vida sexual y reproductiva.

En el nivel intermedio y microsocioal intervenían determinadas ideologías sobre las relaciones sociales —las amistades— y el apoyo social —“el pedir”— condicionadas también desde una determinada posición de clase, de sus identidades sociales como mujeres pobres, que conllevan otros elementos estigmatizantes y devaluadores, así como de una identidad personal constituida desde unas condiciones de vida marginales y con una baja formación educativa. Estos elementos condicionaban también que estas mujeres presentaran redes precarias y bajo apoyo social.

La falta de autonomía en el nivel económico y de toma de decisiones en el hogar, así como la inexistencia de un proyecto de vida propio, diferenciado del de esposa, madre y cuidadora, condicionaba la vivencia de la sexualidad, sus capacidades para manejar su vida, sus relaciones, sus uniones con las parejas y sus

embarazos. Las condiciones de marginación y subordinación genérica unidas al bajo nivel educativo de la mayoría de las mujeres entrevistadas (atendidas en el hospital público de estudio) se reflejaban en unas relaciones sexuales y uniones a una edad muy temprana, con frecuencia uniones precarias, inestables e incluso conflictivas. Por otra parte, estas mujeres no asumían la propiedad y el derecho sobre su cuerpo, tenían una baja o nula capacidad para el control de sus embarazos, delegándola en sus parejas, aunque éstas fueran señaladas como irresponsables y violentas.

En parte, la delegación del derecho a decidir sobre su reproducción y sobre su propio cuerpo tiene que ver con que las mujeres asumían los roles tradicionales de género; aunque otro nivel de explicación puede ser la transmisión y reproducción del saber popular, ya que muchos de sus conocimientos y prácticas sobre sexualidad y reproducción estaban conformadas por mitos y creencias. Esto sería un resultado no deseado de las políticas y de los programas de control de la fecundidad, los cuales se concentran en registrar mujeres que “aceptan” un método anticonceptivo pero presentan poca capacidad o interés para aportar información en forma comprensible, lo que mantiene un comportamiento reproductivo basado en mitos y creencias. En especial, esto ocurre en los grupos marginados, de bajos recursos, sin instrucción, de diferente cultura y no incorporados a formas de vida modernas. Entre ellas se encontraban muchas de las mujeres entrevistadas.

Las mujeres atendidas en una clínica privada para una demanda de aborto inducido presentaban contextos diferentes: tanto en el nivel objetivo, con mejores condiciones de vida, mayor autonomía relacionada con la existencia de recursos propios por su incorporación al mundo laboral, con un nivel de instrucción medio o superior y con unas redes sociales más funcionales;

como en el nivel subjetivo, con capacidad para activar relaciones sociales y movilizar el apoyo social. En sus discursos y prácticas cuestionaban los roles sociales de género, especialmente la subordinación de la mujer, y reclamaban el reconocimiento de los derechos de las mujeres. No obstante, llamaba la atención el escaso conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, así como el bajo nivel de control de su capacidad reproductiva, aunque asumían su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y no delegaban esta capacidad a la pareja, en la decisión ante un embarazo no deseado o no programado.

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON EL ABORTO

El análisis de los discursos de estas mujeres ayuda a comprender la construcción de los significados sobre el embarazo y el aborto, y muestra las diferentes estrategias que este grupo de mujeres elaboraba para enfrentar las sospechas y la culpabilización de que eran objeto en los diferentes momentos del proceso de embarazo y aborto, tanto por el hecho mismo de no haber evitado el embarazo como por las posibles acciones dirigidas a la interrupción de éste. Estas estrategias reflejaban capacidades individuales y formas de manejo ante el embarazo y el aborto, en un grupo de mujeres con condiciones de precariedad y pobreza que no les permitían el acceso a un aborto en condiciones seguras. Sin enfrentarse al discurso dominante que condena el aborto (más bien asumiendo éste) se presentaban como teniendo un aborto espontáneo o como resultado de un accidente y, dado que en general se acepta que un accidente es un hecho no predecible, no motivado y no intencional (Green, 1997: 10), de esta manera señalaban la neutralidad moral y falta de responsabilidad en el proceso.

Sus discursos reflejaban una actitud de expectativa en relación con los eventos adversos en sus vidas, como el embarazo no deseado o las complicaciones en la interrupción del éste, esperando que éstos no se hicieran realidad o se resolvieran favorablemente, aceptándolos finalmente como parte de su destino adverso, esto es, como la realización de una voluntad externa. En ocasiones mostraban una actitud fatalista ante la vida en el marco de la precariedad, la incertidumbre y la baja capacidad para modificar estas circunstancias. A través de la política nacional sobre el control de la fecundidad, de los actores encargados de aplicarlas y de los roles sociales de género, las mujeres han sido culpadas de su fecundidad, de los embarazos no deseados, bien por no haber evitado el riesgo utilizando métodos anticonceptivos modernos o bien por el fallo de éstos. Incluso las mujeres han sido calificadas de descuidadas, incumplidas o ignorantes por “mal uso” del método o por no acudir a revisión médica. Las mujeres pobres que tienen muchos hijos han sido identificadas desde las instituciones y políticas de población como irresponsables por no haber controlado y evitado los embarazos.

Este grupo de mujeres no cuestionaban, por el contrario, incorporaban en su discurso la responsabilidad asignada institucionalmente de tener hijos cuando sus condiciones económicas, sociales, familiares y personales lo permiten. El discurso médico institucional aparecía reflejado e incorporado por las mujeres, aunque en la práctica la mayoría señaló que su embarazo no había sido planeado ni deseado y además, con frecuencia, el control o “cuidado” para no embarazarse estaba en manos de la pareja. Es decir, aunque en el discurso asumían la responsabilidad y culpa socialmente asignada, no modificaban sus prácticas.

El discurso dominante también responsabiliza a las mujeres de los cuidados así como del resultado del embarazo, de modo que si la mujer embarazada tiene un aborto puede ser sospecho-

sa de no mantener los cuidados adecuados, es decir, de no cumplir bien con su rol de embarazada. En este grupo de mujeres, la mayoría en condiciones de extrema pobreza, era difícil mantener cuidados especiales, dadas sus condiciones de vida, familiares y de pareja. Aun así, las mujeres reconocían la existencia de normas sociales relacionadas con los cuidados especiales que debe mantener una mujer embarazada y elaboraban estrategias orientadas a liberarlas de responsabilidad y culpa por la supuesta falta de cuidados en el embarazo. Mantenían una actitud ambigua respecto al embarazo, sustentada principalmente en la irregularidad de su ciclo menstrual, así como una actitud ambivalente respecto al deseo del embarazo, afirmando que aunque no habían programado ni deseaban el embarazo luego sí lo aceptaban. Esta aceptación era planteada, en general, como una imposición externa, incorporando los discursos religiosos que ordenan la aceptación de todo embarazo. Así estas mujeres aseguraban primero que no sabían de su embarazo y posteriormente lo aceptaban, delegando en “Dios” las decisiones sobre su vida, una vida de precariedad, incertidumbre e incluso fatalidad donde encontraban pocas posibilidades de incidir y tomar decisiones.

Esta estrategia, el desconocimiento de su embarazo y la semejanza de los primeros síntomas con la menstruación, les liberaba también de la responsabilidad, ante cualquier actitud de sospecha y reclamo de parte del personal de salud o de su red social, por no acudir oportunamente en busca de atención médica ante los primeros síntomas del aborto, y justificaba la espera y la inmovilización hasta los momentos de máxima gravedad. No obstante, ello derivaba en situaciones de emergencia que la estructura de servicios de salud no lograba resolver, dada la escasez de los recursos y la falta de una respuesta institucional de urgencia accesible a grupos de población en extrema pobreza.

Otra estrategia de las mujeres atendidas en el hospital público de estudio, para afrontar la culpa y el estigma era presentar las acciones realizadas antes de acudir al hospital como intervenciones orientadas a evitar el aborto, en tanto la aplicación de estos tratamientos les hacía sospechosas de acciones dirigidas a la interrupción del embarazo. Las mujeres habían acudido con sobadoras, farmacéuticos o médicos y recibido tratamientos de medicina tradicional o alopática como sobos, tes, pastillas o inyecciones, todas ellas enmarcadas en prácticas y saberes populares relacionados con problemas de embarazos “no deseados”. Además, las causas del aborto señaladas por las mujeres, como caídas, tareas pesadas y enojos, las identifican como responsables del aborto cuando se realizan intencionalmente para interrumpir el embarazo, por lo que las entrevistadas insistían en el desconocimiento del embarazo en el momento de la caída o la realización de trabajos pesados, y responsabilizaban a la pareja de los enojos. De esta manera, ante un discurso dominante que las responsabiliza y las hace sospechosas de haberse provocado el aborto, buscaban mostrar una conducta no reprochable —de no intencionalidad en las causas del aborto y de aceptación del embarazo— como estrategias justificatorias y de exculpación. Presentaban su embarazo y aborto como producto de una voluntad externa a la cual se someten como parte de un mandato religioso.

En tanto las estrategias se centraban en presentar su aborto como espontáneo, estas mujeres atendidas en el hospital público, asumían que no les correspondían sentimientos de pena legal o culpa moral puesto que no tenían responsabilidad. En algunos casos, también como parte de la estrategia de presentarse de acuerdo con las normas sociales, señalaban que estaban en contra del aborto en general, aunque en su caso estaban libres de culpa por ser espontáneo. En especial, una de las mujeres

entrevistadas que era integrante de un grupo de lectura de la Biblia católica se esforzaba en mostrar su oposición y condena del aborto, insistiendo en que en su caso no era así puesto que había sido un accidente. Son resultados que confirman lo encontrado en otros estudios sobre la actitud de muchas mujeres, generalmente en grupos de bajos recursos, que justifican la interrupción de sus embarazos, incluso en el caso de abortos claramente inducidos, pero expresan el desacuerdo con la legalización del aborto (Mora, 1995). Ninguna de las cuatro mujeres con aborto seguro, en condiciones de clandestinidad, incorporó estas estrategias en sus narrativas y, por el contrario, argumentaban en torno a la decisión de interrumpir su embarazo porque en sus condiciones no podían enfrentar la responsabilidad de la maternidad y además interfería con su proyecto de vida. Asumían que el aborto es un derecho de las mujeres y aunque una de estas jóvenes expresaba que, después del aborto, en algún momento pensó que esta práctica es condenada por la religión, no manifestaba sentimientos de culpa.

La culpa es importante en el control de las conductas porque permite la legitimación del castigo de la persona transgresora y porque traduce un incremento de su deseo de obediencia. La culpa refuerza el sistema y legitima las normas ante el sujeto que las transgrede, provoca su culpabilidad y al mismo tiempo su acatamiento a estas normas. Las transgresiones individualizadas tienen un alto componente socializador pues la culpa tiene la función de legitimar ante el sujeto transgresor las normas que no ha cumplido, convirtiéndolo en un sujeto más obediente (Douglas, 1969; Foucault, 1990; Goffman, 1970; Juan, 1993; Balandier, 1989). Un ejemplo concreto de procesos de “normalización”, a través de la construcción de riesgos y de culpa, se refiere a la medicina moderna y a sus discursos, que sostienen la existencia de una serie de riesgos asociados con el embarazo. De

esta manera sobre el cuerpo de la mujer embarazada se ejerce una presión y vigilancia que condicionan su vida en cuanto a comidas, ejercicio, relaciones sociales y sexuales, en una palabra los “cuidados” que debe tener una mujer embarazada (Root y Browner, 2001; Lupton, 1999; Layne, 1990; Ehrenreich y English, 1978). En el caso de México, con el discurso conservador que pregona que toda mujer embarazada debe llevar a término su embarazo, se construyen dos tipos de riesgos (es decir, dos áreas de vigilancia y monitoreo) en torno a las mujeres embarazadas: por una parte, los riesgos de carácter biomédico que, como señalamos más arriba, apuntan a la regularización de los cuidados que toda mujer embarazada debe tener; y por otra parte, los riesgos sociales, que señalan los peligros (desde la descalificación moral hasta acusaciones penales) que enfrenta toda mujer que no haga su mayor esfuerzo por preservar su embarazo y llevarlo a buen fin.

Las mujeres que tienen un aborto y que son, por lo tanto, sospechosas de no aceptar la norma o el mandato de la maternidad como el fin primordial de la mujer, sufren el estigma que se asigna a una persona por su conducta, transgresora o ‘mala’, es decir que ha roto con las normas (Goffman, 1970). Ello explica en parte que en la cultura occidental los ‘fracasos’ en la maternidad, tanto los abortos espontáneos como inducidos, sean vividos en silencio (Layne, 1990).

Las mujeres atendidas por aborto despleaban una serie de estrategias de manejo de la información, orientadas a reafirmar que el suyo fue, en efecto, un aborto espontáneo y evitar así ser consideradas sospechosas de haberse inducido el aborto. Varios estudios han documentado que las personas estigmatizadas por haber trasgredido determinados códigos morales, recurren a ciertas estrategias de evitar el estigma, que van desde el control de la información hasta justificaciones de su decisión y argu-

mentos que condenan la posición de quienes les señalan (Park, 2002; Remennick, 2000; Miall, 1994; Scott y Lyman, 1968).

La cultura popular en México provee a los individuos de al menos dos conceptos no sólo para explicar sino para atribuir significado a los diversos eventos desafortunados que experimentan y que observamos en los testimonios analizados. Por una parte, en el marco de la religiosidad popular, la “voluntad de Dios” es invocada como una fuerza impredecible sobre la que no se puede tener el menor control y que está presente en todos y cada uno de los sucesos de la vida. La mayoría de las tradiciones religiosas proporciona a las personas elementos para dar significado a la experiencia, explicarse los hechos extraordinarios, sus propias vidas y el orden del mundo, uno de ellos referido al problema de la culpa y el sufrimiento, de manera que este último ayuda a liberarse de la culpa por lo que no se busca evitar el sufrimiento sino hacer de éste algo soportable, algo sufrible (Geertz, 1973). Por otra parte, en el marco de la vida cotidiana, la noción de “accidente” es utilizada para dar cuenta de hechos que se presentan sin que haya habido intención o motivación por parte de los afectados, lo que a su vez se considera que los exime de toda responsabilidad. En estricto sentido, ambas categorías —la voluntad de Dios y los accidentes— son contradictorias teóricamente hablando. La primera hace referencia a un mundo premoderno, donde nada ocurre sin que Dios así lo permita. La segunda, en cambio, hace referencia a una sociedad secularizada donde ya no hay espacio para las fuerzas mágicas ni supraterráneas para dar cuenta del mundo. Característico de la modernidad es la noción de que los accidentes simplemente ocurren (Green, 1997). Como vimos, sin embargo, las estrategias de manejo de la información de este grupo de mujeres mexicanas, orientadas a liberarse del estigma que les generaría una acusación exitosa de que su aborto espontáneo fue, en realidad, provocado, incluyen

la posibilidad de articular sin aparente contradicción estas dos categorías en principio incompatibles.

En síntesis, el discurso social sobre el aborto y sobre el papel de la mujer en la reproducción condiciona de manera importante la experiencia subjetiva del aborto, al incidir en la salud y la vida de las mujeres por el ocultamiento y retraso en la atención como consecuencia de las presiones sociales, en forma especial en las mujeres que acuden a los hospitales públicos a atenderse las complicaciones de un aborto, sea espontáneo o inducido. Esto se evidencia tanto en la incorporación que hacían del discurso como en las estrategias para evadir la sospecha y culpa sin negar el discurso dominante. A través de las narrativas es posible advertir la capacidad de estas mujeres para desarrollar estrategias de manejo de su proceso de aborto; en otras palabras, la perspectiva analítica adoptada en esta investigación nos permite apreciar a las mujeres en permanente actividad (de resignificación de las conductas, de manejo de las condenas sociales, etc.), lo que contrasta con una lectura ingenua que coloca en la “enajenación” de las mujeres pobres, producto de la ignorancia y la pobreza, y en la “incapacidad” para asumir el control de su propio cuerpo, la explicación de embarazos no deseados y abortos. Por el contrario, la perspectiva interpretativa nos permite apreciar las habilidades que desplegaban estas mujeres para oscilar estratégicamente entre los márgenes de un discurso normativo aparentemente uniforme, pero que ellas sabían interpretar con la ambivalencia necesaria para asegurar su supervivencia moral. Las frecuentes afirmaciones que encontramos en las entrevistas, en el sentido de que tanto el embarazo como el aborto eran acciones “no deseadas”, son quizás más un indicador de la capacidad de las mujeres de manejar el discurso dominante en su favor, que una descripción de cómo viven estas circunstancias.

Sin embargo, esta es una hipótesis sobre la que es necesario seguir indagando.

CONDICIONES DEL APOYO SOCIAL Y ACCESO REAL A LOS SERVICIOS

El contexto legal y la condena moral que rodea al aborto, en México, condicionaba también la movilización y recepción de apoyo de las redes sociales, en las mujeres entrevistadas que habían experimentado un aborto. En el grupo de mujeres entrevistadas, este condicionamiento, así como la movilización y recepción de apoyo social se daba en forma diferenciada según el origen del embarazo, las características estructurales y funcionales de sus redes sociales y las características socioeconómicas, culturales y subjetivas, estas últimas referidas a las capacidades individuales para demandar apoyo, y para exigir el ejercicio de un derecho como el de la salud.

Las mujeres con embarazos no deseados y socialmente “reprobables”, como los embarazos en mujeres adolescentes, solteras o separadas, retardaban la movilización de apoyo, en parte debido a una estrategia de ocultamiento del embarazo por temor a enfrentar la crítica, los reclamos, la violencia y la exigencia de parte de los padres, de subsanar el problema con un casamiento. Además las redes sociales de la mayoría de estas mujeres eran redes exclusivamente familiares, en algunos casos con vínculos tensionales y sin una persona a quien confiar oportunamente el problema. Las mujeres que presentaban redes sociales con capacidades y recursos escasos, cuando movilizaban apoyo éste era poco efectivo y de alto riesgo y afectaban seriamente su salud y su vida. Las mujeres con mejores capacidades para manejar el problema, enfrentaban las consecuencias de comunicar su embarazo y movilizaban apoyo de sus redes sociales, especialmente

apoyo emocional, comprensión y afecto, incluso en redes muy dispersas.

En general, como señalamos anteriormente, todas las mujeres entrevistadas que acudieron al hospital público buscaban mostrar con estrategias que el aborto no había sido provocado. Pero estas estrategias retardaban la movilización y recepción de apoyo: al retraso en la movilización se sumaban las dificultades y obstáculos derivados de la inaccesibilidad geográfica y económica para una atención de emergencia en estos grupos sociales marginados, especialmente en horarios nocturnos.

Estos problemas se acentúan en las mujeres que presentaban características de mayor marginación social y cultural, pobreza, analfabetismo, ruralidad, inmigración, violencia y alcoholismo, a los que se sumaban unos comportamientos de gran subordinación, lo que dificultaba la capacidad para movilizar apoyo social en una estructura de redes sociales de por sí muy precarias y poco eficientes. En estos casos las mujeres vivían su proceso de aborto con gran riesgo para su salud y su vida, acentuándose los sentimientos de angustia, devaluación y culpa. Las mujeres con características opuestas experimentaban en forma diferente los procesos de aborto, con menos riesgos para su salud y con apoyo material y emocional de sus redes sociales que, en general, eran más confortables y eficientes.

La estructura de los servicios de salud y el papel controlador y regulador de la profesión médica condicionaban tanto la vivencia del aborto como la posibilidad de recepción de apoyo social en las mujeres entrevistadas. En general, las mujeres se quejaban del trato discriminante, devaluador y estigmatizante del personal de salud, sobre todo cuando las características del embarazo y el aborto permitían pensar en una interrupción provocada del embarazo, lo que estimulaba en los médicos una actitud de condena de la mujer por una conducta no ajustada a su código moral,

actitud muy reconocida dentro del papel de control social de la profesión médica. Esto era más severo en hospitales privados de beneficencia social, gobernados por una orden religiosa, y en mujeres pobres.

Un obstáculo que hacía menos eficiente el apoyo social brindado a las mujeres era la inaccesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud, ya que la mayoría de las mujeres entrevistadas procedía de áreas inaccesibles y peligrosas, sin comunicación en horarios nocturnos, justamente cuando se presentaba la emergencia, y los servicios públicos de salud de asistencia social no facilitaban el servicio de ambulancias para su traslado. En otros casos se presentaban problemas de atención derivados de la falta de recursos de personal o de material para la atención del caso, lo que retardaba la atención y obligaba a las mujeres a un peregrinar por diversos centros, consumiendo recursos de por sí escasos. Además, en tanto la mayoría de las mujeres de este grupo presentaba condiciones de marginación social y asumía roles de subordinación, en general, no exigían el derecho de atención a la salud reconocido constitucionalmente. Cuando la mujer o su acompañante, especialmente su pareja, exigían ese derecho recibían la atención en forma más rápida.

Otro obstáculo para la recepción del apoyo en las mujeres era el aislamiento de éstas cuando ingresan al hospital, así como la desinformación respecto a los procesos hospitalarios y a las intervenciones clínicas tanto a ellas como a sus acompañantes. Estos últimos debían permanecer en el hospital atentos a los requerimientos sobre medicamentos u otro material que les hacían a través de un sistema de altavoces, o bien para firmar el consentimiento en determinadas intervenciones de urgencia, o recibir notificaciones de decesos, pero señalaban que no eran informados ni de los procesos clínicos ni de la ubicación de la mujer. Este aislamiento incrementaba los sentimientos de angustia

en las mujeres, cuando estaban ingresadas en el área de atención de partos y rodeadas de recién nacidos y de personal desconocido que mostraba actitudes, muchas veces de maltrato, hacia ellas. Asimismo, la ausencia de comunicación con el exterior les mantenía en suspenso sobre la situación y el cuidado de sus hijos. Todas estas situaciones dificultaban la recepción de apoyo durante la estancia en el hospital, especialmente la comprensión y la compañía de las personas de su red social con quienes mantenían vínculos afectivos.

La experiencia de las mujeres que tuvieron acceso a una interrupción del embarazo en condiciones seguras, en una clínica privada, era diferente. En primer lugar ellas podían asumir la decisión de un aborto inducido desde una posición de responsabilidad, al presentar argumentos relacionados con la maternidad y el desarrollo de un proyecto de vida propio. En este grupo de mujeres, las características personales y de sus redes sociales, los recursos de información y el contacto con una red de organizaciones de mujeres facilitaba experiencias sin actitudes culpabilizadoras y penalizadoras, así como condiciones de menor riesgo para la resolución del aborto.

Las mujeres de este grupo presentaban mayor grado de autonomía e independencia —tres estaban incorporadas al mercado laboral y tenían ingresos propios, y otra era estudiante— y tenían un proyecto propio de vida. Asimismo, asumían el reconocimiento de los derechos y capacidades de decisión sobre su vida, su cuerpo y su reproducción, y en la decisión de interrumpir el embarazo. En cuanto a las redes sociales, todas ellas tienen personas en su red (madre, hermana, cuñada, pareja, amiga) con contactos y conocimientos de organizaciones de mujeres a donde acudir en busca de apoyo. Además estas mujeres mostraban una óptima capacidad de manejo del problema, y comunicaban su problema a las personas de confianza de su red, que ellas va-

loraban les podían prestar algún tipo de apoyo, material (pago de los costos de la clínica, o emocional (compañía, entendimiento), y que les mostraban comprensión sin culparlas por esa decisión. Con respecto a la pareja, cuando mantenían el contacto, le comunicaban su decisión o la tomaban conjuntamente, recibiendo apoyo material y emocional, así como la comprensión de su decisión en algunos casos. Las condiciones de apoyo emocional y de conciencia de derecho, por parte de la red y del grupo de mujeres, disminuía la culpabilidad y mejoraba el impacto psicológico y emocional del aborto en las mujeres.

No obstante, dada la precariedad de las redes sociales personales del grupo de mujeres con complicaciones de un aborto en el hospital de asistencia social, es necesario pensar en problemas de inaccesibilidad de las redes organizacionales de mujeres en el estado de Morelos para la mayoría de este grupo de mujeres. En general estas mujeres no estaban incorporadas en redes comunitarias y más bien presentaban baja integración social, en parte por experiencias negativas con miembros de la comunidad o de sus propias redes, así como por tener identidades estigmatizadas que las orillaba a un mayor aislamiento. Esto obliga a pensar en la necesidad de promover estrategias orientadas a la introducción, entre estos grupos marginados, de las organizaciones de mujeres que trabajan con la comunidad, de las cuales existe experiencia acumulada en el estado de Morelos, con el fin de promover su conocimiento e incrementar el sentido de ciudadanía en las mujeres de estos grupos sociales que viven en zonas marginadas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Este estudio muestra dos maneras de actuar, dos estrategias diferentes, para enfrentar los procesos de aborto y los embarazos no deseados según la posición de las mujeres en el mundo. Las

mujeres pobres y marginadas, conscientes de su posición doblemente subordinada, prescindían del discurso reivindicativo (Juliano, 1998) y, sin cuestionar el sistema que legitima e impone a las mujeres embarazos no deseados, elaboraban estrategias de supervivencia más fácilmente aplicadas dada su invisibilidad, al disfrazarlas de sumisión y aceptación formal de las normas sociales como una pantalla que permite infringirlas. Desde otra posición, quienes se identificaban como feministas cuestionaban la discriminación y la posición subordinada de las mujeres y exigían un papel activo en la decisión de ser madres, sin aceptar la imposición legal y social de continuar con un embarazo no deseado para el que no contaban con condiciones materiales, ni emocionales, que les permitieran el ejercicio de una maternidad responsable.

Más allá de la constatación de estas diferencias en la forma de afrontar un evento como el aborto, representativo de las condiciones de género que viven las mujeres, interesa reflexionar en que ambas estrategias implican riesgos y niveles de sufrimiento diferentes. Las mujeres pobres son muchas veces sobrevivientes en unos procesos que conllevan riesgos para la salud que se ven incrementados, en parte, por la espera e inmovilización hasta situaciones de emergencia ante las que la estructura deficiente de los servicios públicos de asistencia social en salud, por ejemplo accesibilidad de servicios de ambulancia, pueden suponer la muerte de las mujeres. Asimismo, los sucesos expresados como causas del aborto —por ejemplo, las caídas— y las acciones realizadas ante los primeros síntomas —por ejemplo, los sobos— generan situaciones de riesgo que deben ser atendidas oportunamente, lo que no ocurría en las mujeres que llegaban al hospital a atenderse las complicaciones de un aborto, dado el contexto negativo que rodea al aborto.

Un aspecto que se revela como positivo para la salud y la vida de las mujeres ante un embarazo no deseado y un aborto, es la movilización de apoyo social efectivo por parte de las mujeres. Las mujeres que contaban con recursos relacionales de calidad y tenían capacidad para movilizarlos lograban resolver el problema con un menor costo personal y social mientras que en la mayoría de las mujeres que llegaban al hospital estos recursos eran escasos, pobres y muchas veces conflictivos, y además estas mujeres presentaban baja capacidad para demandar y movilizar el apoyo.

Frente al contexto negativo que rodea al aborto y su impacto a través del discurso en la vida de las mujeres, es necesario trabajar en acciones de difusión orientadas a contrarrestar las imágenes estereotipadas de las mujeres que tienen un aborto. Así como realizar intervenciones en el ámbito de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres que presentan un aborto para modificar actitudes negativas, culpabilizadoras y de sospecha, hacia las mujeres que frenan la demanda oportuna de atención médica ante los primeros síntomas. También se requieren acciones y recursos orientados a mejorar la infraestructura y el acceso a los servicios de salud para los grupos más desfavorecidos.

Por último, la investigación sobre el aborto en México enfrenta problemas y retos derivados de su condición legal y de la clandestinidad que conlleva la restricción legal. Por un lado, hay dificultades para cuantificar el problema del aborto; y por otro lado, también son escasos los estudios que busquen ampliar en la comprensión interpretativa —sociológica— del fenómeno. En este sentido quiero llamar la atención sobre la necesidad de profundizar en las investigaciones como la que se presenta aquí, ya que es en el discurso de las mujeres donde se encuentran las claves que explican mejor, tanto el funcionamiento de los discursos dominantes como las posibilidades de adaptación y

resistencia que frente a ellos se pueden desplegar. Es en este tipo de investigaciones, por lo tanto, donde radica la posibilidad de desarticular las formas de dominación y de segregación que obligan a las mujeres a desplegar toda una estrategia de manejo de los significados, con vistas a evitar procesos de estigmatización y sufrimiento a los que están expuestas por el simple hecho de no adecuarse al mandato de maternidad obligatoria e irrenunciable que pesa sobre ellas.

OBRAS CONSULTADAS

- Alan Guttmacher Institute (1994). *Aborto clandestino: una realidad latino-americana*. Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- Alexander, J.C. (1997). *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial. Análisis multidimensional*. 4.ed. Barcelona, Gedisa.
- Aliaga, S., M. Quitón y M.E. Gisbert (2000). *Veinte historias, un mismo tema: Aborto*. La Paz, Bolivia, Population Council.
- Aponte, D. y J.A. Román (1999). “Que ningún mexicano se atreva a vulnerar el don de la vida?: Wojtyla. Aprovecha el acto masivo en el autódromo para reiterar condenas al aborto”. México, *La Jornada*, 25 de enero del 2000.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona, Paidós-Pomaire.
- Balandier, G. (1989). *El desorden, la teoría del caos y las Ciencias Sociales: elogio de la fecundidad del movimiento*. Barcelona, Gedisa.
- Bankole, A., S. Singh y T. Haas (1998). Reasons why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*, vol 24, núm. 3. pp.117-127 y 152.
- Barranco, I. (1998). “Aborto: cronología del debate en México”. *Triple Jornada, Suplemento Feminista de La Jornada*, núm. 1.
- Barreto, T., O.M.R. Campbell, J.L Davies, V. Fauveau, V.G.A. Filippi, W.J. Graham, M. Mamdani, C.I.F. Rooney y N.F. Toubia (1992). “Investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems”. *Studies in Family Planning*, vol. 23, núm. 3. pp.159-170.

- Barrón, C.I. y M. Nájera (1997). "Aborto. Informe de México". En: CLADEM. *Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe*. Lima, Perú, CLADEM.
- Berger, P.L. y T. Luckmann (1997). *La construcción social de la realidad*. 14 reimp. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Berkman, L.F., T. Glass, L. Brissette y T.E. Seeman (2000). "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium". *Social Science & Medicine*, núm. 51. pp.843-857.
- Bertaux, D. (1993). "Los relatos de vida en el análisis social". En: Aceves Lozano, Jorge, comp. *Historia Oral*. México, UAM e Instituto Mora. pp.136-148
- Boltvinik, J. (1998). "Ocultar el empobrecimiento". *La Jornada*, 8 de mayo.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.
- Brachet-Márquez, V. (1984). "El proceso social en la formación de política: el caso de planificación familiar en México". *Rev. Estudios Sociológicos del Colegio de México*, vol. 2, núm. 5-6. pp.309-333.
- Brito de Marti, E., (1994). "Liberalización, despenalización o legalización". En: Ortiz Ortega, A., ed. *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México, Edamex yThe Population Council. pp.126-128.
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca, UNAM/CRIM.
- _____, H. Guiscafré, V. Castro, R. Castro y G. Gutiérrez (1988). "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica. Análisis de las características socioeconómicas de la muestra". *Archivos de Investigación Médica*. México, núm.19. pp.351-360.
- Brooke, R.J., J. Benson, J. Bradley y A. Rábago-Ordóñez (1993). "Costs and Resource Utilization for the Treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico". *Social Science and Medicine*, vol 36, núm. 11. pp.1443-1453.

- Brown, L., M. Tappan, C. Gilligan, B. Miller y D. Argyris (1989). "Reading for Self and Moral Voice: A Method for Interpreting Narratives of Real-Life Moral Conflict and Voice". En: Packer, Martin y Richard Addison, ed. *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology*. Albany, State University of New York Press. pp.141-164.
- Cardich, R. (1994). "Desde las mujeres: visiones y circunstancias del aborto. Impactos demográficos y psicosociales del aborto". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.* pp.1-13.
- _____ y F. Carrasco (1993). *Desde las mujeres. Visiones del aborto*. Lima, Movimiento Manuela Ramos y The Population Council.
- Castro, R. (2000a). *La vida en la adversidad. Significados de la salud y la reproducción*. Cuernavaca, UNAM/CRIM.
- _____ (2000b). "Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos", en Claudio Stern y Carlos J. Echarri, comp. *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, COLMEX. pp. 33-66.
- _____ y M. Bronfman (1998). "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión". En: Figueroa, Juan Guillermo, ed. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, COLMEX. pp.205-238.
- _____, L. Campero y B. Hernández (1997). "La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos". *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, núm. 4. pp.425-435.
- Cecil, R. (1994). "I Wouldn't Have Minded a Wee One Running About: Miscarriage and the Family". *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 10. pp.1415-1422.
- Cesbron, P. (1997). "Menaces sur la liberté d'avorter. Pressions physiques et politiques contre les droits des femmes". *Le Monde Diplomatique*, febrero 1997. p.14.

- Chambers, V. (1994). "Abordando la calidad de atención del aborto y la planificación familiar post-parto". En: Elú, M. Carmen y Ana Langer, ed. *Maternidad sin riesgos en México*. México, IMES A.C.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (1998). *Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe*. Lima, CLADEM.
- Consejo Nacional de Población (1999). *La situación demográfica de México, 1999*. México, CONAPO.
- _____ (1998). *La situación demográfica de México, 1998*. México, CONAPO.
- _____ (1996). *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*. México, CONAPO.
- De Barbieri, T. (1992). "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica". *Revista Interamericana de Sociología*, año II. Segunda época, núm. 2-3. pp.147-178.
- De Miguel, J.M. (1979). *El mito de la Inmaculada Concepción*. Barcelona, Anagrama.
- De Sousa, R. (1994). "Incidencia y características del aborto inducido en Sao Paulo. Aspectos metodológicos". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe*, op. cit. pp.16-34.
- Dillon, M. (1996). "Cultural Differences in the Abortion Discourse of the Catholic Church: Evidence from Four Countries". *Sociology of Religion*, vol. 57, núm. 1. pp.25-36.
- Dixon-Mueller, R. (1990). "Abortion Policy and Women's Health in Developing Countries". *International Journal of Health Services*, vol. 20, núm. 2. pp.297-314.
- Douglas, M. (1969). *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. Londres, Routledge and Kegan Paul.
- Due, P., B. Holstein, R. Lund, J. Modvig y K. Avlund (1999). "Social relations: Network, Support and Relational Strain". *Social Science and Medicine*, núm. 48. pp.661-673.

- Ehrenreich, B. y D. English (1987). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid, Taurus.
- Ell, K. (1996). "Social Networks, Social Support and Coping with Serious Illness: The Family Connections." *Social Science and Medicine*, vol. 42, núm. 2. pp.173-183.
- Elú, M.C. (1994). "El personal de salud ante el aborto: valores y contraindicaciones. Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Segunda Parte". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.* pp.145-155.
- Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe (1994). *Determinantes del aborto y factores asociados*. Bogotá, OMS/AGI y Universidad Externado de Colombia, 15-18 de noviembre.
- Erviti, J. (2001). *Aborto y redes sociales en México. Significados, vivencias y apoyo social a mujeres*. Barcelona, Universidad de Barcelona. Tesis doctoral.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid, Siglo XXI.
- Figuroa Perea, J.G. (1996). "La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis". En: García Molina, Carlos y Hector Hernández Bringas, coord. *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. Cuernavaca, UNAM/CRIM.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona, Paidós Ibérica e I.C.E.-U.A.B.
- Frejka, T. y L.C. Atkins (1990). "El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina". *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 3. pp.276-287.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2002a). "Circular/GDF-SSDF/0202. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal". México, 12^a. Época, núm. 57, 23 de julio. pp.22-25.

- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2002b). "Acuerdo número A/004/2002. Lineamientos para la actuación de los Agentes del Ministerio Público, para autorizar la interrupción del embarazo cuando sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida de conformidad con lo establecido en el artículo 131 Bis del Código de procedimientos penales para el Distrito Federal", México, 12^a. Época, núm. 93, 11 de julio. pp.2-3.
- Gárate, M.R. y E. Aliaga (1998). *Percepciones de la atención del aborto incompleto no complicado en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao*. México, Population Council, INOPAL III. Documentos de trabajo, núm. 23.
- García-Baltazar, J., J.G. Figueroa-Perea, H. Reyes-Zapata, C. Brindis y G. Pérez-Palacios (1993). "Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6. pp.682-691.
- Garrido, L. y E. Gil Calvo (1993). "El concepto de estrategias familiares". En: Garrido Medina, Luis y Enrique Gil Calvo, ed. *Estrategias familiares*. Madrid, Alianza Universidad. pp.13-34.
- Gautier, A. (1994). "Programme de planification familiale et liberté reproductive au Yucatan, Mexique". En: Degenais, H. y D. Piché, ed. *Women, Feminism and Development*. Montreal, McGill-Queen's University Press y The Canadian Research Institute for the Advancement of Women. pp.281-302.
- Geertz, C. (1996). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.
- Gerber, M. (1997). "Abortion in the US: Barriers to Access". *Reproductive Health Matters*, núm. 9, mayo. pp.37-45.
- Gerhart, U. (1979). "Coping and Social Action: Theoretical Reconstruction of the Life-Event Approach". *Sociology of Health and Illness*, vol. 1, núm. 2. pp.195-221.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. San Francisco, University of California.

- Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Gomes Costa, R., M.J. Duarte Osis y E. Ardí (1994). "Metodología usadas para estudar frequência e questões relativas ao aborto provocado: principais problemas e vantagens. Aspectos metodológicos". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe*, op. cit.
- González, A.I. (1995). "Crimen y castigo: el aborto en la Argentina". En: González Montes, Soledad, comp. *Las mujeres y la salud*. México, COLMEX. pp.167-197.
- González de León-Aguirre, D. (1994). "Los médicos y el aborto". *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 3. pp.248-255.
- González Ruiz, E. (1998). "Conservadurismo y sexualidad en México". En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner, comp. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, COLMEX.
- Gracia, E., J. Herrero y G. Musitu (1995). *El apoyo social*. Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias S.A.
- Green, J. (1997). *Risk and Misfortune. The Social Construction of Accidents*. Londres, UCL Press Limited.
- Grupo cinco (1991). *Sobre el aborto (una antología)*. México, APIS/CIDHAL/EMAS/GEM/MAS.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2000a). *Paulina, en el nombre de la ley. Temas para el debate*. México, GIRE.
- _____ (2000b). *Miradas sobre el aborto*. México, GIRE y METIS.
- _____ (1998). "Por la aplicación efectiva del derecho al aborto por violación". *Separata del Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida*, núm. 17.

- Harden, A. y J. Ogden (1999). "Young Women's Experiences of Arranging and Having Abortions". *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, núm. 4. pp.426-444.
- Heinen J. y A. Matchniak-Krasuska (1995). "Abortion in Poland: A Vicious Circle or a Good Use of Rhetoric. A Sociological Study of the Political Discourse of Abortion in Poland". *Women's Studies International Forum*, vol. 18, núm. 1. pp.27-33.
- Henshaw, S.K. (1990). "Induced Abortion: A World Review, 1990". *Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 2. pp.76-89.
- _____, S. Singh y T. Haas (1999a). "The Incidence of Abortion Worldwide". *Family Planning Perspectives*, núm. 25 (Supplement): S30-S38.
- _____. (1999b). "Recent Trends in Abortion Rates Worldwide". *Family Planning Perspectives*, vol. 25, núm. 1. pp.44-48.
- Héritier, Françoise (1996). *Masculino/femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona, Ariel
- House, J.S., K.R. Landis y D. Umberson (1988a). "Social Relationships and Health". *Science*, núm. 241. pp.540-545.
- _____, D. Umberson y K.R. Landis (1988b). "Structures and Processes of Social Support". *Annual Review of Sociology*, núm. 14. p.306-
- Hurst, J. (1998). *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica (lo que no fue contado)*. 4.ed. México, Católicas por el Derecho a Decidir.
- Ibañez y García-Velasco, J.L. (1992). *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*. Madrid, Siglo XXI.
- Iglesias de Ussel, J. (1979). *El aborto: un estudio sociológico sobre el caso español*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Panorama sociodemográfico, Estados Unidos Mexicanos*. Aguascalientes, INEGI.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000b). *XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados preliminares*. Aguascalientes, INEGI.
- _____ (1996). *Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. Aguascalientes, INEGI. Cuaderno núm. 12.
- Jiménez, M. y B. Gómez (1996). *Mitos y métodos. Programa de capacitación de mujeres a través de una estrategia de género*. Río Caribe, Venezuela, PNUD/FNUAP/UCV/FACES.
- Juliano, Dolores (1998). *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Madrid, Horas y Horas.
- Juan, M.M. (1993). *La creación del nacimiento. Medicalización de la reproducción*. Barcelona, Universidad de Barcelona. Tesis de Doctorado.
- King, C.R. (1993). "Calling Jane: The Life and Death of a Women's Illegal Abortion Service". *Women & Health*, vol. 20, núm. 3. pp.75-93.
- Klugman, B., D. Budlender y M. Rosenberg, ed. (2001). *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países*. Buenos Aires, Women's Health Project y Foro por los Derechos Reproductivos.
- Kunins, H. y A. Rosenfield (1991). "Abortion: A Legal and Public Health Perspective". *Annual Rev. of Public Health*, núm. 12. pp.361-382.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 3. ed. México, UNAM.
- Lamas, M. (1999). "Deconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos". En: Figueroa Campos, Beatriz, coord. *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. México, COLMEX y SOMEDE. pp.281-288.
- _____ (1997). "The Feminist Movement and the Development of Political Discourse on Voluntary Motherhood in Mexico". *Reproductive Health Matters*, núm. 10. pp.58-67.

- Lamas, M (1994a). “¿Qué necesita oír la sociedad mexicana sobre el aborto?”. En: Ortiz Ortega, Adriana, ed. *Razones y pasiones en torno al aborto, op.cit.* pp.119-123.
- _____ (1994b). “En busca de un objetivo compartido: del feminismo a la sociedad, la lucha por legalizar el aborto en México. Representaciones Sociales y Movimientos Sociales”. Segunda Parte. *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.* pp.104-115.
- Langer, A., C. García-Barrios, A. Heimburger, L. Campero, O. Ortiz, C. Díaz, V. Barahona, F. Ramírez, B. Casas, B. Winikoff y K. Stein (1998). *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México.* México, Population Council, INOPAL III. Documentos de trabajo, núm. 11.
- Layne, L.L. (1990). “Motherhood Lost: Cultural Dimensions of Miscarriage and Stillbirth in America”. *Women & Health*, vol. 16, núm. 3-4. pp.69-98.
- Lazarus, E.S. (1997). “Politicizing Abortion: Personal Morality and Professional Responsibility of Residents Training in the United States”. *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 9. pp.1417-1425.
- León, M. (1994). “Algunos aspectos metodológicos de la investigación sobre experiencias de aborto inducido. Aspectos metodológicos”. *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.*
- Lerner, S., A. Quesnel y O. Samuel (1996). “Integración al sistema biomédico a través de la constitución de la descendencia: un estudio de caso en el medio rural morelense”. En: Welti, Carlos, coord. *Dinámica demográfica y cambio social.* XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. México, Programa Latinoamericano de Actividades en Población.
- Litwin, H. (1998). “Social Network Type and Health Status in a National Sample of Elderly Israelis”. *Social Science and Medicine*, vol. 46, núm. 4-5. pp.599-609.

- Lomnitz, L.A. (1994). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. México, FLACSO y Miguel Angel Porrúa.
- _____ (1975). *¿Cómo sobreviven los marginados?* México, Siglo XXI.
- López García, R. (1994). “El aborto como problema de salud pública”. En: Elú, María del Carmen y Ana Langer, ed. *Maternidad sin riesgos en México*. México, IMES, A.C.
- Llovet, J.J. y S. Ramos (2001). “El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro”. En: Stern, C y J.G. Figueroa, coord. *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, COLMEX. pp.285-322.
- Lupton, D. (1999). “Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment”. En: Lupton, D., ed. *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Martínez, F. (1998). “Desnutridos, dos millones de niños mexicanos menores de cinco años”. (Datos del Programa de Cooperación con México 1996-2001 de UNICEF). *La Jornada*, 10 de marzo.
- _____ (1997). “Se practican en México 800 mil abortos al año”. *La Jornada*, 18 de marzo.
- Miall, C. (1994). “Community Constructs of Involuntary Childlessness: Sympathy, Stigma, and Social Support”. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, núm. 31. pp.392-421.
- Miller, R.S. (1978). “The Social Construction and Reconstruction of Physiological Events: Acquiring the Pregnancy Identity”. *Studies in Symbolic Interaction*, núm. 1. pp.181-204.
- Mora, M. (1995). *Aborto. Factores involucrados y consecuencias*. Bogotá, Fundación Moriah.
- Mora, M. (1994). “Embarazo indeseado y aborto: conflicto de valores. Impactos demográficos y psicosociales del aborto”. En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.*

- Muñoz, A.E. y A. Cruz (2000). “Se excomulgará a los médicos que trunquen embarazos, insiste el clero”. *La Jornada*, 24 de agosto.
- Nations, M.K., C. Misago, W. Fonseca, L.L. Correia y O.M.R. Campbell (1997). “Women’s Hidden Transcripts about Abortion in Brazil”. *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 12. pp.1833-1845.
- Núñez, L. (2000). “El aborto en Morelos, diez años de diferencia respecto al país. Librepensamiento ciudadano. *Suplemento de La Jornada de Morelos*, núm. 0004, miércoles 19 de abril.
- Núñez Fernández, Leopoldo, Elizabeth Shrader-Cox y Janie Benson (1993). “Encuesta de opinión sobre el aborto en la ciudad de México”. *Salud Pública de México*, vol. 36, núm. 1. pp. 36-45.
- Organización Mundial de la Salud (1978). “Induced Abortion”. *Report of WHO Scientific Group. Technical Series*, núm. 623. Ginebra, WHO.
- Ortiz Ortega, Adriana, ed. (1994). *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México, EDAMEX y The Population Council.
- _____ (2001). “Comentarios al trabajo de Juan Jose Llovet y Silvina Ramos”. En: Stern, C. y J.G. Figueroa, ed. *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, COLMEX. pp. 323-330.
- Ortiz Quesada, F (1994). “Creced y multiplicaos: los límites de la ética”. En: Ortiz Ortega, A., ed. *Razones y pasiones en torno al aborto, op.cit.* pp.194-203.
- Osís, M.J.D., E. Hardy, A. Faúndes y T. Rodrigues (1996). “Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal”. *Revista de Saúde Pública*, vol. 30, núm. 5, pp.444-451.
- Padfield, M. y L. Procter (1996). “The Effect of Interviewer’s Gender on the Interviewing Process: A Comparative Enquiry”. *Sociology*, vol. 30, núm. 2. pp.355-366.
- Park, K. (2002). “Stigma Management among the Voluntarily Childless”. *Sociological Perspectives*, vol 45, núm. 1. pp.21-45

- Pearlin, L.I. (1983). "Role Strains and Personal Stress". En: Kaplan, H.B., ed. *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*. Nueva York, Academic Press.
- _____ y C. Schooler (1978). "The Structure of Coping". *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 19. pp.2-21.
- Pérez Duarte, A.E. (1993). *El aborto. Una lectura de derecho comparado*. México, UNAM/Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Petchesky, R. (1990). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*. 2. ed. Boston, Northeastern Press.
- Pick de Weis, S., M. Givaudan y G. Fawcett (1994). "Resultados de tres encuestas nacionales de opinión sobre el aborto, México 1991-1993. Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Segunda Parte". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe*, op. cit. pp.85-103.
- Poniatowska, E. (2000). *Las mil y una... (la berida de Paulina)*. México, Plaza y Janés Editores.
- Porter, E. (1996). "Culture, Community and Responsibilities: Abortion in Ireland". *Sociology*, vol. 30, núm. 2. pp.279-298.
- Ramos Martins, I., S. Hawker Costa, S.R. Da Silva Freitas y C. Schuch Pinto (1991). "Aborto induzido em mulheres de baixa renda. Dimensao de um problema". *Cadernos de Saúde Pública*, vol 7, núm. 2. pp.232-250.
- Rance, S. (1999). *Trato humano y educación médica: Investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina, UMSA, La Paz*. La Paz, Bolivia: IPAS/MSPS/DFID, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
- _____ (1997a). *Discursos médicos en torno al aborto: estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social*. La Paz, Bolivia, IPAS/SNS/DFID. Informe de investigación.
- _____ (1997b). "Safe Matherhood, Unsafe Abortion: A Reflection on the Impact of Discourse". *Reproductive Health Matters*, núm. 9. pp.10-19.

- Rance, S. (1994). “‘No me vas a pensar esas cosas’: actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia. Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto”. *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.* pp.23-32.
- Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal (1996). *Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos. Dossier de Casos*. México, Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal.
- Remennick, L. (2000). “Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping among Infertile Israeli Women”. *Sex Roles*, núm. 43. pp.821-841.
- Requena, F. (1989). “El concepto de red social”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 48. pp.137-152.
- Rivas, M. y A. Amuchástegui (1996). *Voces e historias sobre el aborto*. México, EDAMEX y Population Council.
- Rodríguez, J.A. y J.M. De Miguel (1990). “Minorías y salud”. En: Rodríguez, José A. y Jesús M. De Miguel. *Salud y poder*. Madrid, CIS y Siglo XXI. pp.218-262.
- Rodríguez, K. y J. Strickler (1999). “Clandestine Abortion in Latin America: Provider Perspectives”. *Women & Health*, vol 28, núm. 3. pp.59-75.
- Roe, K.M. (1989). “Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion amid Competing Definitions”. *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 10. pp.1191-1198.
- Rojas, R. (1998). “En los estados, las leyes incumplidas. Más causales para abortar no resuelven el problema”. *Triple Jornada, Suplemento Feminista de La Jornada*, núm. 1.
- Román, J.A. y D. Aponte (1998). “Justo Mullor: error, discutir acerca del aborto; el castigo, excomunió: CEM”. México, *La Jornada*, 23 de julio.

- Root, R. y C.H. Browner (2001). "Practices of the Pregnant Self: Compliance with and Resistance to Prenatal Norms". *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 25. pp.195-223.
- Roth, J.A. (1986). "Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service". En Conrad, P. y R. Kern. *The Sociology of Health and Illness. Critical perspectives*. 2. ed. Nueva York, St. Martin.s Press. pp.322-333.
- Rubin, G. (1986). "El tráfico de mujeres. Notas para una economía política del género". *Nueva Antropología*, núm. 30. Citado por: De Barbieri, Teresita (1992). "Sobre la categoría género. Una introducción teórico – metodológica". *Revista Interamericana de Sociología*. p.151.
- Rylko-Bauer, B. (1996). "Abortion from a Crosscultural Perspective: An Introduction". *Social Science and Medicine*, vol. 42, núm. 4. pp.479-482.
- Saldaña, J. (2000). "El debate interminable. La Iglesia o la vida". México, *La Jornada*, 3 de septiembre.
- Saranson, B.R., I.G. Saranson y G.R. Pierce (1990). "Traditional Views of Social Support and their Impact on Assessment". En: Saranson, B.R. e I.G. Saranson, ed. *Social Support: An Interactional View*. Nueva York, Wiley.
- Sayavedra, G. (1997). "Fulfilling Providers' Preferences: Four Mexican States". En: Hardon, Anita y Elizabeth Hayes, ed. *Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on the Quality of Care*. Londres, Zed Books y WHAF. pp.95-111.
- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Scott, J.W. (1996). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: Lamas, Marta, comp. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, UNAM/PUEG y Miguel Ángel Porrúa. pp. 265-302.

- Scott, M. y S.M. Lyman (1968). "Accounts". En: Stone, G.P. y H.A. Farberman, ed. *Social Psychology through Symbolic Interaction*. Nueva York, John Wiley. pp.343-361.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2002). *Manual de procedimientos para la interrupción del embarazo en las unidades médicas*. México, SS del D.F., 27 de febrero.
- Seidel, J., S. Friese y D.C. Leonard (1994). *The Ethnograph V 4.0: A User's Guide*. Amherst, Qualis Research Associates.
- Shepard, B. (2000). "The Double Discourse on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The Chasm between Public Policy and Private Actions". *Health and Human Rights*, vol. 4, núm. 2.
- Smyth, L. (2002). "Feminism and Abortion Politics: Choice, Rights, and Reproductive Freedom". *Women's Studies International Forum*, vol. 25, núm. 3. pp.335-345.
- Singh, S. y D. Wulf (1994). "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial. pp.3-13.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia-DGEI (1999). "Servicios otorgados en unidades de la Secretaría de Salud, 1998". *Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 5. pp.426-432.
- _____ (1998). "Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México 1997". *Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 2. pp.138-142.
- _____ - Morelos (Subsecretaria de Salud de Morelos) (1996). *Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud*. Cuernavaca. Documento mimeografiado.
- Strauss, A. y J. Corbin (1990). *Basics of Qualitative Research*. Londres, Sage.
- Strobl, I. (1994). *Fruto extraño. Sobre política demográfica y control de población*. Barcelona, Virus Edit.

- Szasz, I. (1995). "Introducción. La condición social de la mujer y la salud". En: González Montes, Soledad, comp. *Las mujeres y la salud*. México, COLMEX. pp.13-26.
- Tarrés, M.L. (1994). "Desde el movimiento feminista hacia el sistema político: estrategias y representaciones de los actores que participan en el debate sobre el aborto en la prensa mexicana, 1974-1990. Representaciones Sociales y Movimientos Sociales". En: *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, op. cit.* pp.31-49.
- Taylor, J., C. Gilligan y A. Sullivan (1995). *Between Voice and Silence: Women, Girls, Race and Relationship*. Cambridge, MA, Harvard Univ. Press.
- Temisanren, E. (1995). "Views of Women in Yoruba Culture and their Impact on the Abortion Decision". *Women & Health*, vol. 22, núm. 3. pp.1-8.
- Tietze, C. (1987). *Informe mundial sobre el aborto*. Madrid, Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.
- Tolbert, K., N. Ehrenfeld y M. Lamas (1996). "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento". En: Langer, Ana y Katryn Tolbert, ed. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, The Population Council y EDAMEX.
- Torres, J.A. (1995). "Crónica de miles de muertes (por aborto) anunciadas". En: Tomasini, B., G. Hierro, M.M. Valdés, M. Buechot, J.A. Torres y A. Herrera Ibáñez. *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*. México, Editorial Torres Asociados. pp.79-85.
- Valente, W., S.C. Watkins, M.N. Jato, A. Van-Der-Straten y L.P. Tsitsol (1997). "Social Network Associations with Contraceptive Use among Cameroonian Women in Voluntary Associations". *Social Science and Medicine*, vol. 45, núm. 5. pp.677-687.
- Valle Gay, A. (1994). "¿Por qué callan las mujeres?". En: Ortiz Ortega, Adriana, ed. *Razones y pasiones en torno al aborto, op.cit.* pp.159-162.

- Vaux, A. (1990). "The Assessment of Social Support". *Simposium International The Meaning and Measurement of Social Support*, Frankfurt, Alemania, 9-11 mayo.
- Vegetti, S. (1992). *El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre*. Madrid, Cátedra.
- Velasco, S. (1995). *Naufragios. Mujeres y aborto*. Madrid, Libertarias/ Prodhufi.
- Warner, S.L. (1965). "Randomized Response: A Survey Technique for Eliminating Evasive Answer Bias". *Journal of the American Statistical Association*, núm. 60. pp.63-69.
- Weber, M. (1985). *Economía y sociedad*. México, FCE.
- Wortman, C.B. y D.R. Lehman (1985). "Reactions to Victims of Life Crisis. Support Attempts that Fail". En: Saranson, I.G. y B.R. Saranson, ed. *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht, Países Bajos, Martinus Nijhoff.
- Young, R. (1996). "The Household Context for Women's Health Care Decisions: Impacts of U.K. Policy Changes". *Social Science and Medicine*, vol. 42, núm. 6. pp.949-963.
- Zamudio, L., N. Pubiano y L. Wartenberg (1994). "Representatividad, confiabilidad y significación: problemas prácticos de la investigación sobre aborto inducido. Aspectos metodológicos". *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe*, op. cit. pp.43-55.

ÍNDICE ANALÍTICO

A

Aborto

- acceso a servicios médicos de 42, 58, 60, 62, 388-390
- causas “no intencionales” 245, 261
- cifras del 45-48, 116, 122
- complicaciones del 49, 108, 120, 126, 219
- condena social del 22, 122-123, 210, 245, 373
- condena moral del 112, 127, 245, 321, 373
- contexto legal 27, 66, 97-106, 373, 388
- espontáneo 21-24, 26, 34-35, 49-51, 58, 66, 106, 108, 117, 118, 120, 121, 123, 212, 215, 263, 373, 380, 383-385, 387
- inducido 21-23, 25, 26, 37, 48-51, 54, 48, 66, 106, 108, 111, 112, 117, 118, 121, 123, 127, 263, 264, 274, 297, 327, 362, 373, 379, 385, 387, 391
- en condiciones seguras 25, 37, 74, 327, 380, 391
- inseguro 47, 124, 126
- mercado clandestino del 83, 107
- (des)penalización del 46, 47, 62, 64-65, 72, 98, 101-104, 108-110, 112-115, 120, 124, 125, 246
- servicios de atención de 42, 58, 60, 62, 388-390
- síntomas del 203, 213-220, 260-261

Acción social 79

- Accidentes 131, 261, 380, 384, 386
- Actitud de expectativa 208, 258, 381
- Actitudes de los profesionales (médicos) 24, 58-59, 106-112, 297, 389
- Análisis (códigos de) 30-31
- Anticoncepción (acceso a la) 60, 62, 83, 174-179
- Apoyo social 29, 75-79, 263-307, 321-325, 394
 - efectivo 277, 286, 394
 - emocional 23, 29, 38, 75, 79, 153, 154, 295, 389, 392, 394
 - negativo 290
- Argumentos morales 97
- Autonomía
 - falta de 136, 374, 378
 - grado de 157, 372, 376, 391

C

- Categorías morales 52, 58
- Cautiverios (de las mujeres) 173, 376
- Clasificación moral 21
- Capacidades individuales 24, 26, 380
- Castigo 21, 63, 57, 59, 69, 71, 107, 384
- Causas no intencionales 245
- Conciencia de derecho 392
- Condicionantes sociales 22, 31, 82, 152, 321
- Confidente 154, 273, 275, 288, 350-354
- Contexto ideológico 37
- Control social 53, 162, 251, 390
- Culpa 53, 57, 73, 105, 192, 202, 204, 245, 246, 261, 323, 367, 381-384, 386, 387, 389

D

- Delito (de aborto) 22, 27, 71, 94, 100, 101, 104, 105, 115, 244, 245
- Dependencia
 económica 26, 28, 130-137
- Derecho a decidir 59, 91, 96, 114, 379, 380
- Destino (fuerzas externas) 59, 199, 241, 242, 245, 259, 281
- Discurso normativo 387
- Discurso dominante 59, 114, 209, 260, 358, 380, 382, 383, 387, 388
- Dolor 22, 57, 60, 107, 213, 215-218, 224, 228, 231, 233, 238, 256, 263, 277, 286, 288, 295, 297, 299, 365

E

- Embarazo
 cuidados del 68, 191, 209-212, 226, 229, 233, 238, 244, 260, 271, 385
- Estereotipos 23, 24, 43, 54, 114, 246, 324, 330, 337, 343, 373
- Estigma 22, 23, 27, 72, 126, 153, 204, 261, 358, 383, 385, 386
- Estrategias de manejo 22, 23, 40, 58, 64, 65, 72, 123, 136, 162, 173, 192, 203, 204, 211, 239, 245, 246, 250, 258-262, 310, 323, 373, 380, 382, 383-387, 389, 392, 393
- Etiquetación 20, 24
- Experiencia subjetiva 19, 29, 42, 56, 58, 66, 69, 73, 82, 83, 105, 129, 132, 138, 143, 162, 171, 188, 189, 217, 218, 220, 229, 240, 246, 256, 262, 264, 275, 277, 280, 282-285, 290, 293, 297-299, 307, 323, 371, 372, 377, 386, 391

H

- Hipótesis interpretativa 24

I

Identidades 24, 27, 43, 52, 54, 65, 68, 72, 98, 115, 123, 150, 152, 156, 159, 170, 183, 202, 332, 375, 378, 392

Ideología 20, 21, 40, 42, 58, 69, 98, 183

Ilegalidad (consecuencias de la) 21, 42, 47, 52, 56, 58, 73, 106, 122, 127, 321

Instituciones 20, 30, 59, 69, 77, 82, 86, 91, 92, 98, 106, 112, 114, 137, 142, 254, 264, 276, 294, 381

M

Maternidad 20, 22, 39, 54, 55, 58, 62, 66, 68, 69, 73, 82, 105, 114, 162, 172, 173, 180, 183, 192, 199, 202, 210, 246, 328, 340, 341-343, 372, 384, 385, 391, 393, 395

Marginación social 24, 32, 156, 157, 178, 189, 196, 202, 209, 230, 232, 267, 276, 279, 284, 295, 298, 323, 328, 374, 376, 378, 389, 390

Migración 26, 137-139, 149, 152, 275, 308

Miedo 22, 42, 60, 100, 104, 122, 138, 145, 178, 179, 247, 257, 263, 265, 277, 295, 296, 306, 342, 366

Moral 21, 43, 44, 50, 56, 69, 71, 83, 245, 357, 363, 373

N

Normas sociales 22, 37, 65, 75, 210, 226, 260, 264, 266, 359, 372, 382, 384, 393

P

Pobreza 20, 24, 32, 85, 110, 125, 146, 156, 180, 227, 232, 249, 256, 258, 261, 282, 305, 323, 329, 375, 380, 382, 387, 389

Profesionales médicos 24, 59, 64, 98, 104, 106-112, 185, 193, 234, 251, 297

R

Redes sociales 19, 23, 25, 29, 30, 37, 39, 73-75, 78, 83, 129, 139, 147, 149, 152, 156, 158, 159, 212, 213, 263, 264, 273-277, 279, 281, 284, 286, 291, 294, 295, 304, 308, 321-325, 327, 347, 364, 369, 373, 377, 378, 388-392

Reproducción 21, 22, 29, 37, 39, 64, 65-67, 69-71, 82, 83, 85, 86, 91, 94, 162, 176, 184, 187, 188, 192, 197, 232, 237, 251, 259, 372, 373, 379, 387, 391

Responsabilidad 21, 53, 54, 60, 62, 65, 114, 136, 175, 177, 193, 195, 200, 201, 202, 204, 212, 226, 229, 233, 236, 246, 259, 260, 266, 268, 272, 278, 290, 328, 340, 341, 343, 345, 346, 381-384, 386, 391

Resistencia 31, 81, 132, 157, 227, 298, 331, 376, 395

S

Self 24, 76, 125, 152, 153, 156, 230, 308, 328

Sexualidad (normas y valores sociales) 22, 29, 39, 61, 62, 67, 69, 83, 95, 107, 110, 113, 123, 161, 173, 187, 188, 251, 330, 335, 337-339, 349, 359, 372, 373, 378, 379

Significados 19, 23, 24, 26, 31, 36, 37, 40, 43, 52, 54, 56, 59, 64, 65, 72, 79, 80, 82, 83, 189, 191, 192, 240, 241, 258, 341, 371, 380, 385

Subjetividad 24, 43, 80, 81, 240, 372, 374

Sufrimiento (formas de) 22, 42, 57, 122, 129, 168, 170, 231, 240, 242, 250, 298, 342, 366, 376, 386, 393, 395

T

Temor 63, 69, 71, 73, 95, 105, 109, 117, 127, 135, 137, 138, 163, 165, 169, 175, 179, 185, 187, 191, 197, 209, 215, 219, 229, 247, 249, 257, 263, 265, 269, 271, 283, 317, 323, 331, 343, 355, 359, 361, 365, 367, 369, 375, 389

Transgresión 57, 72, 107, 162, 165, 339, 373

V

Vínculos tensionales 280, 321, 389

Violencia

de la pareja 135, 139, 141, 145, 147, 165, 239, 275, 280, 317, 377

El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia
se terminó de imprimir en marzo de 2005 en
Solar Servicios Editoriales S.A. de C.V., Calle 2,
núm. 21, San Pedro de los Pinos, México 03820,
en papel cultural de 75 g y cartulina couché de
250 g. Se utilizaron en la composición tipos Adobe
Garamond y Minion. El cuidado de la edición estuvo
a cargo de Carmen A. León Saavedra y María G.
Giovannetti; la formación tipográfica, de Irma
G. González Béjar y la coordinación editorial fue
responsabilidad de Víctor Manuel Martínez López. Se
tiraron 500 ejemplares más sobrantes para reposición.