



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL EMPODERAMIENTO Y
LA CONDUCTA REPRODUCTIVA Y
ANTICONCEPTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

LUREL CEDEÑO PEÑA

DIRECTOR: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
REVISORA: DRA. TANIA E. ROCHA SANCHEZ
SINODALES: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
LIC. MA. ISABEL MARTÍNEZ TORRES
LIC. RAFAEL LUNA SÁNCHEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mi mamá y a mi hermana por apoyarme siempre y motivarme en todo momento, por el cariño que me dan día a día.

A Axel, mi sobrino, por sus sonrisas y alegría que iluminan mi vida.

A mi tío Carlos, por su apoyo y cariño.

A la Fundación Lorena A. Gallardo, por su apoyo económico y moral para mis estudios universitarios y la realización de esta tesis, por ser un segundo hogar para mí.

A Nadia, Gina y Renata por ser mis mejores amigas, mis comadres, no hay palabras para agradecerles todo su apoyo y amistad.

A Oscar, por ser mi compañero y caminar junto a mí en estos años universitarios, por el amor que me diste.

A la Familia Villaverde Flores, por hacerme sentir parte de su familia.

A la Familia García por todo su cariño, apoyo y cuidados.

A la Familia Martínez, por todo su cariño, apoyo y hospitalidad.

A Liz, Ulises y Blanquita por ser mis amigos y brindarme palabras de aliento cuando las necesite.

A mi papá, gracias por tu ausencia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Rolando Díaz Lovíng, por sus valiosas enseñanzas y aclarar mis confusiones.

A la Dra. Tania Rocha, por su apoyo en esta investigación, por su paciencia y sus consejos.

A la Dra. Sofía Rivera por su valiosa asesoría y por haber accedido a ser mi sinodal

Al Lic. Rafael Luna Sánchez y a la Lic. Isabel Martínez por sus valiosas aportaciones y por haber accedido a ser mis sinodales.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por la formación recibida.

A todos los miembros de la Unidad de Investigaciones Psicosociales, por su apoyo y sus contribuciones para que esta investigación se llevara a cabo.

A todas las mujeres que participaron en esta investigación, gracias por compartir sus experiencias ya que sin su colaboración esta investigación no se hubiera llevado a cabo.

Al Instituto de las Mujeres de la delegación Benito Juárez por su apoyo en la aplicación de los instrumentos.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. GÉNERO, MATERNIDAD Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO	8
GÉNERO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO	8
GÉNERO Y MATERNIDAD	12
COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO	20
CAPÍTULO 2. EMPODERAMIENTO	26
DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES DEL EMPODERAMIENTO	26
MODELOS Y MEDICIÓN DEL EMPODERAMIENTO	37
INDICADORES DEL EMPODERAMIENTO	44
CAPÍTULO 3. INVESTIGACIONES SOBRE EMPODERAMIENTO Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO	60
CAPÍTULO 4. MÉTODO Y RESULTADOS DE LA ETAPA EXPLORATORIA	71
JUSTIFICACIÓN	71
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL	72
OBJETIVO GENERAL	72
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
VARIABLES	72
MUESTRA	73
TIPO DE ESTUDIO	73
DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS	74
RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS (ANÁLISIS DE CONTENIDO)	74

CAPÍTULO 5. MÉTODO Y RESULTADOS DE LA ETAPA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS	81
<i>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS</i>	81
<i>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICOS</i>	81
<i>HIPÓTESIS</i>	82
<i>VARIABLES</i>	83
<i>MUESTRA</i>	85
<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	87
<i>TIPO DE DISEÑO</i>	87
<i>DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS</i>	88
<i>PROCEDIMIENTO</i>	93
<i>RESULTADOS</i>	93
<i>DIFERENCIAS EN EL EMPODERAMIENTO EN MUJERES CON Y SIN TRABAJO REMUNERADO</i>	93
<i>DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON Y SIN TRABAJO REMUNERADO</i>	94
<i>CORRELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES DE EMPODERAMIENTO Y EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO</i>	97
<i>CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO, LOS INDICADORES DEL EMPODERAMIENTO Y EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO</i>	109
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	110
<i>CONCLUSIONES</i>	119
<i>ALCANCES Y LIMITACIONES</i>	121
<i>REFERENCIAS</i>	124
<i>ANEXO</i>	128

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación que existe entre empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, en algunas mujeres habitantes del Distrito Federal, para lo cual en un primer momento se conceptualizó el empoderamiento y se operacionalizó enfocándolo a la salud reproductiva; además se trató de establecer si existen diferencias en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo y el empoderamiento, entre las mujeres con y sin trabajo remunerado.

En la primera parte de la investigación se utilizó una entrevista semiestructurada para desarrollar el instrumento de medición que se utilizó en la segunda parte de la investigación, este instrumento estaba compuesto de tres secciones: I. Datos socioeconómicos, II. Empoderamiento (que contiene los indicadores Autoestima, Autoeficacia anticonceptiva, Toma de decisiones, Autonomía física, Estereotipos de género, Actitudes hacia el rol de género, Nivel de información sobre salud reproductiva, Estilos de afrontamiento, Participación del hombre en los quehaceres domésticos, Faceta económica y Faceta política del empoderamiento), III. Comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

En la segunda parte del estudio, la muestra se seleccionó de manera no probabilística e intencional y quedó constituida por 93 mujeres, de entre 25 y 35 años, que viven con su pareja y que tienen hijos, de ellas, 51 trabajan y 42 no cuentan con trabajo remunerado.

Los resultados nos indican que existe relación entre los diferentes indicadores de empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, sin embargo las correlaciones se presentan de manera diferente entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan. Además se encontraron diferencias significativas en la toma de decisiones familiares, en la participación de las parejas en las tareas domésticas, en el nivel de información sobre salud reproductiva y en la utilización de métodos anticonceptivos por los hombres, siendo mayores las medias en las mujeres que trabajan, en todos los casos.

INTRODUCCIÓN

En México, en los últimos 30 años han ocurrido distintos fenómenos macro y micro sociales, entre ellos cambios económicos y sociodemográficos que han afectado tanto la estructura de la población como de las familias, entre ellos están la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo, la disminución de la fertilidad, el retraso de la vida en pareja y de la procreación, así como la introducción al mercado de una diversidad de productos que han facilitado a las mujeres escindir la vida sexual de la vida reproductiva y controlar su capacidad reproductiva (Sánchez , Espinosa, Ezcurdia y Torres, 2004)

A pesar del descenso de la fecundidad ocurrido en México desde mediados de los años setenta (de 7.3 hijos promedio por mujer a mediados de los 70's a 2.2 hijos promedio por mujer en el 2003) así como la postergación del nacimiento del primer hijo; el control de las tecnologías reproductivas por parte del Estado Mexicano y de las instituciones médicas, a través de políticas centralizadas y ejecutadas verticalmente, han restringido las decisiones de las mujeres en materia sexual y reproductiva, si es comparado con el que tienen las mujeres de los países desarrollados. Los médicos del sector salud regularon los programas y su aplicación, de esta forma el control natal se dirigió a mujeres unidas con hijos, por lo que se dejó fuera a las adolescentes y las mujeres que vivían sin pareja y la oclusión tubaria bilateral y el dispositivo fueron los anticonceptivos que se promovieron con mayor énfasis (Consejo Nacional de Población, 2004). Por lo que los investigadores, los defensores de derechos humanos y la sociedad civil dieron cuenta de los efectos que han tenido estos programas para las mujeres, destacando el escaso control que las mujeres tienen sobre su cuerpo y sobre el proceso reproductivo, así como las elevadas tasas de fecundidad y de infecciones de transmisión sexual en los jóvenes (Szasz, 1998).

Asimismo, bajo el enfoque de planificación familiar, las campañas fueron homogéneas y no tomaron en cuenta la diversidad de condiciones de acceso a los servicios, además restaron importancia a fenómenos y procesos sociales que están íntimamente ligados con la reproducción y la fecundidad, como es el lugar de las mujeres en la sociedad, la actividad económica de la mujer, la valorización y el significado de la maternidad (la crianza de los

hijos ha significado para la mujer fuente de seguridad y estatus), las relaciones de poder en la pareja, las distintas prácticas relacionadas con los eventos reproductivos, y el ejercicio de la sexualidad masculina y femenina, es por esto que en este estudio se tratará de integrar algunos de estos elementos (Szasz, 1998; Sánchez , 2003).

Los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como parte de los derechos humanos y de la salud han sido reconocidos por conferencias internacionales como la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD) en el Cairo, en 1994, que planteó una profunda revisión de las políticas de población; y la Cuarta Conferencia de la Mujer (FWCW) en Beijing en 1995, por lo que han sido considerados de suma importancia para el desarrollo la estabilización de la población y el bienestar global (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005). Sin embargo, estos derechos, entre otros, no han sido ejercidos plenamente por las mujeres debido a muchos obstáculos entre ellos la inequidad de género, la dominación masculina y la ausencia de poder en la toma de decisiones sobretodo en las que atañen al cuerpo y a la salud (Venegas, 2005).

Actualmente el enfoque que se ha adoptado es el de la salud reproductiva, el cual considera: 1) que los individuos pueden tener relaciones sexuales sin temor a embarazos no deseados o ITS, 2) que los individuos tienen la libertad de decidir cuándo y cada cuanto hacerlo, por lo que deben tener la información y el acceso a métodos seguros y efectivos, 3) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros. Además una de las implicaciones centrales de este enfoque es privilegiar la igualdad y la equidad de género como un principio básico, que a su vez orienta los esfuerzos y acciones en el empoderamiento de las mujeres para que sean sujetos activos en las decisiones propias (Szasz, 1998)

A la par del enfoque de salud reproductiva, surge una estrategia de contrapeso a la inequidad de género impulsado entre otros, por los movimientos de mujeres de tercer mundo, por medio de la cual se trato de cambiar las condiciones de dominación, incrementando la capacidad para el ejercicio del poder a través del acceso a la toma de decisiones entre otros elementos, llamado empoderamiento y que ahora se ha convertido en uno de los ejes centrales de la perspectiva de género. Entre estas decisiones se encuentran

las elecciones sexuales y reproductivas, por lo que el empoderamiento se ha visualizado como una estrategia básica para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres (Venegas, 2005).

Uno de los aspectos en el que podemos ver reflejado el empoderamiento (como un proceso individual) es en el reproductivo, ya que el control de la capacidad sexual y reproductiva esta influenciado por las relaciones sociales, económicas y políticas, además de las prescripciones culturales. Por ejemplo, la utilización de métodos anticonceptivos puede posibilitar que las mujeres asuman una actitud diferente frente a sí mismas y al mundo, tomando una actitud previsoras ante el futuro, brindándoles una vivencia que posibilita la reflexión, y en el cual las mujeres aprenden a valorar y a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, sus necesidades y posibilidades en cada momento de su vida reproductiva además de resolver conflictos, y de vivir una sexualidad placentera (Najera, López, Evangelista, Zurita, Ortiz y Aparicio,1998; Bonino,2001)

En otros países de tercer mundo como Omán, Nepal, India o Zimbabwe se ha tratado de establecer a través de estudios cualitativos y cuantitativos, la relación que existe entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo (Al Riyami, Afifi y Mabry, 2004; Shrestha, 2003; Moursund y Kravdal, 2003). Sin embargo, en México, la investigación sobre este tema ha sido escasa, se ha tratado indirectamente en otras tesis (Achach, 2000; Rivero, 2003) y sólo existe una investigación que relaciona el empoderamiento con el uso de anticonceptivos (Casique, 2003), asimismo no se ha llegado a un consenso sobre la medición del empoderamiento o sobre los indicadores que deben incluirse o considerarse.

Además un aspecto que impacta tanto el empoderamiento como el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, es el trabajo remunerado de la mujer, ya que el empleo reduce la dependencia de la mujer, provee fuentes alternativas de identidad social, y retrasa el matrimonio (Welti y Rodríguez, 1999; Dixon-Mueller,1978, en Mahmud y Johnston, 1994). Por lo cual, esta investigación evaluó la relación del empoderamiento (constructo que incluye variables psicológicas, culturales, económicas y políticas) y el comportamiento

reproductivo-anticonceptivo en algunas mujeres del Distrito Federal con y sin trabajo remunerado, para lo cual en un primer momento se operacionalizó y conceptualizó el empoderamiento enfocándolo en la salud reproductiva.

CAPÍTULO 1. GÉNERO, MATERNIDAD Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO-ANTICONCEPTIVO.

Género y Perspectiva de género

La contribución teórica más significativa del feminismo contemporáneo, el concepto de género, se ha convertido en un recurso estratégico para desnaturalizar las concepciones ideológicas sobre las mujeres y los hombres y sus roles laborales, políticos, sexuales y afectivos (Lamas, 1996). Sin embargo, actualmente existen diferentes usos para esta categoría, por ejemplo, algunas autoras como Rubin y Barrett lo han utilizado para analizar la organización social de las relaciones entre hombres y mujeres, mientras que otras lo han utilizado para conceptualizar la semiótica del cuerpo, el sexo y la sexualidad, ó para explicar la distribución de cargas y beneficios en la sociedad. Asimismo el género ha sido analizado como un atributo de los individuos, como una relación interpersonal y como un modo de organización social (Hawkesworth, 1999, en Achach, 2000)

En las ciencias sociales, Rubin (1975, en Achach, 2000) es la primera en introducir el término género, y explica la subordinación de la mujer, analizando cómo la sociedad maneja modos o dispositivos sistemáticos para tratar el sexo y como esto puede crear un sistema igualitario o jerárquico, por lo que las sociedades tienen un sistema de sexo/género (conjunto de disposiciones que regula y reglamenta el sexo, la reproducción humana y la vida social).

Lamas (1997, en Achach, 2000) destaca la importancia del papel organizador y normativo del género, indicando que cada sociedad tiene su sistema sexo/género. Ella propone, que si bien existen diferencias sexuales biológicas entre varones y mujeres, la distribución de los papeles femeninos y masculinos no se desprende directamente de esta diferencia supuestamente natural sino de una construcción social. Por lo que el concepto género significa ser mujer u hombre en contexto sociocultural dado, es decir, depende del lugar que ocupamos en la sociedad y del contexto (urbano o rural).

Barnett, Marshall, Raudenbush y Brennan (1993, en Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira, 2002) consideran al género como un constructo consistente en sentidos biológicos, psicológicos y sociales. Lo definen de manera que incluyen al sexo biológico, a las experiencias de socialización diferenciales, a los roles específicos de género y a las actitudes hacia el rol de género, pero no se limitan a ello. Ellos consideran al género como un producto de procesos culturales y sociales, y cada sociedad tiene sus propias normas acerca de cómo deben comportarse mujeres y hombres.

Varios autores (Deaux y Lewis, 1984, en Matud et al., 2002) han considerado que el género es un concepto multifacético y un proceso fluido, a través del tiempo y las situaciones, que tiene un sentido descriptivo y prescriptivo. Worrell (1993, en Matud et al., 2002) considera que existen tres diferentes concepciones sobre género, que expondremos a continuación:

1) *El género como una diferencia esencial.* Parte de una concepción orgánica de que las mujeres y los hombres son esencialmente diferentes. Desde esta perspectiva, se considera al género como la identidad social de hombres o mujeres y se usa para explicar las diferencias en las respuestas entre grupos. Para algunos autores, como los evolucionistas, se trata de diferencias “naturales” que revelan la naturaleza real de hombres y mujeres. Esta perspectiva ha sido criticada porque magnifica las diferencias entre los grupos y polariza a mujeres y hombres en universos opuestos, tendiendo a ignorar o minimizar las variables que modulan las diferencias.

2) *El género como un sistema de creencias.* Se trata de una perspectiva que enfatiza la construcción social del género y se centra en la representación de las relaciones de género dentro de una cultura y un período histórico concretos. Se postula que las verdaderas diferencias entre mujeres y hombres son indeterminadas y se considera el género, como un sistema de clasificación social.

3) *El género como una expresión de relaciones de poder.* Esta perspectiva considera que las relaciones de género están estructuradas en asimetrías de poder, estatus social y acceso a los recursos personales y sociales. Se define el género por el estatus de rol y la distribución

diferente de mujeres y hombres en roles de alto y bajo estatus, el dominio del poder define las relaciones como asimétricas, pero claramente privilegia un grupo sobre el otro. Esta perspectiva permite el estudio de las asimetrías dentro de cada sexo como una expresión del estatus relativo y de la posición de dominancia entre las mujeres o entre los hombres.

La perspectiva de género, es una herramienta de análisis que nos permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad, además de reconocer cómo la desigualdad social que discrimina a las mujeres es producto de una construcción cultural androcéntrica en donde el hombre se plantea como eje y motor del mundo, y recupera con este análisis la voz, el lugar y el papel de las mujeres (Achach, 2000).

Las relaciones de género son relaciones subordinadas de poder que distinguen jerárquicamente a las personas en hombres y mujeres, dándole a todo lo femenino un valor inferior a lo masculino, y limitan el acceso a las mujeres a los recursos económicos y sociales, políticos y culturales, sin embargo, estas relaciones no se mantienen de forma permanente (Sánchez, 2003).

Las relaciones de género y la sexualidad femenina

Las diferencias sexuales en la sociedad occidental no se limitan a diferencias biológicas sino que, a través del proceso de socialización, se modelan dos cosmovisiones, dos formas de vivir y percibir, una femenina y una masculina; en la cual la masculina es la dominante. Y esta ideología dominante se refleja en las vivencias corporales, desarrollando dos formas de percibir las sensaciones, las emociones, de manifestar su erotismo y comportarse sexualmente, en donde la vivencia erótica femenina es global mientras que la masculina es genital (Sanz, 1990)

En esta vivencia femenina global, la mujer se expresa con su cuerpo y con la palabra, con un gran contenido emocional, en ella se permite más que en el varón la expresión corporal,

la suavidad de movimientos o la flexibilidad, asimismo el cuerpo le sirve a la mujer para mostrar su deseo (Sanz, 1990).

Sanz (1990) propone lo siguiente como las características de la psicosexualidad femenina:

1. Gran sensibilidad corporal con difusión global de sus sensaciones.
2. Cierta “anestesia” genital, especialmente vaginal
3. Emocionalidad
4. Percepción sexual globalizadora (donde tienen mucha importancia los sentidos y las fantasías eróticas).
5. Las fantasías eróticas (enfocadas a las imágenes genitalistas y románticas)
6. El cultivo del espacio erótico interior o la clandestinidad, o lo oculto.

En esta vivencia de la sexualidad, como en otros rubros, la mujer ha sido educada para no pedir, para dar y disponerse para el otro, priorizando los deseos del varón; ha reprimido el encuentro con sus genitales, ya que la feminidad ha sido entendida como un no deseo sexual y el desarrollo de otras áreas “espirituales” de la personalidad. Otro punto muy importante es que las mujeres han relacionado inconscientemente la genitalidad con la relación de poder del varón, en donde a través de mensajes como “Los hombres buscan chicas alegres para divertirse y serias para mantener una relación estable”, se han captado los siguientes significados

Vagina abierta = mujer fácil = depreciación = abandono afectivo

Vagina cerrada = mujer difícil = valoración positiva = interés del varón

Por lo que se concluye que la vagina ha sido un espacio vedado para la mujer, que parece tener un sentido utilitario sólo para los demás: para el varón o para el alumbramiento.

Las normas de comportamiento sexual de las mujeres son diferentes a las de los hombres. En las mujeres la edad promedio en que declaran que tuvieron su primera relación sexual es más tardía que entre los varones, es entre los 17 y los 19 años, y ocurre al momento de iniciar la unión conyugal o poco tiempo antes, además declararon que su primera relación fue con el novio o con su esposo. El intervalo entre la edad en que las mujeres declaran haber tenido su primera relación sexual y su primer embarazo es muy breve, incluso entre

las mujeres de escolaridad más elevada. Concluyendo que el inicio de la sexualidad en las mujeres está muy ligado con el compromiso afectivo, con el inicio de una vida en pareja y con la procreación, y que haber tenido relaciones sexuales y no tener pareja es un estigma (Sasz, 1998).

Esta vivencia de la sexualidad en las mujeres, en la cual existe una connotación negativa al deseo erótico y al placer sexual en las mujeres, afecta el uso de anticonceptivos entre las jóvenes y las medidas preventivas para la salud en todos los grupos de edad; ya que la única sexualidad aceptada para las mujeres es la que se da en la vida conyugal y la procreación (Liguori, 1995, en Sasz, 1998). El uso de anticonceptivos y en mayor medida, del condón, rompe con los códigos establecidos por la sociedad, en tanto representa a un mujer que desea la relación sexual en sí misma, en lugar de ofrecer su cuerpo a los deseos de otro (Rodríguez et al., 1995, en Sasz, 1998).

Género y maternidad

La valoración que las mujeres otorgan a la maternidad influye en la regulación de su fecundidad, es decir en la utilización de metodología anticonceptiva y en la identidad de género de la mujer, asimismo la comprensión de las relaciones de género nos permite entender de una forma más completa los problemas de salud reproductiva, es por esto que este capítulo tratará de profundizar en el tema (Najera et al., 1998; Sasz, 2003). En este sentido, debemos destacar que en México se ha transformado el ejercicio de la maternidad en los últimos 30 años, gracias a la influencia de distintos fenómenos macro y microsociales. Ejemplo de estos cambios es que las mujeres tienen menos hijos e inician la vida de pareja y la procreación a edades más avanzadas, lo que está aunado a una creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Consejo Nacional de Población, 2004; Sánchez, 2003).

Las mujeres se vinculan a la institución de la maternidad a través de ciertos ejes de significados que dan sentido a sus experiencias. El primero de estos ejes se refiere al discurso biológico, dentro de éste la maternidad comprende el proceso de dar vida aunque

en muchos casos acceden a ésta sin haberse embarazado o procrean sin ocupar el lugar de madre, sin embargo este proceso legitima a la maternidad como algo “natural” y por lo tanto “correcto”. El segundo eje básico lo constituyen aquellos significados referidos a la relación de pareja heterosexual que definen a la sexualidad femenina como un instrumento para la procreación. El tercer eje básico, lo configura la organización de la familia, ya que dentro de ésta la madre asume la responsabilidad de introducir al hijo o hija a la cultura a través de las tareas de la crianza y la socialización (Sánchez et al., 2004).

La palabra maternidad tiene sus raíces etimológicas en *mater* que significa materno e *idad* (sufijo del latín *tatem*) que significa bondad, de lo que significaría que su significado es: “la bondad de ser madre” (Cabañas y Fregoso, 1995). Lamas (1996) utiliza el término “maternidad”, del vocablo inglés *motherhood*, para referirse a la gestación y al parto y utiliza el “maternazgo” como equivalencia de *mothering*, en el sentido de responsabilidad emocional, crianza y el cuidado de los hijos.

En nuestra sociedad, la maternidad es la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de madre a las mujeres. Se le considera como un rol primordial por su función de reproducción y perpetuación de la especie, se apoya para su reforzamiento en mitos, tradiciones, costumbres, tabúes sexuales y sociales. El rol maternal de las mujeres se ha dado por supuesto, debido a la vinculación aparentemente natural entre capacidad de criar y lactar. Dicho rol, tiene efectos profundos, en la vida de las mujeres, en la ideología, la reproducción y la desigualdad social (Chodorow, 1984, en Cabañas y Fregoso, 1995; Sánchez, 2003).

La maternidad ha sido un referente social para la construcción de la identidad de las mujeres, no como algo natural sino precisamente como un producto social, a lo largo de la historia de la humanidad. A su vez el cuerpo de las mujeres ha sido normado, se le ha definido como un cuerpo-ser-para-los-otros cuerpo para la procreación, para servir, para materializar, para reproducir (Basaglia, 1987, en Najera et al., 1998).

La identidad de las mujeres como madres reduce sus espacios de interacción y limita sus posibilidades de desarrollo como seres humanos, ya que desde niñas se les ha inculcado su rol de madre. Como afirma Lagarde (1990, en Najera et al., 1998), el significado que las mujeres atribuyen a la maternidad se constituye en el eje organizador de sus vidas, ya que a través de esta vivencia se quiere encontrar la completud a través de la satisfacción de las necesidades de “otros”, la legitimidad como mujer, en un mundo donde para ser reconocida, para ser visibles se necesita haber parido. Pero en este vivir y ser para los otros, las mujeres encuentran también la satisfacción que les dan los hijos a través del trato cotidiano en el proceso de socialización y crianza además de la satisfacción que obtienen al cumplir con la norma de la maternidad, la percepción de obtener un lazo más fuerte en la unión, el sentirse más femeninas, el sentir que sus hijos son la prolongación de ellas mismas además del poder que se obtiene a través de la manipulación de los afectos de los hijos en la familia (Najera et al., 1998).

La maternidad no es un episodio médico sino que es un episodio de la vida de las mujeres, así mismo la maternidad debe ser vista como un proceso multideterminado por factores psicológicos, biológicos y socioculturales; la interdependencia de estos factores hace que esta experiencia sea a la vez privada y comunitaria. Los significados de la maternidad varían no sólo de una cultura a otra, sino aún dentro de una misma construcción cultural de la maternidad y de una mujer a otra (Cabañas y Fregoso, 1995). De acuerdo con esto, Sánchez (2003) propone que la maternidad no se deriva de la función reproductiva de las mujeres, sino que es un proceso históricamente determinado, y como tal sus características dependen de las relaciones sociales y de las elaboraciones culturales a través de las cuales las mujeres construyen su maternidad.

Las principales representantes del feminismo han argumentado que la maternidad es la piedra angular de la división sexual del trabajo, de la desigualdad institucional entre hombres y mujeres y de la identidad femenina. Consideran que la mujer había sido recluida en el ámbito familiar, privado y personal debido a su capacidad reproductiva, mientras que el hombre se situaba en la esfera pública (Sánchez, 2003). Lo cual coincide con lo propuesto por Burin (1987), quién señala que la maternidad, es el “otro trabajo invisible”,

realizado por el aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje, que trata de reducir las tensiones intrapsíquicas y de mantener cierta armonía, no solo de ella misma, sino también del ser que depende de ella. Enmarcado dentro de la organización social anteriormente descrita, la valoración del trabajo es muy distinta si se trata de un trabajo que produce objetos a un trabajo que produce sujetos, los cuales están inmersos dentro de una estructura social; resaltando de esta forma, que la persona que cuida tiene como misión ser portadora y transmisora de los valores sociales; es decir se ha subestimado el trabajo maternal y sólo se ha valorado la producción de bienes de consumo. Debido a lo anterior, Burin propone que las mujeres se cuestionen en su propia composición subjetiva y sus vínculos con los otros estas diferencias genéricas.

Beauvoir (1981, en Cabañas y Fregoso, 1995) analiza los cambios que han ocurrido sobre la maternidad diciendo: “El medio por el que la mujer realiza integralmente su destino fisiológico, esa es su vocación “natural”, puesto que todo su organismo se halla orientado hacia la perpetuación de la especie. Pero desde hace un siglo, en particular, la función reproductora, no es dirigida por el sólo azar biológico, sino que es regida por las voluntades” (p.47)

En sociedades como la nuestra ahora existen dos discursos; en el primero, la maternidad es una institución por medio de la cual se justifica y se subordina el ejercicio de la sexualidad femenina y su razón de ser en el mundo; el segundo que se sobrepone al anterior, dice que las mujeres deben tener sólo los hijos que puedan alimentar, cuidar y educar. Es decir ahora se propone y promueve una maternidad controlada, espaciada y limitada; sin embargo, el contexto social y cultural representado por la Iglesia, los organismos estatales y los parientes obligan a las mujeres a tener hijos, ya que ellas no pueden considerar hacer un proyecto de vida sin hijos, ya que se les tacharía de emocionalmente inmaduras, con problemas de identidad ó con expresiones de “pobrecita, no tiene hijos”, marginándola socialmente (De Barbieri, 1985 en Najera et al., 1998; Cabañas y Fragosó, 1995). Acorde con esto se han modificado los usos y costumbres de la vida sexual y de la vida conyugal, formando una amplia gama de prácticas reproductivas, ya que existen mujeres que ejercen la maternidad a partir del matrimonio, sin cuestionar el deseo de ser madres apegándose a

las normas de género; junto a mujeres que han cuestionado ese modelo de maternidad, ejerciendo su maternidad sin pareja, con una pareja del mismo sexo o simplemente no teniendo hijos (Sánchez et al., 2004).

En otros países como Inglaterra, Boulton (1983, en García y Oliveira, 1994) reconstruyó las concepciones y las experiencias vitales sobre la maternidad en diferentes sectores sociales. En este caso la autora diferencia entre cuatro vivencias de maternidad:

- a) Realización, en el cual las mujeres consideran que el hecho de ser madres tiene un importante significado en sus vidas y perciben a las actividades cotidianas como valiosas en sí mismas y como fuente de placer.
- b) Satisfacción, en donde se disfruta la domesticidad y las responsabilidades maternas, sin embargo no se asume que estas responsabilidades den un propósito a la vida.
- c) Alienación, predomina el sentimiento de irritación y frustración con la domesticidad.
- d) Conflicto, en este caso predominan las ambivalencias porque se siente un compromiso con la maternidad pero también existen resentimientos.

A su vez, Valdés (1989, en García y De Oliveira, 1994), se centró en el comportamiento reproductivo y elaboró tres tipos de proyectos de vida para las mujeres. En el primer tipo (primacía de lo natural), lo central es el papel que cumple la mujer en la reproducción de la especie, las mujeres deben tener muchos hijos, sin limitaciones y la vida de la mujer que no es madre carece de sentido. En el segundo tipo (primacía de lo social), se trata de criar hijos de calidad, por lo que la regulación de la fecundidad cobra importancia así como trabajar para mejorar la calidad de vida del grupo familiar. El tercer tipo (primacía de lo individual) es un proyecto que contempla a la mujer como una persona que tiene un plan consciente de desarrollo para su vida que excede a la maternidad.

En América Latina existen estudios que han explorado los cambios en la maternidad, la sexualidad y la relación entre hombres y mujeres a partir de un esquema que va de lo tradicional a lo moderno. Identificándose dos marcos conceptuales de representaciones culturales de género: uno que corresponde a la concepción tradicional de la relación hombre-mujer en la procreación, la crianza, la familia y la pareja, que aparecen entre

mujeres de todos los sectores económicos; y otro, a favor de la una idea moderna/urbana de familia, maternidad y pareja más igualitaria que se observaron en mujeres con altos niveles de escolaridad y de los sectores de ingresos medios y altos (Sánchez, 2003).

Algunos de los resultados más importantes encontrados por Sánchez (2003) son los siguientes:

1. Existe una correspondencia entre las prácticas tradicionales y las representaciones de las relaciones entre los géneros en las generaciones mayores. En zonas rurales de México, (González, 1994; Faggetti, 1995, en Sánchez, 2003) encontraron que entre mujeres mayores de 30 años la maternidad era muy apreciada y constituía el núcleo de la identidad femenina. Faggetti observó que los significados tradicionales correspondían a un patrón reproductivo caracterizado por embarazos consecutivos. Mientras que en zonas urbanas, (Fuller, 1993; Modena y Mendoza, 2001, en Sánchez, 2003) en las generaciones de mujeres de más de 50 años, hay una concordancia entre los roles y representaciones tradicionales, teniendo familias numerosas y las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado durante la crianza.

2. Existe una discordancia entre las prácticas sociales, como son la reducción significativa en el número de hijos ó el uso de anticonceptivos y las elaboraciones culturales que siguen siendo muy importantes en generaciones más recientes. En el ámbito urbano, el número ideal de hijos es de sólo dos o tres, éstos se consideran una carga económica, pero también un elemento central de la pareja, que da sentido a la cotidianidad de las mujeres. Asimismo, existe un aumento en el trabajo remunerado de las mujeres, sobre todo las que están casadas.

3. Dentro de las nuevas construcciones culturales moderno-urbanas, Faggetti (1995, en Sánchez, 2003) notó la introducción del discurso moderno de la “familia pequeña” difundido por los médicos, los medios de comunicación y los emigrantes.

4. Los estudios muestran la generación de un conflicto a raíz de las contradicciones que surgen al confrontar los cambios en las prácticas sociales, como el ingreso de la mujer al campo laboral y las construcciones culturales tradicionales, que posicionan a la mujer como

ama de casa y madre. Las mujeres urbanas que habían participado en la esfera laboral vivían continuamente el conflicto y la negociación con la pareja, tal vez debido en el caso de mujeres de clase media, a los empleos precarios y devaluados, y a la división sexual del trabajo.

5. Por último, los estudios concluyen que el cambio en las prácticas y en las representaciones es resultado de procesos macrosociales: políticas públicas, medios de comunicación, educación, migración, crisis económica y el desarrollo de la vida urbana .

Las condiciones socioeconómicas también impactan la forma de experimentar su maternidad; no es lo mismo la maternidad de mujeres ejecutivas con altos niveles de escolaridad que la de mujeres amas de casa de escasos recursos; ya que algunas mujeres de alto nivel socioeconómico, inician una carrera laboral antes de la maternidad y no se cuestionan interrumpirla por la crianza, mientras que las segundas se dedican a la crianza de los hijos y enfrentan la crisis económica de la familia reduciendo el consumo, extendiendo la jornada de trabajo ó desempeñando algunas actividades remuneradas complementarias (Sánchez et al., 2004).

Bonino (2001) realizó varios estudios cualitativos en torno a la maternidad y a la anticoncepción en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay, en donde se reunieron mujeres de sectores populares católicas, de diversas edades. En este estudio, las mujeres casi en su totalidad, se embarazaron muy jóvenes, algunas sin saber los síntomas del embarazo, casadas o solteras, con relaciones deseadas o no. Sin embargo en el transcurso del embarazo, la maternidad es vivida como una realización muy gratificante. “Es que es lo único que tenes tuyo, entras al hospital sin nada y salís con un hijo” (p.10). La noción de “elegir ser madre” parecería en las jóvenes, en las que participan en grupos de autoconciencia o reflexión, donde la noción de “derecho” se introduce y legitima. Para estas mujeres de limitados recursos, la maternidad esta asociada también con mucho esfuerzo, trabajo y muchas veces una responsabilidad no compartida. El número de hijos y la situación económica son dos elementos que influyen negativamente en la posibilidad de vivir placenteramente la maternidad. En todos los grupos que se les preguntó qué

significaba la maternidad, las mujeres plantearon la ambivalencia de la felicidad y la responsabilidad “Una se siente muy feliz pero es una sobrecarga muy grande también, cuando son muchos y no tenés dinero y corres todo el día, uno deja mucho por el camino, muchos sueños”(p.11). Para las mujeres de sectores populares, con los embarazos, les suelen quedar proyectos por el camino. Algunos quedan para siempre, otros quizá en los que hay algún tipo de apoyo se pueden retomar. Parecería que en los casos en que se retoman es porque han existido apoyos externos tanto en oportunidades de capacitación y trabajo como en reflexión en torno de tener una vida propia más allá de la maternidad (Bonino, 2001).

En un estudio de Rivero (2003) sobre la significación de género de mujeres indígenas mazatecas de la comunidad San Jerónimo Tecuatl, Oaxaca, obtiene 16 categorías entre las cuales se encuentra el rol de madre, el cual se ejerce con la función de transmitir valores y el tipo de actividades características de las mujeres, además se hace responsable de todo cuanto acontece a los hijos; la maternidad que es concebida como una obligación inherente a la mujer pero de la cual ella se tiene que hacer cargo por completo, tanto durante el embarazo, parto y en el cuidado y crianza de todos los hijos en la cual, difícilmente se recibe ayuda de los hombres, menos aún compañía o apoyo en momentos tan significativos. El relato de una de las mujeres nos ilustra esta situación, cuando tuvo su primer parto “Yo estaba cansada de sueño de todos los dolores, pero yo creo que no era tiempo cuando me estaban forzando, era yo primeriza ¿se imagina? A él le intereso más irse al baile y dejarme allí sufriendo con los dolores” (p.83). Por otro lado, se encontraron respuestas totalmente distintas a estas y que nos hablan de una situación de conciencia sobre las posibilidades y esperanzas de una vida distinta, que son transmitidas de madre a hija.

Comportamiento reproductivo-anticonceptivo

La conducta reproductiva ha sido estudiado desde diferentes perspectivas, entre ellas se encuentran las que incluyen variables intermedias de fertilidad (Davis y Blake, 1956, en Zakia, 1998), determinantes próximos de fertilidad (Bongaarts, 1982, en Zakia, 1998), teorías económicas de los determinantes de la fertilidad (Schultz, 1974, en Zakia, 1998) y la teoría de la alta fertilidad (Caldwell, 1980, en Zakia, 1998). Sin embargo, las dos primeras aproximaciones no toman en cuenta la decisión personal en cuestiones reproductivas, la cual esta influenciada por la estructura económicas, las instituciones y las normas culturales. Además estas tres perspectivas no explican porque existen grandes familias en países no desarrollados.

Los demógrafos han explicado las diferencias en el comportamiento reproductivo de las mujeres a partir de indicadores socioeconómicos, como el nivel educativo, la participación femenina en el campo laboral, el lugar de residencia, la religión y la migración, esto a su vez fue corroborado en el Distrito Federal en una investigación realizada por Sánchez y Menkes (2003, en Sánchez, 2003). Se ha encontrado que la fecundidad disminuye cuando se incrementan los niveles educativos, la participación laboral y la urbanización (Quilodrán, 1990, en Sánchez, 2003).

El nivel socioeconómico y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Algunos estudios feministas han señalado que las condiciones sociales y económicas de países industrializados han abierto a las mujeres la posibilidad de separar el sexo de la procreación y de esta forma tener un mayor control sobre el ejercicio de su capacidad reproductiva (Sánchez, 2003).

En la Ciudad de México, los cambios demográficos han llevado a la coexistencia de tres diferentes patrones reproductivos que corresponden a diferentes estratos socioeconómicos y a diferentes condiciones culturales heterogéneas y polarizadas. En un extremo se encuentran las mujeres de escasos recursos con más de tres hijos, que iniciaron su maternidad y su vida en pareja antes de los 20 años, extienden su etapa reproductiva hasta los 34 años y se dedicaron de tiempo completo a la crianza y se incorporaron al trabajo

extradoméstico por necesidad económica, mientras que en el otro se encuentran las mujeres de sectores medios y altos en las que evidentemente influyeron las políticas nacionales de planificación familiar, dentro de las cuales se encuentran las mujeres con alta escolaridad, con uno o dos hijos, que iniciaron su maternidad después de los 30 años, que no interrumpieron sus actividades laborales por la crianza ayudadas por trabajadoras domésticas ó guarderías y que utilizaron anticonceptivos varios años antes de establecer una relación de pareja. Sin embargo también existen diferencias entre estas últimas, ya que las mujeres de nivel medio tienen menos descendencia que las mujeres de nivel alto, lo que nos indica que el ingreso y la escolaridad no fueron las variables determinantes en la reducción del número de hijos (Sánchez et al., 2004).

El uso de anticonceptivos es diferente en los distintos sectores socioeconómicos, de acuerdo con un estudio de Sánchez (2003), en el cual las mujeres de niveles socioeconómicos bajos fusionaron su vida sexual, conyugal y reproductiva utilizando anticonceptivos después de que tuvieron al menos un hijo, para espaciar los nacimientos; mientras que en el caso de las mujeres de nivel socioeconómico medio se pudieron apreciar dos formas distintas, una similar a la anterior y otra diferente en donde separaron la vida sexual y de pareja de la reproductiva ya que el uso de anticonceptivos se inició después de vivir en pareja y antes de tener a los hijos, los abortos fueron más frecuentes y por último, las mujeres de nivel socioeconómico alto, a diferencia de las mujeres de los otros sectores, utilizaron los anticonceptivos no sólo para regular la descendencia, sino para ejercer su vida sexual sin riesgos separando claramente la vida sexual, de pareja y la reproductiva, sin embargo el mayor número de abortos se presenta en estas mujeres.

El embarazo y el parto es vivido de forma diferente en mujeres de diferentes niveles económicos, ya que las mujeres de ingresos medios y altos viven el embarazo con muchas exigencias “como una tarea a desempeñar exitosamente”, prestan gran atención a su cuerpo y fueron ayudadas por otras mujeres; mientras que las mujeres de ingresos bajos vivieron el embarazo como un evento natural y no prestan mucha atención a su cuerpo (Sánchez, 2003)

La educación de las mujeres y la reproducción

Existe una alta correlación entre el nivel educativo de las mujeres y la fertilidad de la pareja, mientras que el nivel educativo de los hombres correlaciona menos (Cleland y Rodríguez, 1988, en Mahmud y Johnston, 1994). Los datos del World Fertility Survey también indican correlaciones altas entre la educación de las mujeres, la edad de matrimonio, el tamaño de la familia planeado y el uso de anticonceptivos en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 1987, en Mahmud y Johnston, 1994).

Los investigadores indican que una mayor educación reduce la fertilidad en diversas formas: retrasando el matrimonio e incrementando la posibilidad de que la mujer nunca se case, reduciendo el tamaño de la familia ya que se aspira a “tener pocos hijos para darles mucho”, así como el ingreso de las mujeres en el campo laboral, la exposición de las mujeres a nuevos conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de anticonceptivos, y debilita la autoridad de los hombres sobre las mujeres (Le Vine et al, 1991; Caldwell, 1982, en Mahmud y Johnston, 1994).

En México, Sánchez y Menkes (2000, en Sánchez, 2003) encontraron que tanto a nivel nacional como en el D.F, el número de hijos disminuía conforme aumentaban los niveles de educación. La diferencia entre las mujeres sin escolaridad y las que tenían secundaria fue de cerca de dos hijos. Además en las mujeres con alta escolaridad, la fecundidad se concentró entre los 20 y los 34 años, y en las mujeres con baja escolaridad, se concentró entre los 20 y 29 años.

Algunos estudios han intentado evaluar cómo la educación puede influenciar las actitudes de las mujeres y su rol en la toma de decisiones reproductivas. Cochrane, Leslie y O'Hara (1982, en Mahmud y Johnston, 1994) encontraron que la educación no solo retrasa la edad de matrimonio de la mujer, sino que también incrementa la comunicación en la pareja y mejora la actitud y el acceso al control natal.

También se ha establecido que la educación de la mujer es un determinante principal del conocimiento y uso de los anticonceptivos así como del tamaño de la familia (Dixon-Mueller, 1993, en Mahmud y Johnston, 1994). Pero es importante hacer notar que existe

una gran cantidad de fuentes fuera de la educación formal como son los compañeros, los grupos sociales o políticos en donde participan las mujeres ó la educación informal.

En México se ha encontrado que el nivel de educación influye en la selección del método anticonceptivo, conforme aumenta esta disminuye su preferencia por los métodos quirúrgicos, sin embargo la utilización de la vasectomía es mayor en parejas de mujeres con más instrucción. Así mismo hay una asociación directa con la práctica del ritmo y la utilización del dispositivo intrauterino y una inversa con la práctica del coito interruptus (Palma, Figueroa y Cervantes, 1990)

El trabajo remunerado de la mujer y la reproducción

La relación entre trabajo extradoméstico femenino y fecundidad es una de las más fuertes y persistentes a través del tiempo y en diferentes espacios geográficos (Groat et al., 1976, en Welti y Rodríguez, 1994). Por ejemplo, en un estudio realizado por la ONU en 1987, se concluyó que las mujeres que trabajan tenían en promedio menos hijos que aquellas que no declararon una actividad económica remunerada (Welti y Rodríguez, 1999).

La relación entre trabajo extradoméstico y fecundidad puede darse en un doble sentido: 1) La mayor participación de las mujeres en el campo laboral conlleva a la reducción de la fecundidad, ya que este incide en factores relacionados como la edad del matrimonio y el uso de anticonceptivos; 2) La reducción de la fecundidad permite a las mujeres participar en la fuerza laboral (Welti y Rodríguez, 1999).

El empleo de la mujer reduce la dependencia de la mujer, provee fuentes alternativas de identidad social y soporte, retrasa el matrimonio, y espacia o limita los nacimientos (Dixon-Mueller, 1978, en Mahmud y Johnson, 1994). De hecho, el trabajo remunerado antes de la unión y del nacimiento del primer hijo, se relaciona con niveles bajos de fecundidad, lo cual también es explicado por la escolaridad (Groat et al., 1976, en Welti y Rodríguez, 1999).

En otro sentido, García y Oliveira (1994, en Welti y Rodríguez, 1999), concluyen que es la maternidad la que influye en el trabajo remunerado femenino, ya que las madres buscan el trabajo que mejor se ajuste a sus responsabilidades o trabajan en función de ellas. Algunos investigadores plantean que el acceso a la anticoncepción hace que la relación entre trabajo y fecundidad cambie de sentido. En ausencia de la práctica anticonceptiva es la fecundidad la que determina la participación de la mujer en la actividad económica, mientras que cuando se incorpora el control de la fecundidad, es el trabajo remunerado de la mujer el que influye sobre la fecundidad (Welti, 1989, en Welti y Rodríguez, 1999).

Es posible que la relación entre el trabajo remunerado y la fecundidad puede estar vinculada con el régimen de fecundidad de la población, de esta forma en regímenes de fecundidad elevada es posible suponer que es la actividad de la mujer la que afecta su fecundidad, mientras que en sociedades de baja fecundidad es el número de hijos el que influye en la participación de la mujer en el campo laboral (Welti y Rodríguez, 1999).

Sánchez y Menkes (2000, en Sánchez, 2003) encontraron dos patrones de fecundidad distintos en el Distrito Federal entre las mujeres con y sin actividad remunerada: en las mujeres sin actividad remunerada la fecundidad fue alta hasta los 39 años, concentrándose entre los 20 y 29 años, con una tasa de 2.6 hijos, es decir comenzaron muy jóvenes a tener hijos y casi no los espaciaron; mientras que las mujeres que tenían un trabajo remunerado la fecundidad disminuyó en las edades extremas y se distribuyó entre los 20 y 34 años, con una tasa de 1.3 hijos, y espaciaban a sus hijos con el uso de anticonceptivos además iniciaron su maternidad tardíamente.

La relación entre el empleo y las decisiones sexuales y reproductivas depende de muchos factores como son el tipo de ocupación, el ingreso, el lugar de trabajo, la motivación, si trabaja por su cuenta o es empleada, la duración y continuidad del trabajo y si el trabajo es de tiempo completo o de medio tiempo; pero hay poca consistencia en la fuerza y dirección de estas correlaciones (Youssef, 1982, en Mahmud y Johnson,1994, Welti, 1989, en Welti y Rodríguez,1999).

En resumen en este capítulo se abordó el género, definido como la construcción social de la diferencia sexual, que junto con la perspectiva de género, nos brinda un marco conceptual para analizar el ejercicio de la sexualidad y el comportamiento reproductivo; así como el papel de la maternidad en la ideología de las mujeres, que influye sobre el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, ya que el valor que se le da a la maternidad influye en la utilización de la metodología anticonceptiva (Najera et al., 1998). Además se analizó el impacto de diferentes indicadores socioeconómicos en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo. Asimismo, la perspectiva de género mantiene al empoderamiento, el cual es tema de nuestro siguiente capítulo, como uno de sus ejes principales y a su vez, este proceso de empoderamiento se puede ver reflejado en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

CAPÍTULO 2. EMPODERAMIENTO

Definición y antecedentes de empoderamiento

Empoderamiento es una palabra de origen extranjero, empowerment, traducida al español, que representa un concepto para el cual no hay una definición consistente. Según el diccionario Websters, empower quiere decir “dar facultad o la capacidad”. Algunos autores como Dalrymple y Beverly (1996, en Pineda,1997) se han preguntado si *empowerment* es sinónimo de *enabling* que quiere decir “permitir a alguien hacer alguna cosa, dar la capacidad de”. Vernier (1996, en León,1997) ha tratado de encontrar un equivalente del verbo empower y del sustantivo *empowerment*. En español significan “dar poder” y “conceder a alguien el ejercicio del poder”. Otros sinónimos para este término son potenciación y poderío o en su forma verbal potenciar y apoderar, que se define como “dar poder a uno y facultades” o “hacerse poderoso”. Los usos de este concepto varían de acuerdo con las disciplinas que lo utilizan: la psicología, la antropología, la ciencia política, la educación, el derecho y la economía (León, 1997).

Para los fines de esta investigación, se utilizará el término empoderamiento, ya que se considera que es el más utilizado y manejado por la comunidad científica, aunque su traducción al español no es la más adecuada, ya que nos indicaría que existe algo o alguien que “da” el poder, cuando este concepto trata de enfatizar que el poder es un logro de reflexión, conciencia y acción de las personas interesadas y no es un regalo de otro poderoso (Montero, 2003).

Empoderamiento y su relación con otros términos.

El concepto de empoderamiento se ha utilizado como sinónimo de integración, participación comunitaria, autonomía, identidad, bienestar, desarrollo, planeación y aliviación de la pobreza (León, 1997). El empoderamiento a diferencia de la autonomía es un término más dinámico, ya que se refiere a un proceso y al resultado de este (Batliwala, 1994).

Otro término relacionado con el empoderamiento es el “estatus” de la mujer que ha sido definido como “el grado en que las mujeres tienen acceso (y control sobre) los recursos materiales (comida, ingresos y tierra) y a los recursos sociales (conocimiento, poder y prestigio) dentro de la familia, la comunidad y la sociedad” (Dixon, 1978, en Stein, 1997).

De hecho, el estatus, la autonomía, la educación y el empoderamiento están estrechamente relacionados y son capaces de afectarse positivamente. Por ejemplo las mujeres deben tener estatus y autonomía para estar empoderadas, y el proceso de educación y empoderamiento deben mantenerse para incrementar el estatus y la autonomía (Stein, 1997).

Los antecedentes del empoderamiento

El estudio del poder realizado por Gramsci y Foucault, y el aprendizaje transformador y la teoría de la “concientización” de Freire (1970), sentaron las bases del empoderamiento, aunque estos autores nunca utilizaron el concepto de empoderamiento y no contemplaron explícitamente las relaciones de género (León, 1997).

La ciencia social crítica, el movimiento de mujeres (la segunda ola del feminismo) y de los derechos civiles impulsaron el uso del término empoderamiento. En los años ochenta surgen críticas feministas hacia las estrategias de desarrollo que no tomaban en cuenta la posición (es el estatus social y económico de las mujer comparado con el del hombre) y condición (son las condiciones materiales en las que las mujeres pobres viven) de la mujer por lo que el empoderamiento surge como una estrategia o proceso que podía contribuir a modificar no solo la condición, sino también la posición de la mujer (Achach, 2000; Young, 1988, en Batliwala, 1994). Asimismo, Molyneaux (1985, en Batliwala, 1994) hace una distinción entre intereses prácticos y estratégicos, ya que se requiere “un análisis de las subordinación de las mujeres y la formulación de alternativas como la abolición de la división sexual del trabajo, así como la sobrecarga de trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, la remoción de formas institucionalizadas de discriminación, la libertad de escoger el número de hijos así como medidas contra la violencia masculina y el control sobre la mujer” (p.128).

En los años noventa, el término de empoderamiento comenzó a utilizarse excesivamente, por lo que fue necesario esclarecer el término tanto a nivel micro como macro, ya que llegó a ser considerado como la panacea de las enfermedades sociales como el crecimiento de la población, la contaminación ambiental o el bajo estatus de las mujeres y otras poblaciones vulnerables como los enfermos o los afroamericanos (Achach, 2000).

Por otra parte, en Estados Unidos, vinculado al desarrollo y a la psicología comunitaria, como la investigación en educación y promoción de la salud, se ha desarrollado un importante cuerpo teórico y práctico en relación con el empoderamiento, gracias a las contribuciones de Rappaport (1987) y Zimmermann (1995) quienes desarrollaron una teoría del empoderamiento (Stein, 1997). Mientras tanto, en Latinoamérica desde 1980, se propone el término de *fortalecimiento*, por Escovar (1980, en Montero, 2000) que planteaba un modelo psicológico social del desarrollo, a partir de la necesidad de superar los efectos de procesos psicológicos como la desesperanza aprendida, el locus de control externo, el bloqueo de la autoeficacia, así como desarrollar un yo eficaz, sin embargo nunca fue un elemento central ni desarrollo una teoría.

Relación entre poder y empoderamiento.

Wieringa (1997, en Achach, 2000) argumenta que el poder opera en todos los niveles de la sociedad, por lo que es un aspecto inherente y se encuentra introyectado en todas las relaciones económicas, políticas, sociales y personales. A su vez Batliwala (2004) menciona que el poder puede ser definido como el control sobre los bienes materiales, los recursos materiales y la ideología. Los recursos materiales sobre los cuales el control puede ser ejercido pueden ser físicos, humanos o financieros. El control sobre la ideología es la habilidad para generar, propagar, sostener e institucionalizar creencias, valores, actitudes y conducta que determina como percibe y funciona la gente dentro de su ambiente.

Como una introducción al tema del empoderamiento, Rowlands (1997) diferencia cuatro clases de poder basándose en la obra de Lukes (1994, en Rowlands, 1997).

Poder sobre. Es el más familiar y común, representa la habilidad de una persona para hacer que otras actúen en contra de sus deseos. No tomar decisiones, dejar de hacer algo, no objetar, también implica la presencia de poder y a esto se le denomina poder invisible. La coerción, manipulación y la información sesgada o falsa son también ejemplos de este tipo de poder. Este tipo de poder es el más penetrante, ya que evita que el conflicto se exprese y que se perciban otras alternativas, haciendo imposible la transformación.

Poder para. Es un poder generativo o productivo que abre posibilidades y acciones sin dominación, permite compartir el poder y favorecer el apoyo mutuo.

Poder con. Se aprecia cuando un grupo presenta una solución compartida a sus problemas. “El todo es más que la suma de sus partes”.

Poder desde dentro. Este representa la habilidad para resistir el poder de otros mediante el rechazo a las demandas indeseadas. Es el poder que surge de sí mismo y no es dado ni regalado (León, 1997).

La mujer ha sido objeto de las distintas formas del poder anteriormente expuestas, sobre todo del poder invisible, por lo que se cree que está en una situación de desempoderamiento. Sin embargo, sería erróneo afirmar que la mujer carece de poder, lo que podemos afirmar es que el poder que tiene se encuentra circunscrito en lo privado y en la familia (Léon, 1997; Nelson, 1974, en Batliwala, 1994). Las mujeres siempre han intentado desde su posición tradicional de esposas, madres y trabajadoras, influenciar su ambiente inmediato y expandir su espacio. Sin embargo, la ideología patriarcal, promueve los valores de sumisión, sacrificio y obediencia que socavan los intentos de la mujer por hacerse valer (Schuler y Kadirgamar- Rajasingham, 1992 en Santillán et al, 2004).

Definiciones de empoderamiento

Debido a la gran cantidad de definiciones encontradas sobre empoderamiento, a la gran variedad de éstas (algunas están enfocadas hacia el empoderamiento de la mujer), y a que ninguna definición encontrada conjuntó todos los elementos necesarios, en una primera etapa de esta investigación, se trató de clarificar este término, encontrando distintas

definiciones, algunas hacen referencia al empoderamiento como un proceso pero también como un resultado, a continuación se presentan algunas de ellas:

Algunos autores remarcan el concepto de control como Rappaport (1987) para quién el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar sus vidas en el aspecto social, político, económico, y psicológico para lo cual es necesario crear las condiciones que lo faciliten, ya que no es el resultado de una acción. Fawcett (1997, en Montero, 2003) a su vez lo define como un proceso de obtener algún control sobre los acontecimientos, resultados y recursos de importancia para un individuo o grupo.

Otros en cambio, enfatizan el poder como Stein (1997) quién describe al empoderamiento como un fenómeno internacional basado en una variedad de movimientos, que están dedicados a la justicia social y a la autodeterminación, además de identificar al poder para tomar las decisiones y para controlar la propia vida como la clave en el empoderamiento ó Wallerstein y Bernstein (1988, en Stein, 1997) quienes definen al empoderamiento como un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades para alcanzar el control sobre sus vidas en su comunidad y en la sociedad, con esta perspectiva, el empoderamiento no se caracteriza por conseguir el poder para dominar otros, pero si como el poder para actuar con otros para efectuar el cambio. Mientras que para Stromquist (1997) el empoderamiento es un proceso para cambiar la distribución del poder, tanto en las relaciones interpersonales como en las instituciones de la sociedad y agrega que para una plena definición deben incluirse componentes cognoscitivos, psicológicos, políticos y económicos. A su vez, Gutiérrez (1994, en Chadiha et al., 2004) lo define como un “proceso de incremento de poder personal, interpersonal o político en el que los individuos, familias y comunidades pueden participar para mejorar su situación” (p.102).

En cambio, otros le dan énfasis al desarrollo de habilidades o capacidades, como Lee Staples (1990, en Stein, 1997) describe al empoderamiento como dialéctico o espiral, los individuos a través de su participación en actividades grupales, consiguen habilidades y

recursos que sostienen su desarrollo personal, entonces su autoconcepto mejora y desarrollan habilidades de interacción personal; además de Israel et al. (1994, en Stein, 1997) ha situado el empoderamiento como un proceso y como un resultado, en tres diferentes niveles: individual, organizacional y comunitario, como un proceso ocurre en forma de ciclos repetidos con actividades alternativas de acción (mantenimiento, reforzamiento y autoconfianza en las habilidades) y de reflexión obteniendo conciencia, competencia y confianza y como un resultado ocurre cuando hay un cambio en la ejecución de la persona posterior al proceso de empoderamiento.

Solomon (1976, en Chadiha, Adams, Biegel, Auslander y Gutierrez, 2004) define al empoderamiento como un “proceso en el cual las personas que fueron discriminadas puedan ser asistidas para desarrollar e incrementar habilidades en la ejecución de roles sociales valorados” (p.102). Asimismo Francescato (1998, en Montero, 2003) se refiere al desarrollo de la ciudadanía y al proceso por el cual se aspira a revitalizar a las personas “menos privilegiadas”, ayudándolas a desarrollar sus puntos fuertes en vez de centrarse en sus debilidades.

Por último, algunos subrayan el papel de las organizaciones, como Montero (2003) define al fortalecimiento, desde la perspectiva comunitaria, como “el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan capacidades y recursos para controlar su vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos” (p.84) ó Riger (1997), desde la perspectiva de la psicología comunitaria, señala que la autonomía y el dominio son parte del empoderamiento, pero que requieren de la libertad de elegir, de tal manera que quienes no pueden ejercer su autonomía encuentran su fuerza en la comunidad y no en el individualismo; considera que para lograr un cambio real en las estructuras del poder, es necesario situar la percepción personal y psicológica del empoderamiento en su contexto político e histórico, con el fin de analizar la diferencia entre el sentido de empoderamiento y su habilidad real para controlar la toma de decisiones sobre los recursos.

Entonces, el empoderamiento es al mismo tiempo un proceso y el resultado de ese proceso, que puede ser manifestado como una redistribución del poder, entre naciones, clases, castas, razas, géneros o individuos (Batliwala, 1994).

Debido al carácter psicosocial del proceso que lo liga a lo individual y a lo social, algunos autores consideran que se puede hablar de niveles de empoderamiento, según los ámbitos en que se manifiesta. Así habría un nivel individual o psicológico, y otro organizacional ó comunitario (Montero, 2003).

Algunos autores dan mayor importancia al empoderamiento como un proceso colectivo de cambio estructural mientras que otras propuestas se enfocan más a lo individual; y otras integran tanto lo individual como lo colectivo como son las propuestas, de Batliwala (1994), Stromquist (1997), Rowlands (1997), y Stein (1997), que mencionamos anteriormente.

Dentro de las propuestas que se enfocan más en un nivel individual, se encuentra Zimermann y Rappaport (1988), con su trabajo sobre el empoderamiento psicológico como el proceso sobre del cual los individuos adquieren control sobre sus vidas (Zimmerman, 1995). De acuerdo con el autor, el empoderamiento psicológico incorpora percepciones de control personal, una forma proactiva de encarar la vida y un entendimiento crítico del entorno sociopolítico a través del acceso a la información, al conocimiento y las habilidades, la toma de decisiones, la autoeficacia, la participación comunitaria, el control percibido, la competencia, la autoestima, el entendimiento que las personas tengan de su comunidad y los asuntos sociopolíticos relacionados con ella, y las acciones que tomen para tener directamente influencia en los resultados. El empoderamiento psicológico es distinguido del empoderamiento organizacional o comunitario, pero influye y es influido por el empoderamiento en estos niveles de análisis (Rappaport, 1987; Zimmerman, 1995).

El empoderamiento femenino

Algunas teóricas feministas han dado algunas definiciones para el empoderamiento femenino. Por ejemplo para León (1997), el empoderamiento femenino nos lleva a lograr autonomía individual, a estimular la resistencia, la organización colectiva y la protesta mediante la movilización. Además considera que el proceso de empoderamiento es un desafío a la ideología patriarcal con el objetivo de transformar las estructuras que refuerzan la discriminación de género y la desigualdad social y señala que el primer paso en el camino del empoderamiento es reconocer y tomar conciencia de la existencia de una ideología que mantiene la dominación masculina y que perpetúa la discriminación, posteriormente las mujeres deben modificar la imagen de sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades.

Mientras que Batliwala (1994) lo define como el proceso de cambiar las relaciones de poder existentes y de ganar el control sobre las fuentes del poder. Esto incluye el control sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales y financieros) y sobre la ideología (creencias, valores y actitudes). Esto significa no solo ganar control extrínseco sino también un crecimiento en nuestras capacidades intrínsecas y en la transformación de nuestra conciencia. Para esta autora, la meta del empoderamiento femenino es el cambio de la ideología patriarcal, la transformación de las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género y la inequidad social, además de que la mujer gane el control sobre los recursos materiales e informativos. El empoderamiento debe generar nuevas nociones de poder ya el poder hasta ahora ha sido jerárquico, dominado por los hombres, y basado en valores destructivos y opresivos, entonces es necesario aclarar que no se busca que la mujer tome el poder, sino que comparta el poder de una forma democrática.

Schuler (1997) define el empoderamiento femenino como “un proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno; una evolución en la conscientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales”. Ella subraya los procesos cognitivos, psicológicos y económicos que subyacen al empoderamiento.

Rowlands (1997, en Achach, 2000) menciona que el empoderamiento debe contribuir a la modificación de los procesos y estructuras que originan la subordinación de las mujeres como género, por lo que plantea tres dimensiones: la personal (ocupada de estimular y desarrollar la confianza y la capacidad individual, así como de la destrucción de la internalización de la opresión); la dimensión de las relaciones cercanas (que se encarga de estimular el desarrollo de habilidades “para negociar e influenciar la naturaleza de la relación y de las decisiones tomadas al interior de dicha relación) y la dimensión colectiva (ocupada de estimular el desarrollo del trabajo conjunto).

Young (1997, en Achach, 2000) plantea que las mujeres construyen poder a través de la toma de decisiones en lo colectivo. Menciona como parámetros del empoderamiento: la construcción de una autoimagen y autoconfianza positiva, el desarrollo de la habilidad para el pensamiento crítico, la construcción de la cohesión de grupo y la promoción de la toma de decisiones y la acción.

El empoderamiento de la mujer se refiere a que ella adquiere un mayor control sobre su propia vida, su cuerpo y su entorno; tal proceso abarca diversos aspectos, como la libertad de movimiento y de acción (autonomía), la participación femenina en los procesos de toma de decisión (poder de decisión), el acceso y el control de recursos económicos, la ausencia de violencia contra ella, el acceso a la información y a la igualdad jurídica (Kishor, 2000, en Casique, 2003).

Wieringa sugiere que para analizar el empoderamiento se requieren herramientas analíticas de mayor profundidad. Ella toma en consideración los aspectos de las acciones humanas orientadas al cambio, las prácticas de autodefinición, las prácticas culturales y religiosas relacionadas con el cuerpo y con la psique, por lo que ha desarrollado una Matriz de Empoderamiento de la Mujer, que está compuesto por distintas esferas: física, socio-cultural, religiosa, política, legal y económica. Esta matriz no nos indica posibles relaciones causales o correlaciones y es una herramienta para los investigadores (Charmes y Wieringa, 2003).

Existen dos perspectivas diferentes en el empoderamiento femenino, la primera esta basada en el “control sobre bienes materiales, intelectuales e ideológicos” (Batliwala, 1994), en donde se presupone un desafío a las ideologías patriarcales y la segunda perspectiva se entiende “en términos de poseer los recursos necesarios para alcanzar las propias metas” (England, 1997, en Casique, 2004), en el cual se acentúa la distinción entre tener acceso a los recursos y hacer uso de ellos.

El concepto de empoderamiento es diferente en las mujeres porque:

1. Las mujeres además de ser uno de los grupos más desempoderados sino que son una categoría transversal que se sobrepone a todos los otros grupos.
2. El hogar y las relaciones familiares son el lugar central del desempoderamiento.
3. Requiere transformar instituciones que en el caso de las mujeres son aquellas que apoyan las estructuras patriarcales (Maddaleno, 2006).

El empoderamiento de las mujeres difiere de la equidad de género, en que: el empoderamiento es un proceso que implica progresión de un estado a otro, y además implica la participación social, ya que las mujeres deben ser actores del proceso, para que haya un empoderamiento (Maddaleno, 2006).

A partir de todas estas definiciones, daremos una definición para esta investigación: El empoderamiento es un proceso a través del cual, las mujeres, en este caso, adquieren el control de sus propias vidas, y de su entorno social a través del reconocimiento de sus necesidades, de identificar sus creencias, actitudes y las normas que impone la sociedad, un entendimiento del entorno sociopolítico, del acceso a la información, la participación comunitaria, la autoeficacia, la toma de decisiones, y del manejo de las consecuencias negativas y/o positivas que tenga este proceso en su vida.

Problemas y limitaciones del empoderamiento

Cabe mencionar que el empoderamiento no es un proceso lineal con un inicio y un fin determinados por igual para todas las mujeres. El empoderamiento es diferente para cada

individuo o grupo según, su vida y su historia (León, 1997). Además de enfatizar que el empoderamiento es producido, por las personas involucradas, no es producido, permitido, autorizado por otro, aunque esto no excluye la labor de instituciones mediadoras entre las comunidades representadas por individuos y grupos organizados dentro de ellas, por lo cual los psicólogos comunitarios no son expertos con control sobre la transformación que ellos planifican, sino son acompañantes facilitadores de un proceso que ocurre en la comunidad (Levine y Perkins, 1987; Serrano-García, 1984, en Montero, 2003).

El hecho de que las mujeres mejoren su estatus económico o que tengan acceso a los recursos básicos, no siempre significa que se hayan eliminado otras formas de opresión u otras cargas, de hecho en algunas ocasiones aumentan las presiones, por lo que los cambios en la “posición de la mujer” no se dan de forma automática (Batliwala, 2004).

El hecho de que las mujeres tomen control sobre ellas, sus cuerpos, su sexualidad y movilidad y los hombres entiendan que se verán beneficiados, no es nada fácil. Es importante tomar en cuenta factores como: 1) las resistencias de los hombres a perder sus privilegios que durante tanto tiempo han mantenido, 2) las dificultades psicológicas, económicas, históricas, sociales y culturales que existen para que las mujeres modifiquen la imagen de sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades y 3) el análisis sobre el papel del modelo económico actual y la forma en que éste reproduce el sistema sexo-género (Achach, 2000). De hecho, una prueba de que tanto ha progresado el empoderamiento en la vida de las mujeres es precisamente la familia ya que es la última frontera del cambio en las relaciones de género. Los hombres deben entender que, al empoderarse la mujer, se empoderan ellos mismos en términos materiales y psicológicos; ya que la mujer, al acceder a los recursos materiales en beneficio de la familia y la comunidad podría compartir las responsabilidades, y los hombres podrían liberarse del rol de opresor y explotador así como de los estereotipos de género que limitan su potencial de expresión y de desarrollo personal (Batliwala, 1994; León, 1997).

Además la perspectiva cognitiva de la psicología ha ignorado o subvalorado la influencia de los factores estructurales sociales o situacionales, al favorecer un enfoque en las

percepciones individuales. Otro problema es que las intervenciones dirigidas a empoderar, incrementan el poder de los individuos, pero sin ocasionar transformaciones en los recursos (Riger, 1997).

El empoderamiento es multidimensional por lo que algunas mujeres pueden estar empoderadas en un aspecto de su vida como los quehaceres domésticos y completamente desempoderadas en otros como en el control sobre los recursos (Mahmud y Johnston, 1994). Además el empoderamiento tiene diferentes significados en diferentes contextos, es decir una conducta que implica empoderamiento en un lugar puede no significarlo en otro lugar.

Modelos y medición del empoderamiento

Un concepto complejo puede ser estudiado desglosándolo en componentes medibles, el empoderamiento es muy complejo porque es multidimensional y tiene lugar en distintos sitios como el hogar, la comunidad y las organizaciones. Además solo puede ser definido localmente debido al contexto social, político y cultural. El concepto de empoderamiento ha sido desglosado en diferentes factores personales como las actitudes y las habilidades, que nos permiten ejercer el control sobre diferentes aspectos de la vida (Stein, 1997).

La medición del empoderamiento psicológico puede ser especialmente difícil porque a) manifiesta en sí mismo diferentes percepciones, habilidades y conductas a través de la gente, b) diferentes creencias, competencias y acciones pueden ser requeridas en diferentes escenarios y c) puede fluctuar a través del tiempo. Cada una de estas características sugiere que el empoderamiento es un constructo no terminado que no puede ser fácilmente reducido a un grupo de definiciones operacionales y definiciones universales. No debemos aceptar que las medidas que desarrollamos para un estudio puedan ser apropiadas para otras (Zimmerman, 1995).

Los indicadores del empoderamiento se refieren a medidas operacionales específicas, que pueden ser usadas para estudiar los efectos de las intervenciones diseñadas para empoderar

a los participantes, investigar los procesos de empoderamiento y sus mecanismos y generar un cuerpo de literatura empírica que pudiera desarrollar la teoría del empoderamiento (Zimmermann, 1995).

Componentes del empoderamiento

Marc Zimmerman ha hecho extenso trabajo estadístico para medir y definir el empoderamiento en los Estados Unidos, usando constructos psicológicos utilizados en la psicología comunitaria. En 1988, define tres dimensiones del empoderamiento: personalidad, que incluye locus de control y una ideología de control; cognición, que incluye autoeficacia, maestría, competencia percibida y la motivación que incluye el deseo de control (Stein, 1997). Posteriormente, en 1995, identifica una estructura o red nomológica compuesta por el componente intrapersonal, interaccional y conductual para trabajar el empoderamiento psicológico (Zimmerman, 1995).

El componente intrapersonal se refiere a cómo la gente piensa acerca de su capacidad para influir en sistemas sociales y políticos que le sean de importancia, e incluye control percibido y auto-eficacia, motivación para el control, competencia percibida y maestría. El control percibido se refiere a las creencias acerca de la habilidad para ejercer influencia en diferentes esferas de su vida como su familia, trabajo y contexto sociopolítico (Paulhus, 1983, en Zimmerman, 1995). Cabe mencionar que este componente debería incluir elementos de la historia personal y del ambiente en que vivimos.

Existen otras variables interpersonales pero se espera que correlacionen negativamente con el empoderamiento psicológico e incluye percepciones de aislamiento social, impotencia (Zimmerman, 1990, en Zimmerman, 1995) y de desamparo (Rappaport, 1984 en Zimmerman, 1995).

El componente interactivo se refiere al entendimiento que la gente tiene acerca de su comunidad y los resultados sociopolíticos relacionados. Este aspecto sugiere que la gente está atenta de las opciones conductuales para actuar como ellos creen que es apropiado

(Zimmerman, 1990, en Zimmerman,1995). Las normas relevantes y valores podrían incluir toma de decisiones, intereses colectivos contra intereses personales, o asistencia mutua. Otra variable puede ser la conciencia crítica (*critical awareness*) que se refiere al entendimiento de los recursos necesarios para alcanzar una meta deseada, el conocimiento de cómo adquirir estos recursos y las habilidades para manejar los recursos que ellos han obtenido (Freire, 1973, en Zimmerman,1995). Este componente también incluye resolución de los problemas y las habilidades de liderazgo. El componente interaccional proporciona un puente entre el control percibido y la toma de acciones para ejercer el control (Zimmerman, 1995).

El componente comportamental se refiere a las acciones tomadas para influenciar directamente el ambiente social y político participando en organizaciones y en actividades comunitarias. También puede incluir conductas para manejar el estrés y para adaptarse al cambio (Zimmerman,1995).

Stromsquist (1997) distingue cuatro componentes o facetas del empoderamiento :

- 1) El componente cognitivo, hace referencia a la “comprensión que tienen las mujeres sobre sus condiciones de subordinación, así como a las causas de ésta en los niveles micro y macro de la sociedad. Involucra la comprensión del ser y la necesidad de tomar opciones que posiblemente vayan en contra de las expectativas culturales, además de la comprensión de patrones de comportamiento que crean dependencia, interdependencia y autonomía” (p.80). Incluye el conocimiento de la sexualidad y de los derechos legales.
- 2) El componente psicológico incluye el desarrollo de sentimientos que les permiten a las mujeres realizar acciones a nivel personal y social, así como el énfasis en la creencia de que pueden tener éxito en sus esfuerzos por el cambio, con el fin de mejorar su condición, considerando a la autoestima y la autoconfianza como ejes importantes.
- 3) El componente económico requiere “que las mujeres tengan la capacidad de comprometerse con una actividad productiva que les brindará algún grado de autonomía financiera” (p.80).

4) El componente político “supone la habilidad para analizar el medio circundante en términos políticos y sociales; esto también significa la habilidad para organizar y movilizar cambios sociales” (p.82).

Stromquist (1997) considera que el empoderamiento se realizará a través de una serie de fases, y los puntos de partida pueden ser varios, desde el conocimiento emancipatorio hasta la movilización política

Achach (2000) retomó el modelo de Stromsquist para un estudio en México, quedando el empoderamiento constituido por la dimensión cognoscitiva, psicológica y económica. La dimensión cognitiva abarcó conocimientos respecto a formas de tener o evitar hijos, a enfermedades de transmisión sexual y en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. La dimensión psicológica se subdividió en cinco áreas: Decisión y división del trabajo respecto al cuidado de los hijos, decisión y división del trabajo respecto al cuidado del hogar, relaciones afectivas y sexualidad, relaciones equitativas y autoestima. La dimensión económica hace referencia a la posibilidad de contra con un ingreso, al uso del ingreso, y a la decisión respecto a la forma de utilizar el dinero en el hogar.

Stein (1997) organiza los componentes del empoderamiento en el nivel individual en dos grupos: el interno-psicológico y el situacional-social. Dentro del interno-psicológico se encuentran factores como el sentido de control, competencia, coherencia, confianza, autoestima, responsabilidad, participación, solidaridad y comunidad. Los componentes situacionales incluyen control sobre los recursos, habilidades interpersonales, poder de decisión, autosuficiencia, movilidad, incremento en el apoyo social, autonomía, información, mejoras en sus condiciones de vida como el cuidado de sus hijos.

Fases o pasos en el proceso de empoderamiento.

Kieffer (1982, en Montero, 2003) propuso tres estadios o fases en el proceso del empoderamiento: 1) Desarrollo creciente del sentido de ser – en –relación- con- el –mundo, es decir, no sentirse como un individuo aislado en un mundo “ancho y ajeno”, 2) Construcción de una comprensión cada vez más crítica (evaluadora) de las fuerzas sociales

y políticas que componen nuestro mundo de vida, 3) Diseño de estrategias y recursos funcionales para la consecución de roles sociopolíticos personales y colectivos.

Swift y Levin (1987, en Montero, 2003), consideran que el fortalecimiento “en acción” se cumple en cuatro pasos: 1) Un momento inicial en el cual se deben identificar las carencias o déficits específicos que en a su fortaleza pueden sufrir las personas en ciertos aspectos de sus vidas, 2) tener “conciencia del fortalecimiento”, es decir comprender la opresión, 3) movilización del poder económico, social y político y 4) cambios en la equidad de la sociedad.

Gutiérrez (1990, en Stein, 1997) con una aproximación basada en la psicología, enfatiza la simultaneidad y sinergia de cuatro cambios psicológicos: incrementar la autoeficacia, desarrollar la conciencia de grupo, reducir la culpa y asumir la responsabilidad personal para el cambio. Agrupa los constructos de control, maestría, iniciativa y habilidad para actuar como componentes de la autoeficacia.

Respecto al nivel individual, hay un cierto consenso (Kieffer, 1984; Montero, 1996, en Montero, 2003) en que el proceso de empoderamiento supone las siguientes fases: 1) Desarrollo de un fuerte sentido de sí mismo en relación con el mundo, es decir la convicción de que se puede hacer algo y de que la acción personal puede tener algún efecto sobre el entorno, 2) El desarrollo de un sentido de apego a la comunidad, 3) Una aproximación cada vez más crítica hacia las fuerzas políticas y sociales que actúan en la vida cotidiana, 4) El desarrollo de la capacidad para relacionar la reflexión con la acción y viceversa, 5) Construir, desarrollar, y adquirir estrategias y recursos adecuado para lograr posiciones individuales y colectivas que puedan producir intervenciones significativas en el entorno socialmente compartido.

Otros modelos de empoderamiento

En una investigación desarrollada por Becker, Crivelli y Gronseth (2004) definieron operacionalmente el empoderamiento psicológico como la suma de tres constructos:

autodeterminación, toma de decisiones y autosuficiencia para desarrollar un instrumento con la finalidad de medir el impacto de una intervención con Trabajadoras de Salud Comunitaria.

Otros han desarrollado esquemas del empoderamiento desde una perspectiva sociológica como Laura Wedeen y Eugene Weiss (1993, en Stein, 1997) quienes aportan otra lista de factores personales como la autoestima, autoconfianza, sentido de libertad, aspiraciones como *camino de sentimiento*; control sobre su vida, conocimiento del ambiente, conciencia crítica y resolución de problemas como *camino de pensamiento*; y autonomía, asertividad y la acción articulada como *camino de actuación*.

Lili Kak y Suresh Narasimham (1992, en Stein, 1997) definen tres categorías para el empoderamiento: *self enhancement*, medido por el estatus económico, conocimientos y habilidades, autonomía /independencia, autoestima y bienestar (confianza, felicidad, menor depresión y frustración); relaciones familiares, con su marido, suegros, aspiraciones de la educación y futuro de sus hijas, y el incremento en la toma de decisiones; y relaciones en la comunidad, medido por la movilidad, las relaciones con sus vecinos, y las actitudes de la comunidad hacia la planificación familiar.

Schuler y Hashemi (1997, en Schuler, 1997) realizaron un inventario de “manifestaciones” del empoderamiento de las mujeres, a partir de lo que los participantes manifestaron surgió un conjunto de seis categorías generales:

1. Sentido de seguridad y visión de un futuro. Este aspecto está relacionado con una planeación hacia el futuro.
2. Capacidad de ganarse la vida. Este aspecto está relacionado con los programas de crédito y un mayor control sobre el ingreso propio.
3. Capacidad de actuar eficazmente en la esfera pública. Este aspecto se manifiesta en la participación en los programas de crédito y de microempresas y en la búsqueda de acceso a servicios.
4. Mayor poder en la toma de decisiones el hogar.

5. Participación en grupos no familiares y uso de grupos de solidaridad como recursos de información y apoyo.

6. Movilidad y visibilidad en la comunidad.

En Vietnam, Santillán, Schuler, Tu Anh, Hung Minh, Thu Trang y Minh Duc (2004) plantearon algunos indicadores del empoderamiento en mujeres, para lo cual en primer lugar, desarrollaron dos esferas de empoderamiento: una socioeconómica que incluía decisiones sobre el trabajo, la participación de la pareja en los quehaceres del hogar, las decisiones sobre los gastos familiares, las visitas a sus familiares, además de las creencias sobre los derechos de los esposos y las esposas; y otra sobre salud reproductiva que incluía decisiones sobre la reproducción, la comunicación y el control sobre las relaciones sexuales además de las actitudes hacia los roles sexuales y reproductivos. Además, otorgaron puntuaciones de 1 (menos empoderamiento) a 3 (mayor empoderamiento) en cada uno de los aspectos, para posteriormente obtener una puntuación por cada esfera de empoderamiento.

Schrijvers (1991, en Stromsquist, 1997) propone cuatro criterios para evaluar algún grado de autonomía de las mujeres:

1. El control de las mujeres sobre su propia sexualidad y fertilidad; formas de compartir la maternidad, entre mujeres y hombres.
2. Una división del trabajo que permita tanto a mujeres como a hombres igual acceso y control sobre el significado de la producción.
3. Formas de cooperación y organización de las mujeres que les permitan y ayudan a controlar sus propios asuntos.
4. Concepciones de género positivas que legitimen un sentido de dignidad y autorrespeto, así como su derecho a autodeterminarse.

Cacique (2004) realizó una investigación en México, que tuvo como indicadores del empoderamiento, el poder de decisión (el papel que las mujeres desempeñan en los procesos de toma de decisiones familiares) y la autonomía (como la capacidad de la mujer para realizar una determinada actividad, sin requerir del consentimiento del esposo) a partir

de los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 (ENAPLAF 1995).

A continuación se muestra una tabla en donde se recopilaron los principales indicadores del empoderamiento mencionados por algunos de los autores antes citados y que retomamos en esta investigación, dándole un mayor énfasis a la dimensión psicológica del empoderamiento; estos indicadores se expondrán a detalle posteriormente.

Tabla 1. Indicadores del empoderamiento

Indicadores/ Autores	Control	Autoeficacia /competencia percibida	Toma de decisión	Auto estima	Auto nomía física	Estereoti pos de género/ valores	Estilos de enfren tamiento	Nivel de infor mación	Faceta econó mica	Faceta Política
Zimmermann (1995)	ψ	ψ					ψ			Ψ
Stein (1997)	ψ	ψ	ψ	Ψ	Ψ			ψ	Ψ	
Stromsquist (1997)		Ψ		ψ		Ψ		ψ	ψ	ψ
Achach (2000)			ψ	ψ	Ψ			ψ	ψ	ψ
Cacique (2004)			Ψ		Ψ					
Santillan et al (2004)			ψ			Ψ			Ψ	ψ
Schuler y Hashemi (1993)			ψ		Ψ				ψ	ψ

Indicadores del empoderamiento

Ψ Autoeficacia

La autoeficacia es la creencia de que se pueden dominar las situaciones y controlar los sucesos y se ha comprobado que influye en el desempeño (Bandura, 1982, en Kimble et al, 2002). La teoría sociocognitiva de Bandura (1986, en Wang, 2003), mantiene una estructura multicausal sobre el desarrollo de competencias y la regulación de la acción y sostiene que factores personales como el conocimiento, las actitudes y la autoeficacia, pueden incrementar o decrementar la probabilidad de realizar una conducta.

Bandura plantea a la autoeficacia como una resultante de 1) conductas ejecutadas en el pasado y que forman parte del historial conductual del sujeto, que le permite desarrollar una tendencia a responder de la misma manera a través de distintas situaciones y que le lleva a tomar decisiones, 2) las experiencias vicarias, 3) persuasión verbal, 4) percibir que nuestro estado fisiológico no este alterado (Díaz Loving y Maldonado, 1999; Kimble et al., 2002). La autoeficacia se constituye en un pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre el conocimiento de una habilidad y la ejecución de una acción guiada por la habilidad. En este sentido, no basta con que una persona posea un a habilidad, además, es importante que se sienta capaz de llevarla a cabo (Díaz Loving y Maldonado, 1999).

El constructo de autoeficacia se compone de las siguientes dimensiones (Bandura, 1977, 1987, en Díaz Loving, 1999): a) Magnitud, que es una jerarquía de conductas o número de pasos necesarios para realizar una conducta particular y que incrementan la dificultad para realizar la conducta. Ésta señala que para poder llevar la conducta final es indispensable conocer qué debe hacerse y cómo, ya que de esta manera existen mayores posibilidades de que la conducta se realice, debido a que las personas cuentan con estrategias definidas, b) Fuerza que es la convicción de la persona para resolver la tarea o llevar a cabo la pregunta. Este aspecto es importante ya sea para implementar estrategias existentes, mejorarlas o cambiarlas c) Generalización, que implica las expectativas de los individuos para extender el éxito o el fracaso de conductas específicas a conductas similares y bajo otros contextos.

En cuanto a la autoeficacia anticonceptiva, Levinson (1982, en Wang, 2003) desarrolló una escala de autoeficacia anticonceptiva para adolescentes y encontró que las expectativas de autoeficacia contribuyen significativamente al uso de anticonceptivos, además Heinrich (1993, en Wang, 2003) sugiere que la autoeficacia anticonceptiva es el predictor más importante en el uso de métodos anticonceptivos de las estudiantes universitarias.

Ψ Autoestima

La autoestima es el concepto que tenemos de nosotros, la forma en que nos evaluamos. (Kimble et al., 2002). Distintos teóricos han tratado de estudiar la autoestima, en esta investigación nos enfocaremos en uno de ellos, Rosenberg, quién la abordó no solo como un fenómeno psicológico y personal sino también social. Rosenberg (1965, en Mruk, 1999) define a la autoestima como la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación. Esta definición al señalar la autoestima como una actitud considera las dimensiones afectivas, cognitivas y evaluativas, esta última incluye el desarrollo de patrones, el establecimiento de comparaciones con ellos y la comprensión de quién es uno como persona basada en el resultado. La autoestima está relacionada con la salud mental y el bienestar psicológico, por lo que a su vez existen correlaciones entre la autoestima y el alto funcionamiento del ego, el ajuste personal, el control interno y la autonomía (Mruk, 1999).

Autoestima y género

Algunas investigaciones, en población adulta no encuentran diferencias consistentes en los niveles de autoestima entre hombres y mujeres (Diedrick, 1991, en Statham y Rhodes, 2001), y las diferencias que aparecen son explicadas por el estatus marital, o por mantener congruencia con los roles de género tradicional (Stein, Newcomb y Bentler, 1992, en Statham y Rhodes, 2001). Sin embargo, si existen diferencias de género en los determinantes del autoestima, por ejemplo, Rosenberg (1965, en Statham y Rhodes, 2001) encontró que los hombres enfatizan la maestría y la autonomía mientras que las mujeres se enfocan en la construcción de relaciones interpersonales, es decir, las mujeres parecen inclinarse hacia el componente del merecimiento de la autoestima (ser valoradas en términos de aceptación o rechazo) y los hombres tiende a inclinarse hacia la dimensión de competencia (éxito o fracaso), es por esto que para las mujeres de todas las edades, el soporte familiar y de sus compañeros y las relaciones familiares son los determinantes más importante del autoestima.

Asimismo, retomaremos desde la perspectiva feminista, lo desarrollado por Lagarde (2000) quien señala que la autoestima es el conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma. En la dimensión subjetiva intelectual, la autoestima está conformada por los pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas y las creencias acerca de una misma, pero también por las interpretaciones que elaboramos sobre lo que nos sucede. Y en la dimensión subjetiva afectiva, la autoestima contiene las emociones, los afectos y los deseos sobre una misma, sobre la propia historia. Por lo que, la autoestima es una dimensión de la autoidentidad marcada por todas las condiciones sociales que configuran a cada mujer y por la condición de género, ya que como seres-para-otros, las mujeres depositamos la autoestima en otros y en menor medida, en nuestras capacidades.

La autoestima femenina se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad, y el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el autoboicot y la dependencia vital respecto de los otros. Sin embargo, al mismo tiempo, la autoestima de las mujeres contemporáneas se caracteriza también por la seguridad, la autovaloración, la confianza en las capacidades y habilidades propias. Por lo que esta composición contradictoria hace de la autoestima un conjunto de experiencias antagónicas que producen inestabilidad emocional y valorativa y refuerza formas de dependencia vital aún cuando se busque la autoafirmación (Lagarde, 2000).

Mientras la sociedad siga siendo sexista, esto impide o desanima a las mujeres a adquirir competencia, haciéndolas más dependientes de la valoración ajena para su auto-estima. Lo que puede convertirlas en más vulnerables a los otros y menos seguras de sí mismas (Sanford y Donovan, 1984, en Mruk, 1999).

Ψ **Autonomía física (libertad de movimiento)**

La autonomía de la mujer es un concepto amplio que cubre diversos aspectos de la situación de la mujer en relación a la del hombre. Algunos autores definen la autonomía como un elemento del empoderamiento, referido a la autodeterminación de los individuos,

un ejemplo de ello sería la confianza en la propia capacidad para desarrollar determinadas tareas o acciones (Mc Whirter, 1991, en Casique, 2004). Algunos investigadores han propuesto varias dimensiones de la autonomía (Jejeebhoy, 1995, en Moursund y Kravdal, 2003), por ejemplo la “autonomía económica” (acceso a los recursos económicos), la autonomía física (libertad de movimiento), la “autonomía en la toma de decisiones”, la “autonomía emocional”, que se refiere a la intimidad entre esposos y la autonomía de conocimiento; en esta investigación solo abordaremos la autonomía física.

El análisis de la autonomía de la mujer en el hogar es de especial relevancia cuando se evidencia, el efecto que tales dimensiones guardan con aspectos específicos de la vida de la mujer y de su familia, como la demanda y uso de métodos anticonceptivos, la escolaridad de los hijos y la salud de los miembros de la familia (Kishor, 2000, en Casique, 2004). Dentro de esta investigación nos vamos a referir por autonomía física a la capacidad de la mujer para realizar una determinada actividad, sin requerir del consentimiento de su esposo (libertad de movimiento).

En un estudio realizado por Casique (2003) para operacionalizar la autonomía física a través de la libertad de movimiento, incluyó nueve preguntas referidas a si la mujer pide o no permiso al esposo para realizar distintas actividades: salir sola, salir con los hijos, hacer gastos cotidianos, visitar amigas, visitar familiares, trabajar, utilizar anticonceptivos y participar en actividades sociales. Las posibles respuestas eran si o no, por lo que se asignó un valor de 0 cuando la respuesta era que sí pedía permiso y un valor de 1 si no pedía permiso, en el supuesto de que aquellas mujeres que no requieren el permiso de sus parejas para realizar una actividad dada son autónomas en esa área, mientras que las que piden permiso no lo son. Los valores del índice van de 0 a 9. La distribución de las mujeres en este índice evidencia, que las mujeres tienen un desempeño bastante pobre en términos de autonomía, ya que el 45.3% de las mujeres dieron un valor de 0 en este índice.

Ψ Toma de decisiones

La toma de decisión vista desde una visión teórica cognoscitiva, parte del principio de que los sujetos son procesadores de información limitados, que operan en un mundo complejo y que necesariamente desarrollan códigos, esquemas y estrategias para reducir las tareas; en cambio la psicología social parte del supuesto de que quién toma decisiones es un ser racional y conocedor de los pros y los contras de las posibles alternativas, supone que tenemos un gran necesidad de organizar un mundo caótico y que mediante esta organización podemos ser capaces de predecir y anticipar fenómenos y conductas (Villagrán, 1993).

Janis (1990, en Villagrán, 1993) define a una decisión como toda acción verbal manifiesta socialmente por un compromiso para llevar a cabo una tarea específica o adoptar una línea de conducta determinada en el futuro. Mann (1990, en Villagrán, 1993) opina que la base más probable de selección es la utilitaria, es decir, aquella que tendrá las máximas ganancias y propone que la toma de decisiones tiene tres etapas: a) los procesos anteriores a la toma de decisión, b) el acto de la decisión y c) los procesos posteriores a la toma de decisión.

En la teoría psicológica de la decisión desarrollada por León (1987, en Villagrán, 1993) existen dos elementos importantes: a) el decisor, que es el que trabaja en la evaluación y resolución de la tarea, y se considera un procesador de información activo que tiene limitaciones en cuanto a sistemas de almacenamiento de información y a procesos de información, y b) la tarea, que tiene como características: la complejidad, que está relacionada con el contenido y número de opciones; el dinamismo, referente al desarrollo temporal ya sean estáticas o dinámicas y el riesgo, que evalúa cuan seguro es el conocimiento que el sujeto tiene de los elementos implicados.

Los procesos heurísticos intervienen en la toma de decisiones y de alguna manera se basan en la creencia de la probabilidad de que eventos inciertos se pueden expresar en forma numérica o como probabilidades, existen tres procesos heurísticos: a) representatividad, que

se refiere a la pertenencia u origen de un objeto o proceso, b) disponibilidad, en donde la gente evalúa la frecuencia de un evento mediante la facilidad con la cual los ejemplos pueden ser traídos a la mente, y c) ajuste y anclaje, en el cual la gente hace estimaciones mediante el principio de un valor inicial que se ajusta a la producción de la respuesta final (Villagrán, 1993).

Janis y Mann (1977, en Chambers y Rew, 2003) proponen un proceso de siete pasos en el cual el que toma la decisión:

- 1) Considera un amplio rango de opciones.
- 2) Clarifica los objetivos y valores relacionados con la elección.
- 3) Pesa las consecuencias positivas o negativas de cada opción.
- 4) Busca nueva información para evaluar las alternativas.
- 5) Busca nueva información si la que tiene no apoya su elección preferida.
- 6) Reexaminan las consecuencias positivas y negativas de todas las opciones.
- 7) Toma la decisión

No todas las elecciones son igualmente relevantes, algunas son más relevantes en términos de las consecuencias que tienen en las vidas de las personas. Kabeer (2001) distingue entre las elecciones de primer y de segundo orden, en donde las elecciones de primer orden, son elecciones estratégicas de vida, como es la elección de casa o quién casarse, o cuantos hijos tener. Estas elecciones estratégicas ayudan a tomar elecciones de segundo orden, que son importantes para nuestra calidad de vida.

Usualmente, en las investigaciones sobre el poder de decisión en el hogar, se han utilizado en otros países como Egipto, India o Nigeria preguntas orientadas a precisar el papel que desempeñan los individuos en los procesos de toma de decisiones, tratando de determinar el nivel de participación e influencia del hombre y la mujer en una serie de toma de decisiones. Por ejemplo, Kritz, Makinwa y Gurak (1997, en Kabeer, 2001) desarrollaron una escala de 12 items sobre toma de decisiones en mujeres casadas con reactivos acerca de los ingresos familiares, el trabajo de la mujer, el numero de hijos, la utilización de planificación familiar y como educar a los hijos. Ellos tenían tres tipos de respuesta, con

tres diferentes puntuaciones: yo (puntuación 3), ambos (puntuación 2) y mi pareja (puntuación 1). A nivel nacional, Casique (2004) para medir el poder de decisión a través del papel que la mujer tiene en los procesos de toma de decisiones familiares, tomo cinco preguntas incluidas en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 sobre quién en la pareja decide sobre: 1) el número de hijos, 2) la crianza de los hijos, 3) los gastos cotidianos, 4) los amigos y los familiares que visitar, 5) cuándo tener relaciones sexuales, y tenían las mismas opciones de respuesta que la investigación anterior.

Toma de decisiones y conducta reproductiva

Las decisiones que toman las mujeres de las clases medias de los países ricos en relación con la vida sexual y reproductiva forman parte de mecanismos culturales de toma de decisiones en otras dimensiones de sus vidas. Por ejemplo, Gregg (1995, en Sánchez, 2003) observó que las mujeres de clase media utilizaban el mismo procedimiento para decidir un embarazo, elegir un ginecólogo, comprar una casa o aceptar un empleo.

Dentro del proceso de toma de decisiones reproductivas, Bulatao establece un marco de referencia en el cual se reconocen seis tipos de decisiones que van desde las totalmente activas y “racionales” hasta las decisiones de tipo pasivo, en las cuales no se cuestiona la posibilidad de regular la fecundidad (Palma, Figueroa y Cervantes, 1990).

Ψ Control

Son las creencias acerca de la habilidad para ejercer influencia en diferentes esferas de la propia vida como la familia, trabajo y contexto sociopolítico (Paulhus, 1983, en Zimmerman, 1995). Se considera que existen cuatro teorías que integran y dan una nueva conceptualización al control percibido: la teoría sociocognitiva de Bandura (1977, en Skinner, 1992), el modelo de indefensión aprendida de Seligman (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978, en Skinner, 1992) y la Teoría de la Atribución de Weiner (1979, en Skinner, 1992).

Algunos teóricos consideran el control como un impulso innato (Deci y Ryan, 1985 en Bandura, 1997), y así se llega a convertir en un “necesidad intrínseca de vida” (Adler, 1956, en Bandura, 1997) ó en “un sistema motivacional” (Harter, 1981, en Bandura, 1997). Sin embargo, de acuerdo con la teoría sociocognitiva, la gente ejerce el control por los beneficios que ellos obtienen al ejercerlo. Algunos artículos sobre control percibido enfatizan la importancia del valor intrínseco del control, sin embargo el control no siempre conlleva felices resultados y bajo ciertas condiciones la gente evita el control, ya que conlleva grandes responsabilidades y riesgos (Bandura, 1997).

Skinner brinda una conceptualización del control percibido que divide en tres aspectos (grupos de creencias acerca del ejercicio del control): a) creencias de agencia, que se refieren al acceso de los recursos apropiados, que incluyen esfuerzo, habilidad y suerte, b) creencias de capacidad, se refieren a las creencias de que los recursos que se poseen son efectivos en producir los resultados deseados, c) creencias de control o expectativas generalizadas acerca de que se pueden producir los resultados deseados independientemente de los recursos. Esta visión del control percibido esencialmente adiciona un actor a los factores causales de la teoría de la atribución (Bandura, 1997).

Ψ Nivel de información

Son los conocimientos que posee una persona con respecto a un tema en particular, es decir, es la información organizada o no organizada que las personas poseen sobre algún tema o un conjunto de temas, que puede o no estar relacionado con la objetividad y con la información documentada (Achach, 2002). Sayavedra (1997, en Achach 2002) indica que la acumulación de saberes formales e informales posibilita a las mujeres una mejor calidad de vida en tanto las hace capaces de resolver sus problemas con mayor asertividad.

En la teoría sociocognitiva de Bandura, las estructuras de conocimiento representan las reglas y estrategias de acción efectiva que sirven como guías cognitivas para la construcción de modos complejos de conducta. Estas estructuras de conocimiento están formadas por el resultado del aprendizaje observacional, las actividades exploratorias y el

conocimiento formal adquirido. Los modelos cognitivos sirven como guías para la producción de habilidades y de estándares en el desarrollo de conductas eficientes (Bandura, 1997).

Batliwala (1994) refiere que se puede ejercer poder sobre cinco recursos y sobre el control de la ideología, dentro de estos recursos considera al intelectual, dentro del cual se encuentra el conocimiento y la información, lo cual es susceptible de control, de tal forma que los que sustentan el poder, controlan el acceso y el tipo de información e ideología de una persona.

Para el proceso de empoderamiento, la información es un primer nivel, para pasar a la conciencia reflexiva y crítica. Nijera Kori (1991, en Achach, 2002) indica que “la educación está dirigida a equipar a la gente con la habilidad de analizar y evaluar su situación y el valor de cambiarla”.

Ψ Estilos de Enfrentamiento

Lazarus y Folkman (1984, en López, 1999) definieron el enfrentamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

El enfrentamiento sirve para dos funciones primordiales: “manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (enfrentamiento dirigido al problema), estos esfuerzos enfocados al problema son intentos por hacer algo de forma activa concerniente a las condiciones de mucha tensión y “regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción). El enfrentamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse (López, 1999).

El modo de enfrentamiento de un individuo viene determinado por los recursos de los que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales. El éxito del enfrentamiento depende de una variedad de recursos de enfrentamiento, entre los internos se encuentran los estilos de enfrentamiento y los rasgos de personalidad, y entre los recursos externos están el dinero, el tiempo y el apoyo social. Todos estos factores interactúan con otros y determinan los procesos de enfrentamiento. Ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que otra, la calidad o eficacia de una estrategia esta determinada por sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo (López, 1999).

El estilo de enfrentamiento, es un recurso de enfrentamiento interno, que consiste en la tendencia general de la persona de negociar con lo eventos estresantes dentro de un camino particular (López, 1999). Algunas personas hacen frente a los eventos estresantes con la cabeza y parecen tomar los problemas directamente, mientras que otras personas evitan los eventos estresantes, minimizando la significancia o quitándosela a través de distractores.

Ψ Estereotipos de género

Los estereotipos son imágenes mentales muy simplificadas de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento, que es compartida en sus características esenciales por un gran número de personas y frecuentemente van acompañados de prejuicios, es decir, de una predisposición favorable o desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión (Tajfel, 1977, en Hernández, Vázquez y Pérez, 1999). Los estereotipos sólo llegan a ser sociales cuando son compartidos por un gran número de personas dentro de los grupos y cumplen funciones tanto individuales (ayudan a defender o preservar el sistema de valores) y sociales (contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías de grupo que explican y justifican diversas acciones sociales).

Los estereotipos de género reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, los rasgos, las características o atributos que caracterizan y distinguen a los hombres de las

mujeres (Delgado, Bustos y Novoa, 1998, en Rocha, 2004), además son creencias socialmente compartidas (Lips, 2001, en Rocha, 2004) que se convierten en una forma de esquema a través del cual interpretamos y guiamos nuestras percepciones, inferencias, recuerdos y conductas, sin embargo las creencias estereotipadas acerca de mujeres y hombres causan distorsiones perceptivas, por lo que vemos a los hombres y mujeres como poseedores de rasgos estereotípicos (los tengan o no), los tratamos como si poseyeran estos rasgos y esperamos un estatus más subordinado en la mujer y preferimos a los hombres, ya que ocupan posiciones de autoridad (Geis, 1993, en Matud et al., 2002). La mayoría de los estereotipos sexuales o de género se basan en la noción de opuestos, lo que implica que cualquier alejamiento de los estereotipos de un grupo supone un acercamiento al otro grupo; y que hombres y mujeres deberían estar separados en una variedad de contextos (Lips, 2001, en Matud et al., 2002)

Bem (1981, en Hernández et al., 1999) argumenta que las personas con un estereotipo de género acentuado difieren de los no estereotipados en el modo en que organizan la información relativa al sexo. Los primeros se distinguen de los individuos no en la cantidad de masculinidad o femineidad que posean, sino en que sus conceptos y conductas se organizan en función del género. Estos sujetos utilizan el género como una estrategia para organizar el procesamiento de información sobre sí mismos y sobre los demás.

Respecto al contenido de los estereotipos de género, generalmente se ha considerado a las mujeres como sumisas y dependientes, más emocionales y centradas en los sentimientos y en las relaciones. Por el contrario, a los hombres se les atribuyen cualidades como la autonomía, confianza en sí mismos, asertividad, instrumentalidad y agencia, por lo que están orientados hacia metas y el éxito personal (Matud et al., 2002).

Rocha (2004) desarrolló una escala de estereotipos de género en la población mexicana, conformado por 37 reactivos en Escala Likert con cuatro factores: estereotipos generales sobre hombres y mujeres (creencias vinculadas a la posición y desempeño social de hombres y mujeres a partir de su condición biológica), estereotipos sobre varones, estereotipos sobre las mujeres, estereotipos sobre los roles de género (creencias vinculadas

a los comportamientos específicos de varones y mujeres en función de su rol). A su vez dentro de este estudio se encontró que en los dos primeros factores los hombres presentan un mayor acuerdo con estas creencias, además los hombres y mujeres con mayor escolaridad presentan un menor grado de estereotipamiento, mientras que en el tercer factor se encontró que las mujeres en comparación con los varones con una escolaridad baja se encuentran más estereotipadas alrededor de su propio rol y características.

Ψ Actitudes hacia el rol de género

Las actitudes se refieren como lo indica McGuire (1985, en Kimble et al., 2002) a juicios de carácter evaluativo, ya sea positivo, negativo o neutral sobre las personas o circunstancias. De acuerdo con algunos autores (Jones y Gerard, 1967, en Kimble et al., 2002), las actitudes se construyen a partir de las creencias y los valores, es decir, tienen un elemento cognoscitivo y evaluativo. Para autores como Beckler (1984, en Kimble et al., 2002) las actitudes poseen tres elementos: a) creencias o cogniciones, b) afectos, sentimientos o emociones, y c) conductas. Las creencias, los sentimientos y las conductas pueden verse como manifestaciones o expresiones de las actitudes, pero la evaluación es cualidad central (Eagly y Chaicken, 1993, en Kimble et al., 2002).

Las actitudes cumplen diversas funciones, Katz (1960, en Kimble et al., 2002) sostuvo que las mantenemos por cuatro razones: 1) para maximizar los premios y minimizar los costos en el entorno (función de ajuste); 2) para protegernos en contra de los conflictos internos y de las amenazas externas contra el yo (función de defensa del yo); 3) para indicar el tipo de persona que somos (función expresiva de valor); 4) para darle significado y orden a nuestro mundo (función de conocimiento).

En el campo del género, las actitudes de acuerdo con Hegelson (2002, en Rocha, 2004) y Lips (2001, en Rocha, 2004), abordan la creencia de cómo deberían comportarse mujeres y hombres, y señalan que existen distintos componentes de esta actitud. En su elemento afectivo, encontramos la presencia de lo que denominamos sexismo y se refiere al prejuicio que existe hacia las personas del otro sexo; en su componente cognitivo se hace

referencia al estereotipo de género y por último en su dimensión conductual, hace referencia a lo que se denomina discriminación sexual. En el contexto de la identidad de género, las actitudes parecen cruciales en el proceso de confirmar la pertenencia a un género, dando congruencia a la evaluación y autopercepción que se hace alrededor del yo como sujeto relacionado con un grupo (hombres o mujeres).

Se han desarrollado algunos instrumentos que miden los estereotipos, pero ninguno estaba adaptado a nuestra cultura, por lo que Rocha (2004) desarrolló una escala de 30 reactivos en formato de respuesta likert con cinco opciones, obteniéndose tres factores: actitudes favorables hacia los roles tradicionales (evaluación positiva hacia la ejecución y permanencia de roles que corresponde a los estereotipos de género), actitudes favorables hacia la equidad de género (evaluación positiva hacia una ejecución más proporcional e igualitaria entre los roles de mujeres y hombres) y actitudes favorables hacia el empoderamiento (evaluación positiva hacia la posibilidad de que la mujer se vuelva dueña de sí misma). Asimismo dentro de este estudio se encontró que los hombres presentan un mayor acuerdo con los roles tradicionales, mientras que las mujeres presentan una actitud más favorable hacia la equidad de género y el empoderamiento.

Ψ Participación de la pareja en los quehaceres domésticos

La literatura sugiere que las mujeres en muchas sociedades trabajan más horas que el hombre y que tienen menos tiempo para actividades de entretenimiento, por lo cual la participación de los hombres en los quehaceres domésticos podría ser un indicador de equidad de género y bienestar de la mujer (Santillán et al., 2004)

ψ Faceta económica

El componente económico requiere “que las mujeres tengan la capacidad de comprometerse con una actividad productiva que les brindará algún grado de autonomía financiera”. Aunque el trabajo de las mujeres fuera del hogar, significa una doble carga, la evidencia empírica apoya la idea de que el acceso al trabajo incrementa la independencia

económica de las mujeres, lo que genera un mayor nivel de independencia en general. Hall (1992, en Stromsquist, 1997) plantea que la subordinación económica debe ser neutralizada para que las mujeres puedan ser empoderadas.

Un estudio de 140 mujeres que trabajan en la ciudad de México, realizado por Beneria y Roldán (1987, en Stromsquist, 1997) encontró que aunque no existía una relación simple entre los recursos económicos de las mujeres y la toma de decisiones, el trabajo asalariado incrementaba la autoestima de las mujeres, y que las esposas que contribuían significativamente a los gastos del hogar (más del 40 %) tenían mayor poder en la toma de decisiones y conyugales.

ψ **Faceta política**

El componente o indicador político “supone la habilidad para analizar el medio circundante en términos políticos y sociales; esto también significa la habilidad para organizar y movilizar cambios sociales” (Stromsquist, 1997, p.82). Zimmermann y Rappaport (1988) consideran que el empoderamiento psicológico se desarrolla con mayor rapidez cuando se toma parte en actividades destinadas a influir sobre la toma de decisiones, cuando se establece un compromiso con otras personas, cuando se asumen más responsabilidades, se impulsa la solución organizada de los problemas y la participación ciudadana. Además la participación puede ser un mecanismo muy importante para el desarrollo de empoderamiento psicológico, ya que les permite adquirir experiencia organizando gente, identificando los recursos y desarrollando estrategias para lograr metas. La faceta política puede ser medida a través de la participación ciudadana de las personas, y que se define como el involucramiento en una actividad organizada en la cual los individuos participan sin una paga, para lograr un objetivo común. La participación ciudadana en organizaciones voluntarias es un contexto natural para estudiar el empoderamiento ya que permite estudiar la psicología de quién desarrolla un sentido de eficacia en el contexto social y político.

En este capítulo se presentó un panorama general de empoderamiento, analizando diferentes definiciones que se han dado de este proceso en general y en particular, del

empoderamiento femenino, quedando definido este constructo a partir de lo anterior, de la siguiente manera: “El empoderamiento es un proceso, a través del cual, las mujeres, en este caso, adquieren el control de sus propias vidas, y de su entorno social a través del reconocimiento de sus necesidades, la construcción de una autoestima positiva, de identificar las creencias, actitudes y las normas que impone la sociedad, del acceso a la información y a los recursos económicos, la participación comunitaria, la autoeficacia, la toma de decisiones, la libertad de movimiento, el control que tengan de sus vidas, y del manejo de las consecuencias negativas y/o positivas que tenga este proceso en su vida”, además se presentaron los problemas y las limitaciones de este constructo. Asimismo se hizo un análisis de los diferentes modelos de empoderamiento, recopilando a través de este los principales indicadores de empoderamiento presentados en la literatura y que fueron los siguientes: la autoeficacia, la autoestima, la autonomía física (libertad de movimiento), toma de decisiones, control, el nivel de información, los estilos de enfrentamiento, los estereotipos y las actitudes hacia el rol de género, los quehaceres domésticos así como la faceta política y económica.

Lo anterior, sienta las bases del siguiente capítulo que presenta diferentes investigaciones tanto a nivel internacional como nacional, que ligan el empoderamiento con el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

CAPÍTULO 3. INVESTIGACIONES SOBRE EMPODERAMIENTO Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO- ANTICONCEPTIVO.

El empoderamiento o la autonomía de las mujeres ha probado ser un factor central para el logro de numerosas metas demográficas, como el mejoramiento de la salud de la mujer y la reducción de la fertilidad en diversos países, asimismo el empoderamiento ha mostrado una relación positiva con el uso de anticonceptivos (Jejeebhoy, 1995, en Casique, 2003; Kritz et al. 2002, en Casique, 2003; Stein, 1997). Además esta relación está establecida en el Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Población en el Cairo (ICPD), que menciona “...un mejoramiento en el estatus de la mujer así como un aumento en su capacidad en la toma de decisiones, especialmente en el área de sexualidad y reproducción, es esencial en el éxito de los programas de población” (ICPD, C. IV p 4.1 en Kritz, Makinwa y Gurak, 1998).

En algunas investigaciones, el control sobre la conducta sexual y reproductiva se ha incluido como un indicador en el empoderamiento. Por ejemplo, Schrijvers (1991, en Stromsquist, 1997) propone como el primer criterio de cuatro, para evaluar algún grado de autonomía en las mujeres: el control de las mujeres sobre su propia sexualidad y fertilidad además de formas de compartir la maternidad, entre mujeres y hombres.

A nivel internacional, se han realizado diferentes investigaciones que abordan la relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo. En Omán se realizó un estudio por Al Riyami, Afifi y Mabry (2004) con el objetivo de definir datos de línea base sobre el empoderamiento, estudiar los correlatos del empoderamiento y analizar el efecto del empoderamiento sobre la necesidad no satisfecha de la anticoncepción, en mujeres alguna vez casadas como parte de un estudio a escala nacional, utilizando como indicadores del empoderamiento: la participación de la mujer en la toma de decisiones y la libertad de movimiento. Encontrando que la escolaridad fue el indicador clave de la condición de la mujer y que si bien era más probable que las mujeres empoderadas usaran un anticonceptivo, la escolaridad de las mujeres pronosticaba mejor la “necesidad satisfecha” que la autonomía, ya que los factores tradicionales y la influencia comunitaria se mantenían

fuertes. En este estudio, casi en la mitad de las mujeres, el esposo decidía si usaban o no un método anticonceptivo, y menos del 1% de las mujeres usaron un método anticonceptivo antes de su primer hijo, ya que se espera que las mujeres tengan su primer hijo antes del primer año de matrimonio.

Según resultados de una investigación en Egipto, el nivel de empoderamiento de las mujeres crece significativamente con la educación, concluyendo que la relación de los indicadores del empoderamiento y la necesidad y uso de anticonceptivos, en combinación con la educación, predicen mejor el uso de anticonceptivos, que solo la educación (Al Riyami et al., 2004). En otro estudio realizado en el mismo país por Kishor (1995, en Al Riyami et al., 2004), utilizando tres índices de autonomía: el tradicional (la toma de decisiones esta relacionada a la procreación y a la crianza), la no tradicional (decisiones fuera de estas áreas) y lo realizado (autonomía actual como la libertad de movimiento), encontrando que los cambios en la autonomía no tradicional estaban más relacionados con el uso de anticonceptivos que los otros dos índices.

Asimismo, Morgan y Niraula (1995, en Kritz et al., 1998), estudiaron dos comunidades en Nepal que diferían en los niveles de autonomía de mujer y encontraron que las mujeres que vivían en la población en donde las mujeres tenían mayor autonomía, tenían menos hijos y usaban más anticonceptivos que las mujeres que vivían en la otra comunidad.

En Bangladesh (Zakia, 1998), se llevo a cabo un estudio para analizar la forma en que diferentes factores sociodemográficos (entre ellos la edad de la mujer, escolaridad, ocupación, ingreso y residencia) afectaban la fertilidad a través de dos variables intermedias: la toma de decisiones y el uso de anticonceptivos. Dentro de los resultados obtenidos encontraron que la educación de las mujeres era determinante, y la permanencia en una zona urbana estaba relacionada con una baja fertilidad, alta autonomía y un amplio uso de anticonceptivos, asimismo un alto nivel socioeconómico estaba asociado con el empoderamiento de las mujeres, y la dominación de los hombres estaba asociada negativamente con el uso de anticonceptivos (pasado y actual) y positivamente con no haber utilizado nunca anticoncepción.

Becker (1997, en Kabeer, 2001) utilizó datos de Zimbabwe para explorar las implicaciones del empoderamiento femenino en dos acciones: el uso de anticonceptivos y el cuidado prenatal, encontrando que el uso de anticonceptivos estaba relacionado positivamente con el número de posesiones, el número de hijos vivos, el empleo de la mujer y la educación del hombre, además que el empoderamiento impactaba el uso de anticonceptivos. Además las mujeres que trabajan tenían una mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos pero una menor probabilidad de asistir a los servicios de cuidado prenatal.

Existen otras investigaciones que relacionan variables como la autonomía o el estatus con la conducta reproductiva. Por ejemplo, Moursund y Kravdal (2003), establecen varias hipótesis por las cuales la autonomía de la mujer puede disminuir la fertilidad de la mujer, entre las cuales se encuentran las siguientes: la falta de autonomía física puede bloquear el acceso a los servicios de salud reproductiva ó que en las familias en donde el hombre quiere tener más hijos, un fortalecimiento en el poder de decisión de las mujeres puede reducir la fertilidad (Mason y Smith, 2000, en Moursund y Kravdal, 2003). Dharmanlingman y Morgan (1996 en Moursund y Kravdal,2003) encontraron que tanto la educación de la mujer y la autonomía son determinantes en el uso de anticonceptivos, sin embargo existen otros estudios cuantitativos en donde no se encontró esta relación, por ejemplo Morgan et al. (2002, en Moursund y Kravdal, 2003), no encontraron un efecto de la libertad de movimiento en el uso de anticonceptivos entre algunos grupos de mujeres del sur de Asia. Dyson y Moore (1983 en Stein, 1997) consideran que el estatus de la mujer es el mayor determinante del perfil demográfico de la India, y recomiendan que se aumente la capacidad política y la autonomía de las mujeres para reducir los nacimientos y las tasas de mortalidad. Además algunos investigadores han estudiado las interrelaciones ente el ejercicio de los derechos humanos, el bienestar subjetivo, la autoeficacia y las decisiones reproductivas.

En las investigaciones se ha comenzado a reconocer la importancia de las relaciones de poder basadas en las diferencias de género en los procesos de toma de decisiones a través de los cuales se determina la reproducción (Mahmud y Johnston, 1994). Asimismo Lloyd (1990 en Welti y Rodríguez, 1999) afirma que el papel que juega la mujer en la toma de

decisiones en el hogar es una variable que define las formas en que se relaciona la participación económica y la fecundidad.

Además el empoderamiento se ha utilizado como una estrategia para incrementar el uso de anticonceptivos, ejemplo de ello fue una intervención llevada a cabo en Nepal (Shrestha, 2003) en donde se desarrollo un modelo de empoderamiento para voluntarias de salud comunitaria (FCHV) con el objeto de facilitar la aceptación y el uso de anticonceptivos en mujeres casadas en edad reproductiva a través del empoderamiento de estas últimas. Las voluntarias eran entrenadas para dar asesorías sobre planificación familiar, salud materna e infantil a las mujeres de sus comunidades, lo que ayudaba a eliminar algunas barreras culturales. Debido a que algunas causas de la baja aceptación de los anticonceptivos eran la falta de conocimientos, el miedo a afectos secundarios y una percepción de bajo riesgo de embarazo, era necesario empoderar a las mujeres haciéndolas conscientes de su fertilidad y desarrollando su habilidad para controlar su vida reproductiva. Las voluntarias reconocen que la alta fertilidad en sus comunidades se ha incrementado por la falta de poder entre las mujeres.

En América Latina también se han llevado a cabo investigaciones que relacionan estas variables. Por ejemplo, Blumberg (1991, en Welti y Rodríguez, 1999) estudió la relación entre el control del ingreso, el poder marital y el género, concluyendo que la proporción del ingreso controlado por la mujer, tiene un efecto directo en la fecundidad, la toma de decisiones en el hogar y en la autoestima.

En otro estudio sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de sectores populares, las mujeres tomaron una posición unánime en torno a la necesidad de usar métodos que prevengan el embarazo. Casi en su totalidad declararon no confiar en los métodos naturales aconsejados por la iglesia, los consideran “la mejor manera de quedar embarazadas”. En varios grupos se negaron a considerar que existieran “métodos abortivos”. Las pastillas y el dispositivo intrauterino parecen ser los métodos más usados aunque narran problemas con estos, muy pocas hacen referencia al uso de preservativo que aparentemente es usado por las más jóvenes y con “más instrucción”. La anticoncepción es vista como una

responsabilidad de las mujeres, ya que entre todas las entrevistas solo hay un caso de un varón que se hizo la vasectomía. A pesar de la difusión que tiene el uso de métodos, en todos los grupos finalmente se reclama mejor información. Aparecen variados mitos entorno a su adecuación: quita el apetito sexual, producen cáncer, dañan el cuerpo, fallan. Otro factor que influye es el económico, en Argentina se señala el costo del dispositivo intrauterino como un impedimento para usarlo. Un tercer factor que influye es la actitud masculina, el escaso uso del preservativo así como de la vasectomía se unen al deseo expreso de los compañeros de tener un número grande de hijos o impedir que la mujer se ligue las trompas o tome anticonceptivos. En un testimonio se le compara a la mujer que toma anticonceptivos con “la hierbabuena, le cortan las hojas y ni se les nota” donde “puede andar de un lado para otro y ni cuenta me voy a dar de que andes con otros señores teniendo relaciones sexuales”. Aquí aparece explícito el control que ejerce el hombre sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer a través de la fecundidad (Bonino, 2001).

En México, Achach (2000) realizó una investigación en mujeres yucatecas de áreas urbana y rural. La muestra estuvo constituida por 60 mujeres, manejándose dos grupos de edad: 25- 34 años y 35-44 años. Se utilizó como instrumento, un cuestionario para medir empoderamiento, información y actitud sobre sexualidad y SIDA. Los resultados indican que existen diferencias por lugar de residencia, siendo las mujeres urbanas las que tienen un mayor nivel de empoderamiento en la dimensión cognoscitiva, y la autoestima, así como mayor nivel de información y actitud favorable hacia la sexualidad y el SIDA. Además se encontró una correlación positiva entre la dimensión cognitiva, las relaciones equitativas, la autoestima y el nivel de información y la actitud hacia la sexualidad y el VIH/SIDA. El método anticonceptivo más utilizado fue la salpingoclasia (40%) seguido por las pastillas (15%) mientras que el 26.7 % no utiliza ningún método. Con respecto al uso del condón el 68.3% de la muestra total no lo ha usado, que corresponde al 76.7 % del área urbana y al 60% del área rural. Respecto a la opinión de sus esposos en cuanto al uso del método, el 79% indicó que su pareja está de acuerdo; mientras que el 52.3 % expresó que sus familiares estaban de acuerdo con el uso del método y el 65.9% manifestó que su religión no estaba de acuerdo. La dimensión económica abarcó el significado del ingreso dentro del cual las mujeres argumentaron que “tener dinero propio permite tener independencia

económica” (58.8%) y la percepción del ingreso de la pareja dentro de la cual el 78.9% de las mujeres indica que el dinero que les proporciona su pareja no es suficiente.

IMIFAP (2004) realizó un diagnóstico para conocer las creencias, actitudes, intenciones y conductas de la población en distintos temas entre ellos, la salud reproductiva y el empoderamiento, en dos municipios de Oaxaca a través de 60 entrevistas a informantes clave y grupos focales con promotores y promotoras de acción comunitaria del programa. Posteriormente con este diagnóstico se realizó una intervención, que se evaluó a través de tres estrategias, una de ellas fue el impacto del programa que se realizó a través de un cuestionario que se aplicó a un grupo de jóvenes: antes de la intervención, después de la primera etapa y al finalizar la segunda fase. Los resultados muestran que las mujeres del grupo experimental tienen más conocimientos y realizan o realizarían más acciones indicadoras de empoderamiento, como son las siguientes: usar un método anticonceptivo aunque la pareja no esté de acuerdo, pedir información sobre métodos anticonceptivos, hablar y ponerse de acuerdo con la pareja sobre cuántos hijos tener, decirle a la pareja cuando no está de acuerdo con algo, hablar con la pareja de cómo gastar el dinero, explicar a las hijas e hijos cómo cuidarse y cómo nacen los bebés, trabajar fuera de la casa, salir de la casa sin el permiso de la pareja. Señalan además que el proceso de empoderamiento funciona de tal manera que una vez que las personas que comienzan a participar en las decisiones que las afectan directamente y a tener respuestas positivas, desean participar aún más.

Hasta el momento, la única investigación en nuestro país que aborda la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el empoderamiento, ha sido la de Casique (2003) quien realizó una investigación con el objetivo de analizar el uso de anticonceptivos entre las mujeres mexicanas casadas de nueve estados de acuerdo con dos indicadores del empoderamiento: el poder de decisión y su autonomía, utilizando datos que provenían de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995. Encontrando que el empoderamiento femenino se asocia significativamente con el uso de anticonceptivos, que ambos indicadores influyen en la probabilidad de usar algún anticonceptivo, siendo el efecto de la autonomía ligeramente más firme, además la posición del esposo respecto al uso de

anticonceptivos surgió como un factor que ejerce un efecto bastante determinante en las probabilidades de que la mujer los use, asimismo otras variables como la edad y los años de escolaridad de la mujer y de la pareja impactan el uso de anticonceptivos.

Otras investigaciones en México, abordan de manera indirecta la relación entre el empoderamiento y la conducta reproductiva, por ejemplo, Sayavedra y Flores (1997, en Achach, 2000) junto con la Red de Mujeres A.C, realizaron una investigación que presentó una nueva conceptualización de la salud desde las relaciones de poder. Se analizó la situación y la condición de las mujeres a través de dos ejes de condición de género: el ser cuerpo para otros, lo que incluye su sexualidad y el ser sujeta al dominio del poder patriarcal. Esta investigación se llevó a cabo en cinco zonas de la República Mexicana, entrevistando a 142 mujeres. Ellas encontraron algunas dimensiones que apuntan al poderío de las mujeres, y son: los saberes (escolaridad y saberes informales), la decisión, el control y cuidado del cuerpo (fecundidad, anticoncepción, edad del primer embarazo, prevención del cáncer cervico-uterino), la generación, acceso y control de los recursos (trabajo remunerado, vivienda y espacio propio), nivel de participación social (redes sociales de apoyo) y las relaciones afectivas (relación emocional familia- pareja).

En un estudio de Rivero (2003) sobre la significación de género de mujeres indígenas mazatecas de la comunidad San Jerónimo Tecuatl, Oaxaca, obtiene 16 categorías entre las cuales se encuentra la categoría de uso de poder y toma de decisiones, en donde la autora encuentra que el poder se expresa en el control económico, sexual, de la vida reproductiva, toma de decisiones y acceso a los cargos públicos, lo cual es dominado por los varones, además el uso del poder se filtra en el uso del lenguaje y en la estructuración del discurso, prácticas presentes en el propio sector dominado. Retomando el caso de una mujer, que narra que ya no quería tener más hijos y cuenta cual era la respuesta de su esposo: “Y dice mi esposo ¿y porque con dos, con uno nada más?, y si yo digo que más, ¿Por qué? si yo los voy a mantener..... Había unas veces que si se molestaban pues se molestaban muy fuerte (los esposos). Como le digo tiene uno problemas que hasta la presidencia van, porque la mujer ya no quiere hijos, que porque la mujer esto”. En este caso se evidencia como es violentado su poder de maternidad. Existe un aspecto clave en la posibilidad de

empoderamiento y la consolidación de la autonomía, otra de las mujeres que entrevistó ha tenido la oportunidad de dedicarse a vender a partir de una enfermedad que ha aquejado a su marido, lo que ha cambiado las circunstancias de vida de esta mujer, pues logra tener autonomía y poder sobre las decisiones del hogar (Rivero, 2003).

En otro estudio en nuestro país, se investigó el comportamiento sexual y anticonceptivo relacionado con ciertas características de personalidad relacionadas con el empoderamiento como la asertividad, la planeación al futuro, locus de control y controlabilidad en tres grupos de adolescentes (muestra probabilística de adolescentes no embarazadas, muestra de contacto personal y muestra de adolescentes embarazadas) de tres grupos de edad (12 a 15 años, 16 y 17 años, 18 y 19 años) de niveles socioeconómico bajo y medio bajo. Este estudio utilizó inventarios de personalidad diseñados y probados previamente con adolescentes mexicanas como la escala de locus de control de la Rosa, la escala de controlabilidad de Girardi, la escala de orientación al futuro y de asertividad. Para las escalas de controlabilidad y planeación del futuro se encontró que éstas aumentaron con la edad en los grupos de jóvenes que han tenido relaciones sexuales y utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en el grupo de jóvenes que no ha tenido relaciones sexuales muestra niveles de control y planeación similares al grupo que no usa anticonceptivos; sin embargo, el grupo de no relaciones sexuales muestra un mayor incremento de estas características con el paso del tiempo y las embarazadas son las que perciben menor cantidad de control y planeación del futuro. Dentro del grupo que ha utilizado métodos anticonceptivos, se encuentran los niveles más altos de control interno, sobre todo en el grupo más joven, indicándose la importancia del control en la conducta instrumental de obtener y utilizar anticonceptivos. En cuanto a la escala de asertividad, se encontró un mayor grado de esta característica en las adolescentes embarazadas, seguidos por aquellas que no han tenido relaciones sexuales y las que han utilizado anticonceptivos, teniendo los valores más bajos las jóvenes que tienen relaciones sin usar algún método anticonceptivo. El fenómeno que sucede con las jóvenes embarazadas puede ser explicado porque el papel de madre evoca respeto y consideraciones privilegiadas. (Díaz Loving, Pick de Weiss, Andrade Palos, 1988).

En cuanto a la relación de los estereotipos y actitudes hacia el rol de género, y la conducta reproductiva, algunos autores como Scanzoni (1976, en Welti y Rodríguez, 1994) plantean que las normas relacionadas con los roles de género influyen en los niveles de fecundidad por medio de las decisiones que se toman dentro del matrimonio, lo que está ligado al estatus de igualdad o subordinación de la mujer respecto a su pareja. El propone que contar con empleo y mayor escolaridad le da a la mujer más herramientas para negociar posiciones de igualdad y la realización de actividades que la satisfacen y que no necesariamente están relacionadas con la maternidad; y que dentro de esta toma de decisiones existe un análisis costo-beneficio, dentro del cual la recompensa que lleva implícita la igualdad en la relación, reduce el interés de procrear hijos, por lo que las familias con roles más igualitarios desean familias más pequeñas y esperan ser efectivos en sus prácticas anticonceptivas. Asimismo establece que los roles de género y las actitudes hacia el rol de género, son mejores predictores de las intenciones de tener hijos, que las características demográficas. Además las mujeres con actitudes hacia el rol de género no tradicionales tienen más probabilidades de ser usuarias de anticonceptivos (Hansson et al. 1979, en MacCorquodale, 1984) y de usarlos de forma efectiva (Fox, 1977, en MacCorquodale, 1984). En contraparte, Russo (1976, en MacCorquodale, 1984) encontró que los roles tradicionales que enfatizan el matrimonio y la maternidad como centrales en la vida de la mujer podrían decrementar el uso de anticonceptivos, y Rainwater (1960, en MacCorquodale, 1984) encontró que las esposas que posicionaban su rol de madres antes que su rol de esposas eran usuarias menos efectivas de anticonceptivos.

Además también existen investigaciones, tanto en el extranjero como en México que relacionan el empoderamiento, la conducta reproductiva y la actividad laboral. En algunas investigaciones sobre empoderamiento se ha descrito que las mujeres que trabajan parecen tener un papel más activo en los procesos de toma de decisiones en el hogar como el uso del ingreso familiar, asignación de tarea, planificación familiar, etc. (Casique, 2004). Además otras evidencias sugieren que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen una mayor autonomía que las mujeres que no trabajan (Benería y Roldán, 1987, en Casique 2004). Al parecer el trabajo extradoméstico incrementa la autonomía de las mujeres casadas, al exponerlas a nuevas ideas y actitudes acerca de su propio papel dentro del

hogar, así como a la obtención de un ingreso propio (García y Oliveira, 1994, en Casique, 2004). Sin embargo, al mismo tiempo otras investigaciones en diversos países sugieren que no en todos los casos la condición de actividad de la mujer implica diferencias en su poder de decisión y autonomía dentro del hogar (Safilios-Rothschild, 1990, en Casique, 2004). Anteriormente, Casique (2001, en Casique, 2004) en una investigación en México, no encontró evidencias de una relación significativa entre el trabajo femenino y el poder de decisión de la mujer mexicana dentro del hogar, aunque sí encontró un efecto positivo en su nivel de autonomía y estos mismos resultados fueron encontrados en otra investigación de Casique (2004), esto podría deberse a que los cambios en la autonomía de la mujer podría ser producto de las transformaciones en la vida diaria y en las necesidades individuales, pero no significa que respondan a las modificaciones en los valores y creencias en los individuos. Dentro de esta última investigación, se analizaron algunos elementos que podían afectar positiva o negativamente el poder de decisión y la autonomía de las mujeres, como el número de horas, el tipo de actividad, el ingreso obtenido a la semana y la posición en la ocupación, encontrándose que ninguna de ellas tiene un efecto significativo sobre el poder de decisión de las mujeres; sin embargo el ingreso semanal (siendo está la que mostraba un efecto más definitivo), el tipo de actividad y la posición de la mujer, sí muestran efectos significativos en los niveles de autonomía.

Dixon-Mueller (1978, en Mahmud y Johnson, 1994) encontró que el empleo de la mujer reduce la dependencia de la mujer, provee fuentes alternativas de identidad social y soporte, retrasa el matrimonio, y espacia o limita los nacimientos. Además Welti y Rodríguez (1999) concluyeron que el crecimiento del empleo femenino, se relaciona con otros procesos sociales como la caída de la fecundidad y una mayor autonomía de las mujeres, lo que se debe a un incremento en el nivel de escolaridad, lo cual a su vez transforma los roles tradicionalmente femeninos, permitiendo una mayor autonomía económica y un involucramiento en la toma de decisiones, posibilitando un control de la fecundidad y retroalimentando la autonomía para desempeñar otras funciones diferentes a la maternidad. En algunos contextos, el ingreso impacta a las relaciones de género dentro de la familia, fortaleciendo la participación de la mujer en la toma de decisiones. Roldan (1988, en Welti y Rodríguez, 1999) en un estudio en la Ciudad de México, encontró que un mejor estatus y

mayores ingresos no siempre significaron un mayor poder dentro del hogar pero entre más grande era su contribución al total de los gastos del hogar, más grande era su dominio sobre sus decisiones reproductivas. Esto se confirma con otras investigaciones que han determinado que en países en desarrollo, el control de las mujeres sobre sus ingresos y no el empleo, es un mejor predictor de la fertilidad (Kritz y Makinwa, 1993, en Mahmud y Johnson, 1994).

En el presente capítulo, se analizó la relación entre el comportamiento reproductivo-anticonceptivo y el empoderamiento, tema central de esta tesis, encontrando consistentemente que el empoderamiento impacta el comportamiento reproductivo (p.ej en el uso de anticonceptivos), sin olvidar que en esta relación también intervienen otras variables como el nivel socioeconómico y el empleo de la mujer, por lo cual esta investigación tiene como objetivo, evaluar la relación entre el comportamiento reproductivo, además de determinar si existen diferencias en estas variables entre las mujeres que cuentan o no con un trabajo remunerado.

CAPÍTULO 4. MÉTODO Y RESULTADOS DE LA ETAPA EXPLORATORIA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación

El empoderamiento ha surgido como una herramienta a través de la cual se trata de cambiar las condiciones de dominación, incrementando la capacidad para el ejercicio del poder a través del acceso a la toma de decisiones (entre ellas las decisiones sexuales y reproductivas) y que ahora se ha convertido en uno de los ejes centrales de la perspectiva de género; por lo que el empoderamiento se ha visualizado como una estrategia básica para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres (Venegas, 2005), y además uno de los aspectos en el que podemos ver reflejado el empoderamiento (como un proceso individual) es en el reproductivo, ya que el control de la capacidad sexual y reproductiva está influenciado por las relaciones sociales, económicas y políticas, además de las prescripciones culturales.

En otros países de tercer mundo como Omán, Nepal, India o Zimbabwe se ha tratado de establecer a través de estudios cualitativos y cuantitativos, la relación que existe entre el empoderamiento y la conducta reproductiva-anticonceptiva (Al Riyami et al., 2004; Shrestha, 2003; Moursund y Kravdal, 2003). Sin embargo, en México, la investigación sobre este tema ha sido escasa y se ha tratado indirectamente en otras tesis (Achach-Cervera, 2000; Rivero Moreno, 2003) y sólo existe una investigación que relaciona el empoderamiento con el uso de anticonceptivos (Casique, 2003), asimismo no se ha llegado a un consenso sobre la medición del empoderamiento o sobre los indicadores que deben utilizarse. Por lo cual, esta investigación tiene como objetivo evaluar la relación del empoderamiento (constructo que incluye variables psicológicas, culturales, económicas y políticas) y la conducta reproductiva-anticonceptiva en mujeres del Distrito Federal, a través de dos etapas, la primera de ellas exploratoria, en la cual se realizaron entrevistas y se operacionalizó el empoderamiento, y en la segunda se aplicó un instrumento construido a partir de la primera etapa y de instrumentos previos.

A continuación presentamos la pregunta y los objetivos generales de esta investigación:

Pregunta de Investigación General

¿Cuáles son las manifestaciones del empoderamiento en mujeres mexicanas y si existe una relación entre dichas manifestaciones y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo de las mujeres?

Objetivo General

- Identificar las manifestaciones del empoderamiento y evaluar la relación que existe entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Los objetivos a cubrirse en la etapa exploratoria de la investigación son los siguientes:

Objetivos Específicos

- Con base en la literatura y estudios exploratorios desarrollar una definición conceptual del empoderamiento apropiada a la cultura.
- Con base en la definición conceptual desarrollada y a la revisión bibliográfica operacionalizar el empoderamiento en el contexto de la salud reproductiva

Variables

Empoderamiento: A través de la revisión teórica de autores como Zimmermann (1995), Stromsquist (1997), Stein (1997) y Rappaport (1987), se desarrolló la definición siguiente; el empoderamiento es un proceso, a través del cual, las mujeres, en este caso, adquieren el control de sus propias vidas, y de su entorno social a través del reconocimiento de sus necesidades, la construcción de una autoestima positiva, de identificar las creencias,

actitudes y las normas que impone la sociedad, del acceso a la información y a los recursos económicos, la participación comunitaria, la autoeficacia, la toma de decisiones, la libertad de movimiento, el control que tengan de sus vidas, y del manejo de las consecuencias negativas y/o positivas que tenga este proceso en su vida (realizada por la autora).

Comportamiento reproductivo-anticonceptivo: Conceptualmente se define como la trayectoria o historia reproductiva y anticonceptiva de las mujeres, es decir, las características que describen los eventos reproductivos que se presentaron a lo largo de su vida (Sánchez, 2003). Operacionalmente es medido a través de la utilización y el número de métodos anticonceptivos, los métodos que utilizaron y la edad de utilización, el número de hijos, la existencia y el número de embarazos no planeados, la expectativa del número de hijos, el número de hijos que piensa tener en un futuro y la frecuencia de realización del papanicolaou.

Muestra

Tipo de selección de la muestra: Intencional y no probabilístico.

Participantes: La muestra tiene las siguientes características de inclusión: mujeres, de 25 a 35 años ya que es un rango de edad en el cual las mujeres se encuentran en una edad fértil y tienen una pareja estable, que vivan con su pareja y que tengan hijos.

En la primera etapa se entrevistó a 12 mujeres, para operacionalizar los indicadores de empoderamiento, de las cuales 5 cuentan con un trabajo remunerado y 7 no cuentan con un trabajo remunerado, la muestra tiene una media de edad de 29.6 años y tienen en promedio 1.8 hijos, en cuanto a la escolaridad tres de ellas cuentan con una carrera profesional completa, dos de ellas con una carrera profesional trunca, cuatro tienen estudios de bachillerato y tres tienen estudios de secundaria.

Tipo de Estudio:

En una primera etapa fue exploratorio

Descripción y características de los instrumentos

En la primera etapa, la guía de entrevista semiestructurada cubrió tres áreas, la primera abarcó datos socioeconómicos, la segunda abordó el empoderamiento basado en los indicadores de empoderamiento más frecuentes reportados en investigaciones anteriores (Zimmermann, 1995; Casique, 2004; Achach, 2000; Santillan, 2004; Schuler y Hashemi, 1993; Stromsquist, 1997), los cuales son los siguientes : Toma de decisiones y control, autoestima, nivel de información en este caso sobre salud reproductiva, autoeficacia (en este caso reproductiva), autoestima, estilos de enfrentamiento, faceta económica, faceta política del empoderamiento, roles de género y valores . La tercera abarco el patrón de conducta reproductiva-anticonceptiva, la opinión de la pareja y familia respecto al uso de anticonceptivos y las actitudes hacia la anticoncepción. Cabe mencionar que el formato de la entrevista que posteriormente se sometió a una evaluación de dos jueces, posteriormente se piloteó la guía de entrevista en dos entrevistas, y se realizaron las entrevistas a las 12 mujeres en sus hogares y posteriormente se transcribieron las respuestas. Se realizó un análisis de contenido estableciendo como categorías generales cada uno de los indicadores, se revisaron las posibles respuestas para formar subcategorías en términos de presencia o ausencia (si lo hice o no lo hice), nivel o intensidad (muchas veces o nunca), además personas expertas en el tema cotejaron que la información fuera pertinente para cada área y se hizo un conteo por frecuencia de cada una de las subcategorías.

Resultados de la Entrevista (Análisis de Contenido)

A continuación se muestran los resultados por cada uno de los indicadores del empoderamiento.

Toma de decisiones y control

En primer lugar se mostraran los resultados del indicador toma de decisiones generales, que tuvo como subcategorías la distribución del dinero, el trabajo de la mujer, las decisiones

sobre el hogar y sobre los hijos, además de la libertad de movimiento (Tabla 2) y la toma de decisiones reproductivas- anticonceptivas, que a su vez tuvo dos categorías la decisión sobre la utilización de métodos anticonceptivos y la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos (Tabla 3).

Tabla 2. Toma de decisiones

	Alta toma de decisiones	Toma de decisiones Media	Baja toma de decisiones
Dinero	Ella decide 25% <i>“Si ahora tengo ganas de comprarme un vestido, me lo compró, es una decisión chiquita pero importante para mí”</i>	Ambos deciden 75% <i>“El gasto que me da, lo decidimos los dos”</i>	Lo decide la pareja 0%
Trabajo de la mujer	Ella decide 50%	Ambos deciden 33% <i>“Es de mutuo acuerdo... decidimos entre los dos, que yo quería seguir trabajando”</i>	Lo decide la pareja 17% <i>“Yo quiero laborar en otra parte, pero mi esposo no me deja”</i>
Hogar	Ella decide 50%	Ambos deciden 50% <i>“Yo le comenté a mi esposo y entre los dos resolvemos las cosas”</i>	Lo decide la pareja 0%
Hijos	Ella decide 58% <i>“La educación de la niña, la llevo yo”</i>	Ambos deciden 42%	Lo decide la pareja 0%
Libertad de movimiento	No pide permiso 8% <i>“Nunca doy aviso”</i>	Avisa 75% <i>“Solo aviso donde pueda encontrarme”</i>	Pide permiso 17% <i>“A final de cuentas no soy libre”</i>

Tabla 3. Toma de decisiones sobre aspectos reproductivos- anticonceptivos

	Propia	En pareja	Destino
Decisión sobre la utilización de anticonceptivos	<i>“Yo tomé la decisión porque es mi cuerpo”</i> 58%.	<i>“Ya ninguno de los quería, más hijos”</i> 33%	<i>“Nunca hablamos de eso”</i> 8%
Decisión sobre la cantidad y espaciamiento de los hijos.	8%	<i>“Fue una decisión desde que nos casamos”</i> 58%	<i>“La primera [niña] era casi obligatoria, porque me casé”</i> 33%

☞ **Roles de género**

En la categoría de roles de género, se trataron dos temáticas: la responsabilidad en las labores del hogar y la responsabilidad en el control de la natalidad (Tabla 4).

Tabla 4. Roles de género

	De ambos	De la mujer
Responsabilidad en el control de la natalidad.	“De los dos, si somos una pareja” 50%	“Yo creo que es de la mujer porque es la que se embaraza” 50%
Labores del hogar	“Si son cosas de los hombres, los hombres y si es cosa del hogar, yo” 75%	“Nos dividimos las tareas” 25%

☞ **Autoestima**

En cuanto a la autoestima, las participantes mostraron tres posiciones, algunas de ellas se mostraban satisfechas con su vida y con lo que habían logrado, otras manifestaban que estaban en una etapa de crecimiento, mientras que un 33% de ellas indicaban estar insatisfechas con su vida.

Tabla 5. Autoestima

Satisfechas con su vida	En crecimiento	Insatisfechas
“Feliz, siento que he llegado, todo lo que me he propuesto lo he logrado a base de mucho sacrificio” 50%	“No estoy al 100%, estoy creciendo todavía” 17%	“No estoy muy satisfecha...él es una persona a la que le gusta el relajo y yo soy más seria” 33%

☞ **Nivel de información**

Con respecto al nivel de información sobre salud reproductiva (Tabla 6), podemos resaltar que un porcentaje importante de las participantes no poseen suficiente información ó la información que se posee es errónea, esto a su vez impacta su autoeficacia ya que un 25% de las mujeres reporta que percibe que no utilizó los métodos anticonceptivos correctamente p.ej. “Las pastillas fue así, porque sí, no fue informándome, las compre porque escuche el nombre y dije pues estas y no tuve asesoría”

Tabla 6. Nivel de información sobre salud reproductiva

	Escasa (Mencionan de 1 a 3 métodos anticonceptivos)	Media (Mencionan de 4 a 6 métodos anticonceptivos)	Abundante (Más de 5 anticonceptivos e información sobre ITS)
Cantidad de información	<i>“Conozco el condón”</i> 17%	<i>“Conocemos los espermaticidas, el condón, el dispositivo, los parches, pastillas e inyecciones”</i> 50%	<i>“Ahora ya implementaron la píldora del día después, en el cuadro básico, es excelente , pero es un método de prevención”</i> 33%
	Errónea (Mencionan algún mito y los días de ovulación son incorrectos)		Verídica (La información es comprobable)
Veracidad de la información	<i>“Las pastillas suben de peso, con el preservativo la regla es irregular y dan cólicos más fuertes”</i> 50%		<i>“Y con el condón si puedes evitar las infecciones y el SIDA”</i> 50%

☞ Autoeficacia

En cuanto a la autoeficacia, se formaron dos subcategorías para su análisis, la percepción de eficacia en la utilización de métodos anticonceptivos y la forma de utilización de método anticonceptivo.

Tabla 7. Autoeficacia

	Percepción de eficacia	Percepción de ineficacia
Percepción de utilización eficaz de los métodos anticonceptivos	<i>“Si, los utilice correctamente porque no fueron autorrecetadas”</i> 75%	<i>“Las pastillas las compre, porque escuche el nombre y dije estas y no tuve una asesoría”</i> 25%
	Correcta	Incorrecta
Forma de utilización del método anticonceptivo	<i>“Lo tienes que tomar por la punta, colocarlo en el pene y bajarlo poco a poco...”</i> 42%	<i>“Me pusieron una T cuando di a luz pero nunca he ido a revisión”</i> 58%

☞ *Valores*

Con respecto a los valores (Tabla 8) se formaron dos subcategorías para su análisis, los tradicionales (en la cual la maternidad es la realización de la mujer) y no tradicionales (en la cual la meta de las mujeres es su superación personal).

Tabla 8. Valores

	Tradicional	No tradicional
Valores	“ <i>Mi meta sería ver a mis hijos hechos unos hombres de bien</i> ” 50%	“ <i>Realizarse como mujer no como madre</i> ” 50%

☞ *Indicador económico y político del empoderamiento*

En cuanto a lo económico, cinco de las mujeres cuentan con un trabajo remunerado y siete no cuentan con un trabajo remunerado, y de ellas, cuatro (33%) no pueden disponer del dinero que ingresa al hogar. Con respecto al indicador político del empoderamiento, solo dos mujeres (16%) conocen los derechos sexuales y reproductivos, y solo una de ellas a pertenecido a una agrupación de la comunidad.

Los resultados obtenidos en esta fase exploratoria, nos sirvieron para operacionalizar los indicadores del empoderamiento y construir el instrumento que se utilizó en la segunda etapa. Cabe mencionar que se hicieron algunas modificaciones; por ejemplo, el indicador de autonomía física (libertad de movimiento) estaba incluido en el indicador de toma de decisiones, sin embargo debido a su relevancia tanto teórica como práctica se decidió incluirlo como un indicador, asimismo se trató de indagar sobre los estilos de enfrentamiento que las mujeres utilizaban pero los resultados no fueron muy claros en esta parte exploratoria, aunque se incluyeron reactivos que evaluaban los distintos estilos de afrontamiento en el instrumento. Por último, los indicadores de valores y roles de género se cambiaron en la segunda parte de la investigación por los indicadores estereotipos de género y las actitudes de género, por considerarse más adecuados y de fácil medición a través de los instrumentos desarrollados por Rocha (2004).

Además, también se indago sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres para probar si los aspectos que se consideraban eran pertinentes a esta investigación. El comportamiento reproductivo se evaluó a través de tres indicadores: comportamiento reproductivo, actitudes hacia la anticoncepción, opinión de la pareja y la familia, quedando descartados los dos últimos para la siguiente fase de la investigación por la extensión de la investigación.

☞ Actitudes hacia la anticoncepción

En cuanto a las actitudes hacia la anticoncepción, se identificaron dos subcategorías: una positiva (a favor de su utilización) y otra negativa (en su contra).

Tabla 9. Actitudes hacia la anticoncepción

	Negativa	Positiva
Actitud hacia la anticoncepción	<p><i>“Aparte del daño que se hacen, yo siento que no se realizan como mujer”</i></p> <p>33%</p>	<p><i>“Que bueno que estamos tomando decisiones más para nosotras, como no quererse embarazar o cuando uno lo decida”</i></p> <p>67%</p>

☞ Opinión de la pareja y la familia.

Se consideró la opinión que la pareja y la familia (Tabla 10) tenían sobre la utilización de anticoncepción, y se consideraron dos subcategorías, una favorable y otra desfavorable, sin embargo algunas participantes no hablan de eso con sus familiares o parejas.

Tabla 10. Opinión de la pareja y la familia

	Actitud favorable a la anticoncepción	Actitud desfavorable a la anticoncepción	No lo hablan
Pareja	<p><i>“Él está en la disposición de utilizar, el que más nos satisfaga”</i></p> <p>58%</p>	<p><i>“El condón no le gusta”</i></p> <p>17%</p>	<p><i>“Nunca lo he platicado con él”</i></p> <p>17%</p>
Familia	<p><i>“Dicen que son necesarios, porque no se puede uno llenar de hijos”</i></p> <p>42%</p>	<p><i>“Mis papás dicen que en la iglesia dicen que los hijos que Dios me de”</i></p> <p>17%</p>	<p><i>“No tenemos esas pláticas”</i></p> <p>33%</p>

☞ *Comportamiento reproductivo-anticonceptivo*

Por último se indagó sobre el comportamiento reproductivo de los participantes, a través del número de hijos de las participantes, el número de métodos anticonceptivos, el tiempo que ha utilizado métodos anticonceptivos y a frecuencia del estudio de papanicolaou (Tabla 11). Cabe mencionar que tres de las mujeres que entrevistamos, mencionaron haber interrumpido sus embarazos; en uno de los casos relata, “...yo pase por una decisión muy difícil, de ahí, tuve la experiencia de que de ese día en adelante yo iba a tomar la decisión porque es mi cuerpo, es mi persona y yo tendría que asumir las consecuencias que conllevara”, y en otro “me inyectaba, pero no tuve para la inyección y salí embarazada, pero me inyecte(para interrumpir el embarazo), porque no quería, he sufrido mucho con mis embarazos, porque han sido de alto riesgo y no quería estar otra vez en el hospital”.

Tabla 11. Comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

	<i>De 1 ó 2 métodos</i>		<i>De 3 a 5 métodos</i>
<i>No. De métodos anticonceptivos utilizados</i>	42%		58%
	Uno	Dos	Tres
<i>No. de hijos</i>	42%	33%	25%
	<i>De 1 a 3 años</i>	<i>De 4 a 6 años</i>	<i>Más de 9 años</i>
<i>Tiempo de utilización de anticonceptivos</i>	42%	33%	25%
	<i>Cada seis meses</i>	<i>Cada año</i>	<i>Más de un año</i>
<i>Frecuencia del estudio de Papanicolaou</i>	33%	25%	42%

CAPÍTULO 5. MÉTODO Y RESULTADOS DE LA ETAPA DE PRUEBA DE HIPOTESIS (SEGUNDA ETAPA).

MÉTODO

Preguntas de investigación específicas

¿Existe relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en las mujeres?

¿Existen diferencias significativas en el empoderamiento en mujeres con y sin trabajo remunerado?

¿Existen diferencias significativas en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado?

¿Existe relación entre el nivel socioeconómico, el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo?

Objetivos de investigación específicos

- Evaluar la relación existe entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en las mujeres
- Establecer si existen diferencias en el empoderamiento en mujeres con o sin trabajo remunerado.
- Establecer si existen diferencias en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con o sin trabajo remunerado.

- Evaluar la relación existe entre el nivel socioeconómico, el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo de las mujeres

Hipótesis

Ho: No existen relación entre el comportamiento reproductivo-anticonceptivo y el empoderamiento de las mujeres.

H1: Existe relación entre el comportamiento reproductivo-anticonceptivo y el empoderamiento de las mujeres.

Ho: No existen diferencias significativas en el empoderamiento en mujeres con y sin trabajo remunerado.

H1: Existen diferencias significativas en el empoderamiento en mujeres con y sin trabajo remunerado.

Ho: No existen diferencias significativas en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

H1: Existen diferencias significativas en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

Ho: No existe relación entre el nivel socioeconómico, el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo de las mujeres.

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico, el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo de las mujeres.

Variables

Variables de clasificación

Trabajo remunerado: Conceptualmente se define como aquella actividad que se realiza y que a cambio de ésta se recibe una retribución o salario (Enciclopedia Barsa, 1980). Operacionalmente es aquella actividad donde se prestan los servicios y se recibe un sueldo a cambio de esta.

Variables

Nivel socioeconómico: Conceptualmente se define como el estrato en la jerarquía de las clases sociales de acuerdo a la economía de la familia (Berko, 2000). Operacionalmente se define por la combinación de los siguientes índices: ingreso familiar mensual, el nivel educativo de la persona y de sus padres.

Empoderamiento: A través de la revisión teórica de autores como Zimmermann (1995), Stromsquist (1997), Stein (1997), Rappaport (1987), se desarrolló la definición siguiente; el empoderamiento es un proceso, a través del cual, las mujeres, en este caso, adquieren el control de sus propias vidas, y de su entorno social a través del reconocimiento de sus necesidades, la construcción de una autoestima positiva, de identificar las creencias, actitudes y las normas que impone la sociedad, del acceso a la información y a los recursos económicos, la participación comunitaria, la autoeficacia, la toma de decisiones, la libertad de movimiento, el control que tengan de sus vidas, y del manejo de las consecuencias negativas y/o positivas que tenga este proceso en su vida (esta definición fue obtenida a través de la revisión teórica realizada por la autora).

Operacionalmente es medido a través de las respuestas que se den a un instrumento realizado por la autora basada en la etapa exploratoria, además se tomaron algunos reactivos de los instrumentos de Casique (2004) y Achach (2000) para los indicadores de toma de decisiones y libertad de movimiento y se tomaron las escalas en su versión corta

desarrolladas por Rocha (2004) para los indicadores de estereotipos y actitudes hacia los roles de género. El instrumento abordó los siguientes indicadores del empoderamiento:

Toma de Decisiones: Janis (1990, en Villagrán, 1993) define a una decisión como toda acción verbal manifiesta socialmente por un compromiso para llevar a cabo una tarea específica o adoptar una línea de conducta determinada en el futuro

Autonomía física (libertad de movimiento): Es la capacidad de la mujer para realizar una determinada actividad, sin requerir del consentimiento de su esposo (Casique, 2004).

Autoeficacia: Es la creencia de que se pueden dominar las situaciones y controlar los sucesos y se ha comprobado que influye en el desempeño (Bandura, 1982, en Kimble et al, 2002).

Estilos de enfrentamiento: El estilo de enfrentamiento, es un recurso de enfrentamiento interno, que consiste en la tendencia general de la persona de negociar con lo eventos estresantes dentro de un camino particular (López, 1999).

Autoestima: Rosenberg (1965, en Mruk, 1999) define a la autoestima como la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación.

Control: Son las creencias acerca de la habilidad para ejercer influencia en diferentes esferas de la propia vida como la familia, trabajo y contexto sociopolítico (Paulhus, 1983, en Zimmerman,1995).

Nivel de información (sobre reproducción y anticoncepción): Son los conocimientos que posee una persona con respecto a un tema en particular, es decir, es la información organizada o no organizada que las personas poseen sobre algún tema o un conjunto de temas, que puede o no estar relacionado con la objetividad y con la información documentada (Achach, 2002).

Estereotipos de género: Los estereotipos de género reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, los rasgos, las características o

atributos que caracterizan y distinguen a los hombres de las mujeres (Delgado, Bustos y Novoa, 1998, en Rocha, 2004)

Actitudes hacia el rol de género: En el campo del género, las actitudes de acuerdo con Hegelson (2002, en Rocha, 2004) y Lips (2001, en Rocha, 2004), abordan la creencia de cómo deberían comportarse mujeres y hombres.

Participación de la pareja en los quehaceres domésticos

Faceta económica del empoderamiento: El componente económico requiere “que las mujeres tengan la capacidad de comprometerse con una actividad productiva que les brindará algún grado de autonomía financiera” (Stromsquist, 1997).

Faceta política del empoderamiento: El componente o indicador político “supone la habilidad para analizar el medio circundante en términos políticos y sociales; esto también significa la habilidad para organizar y movilizar cambios sociales” (Stromsquist, 1997, p.82).

Comportamiento reproductivo-anticonceptivo: Conceptualmente se define como la trayectoria o historia reproductiva y anticonceptiva de las mujeres, es decir, las características que describen los eventos reproductivos que se presentaron a lo largo de su vida (Sánchez, 2003). Operacionalmente es medido a través de algunos reactivos desarrollados por Sánchez (2003) que abordan la utilización o no de métodos anticonceptivos y el número de métodos anticonceptivos utilizados, los métodos que utilizaron y la edad de utilización, el número de hijos, la existencia y el número de embarazos no planeados, la expectativa del número de hijos, el número de hijos que piensa tener en un futuro y la frecuencia de realización del papanicolaou.

Muestra

Tipo de selección de la muestra: Intencional y no probabilístico.

Participantes: La muestra tiene las siguientes características de inclusión: mujeres, de 25 a 35 años (ya que es un rango de edad en el cual las mujeres se encuentran en una edad fértil), que vivan con su pareja y que tengan hijos.

En una segunda etapa, se aplicó un inventario a 93 mujeres, de 25 a 35 años, que vivan con su pareja, y que tengan hijos. En cuanto a su actividad, el 54.8% (51) de las mujeres tienen un trabajo remunerado y 45.2% (42) son amas de casa. Dentro las ocupaciones de las mujeres que trabajan, el 17.64% es profesionista ó profesora, el 52.9% es empleada y el 29.41% se autoemplea. El ingreso promedio de las mujeres que trabajan es de \$4,078 pesos, siendo el ingreso menor de \$1000 y el mayor de \$25000.

En cuanto el rango de edad, ya estaba establecido de 25 a 35 años, sin embargo, en la siguiente tabla se muestra la distribución de las edades de las mujeres que cuentan o no con un trabajo remunerado dividido en dos rangos de edad: 25 a 30 años y de 30 a 35 años (Tabla 12). En esta podemos observar que las medias de edad así como la desviación estándar, de las dos muestras son iguales.

Tabla 12. Distribución y medias de edad por grupos.

Rango de edad	Grupo	Frecuencia	Porcentaje
25-30 años	Trabaja	25	50 %
	No trabaja	18	43.8 %
31-35 años	Trabaja	25	50%
	No trabaja	23	56.2 %
Trabajan $x = 30.74$ $S = 3.45$		No trabajan $x = 30.78$ $S = 3.51$	

En cuanto a la distribución de la escolaridad (Tabla 13), se observa que las mujeres que trabajan y no trabajan de forma remunerada, muestran distribuciones similares en los niveles educativos básicos (primaria y secundaria), sin embargo desde el bachillerato se muestran diferencias importantes, en donde el 40% de las mujeres que no trabajan tienen estudios de bachillerato trunco y las mujeres que trabajan muestran un mayor porcentaje de estudios profesionales truncos y terminados (7.8% y 19.6%).

Tabla 13. Distribución de escolaridad por grupo.

Escolaridad	Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	Trabajan	3	5.9%
	No trabajan	2	4.8%
Secundaria	Trabajan	13	25.5 %
	No trabajan	13	31%
Preparatoria trunca	Trabajan	10	19.6%
	No trabajan	17	40.5%
Preparatoria terminada	Trabajan	10	19.6%
	No trabajan	7	16.7%
Carrera profesional trunca	Trabajan	4	7.8%
	No trabajan	1	2.4%
Carrera profesional completa	Trabajan	10	19.6%
	No trabajan	2	4.8%
Posgrado	Trabajan	1	2%
	No trabajan	0	0%

Con respecto al número de hijos, en ambas muestras (mujeres que trabajan y que no trabajan), la media fue de dos hijos por cada mujer. En la tabla 14 se muestra la distribución de frecuencias para las dos muestras

Tabla 14. Distribución de frecuencias y medias de número de hijos por grupo.

No de hijos	Grupo	Frecuencia	Porcentaje
1	Trabaja	16	31.4%
	No trabaja	11	26.2%
2	Trabaja	23	45.1%
	No trabaja	23	54.8%
3	Trabaja	9	17.6%
	No trabaja	5	11.9%
4	Trabaja	2	3.9%
	No trabaja	3	7.1%
5	Trabaja	1	2%
	No trabaja	0	0%

Tipo de Estudio:

En una segunda etapa fue un estudio no experimental, correlacional y comparativo .

Tipo de Diseño

En la segunda etapa, el diseño fue de dos muestras independientes.

Descripción y características de los instrumentos

En la segunda etapa de la investigación se utilizó un inventario que se encuentra en el Anexo, que contenía tres secciones, la primera sección contiene reactivos sobre los datos socioeconómicos, la segunda sección evalúa el empoderamiento y la tercera sección, el comportamiento reproductivo, para la cual se tomaron algunos reactivos de de Sánchez (2003). A continuación se describen a detalle cada una de las secciones del instrumento:

Datos socioeconómicos: Consta de reactivos sobre el nivel educativo de la mujer y de su pareja, así como de los padres de ella, el ingreso familiar y las pertenencias que posee (televisión, automóviles, cuartos), que miden el nivel socioeconómico de la mujer.

La segunda sección que evalúa el empoderamiento, contiene los siguientes indicadores:

Toma de decisiones: Consta de 11 reactivos sobre el papel que tiene la mujer en la toma de decisiones en su hogar y en su vida reproductiva, con tres posibles respuestas: yo, mi pareja, ambos. Se asignó el valor 1 cuando la pareja toma la decisión, 2 cuando la decisión es tomada por ambos y 3 cuando la decisión es tomada por la mujer, es decir a mayor poder de decisión de la mujer, mayor puntaje. Tiene un alfa general de .80. La validez se obtuvo a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, y se obtuvieron dos factores que explican el 44% de la varianza total : toma de decisiones familiar y toma de decisiones anticonceptivas y reproductivas, con reactivos con pesos factoriales superiores a .40, y se muestran en las tablas 15 y 16.

Tabla 15. Alfa de Cronbach y número de reactivos que conforman los factores

Factor	Alfa	Reactivos
Toma de decisiones reproductivas	.83	5
Toma de decisiones familiares	.69	6

Tabla 16. Reactivos que conforman cada factor y sus pesos factoriales.

No. de reactivo	Factor	Peso Factorial
	<i>Decisiones reproductivas</i>	
8	Quién decide que método utilizaran	.842
9	Quién decide quién lo utilizara	.795
7	Quién decide si utilizaran o no métodos anticonceptivos	.772
10	Quién decide cuántos hijos tener	.672
11	Quién decide cada cuando tener hijos	.666
	<i>Decisiones familiares</i>	
6	Quién establece las reglas	.827
3	Quién decide como resolver los problemas	.800
2	Quién decide como se gasta el dinero	.598
5	Quien decide sobre los hijos	.567
4	Quien decide cuando tener relaciones sexuales	.517
1	Quién decide si usted trabaja	.457
$\alpha = .80$ Varianza explicada = 40%		

Autonomía física (Libertad de movimiento): Consta de 8 reactivos referidas a si la mujer pide o no permiso a la pareja para realizar distintas actividades, con cuatro posibles respuestas: no pide permiso, avisa, pide permiso, no va sin él. Se asignó el valor de 4 a no pide permiso, 3 a avisa, 2 a pide permiso, 1 a no va sin él; es decir a mayor puntuación, mayor autonomía física. Para obtener la validez se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, arrojándonos un solo factor, los pesos

factoriales de los reactivos son superiores al .40 (Tabla 17). Su consistencia interna de $\alpha = .86$

Tabla 17. Reactivos que conforman el factor y sus pesos factoriales

No. De reactivo	Factor Libertad de movimiento	Peso factorial
7	Participar en actividades sociales	.803
2	Visitar a sus parientes	.789
6	Salir con hijos	.750
8	Si quiere ir a alguna fiesta	.713
3	Visitar a alguna amistad	.703
1	Ir de compras	.679
5	Salir sola de noche	.654
4	Salir sola de día	.609

Control: Consta de 4 preguntas sobre el control que tiene la mujer en diferentes aspectos de la vida, las respuestas están dadas en una escala Likert pictórica de cinco puntos, en donde a mayor puntuación mayor control tienen las mujeres. Para obtener la validez se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, arrojándonos un solo factor, los pesos factoriales de los reactivos son superiores al .40 (Tabla 18). Su consistencia interna es de $\alpha = .75$

Tabla 18. Reactivos que conforman el factor y sus pesos factoriales.

No de reactivo	Factor Control	Peso factorial
3	Control sobre actividades	.804
2	Control sobre el dinero	.785
1	Control sobre su cuerpo	.748
4	Control sobre su hogar	.687

Nivel de información: En esta sección se pidió a los participantes que escribieran los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y los lugares donde los pudieran asesorar sobre el uso de métodos anticonceptivos que conocieran. El puntaje de esta escala esta dividido en tres: el número total de métodos anticonceptivos, el número de enfermedades de transmisión sexual que mencionan y el número de lugares en donde las pudieran asesorar. El puntaje obtenido el número de métodos, enfermedades y los lugares mencionados de forma correcta, y una mayor puntuación nos indica un mayor nivel de información.

Estilos de enfrentamiento: Esta sección está conformada por cinco reactivos desarrollado a partir de cinco categorías de enfrentamiento desarrollada por López (1999) a través de un estudio cualitativo, obtenidas por un análisis interjueces: enfrentamiento orientado al problema (analizar la situación), enfrentamiento autoafirmativo, enfrentamiento dirigido a la emoción positiva, enfrentamiento dirigido a la emoción negativa, enfrentamiento soporte social.

Estereotipos de Género, elaborada por Rocha (2004), que consta de 20 reactivos en su versión corta para obtener el grado de estereotipamiento general por lo que solo tiene un factor, la forma de respuestas se encuentra en un formato tipo Likert de 5 opciones de total acuerdo a total desacuerdo. Un mayor puntaje en esta escala nos indica un mayor estereotipamiento. Tiene una consistencia interna de .93. La validez está dada por un estudio realizado anteriormente por Rocha (2004)

Autoestima: Consta de 6 reactivos, de diferencial semántico, el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal nos arrojo dos factores (Tabla 19) que nos explican el 91% de la varianza, el primero hace referencia al cuerpo y el segundo hace referencia a su carácter. Tiene una consistencia interna de $\alpha = .90$

Tabla 19. Alfa de Cronbach y número de reactivos que conforman los factores

Factor	Alfa	Reactivos
Autoestima- cuerpo	.94	3
Autoestima-carácter	.94	3

En este indicador se incluyeron de forma adicional, dos preguntas cerradas sobre la satisfacción sobre su vida y lo que habían hecho, en una escala de 1 a 4, en donde 4 es muy satisfecha.

Autoeficacia: Consta de dos reactivos sobre que tan capaces son para colocar un condón y para tomar pastillas anticonceptivas, con tres opciones de respuesta de totalmente capaz a nada capaz, y una pregunta abierta en donde se les pide que describan como utilizan el

método anticonceptivo que emplea . La correlación entre los dos reactivos es de .265 con un significancia de .05 .

Actitudes hacia el rol de género, elaborada por Rocha 2004, consta de 20 reactivos en sus versión corta, en formato de respuesta likert con cinco opciones, obteniéndose tres factores (Tabla 20): actitudes favorables hacia los roles tradicionales con un alfa de .80 (evaluación positiva hacia la ejecución y permanencia de roles que corresponde a los estereotipos de género), actitudes favorables hacia la equidad de género con un alfa de .74 (evaluación positiva hacia una ejecución más proporcional e igualitaria entre los roles de mujeres y hombres) y actitudes favorables hacia el empoderamiento con un alfa de .81 (evaluación positiva hacia la posibilidad de que la mujer se vuelva dueña de sí misma). Cabe mencionar que se utilizaron los mismos factores del instrumento original. Estos tres factores explicaron el 46.15 % de la varianza.

Tabla 20. Alfa de Cronbach y número de reactivos que conforman los factores.

Factor	Alfa	Reactivos
Actitudes favorables hacia los roles tradicionales	.80	7
Actitudes favorables hacia la equidad de género	.74	7
Actitudes favorables hacia el empoderamiento	.81	6

Participación de la pareja en los quehaceres: Consta de dos preguntas cerradas sobre el número de tareas en las que la pareja participa y la frecuencia en que su pareja las realiza.

Faceta política: Consta de dos preguntas cerradas sobre la pertenencia a algún grupo o organización y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y otra abierta sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Faceta económica: Consta de dos preguntas acerca de sus ingresos y otra acerca del porcentaje que ellas destinan de sus ingresos a su hogar (sólo para las mujeres que tienen un trabajo remunerado).

La tercera sección abarca el comportamiento reproductivo:

Comportamiento reproductivo: Consta de diez preguntas abiertas acerca de los métodos anticonceptivos utilizados, el motivo, la edad y el tiempo que los utilizó, el número de embarazos no planeados, los hijos que pensaba tener, y la frecuencia con que se realiza el papanicolau; y once preguntas cerradas sobre la utilización de métodos anticonceptivos, la existencia de embarazos no deseados, si piensa tener más hijos, la frecuencia con que su pareja utiliza el condón, y si conoce y se realiza con regularidad el estudio de papanicolau.

Estrategia o procedimiento

En la segunda etapa se buscaron lugares donde las mujeres concurrieran para poder aplicarles el inventario, por lo que se recurrió a centros deportivos y al Instituto de las Mujeres de la delegación Benito Juárez para la aplicación.

RESULTADOS

Diferencias en el empoderamiento en mujeres con y sin trabajo remunerado.

Se aplicó una prueba t de Student para encontrar las diferencias en el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo entre mujeres que cuentan o no con un trabajo remunerado. En cuanto al empoderamiento (Tabla 21), encontramos que las mujeres que trabajan tienen una mayor participación en la toma de decisiones familiares que las que no lo hacen, aunque el valor de la media nos indica que en ambos casos el valor es intermedio, ya que el nivel más bajo en nuestra escala es 1 y el más alto es 3; asimismo la participación de las parejas en las tareas domésticas es mayor en las mujeres que trabajan, además las mujeres que trabajan tienen un mayor nivel de información sobre las infecciones de transmisión sexual aunque en ambos casos se encuentran por arriba de la media y sobre los lugares en donde se les puede brindar información sobre los métodos anticonceptivos, aunque en ambos casos por debajo de la media teórica.

Tabla 21. Diferencias en el empoderamiento por trabajo

Indicadores	Grupo	Media	Media teórica	T	Significancia
Toma de decisiones (Familiares)	Trabaja	2.37	2 Rango de puntuación de 1 a 3	2.910	.005**
	No trabaja	2.20			
Tareas domésticas en las que el hombre colabora	Trabaja	2.47	2.5 Rango de puntuación de 0 a 5	2.705	.008**
	No trabaja	1.74			
Conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual	Trabaja	3.86	2.5 Rango de puntuación de 0 a 5	2.141	.035*
	No trabaja	3.26			
Conocimiento de lugares en donde se da información sobre métodos anticonceptivos	Trabaja	1.64	2 Rango de puntuación de 0 a 4	2.403	.018*
	No trabaja	1.26			

** $p \leq 0.01$ (2 colas) * $p \leq 0.05$ (2 colas)

Para obtener las diferencias en el empoderamiento político se utilizó una chi cuadrada pero los resultados no fueron significativos, sin embargo en cuanto al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el 40% de las mujeres que trabajan refieren conocerlos mientras que solo el 21% de las mujeres que no trabajan lo hacen, cabe mencionar que en ambos grupos la participación en alguna organización es menor al 10%.

Diferencias en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado

En cuanto al comportamiento reproductivo-anticonceptivo, sólo se encontraron diferencias significativas en el número de métodos anticonceptivos utilizados por sus parejas (cuyo rango es de 0 a 2 métodos anticonceptivos), siendo mayor para las mujeres que trabajan, aunque en ambos grupos las medias son menores de 1, lo que nos estaría indicando que para ambos grupos la utilización de métodos anticonceptivos masculinos (condón o vasectomía) es muy bajo.

Tabla 22. Diferencias en el comportamiento reproductivo por trabajo

Indicadores	Grupo	Media	T	Significancia
No de métodos anticonceptivos utilizados por sus parejas	Trabajan	.72	2.201	0.03*
	No trabajan	.46		

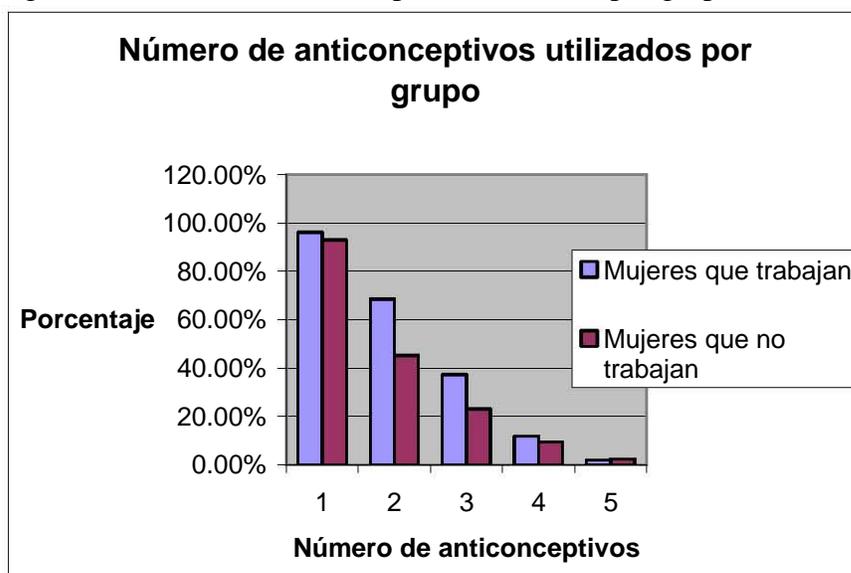
* $p \leq 0.05$ (2 colas).

A pesar de que no existen diferencias significativas en algunos indicadores del comportamiento reproductivo-anticonceptivo, a continuación se observan los porcentajes de algunos de ellos en donde se muestran algunas diferencias entre las mujeres que tienen o no un trabajo remunerado.

Número de métodos anticonceptivos utilizados

En cuanto al número de anticonceptivos utilizados, en ambas muestras, las mujeres utilizaron de 1 a 5 métodos anticonceptivos, y la mayoría de las mujeres han utilizado por lo menos un método anticonceptivo, sin embargo en las mujeres que no trabajan, se nota una disminución más drástica en la utilización de dos o más anticonceptivos en comparación a las mujeres que trabajan. En la figura 1 se muestran los porcentajes del número de anticonceptivos utilizados por cada grupo.

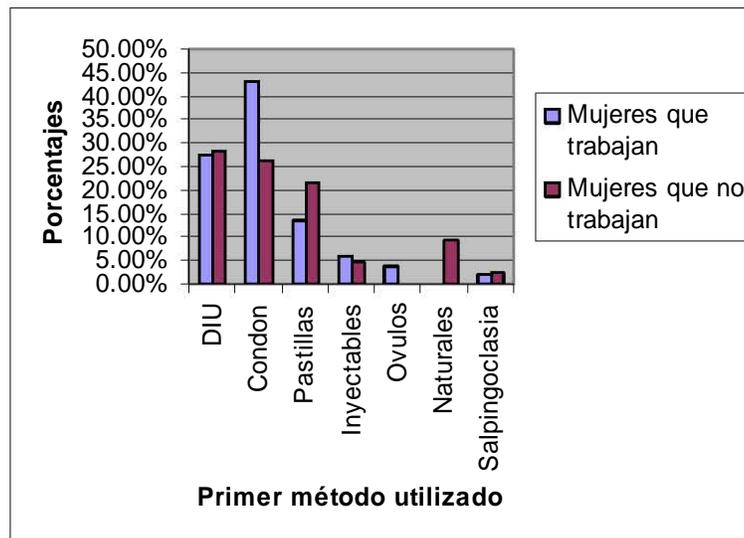
Figura 1. Número de anticonceptivos utilizados por grupo.



Primer método anticonceptivo utilizado

En cuanto al primer método utilizado por las mujeres, presentamos la tabla 24, en la cual podemos observar que las mujeres que trabajan utilizaron más el condón que las mujeres que no trabajan, siendo este método el de mayor frecuencia para este grupo; mientras que las mujeres que no trabajan utilizaron más el dispositivo intrauterino. Cabe mencionar que en ninguno de los grupos, se reporta la utilización del condón femenino, o los implantes.

Figura 2. Primer método anticonceptivo utilizado por grupos



Con respecto a los subsecuentes métodos anticonceptivos utilizados, el porcentaje de métodos anticonceptivos definitivos; sin embargo, sólo en el grupo de las mujeres que trabajan, se utilizo la vasectomía en cinco casos.

Momento de utilización del primer anticonceptivo

En cuanto al momento de utilización del primer anticonceptivo, se presenta la tabla 25, en la cual podemos observar que las mujeres que trabajan reportan con mayor frecuencia que utilizaron métodos anticonceptivos desde su primera relación sexual que las mujeres que no trabajan.

Tabla 23. Distribución de frecuencias del momento de utilización del primer anticonceptivo

Momento de utilización	Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Después del primer hijo	Trabaja	16	31.4%
	No trabaja	13	30.9%
Cuando se casaron	Trabaja	7	13.7%
	No trabaja	8	19.8%
Primera relación sexual	Trabaja	21	41.2%
	No trabaja	13	31%

Presencia de embarazos no planeados

En cuanto a la presencia de embarazos no planeados, un 51% de las mujeres que trabajan menciona que si tuvieron por lo menos un embarazo no planeado, comparado con un 45.2% de las mujeres que no trabajan, y en cuanto a la media de embarazos no planeados, en ambos casos, es de uno.

Examen de Papanicolaou

En cuanto al examen de Papanicolaou, el 90.2% de las mujeres que trabajan menciona haberse realizado el estudio, comparado con el 92.9% de las mujeres que no trabajan. Sin embargo al preguntárseles si se realizan el examen con regularidad solo el 71.4% de las mujeres que no trabajan y el 72.5% de las mujeres que trabajan mencionan que lo hacen con regularidad.

Correlación entre los indicadores de empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Para saber que relación existe entre los diferentes indicadores de empoderamiento se realizó una correlación producto-momento de Pearson, para toda la muestra. En la tabla 24 podemos observar que la toma de decisiones familiares y la toma de decisiones reproductivas están relacionadas entre ellas y con la libertad de movimiento, además la toma de decisiones familiares está relacionada con la autoestima y las actitudes hacia el empoderamiento, a su vez la libertad de movimiento se relaciona con la autoeficacia y las actitudes hacia el empoderamiento. El indicador de control esta relacionado de forma negativa con los estereotipos de género, y de forma positiva con las actitudes hacia la equidad y el empoderamiento, y con el nivel de información que poseen sobre métodos

anticonceptivos y sobre los lugares donde les pueden proveer de información. La autoeficacia se relaciona con las actitudes hacia la equidad y el nivel de información sobre los métodos anticonceptivos. Los estereotipos de género se relacionan de forma positiva con las actitudes hacia el rol de género, y de forma negativa con las actitudes hacia la equidad y el empoderamiento, con el nivel de información sobre métodos, ITS y lugares en donde provean información sobre métodos anticonceptivos, a su vez estas últimas correlaciones se presentan en las actitudes tradicionales hacia el rol de género. Las actitudes hacia la equidad se relacionan con las actitudes hacia el empoderamiento y con el nivel de información que las mujeres poseen sobre métodos y los lugares. Los conocimientos sobre métodos, infecciones y lugares en donde se provee información se relacionan entre ellos.

Tabla 24. Correlación entre los distintos indicadores de empoderamiento.

	Toma de decisión familiar	Toma de decisión reproductiva	Libertad de movimiento	Control	Autoestima	Autoeficacia	Esterotipos de género	Actitudes trad. hacia el rol de género	Actitudes hacia la equidad de género	Actitudes hacia el empoderamiento	Conoc. Método	Conoc. ITS	Conoc. Lugar
Toma de decisión familiar		.43**	.30**	.10	.24*	.09	-.05	-.14	.15	.21*	.08	-.08	.05
Toma de decisión reproductiva			.49**	.04	.16	.11	-.04	-.10	.02	.13	-.03	-.05	.06
Libertad de movimiento				-.16	.01	.24*	-.05	-.13	.17	.24*	-.16	-.07	.02
Control					.20	-.06	-.31**	-.20	.30**	.31**	.31**	.10	.22*
Autoestima						.07	.03	.02	-.05	.03	.11	-.13	.09
Autoeficacia							-.21	-.10	.21*	.11	.23*	.20	.22*
Esterotipo de género								.61**	-.54**	-.49**	-.29**	-.28*	-.28*
Actitudes trad. hacia el rol de género									-.56**	-.55**	-.32**	-.25*	-.20
Actitudes hacia la equidad de género										.67**	.28**	.29*	.22*
Actitudes hacia el empoderamiento											.25*	.160	.28**
Conoc. métodos												.51**	.49**
Conoc. ITS													.34**
Conoc. Lugar													

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Para analizar la relación entre empoderamiento y comportamiento reproductivo-anticonceptivo se realizó una correlación producto-momento de Pearson, y debido a que las mujeres que trabajan y no trabajan muestran patrones diferentes en estas correlaciones, se muestran las correlaciones por cada indicador ó conjunto de indicadores del empoderamiento para cada grupo.

☞ Nivel de información

En cuanto al nivel de información, que esta medido por tres indicadores: nivel de información sobre métodos anticonceptivos, nivel de información sobre ITS (infecciones de transmisión sexual), y el nivel de información sobre los lugares donde pueden obtener información sobre métodos anticonceptivos; podemos observar en la Tabla 25 que en las mujeres que trabajan un mayor nivel de información sobre métodos y lugares que proveen información está relacionado con un mayor control y con una mayor autoeficacia anticonceptiva, un menor grado de estereotipamiento de género, una actitud más positiva a la equidad y una mayor participación del hombre en las tareas del hogar, a su vez el nivel de información sobre métodos se relaciona con una mayor utilización de métodos por las mujeres y en general, además los tres indicadores de nivel de información están relacionados entre sí. En las mujeres que no trabajan el nivel de información sobre ITS y métodos están relacionados con una mayor participación de los hombres en las tareas del hogar y una mayor utilización de métodos, asimismo el nivel de información sobre ITS está relacionado de forma positiva con las actitudes hacia la equidad y con el número de métodos anticonceptivos masculinos; y el nivel de información sobre métodos está relacionada de forma negativa con las actitudes tradicionales y con el número de embarazos no deseados, y de forma positiva con los métodos utilizados por las mujeres (al igual que las mujeres que trabajan).

Tabla 25. Correlación de nivel de información, otros indicadores de empoderamiento y comportamiento reproductivo- anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Conoc. Métodos	Conoc. lugares	Conoc. ITS	Actitud Equidad	Estereotipos de genero	Participación del hombre	Métodos utilizados por mujeres	No. de métodos utilizados	Autoeficacia anticonceptiva	Control
Conoc. Métodos		.563**	.377**	.292*	-.329**	.309*	.411**	.425**	.333*	.391**
Conoc. Lugares	.294		.334*	.373**	-.315*	.284*	.166	.148	.361*	.319*
Conoc. ITS	.663**	.245		.235	-.313*	.182	.183	.215	.209	.112
Actitud equidad	.274	-.027	.366**		-.599**	.389*	.082	.195	.236	.315*
Actitudes tradicionales	-.547**	-.268	-.160	-.439**		-.252	-.144	-.243	-.223	-.138
Tareas hechas por el hombre	.372*	-.039	.306*	.014	.020		-.081	.133	.170	-.193
Métodos utilizado por las mujeres	.502**	.043	.075	.288	-.426*	.169		.805**	.282	.063
No. de métodos utilizados	.577**	.083	.314*	.182	-.365*	.133	.797**		.312*	.110
Métodos masculino	.081	-.086	.363*	-.023	-.045	.105	-.060	.437**		.089
No. de embarazos no planeados	-.661**	-.483	-.302	-.170	.361	-.317	-.450	-.288	-.137	

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

☞ *Toma de decisiones y autonomía física*

En cuanto a la toma de decisiones que está conformada por dos factores ; toma de decisión familiar y toma de decisión reproductiva, y la autonomía física (libertad de movimiento), podemos observar en la Tabla 26, que las mujeres que trabajan presentan una relación positiva entre la autonomía física y la toma de decisiones (tanto familiares como reproductivas) así como con la autoeficacia anticonceptiva, además a mayor poder de decisión familiar existe una mayor toma de decisiones reproductivas, una mayor autoestima, una actitud más positiva hacia el empoderamiento y un menor tiempo entre cada examen de Papanicolaou (este último también relacionado con la toma de decisiones reproductivas) sin embargo a mayor toma de decisiones reproductivas se quieren más hijos en un futuro; mientras que las mujeres que no trabajan presentan una relación positiva entre la libertad de movimiento y el número de métodos masculinos, sin embargo existe una relación negativa con la satisfacción y el número de tareas domésticas en las que el hombre colabora, asimismo se presenta una relación negativa entre la toma de decisiones familiares con la satisfacción.

Tabla 26. Correlaciones de toma de decisiones y autonomía, con otros indicadores de empoderamiento y comportamiento reproductivo- anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Libertad de movimiento	Toma de decisión Familiar	Toma de decisión Reproductiva	Auto eficacia anticonceptiva	Auto estima carácter	Actitud hacia el empoderamiento	Cuantos hijos más	Frecuencia Del Papanicolau
Libertad de movimiento		.395**	.621**	.317*	.060	.255		-.246
Toma de decisiones familiar	.193		.604**	.075	.408**	.330*	-.059	-.507**
Toma de decisiones reproductiva	.168	-.100		.166	.253	.071	.861*	-.369**
Tareas hechas por el hombre	-.437*	-.154	-.173		-.169	.230	-.756*	.026
Satisfacción con lo hecho	-.481*	-.373*	-.061	-.188		-.090	.218	-.297
Métodos masculinos	.468**	.172	-.140	.386*			-.655	.053

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior

☞ *Control y Autoeficacia*

Con respecto al control y la autoeficacia anticonceptiva como podemos observar en la Tabla 27, las mujeres que trabajan muestran que a mayor control existe una mayor satisfacción con lo realizado, una actitud positiva hacia la equidad y hacia el empoderamiento, y una mayor autoestima, así como un menor número de hijos y estereotipamiento de género; además a mayor autoeficacia anticonceptiva, hay un mayor nivel de información, mayor satisfacción con su vida, una actitud positiva hacia el empoderamiento (con una significancia marginal), conocen más derechos sexuales y reproductivos, existe una mayor utilización de métodos anticonceptivos y un menor tiempo entre cada examen de Papanicolaou. En las mujeres que no trabajan a mayor control en sus vidas hay una mayor satisfacción (lo que también se encontró en las mujeres que trabajan), utilizan más métodos anticonceptivos femeninos, y quieren menos hijos en un futuro, sin embargo hay una relación negativa con el número de métodos anticonceptivos masculinos, además a mayor autoeficacia anticonceptiva, las mujeres tienen menos hijos y se utilizan más métodos anticonceptivos masculinos.

Tabla 27. Correlaciones entre control, autoeficacia, otras variables de empoderamiento y comportamiento reproductivo- anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Control	Auto-eficacia anticonceptiva	Satisfacción con su vida	Estereotipos de género	Actitud hacia la equidad	Actitud hacia el empoderamiento	No de hijos	No. de derechos sexuales	Auto estima carácter	No. de métodos utilizados	Frecuencia del Papanicolaou
Control		.187	.317*	-.340*	.315*	.362**	-.372**	.189	.340*	.110	-.097
Auto Eficacia	-.292		.431**	-.208	.236	.265 ^a <i>p</i> =.066	-.085	.412**	.012	.312*	-.313*
Satisfacción con lo hecho	.346*	-.188		.049	-.181	-.090	.131	.007	-.030	.086	-.297
No. de métodos Masculinos	-.387*	.386*	-.079		.077	-.035	.173	.201	-.158	.327*	.053
No. de métodos Mujeres	.429**	.103	.116	-.426*		-.004	.211	-.002	-.151	.805**	-.015
No. hijos más	-.865*	.447	.342		-.484		-.347	-.282	.189	-.404	
No. de hijos	.240	-.323*	.312	.058	.037	.178		-.181	.064	.079	-.180

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

a. Significancia marginal.

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior

☞ *Estereotipos de género y actitudes hacia el rol de género.*

Con respecto a los estereotipos de género y a las actitudes hacia el rol de género, tanto en las mujeres que trabajan como en las que no trabajan, a mayor grado de estereotipamiento de género, las mujeres presentan actitudes favorables hacia los roles tradicionales de género y actitudes desfavorables hacia la equidad de género y hacia el empoderamiento, asimismo las actitudes favorables hacia los roles tradicionales están relacionadas de forma negativa con las actitudes hacia la equidad y el empoderamiento, mismas que están relacionadas de forma positiva. Además para las mujeres que trabajan a mayor grado de estereotipamiento de género, hay una menor participación en las tareas domésticas por los hombres, un menor nivel socioeconómico, un menor conocimiento de sus derechos sexuales y un mayor número de hijos (esta última correlación tiene una significancia marginal), sin embargo la actitud favorable hacia la equidad de género está relacionada con un menor número de hijos y con una mayor participación de los hombres en las tareas domésticas. Cabe mencionar que en las mujeres que no trabajan, el nivel socioeconómico está relacionado de forma negativa con los estereotipos de género (lo que también se presenta en las mujeres que trabajan) y con las actitudes favorables hacia los roles tradicionales de género, y de forma positiva con la actitud hacia la equidad y el empoderamiento, y que el número de métodos anticonceptivos utilizados en total y por las mujeres está relacionado de forma negativa con los estereotipos de género y con las actitudes tradicionales y de forma positiva con las actitudes hacia el empoderamiento.

Tabla 28. Correlaciones entre estereotipos de género, actitudes hacia los roles de género, otros indicadores de empoderamiento, nivel socioeconómico y comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Estereotipos de género	Actitudes tradicionales	Actitudes hacia la equidad	Actitudes hacia el empoderamiento	Nivel Socioeconómico	Participación del hombre en los quehaceres	No. de Derechos Sexuales	No. de hijos
Estereotipos de género		.656**	-.599**	-.491**	-.349*	-.361**	-.373**	.283 ^a <i>p</i> = .054
Actitudes tradicionales	.543**		-.665**	-.588**	.050	-.252	-.057	.130
Actitudes hacia la equidad	-.461*	-.439**		.732**	.165	.389**	.212	-.296*
Actitudes hacia el empoderamiento	-.489**	-.496**	.610**		.129	.230	.272	-.242
Nivel socioeconómico	-.414*	-.360*	.351*	.460**		.392**	.354*	-.233
No. De métodos utilizados	-.365**	-.504**	.182	.334*	.427**		.127	.079
Métodos utilizados por mujeres	-.426*	-.545**	.288	.376*	.315	.20		.211

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

a. Significancia marginal

Autoestima

Con respecto a la autoestima, que a su vez está dividido en cuatro secciones (evaluación de su carácter y de su cuerpo, y satisfacción con su vida y con lo que han hecho), encontramos en las mujeres que trabajan que a una mayor estima de su cuerpo más satisfechas se sienten con su vida y con lo que han hecho, y piensan en tener menos hijos, además entre más satisfechas estén con sus vidas tienen menos hijos, menos embarazos no planeados y esperan menos tiempo entre cada examen de Papanicolaou, sin embargo entre más satisfechas se sientan con lo que han hecho tienen actitudes favorables hacia los roles tradicionales. En las mujeres que no trabajan sólo se presentan correlaciones entre los factores de autoestima y las preguntas de satisfacción.

Tabla 29. Correlaciones entre los indicadores de autoestima y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Auto estima (carácter)	Auto estima (cuerpo)	Satisfacción (con lo hecho)	Satisfacción (con su vida)	Actitudes Tradicionales	No. de hijos que pensaba tener	No. hijos	No. de embarazos no Planeados	Frecuencia de Papanicolaou
Auto estima carácter		.390**	-.030	.233	-.002	.166	.064	-.136	-.196
Auto estima (cuerpo)	.686**		.425**	.389**	.016	-.333*	.150	-.165	-.277
Satisfacción (con lo hecho)	.068	.248		.672**	.314*	-.086	-.131	-.245	-.297
Satisfacción (con su vida)	-.030	.125	.528**		.137	.133	-.286*	-.563**	-.340*

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

☞ *Estilos de enfrentamiento*

En cuanto a los estilos de enfrentamiento, se encontró que en todas las mujeres de nuestra muestra el enfrentamiento orientado al problema está relacionado de forma positiva con el enfrentamiento autoafirmativo y la autoestima, mientras que el enfrentamiento dirigido a la emoción positiva está relacionado de forma positiva con el enfrentamiento orientado al problema y al autoafirmativo. En las mujeres que trabajan, el enfrentamiento autoafirmativo y el enfrentamiento dirigido a la emoción positiva están relacionados con la autoestima, y el enfrentamiento dirigido a la emoción negativa esta relacionado con los estereotipos de género (de forma negativa) y con el control, y en cuanto a la conducta reproductiva, existe una relación negativa entre el enfrentamiento autoafirmativo y la edad de utilización del primer método anticonceptivo. En las mujeres que no trabajan, el soporte social esta relacionado con el número de embarazos no planeados y el enfrentamiento dirigido a la emoción positiva esta relacionado con el número de hijos que se planea tener en un futuro.

Tabla 30. Correlación entre los estilos de enfrentamiento, otros indicadores de empoderamiento y comportamiento reproductivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Enfrent. Orientado al Problema	Enfrent. Autoafirmativo	Enfrent. a la emoción positiva	Soporte social	Enfrent. a la emoción negativa	Autoestima cuerpo	Estereo tipos de género	Control	Edad primer anticonceptivo
Enfrent. Orientado al problema		.515**	.425**	.193	-.179	.319*	.002	.248	.229
Enfrent. Autoafirmativo	.462**		.346*	.011	.100	.333*	-.107	.160	-.327*
Enfrent. a la emoción positiva	.444**	.349*		.345*	-.230	.479**	.124	.004	-.304*
Soporte social	.130	.202	.147		-.160	.059	.138	.040	-.323*
Enfrent. a la emoción negativa	.198	.262	.393*	.245		.059	-.489**	.352*	.088
Autoestima cuerpo	.500**	.074	.303	.013	.146		.089	-.237	.053
No. hijos más	.420	.471	.801*	.258	.420	.382		-.302	.658
No de embarazos no planeados	-.167	-.160	.064	.592*	.010	-.317	.361		-.114

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

☞ *Participación del hombre en los quehaceres domésticos*

Con respecto a la participación del hombre en los quehaceres domésticos, variable que se introdujo en la segunda parte de la investigación, en las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado se relaciona de forma positiva con el número de derechos sexuales y reproductivos que conocen, con el nivel de información sobre métodos y lugares en donde provean de información, con una actitud positiva hacia la equidad de género y de forma negativa con los estereotipos de género, y en cuanto al comportamiento reproductivo-anticonceptivo se relaciona con una mayor utilización de métodos anticonceptivos masculinos y con la expectativa de menos hijos en el futuro. En las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado se relaciona con un mayor nivel de información sobre métodos anticonceptivos y sobre ITS, y de forma negativa con la libertad de movimiento, pero no existe relación entre este indicador y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Tabla 31. Correlación entre participación del hombre en los quehaceres domésticos, otros indicadores de empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en mujeres con y sin trabajo remunerado.

	Participación del hombre en quehaceres	Conoc. Métodos	Conoc. Lugares	Estereotipos de género	Actitud Hacia equidad	Métodos masculinos	No. Hijos más
Participación del hombre en quehaceres		.309*	.284*	-.519**	.389**	.349*	-.756*
Conoc. Métodos	.372*		.563**	-.329*	.292*	.054	-.186
Conoc. ITS	.306*	.663**		-.313*	.235	.048	.255
Libertad de movimiento	-.437*	-.279	.060		.189	.112	

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

☞ *Faceta política del empoderamiento*

En cuanto a la faceta política del empoderamiento, que ha sido medida a través del número de derechos sexuales y reproductivos que las mujeres conocen, encontramos que en las mujeres que trabajan la faceta política esta relacionado con su ingreso, con la participación del hombre en los quehaceres domésticos, con su autoeficacia anticonceptiva y de forma

negativa con el grado de estereotipamiento de género. En cuanto a las mujeres que no trabajan esta variable esta relacionada con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos e ITS, y de forma negativa con las actitudes tradicionales hacia el rol de género, y con respecto a la conducta reproductiva, esta relacionado con el número de métodos utilizados en total

Tabla 32. Correlaciones entre el empoderamiento político, otros indicadores de empoderamiento, y la conducta reproductiva.

	No. de derechos sexuales y reproductivos	Ingreso	Participación del hombre en los quehaceres	Esterereotipos de género	Autoeficacia Anticonceptiva
No. de derechos sexuales y reproductivos		.326*	.292*	-.373*	.412*
No. De métodos utilizados	.431*		.133	-.134	.312*
Conocimiento sobre métodos	.379*			-.329*	.333*
Conocimiento sobre ITS	.365*		.306*		.209*
Actitudes tradicionales	-.332*		.066	.543**	

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

☞ Faceta económica del empoderamiento

En cuanto a la faceta económica del empoderamiento que solo se obtuvo para las mujeres que trabajan , el ingreso de las mujeres mostró correlaciones significativas con otras variables de empoderamiento (como las tareas realizadas por los hombres, el conocimiento sobre ITS y el número de derechos sexuales que menciona) y el comportamiento reproductivo (el número de métodos anticonceptivos utilizados por los hombres)

Tabla 33. Correlaciones entre empoderamiento político, otros indicadores de empoderamiento y conducta reproductiva.

	Tareas realizadas por los hombres	Métodos utilizados por los hombres	Conocimiento sobre ITS	Derechos sexuales
Ingreso	.322**	.333**	.248*	.291*

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Correlación entre el nivel socioeconómico, los indicadores del empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Otra variable que ejerce una gran influencia sobre los indicadores de empoderamiento y el comportamiento reproductivo, es el nivel socioeconómico, el cual es un indicador compuesto en este caso por el nivel educativo de la mujer, de la pareja, de los padres de está y el ingreso familiar, por lo que se utilizó una *r* de Spearman para evaluar la relación entre estas variables ya que el nivel socioeconómico es una variable ordinal. En la tabla 34, podemos observar que en las mujeres que trabajan a mayor nivel socioeconómico hay un mayor conocimiento de los lugares en donde les provean información sobre métodos anticonceptivos y de sus derechos sexuales y reproductivos, mayor colaboración de la pareja en las tareas del hogar, un menor estereotipamiento de género, una mayor utilización de métodos anticonceptivos por parte de sus parejas y un menor número de hijos. En las mujeres que no trabajan un mayor nivel socioeconómico se relaciona con un menor estereotipamiento de género, actitudes desfavorables hacia los roles tradicionales de género, actitudes favorables hacia la equidad de género y el empoderamiento, un mayor conocimiento sobre ITS, mayor número de métodos anticonceptivos utilizados en general y femeninos.

Tabla 34. Correlaciones entre nivel socioeconómico, indicadores de empoderamiento y comportamiento reproductivo

	Nivel socio económico	Estereotipos de género	Tareas hechas por el hombre	Conoc Lugares	No. de hijos	No. de Derechos Sexuales	No. de métodos Hombres
Nivel socio Económico		<i>-.430**</i>	<i>.406**</i>	<i>.289*</i>	<i>-.294*</i>	<i>.383**</i>	<i>.301*</i>
Estereotipos de Género	<i>-.397*</i>		<i>-.519**</i>	<i>-.329*</i>	<i>.049</i>	<i>-.373*</i>	<i>-.124</i>
Actitudes tradicionales	<i>-.397*</i>	<i>.543**</i>		<i>-.160</i>	<i>.314*</i>	<i>-.057</i>	<i>-.038</i>
Actitudes hacia equidad	<i>.436*</i>	<i>-.461*</i>	<i>.014</i>		<i>-.181</i>	<i>.212</i>	<i>.077</i>
Actitudes hacia el empoderamiento	<i>.500**</i>	<i>-.489**</i>	<i>-.095</i>	<i>.200</i>		<i>.272</i>	<i>-.035</i>
Conoc. ITS	<i>.392*</i>	<i>-.217</i>	<i>.306*</i>	<i>.663**</i>			<i>.048</i>
No. de métodos Utilizados	<i>.543**</i>	<i>-.365*</i>	<i>.133</i>	<i>.577**</i>	<i>-.065</i>	<i>.431**</i>	
No. de métodos femeninos	<i>.465**</i>	<i>.326</i>	<i>-.060</i>	<i>.009</i>	<i>.071</i>	<i>.144</i>	<i>-.250</i>

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Nota. Las correlaciones de las mujeres que no trabajan se presentan en negritas en la parte inferior.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

En México, en los últimos treinta años han ocurrido cambios a nivel micro y macrosocial como el ingreso masivo al campo laboral y educativo, y los cambios en las dinámicas familiares, que han impactado la vida de las mujeres, y en algunos casos, ha favorecido un proceso de empoderamiento, el cual podría verse reflejado en diversos ámbitos, entre ellos el reproductivo-anticonceptivo. Sin embargo, no hay un consenso en la definición y medición del empoderamiento a nivel internacional; además en nuestro país la relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo ha sido investigada de forma escasa, y solo se toman en cuenta algunos aspectos del empoderamiento. Debido a esto, esta investigación tuvo por objetivo determinar cuales eran las manifestaciones del empoderamiento (tratando de incluir variables psicológicas, ideológicas, económicas y políticas) y la relación de estas con el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Debido a la falta de consenso en la conceptualización y operacionalización del empoderamiento, esta investigación tuvo una primera etapa exploratoria, en la cual en un primer momento se recopilaron las diferentes conceptualizaciones del mismo y se formuló una definición para el empoderamiento, que intentaba reunir los distintos elementos encontrados y quedó conformada de la siguiente manera: *El empoderamiento es un proceso, a través del cual, las mujeres, en este caso, adquieren el control de sus propias vidas, y de su entorno social a través de la construcción de una autoestima positiva, de identificar las creencias, actitudes y las normas que impone la sociedad, del acceso a la información, la participación comunitaria, la autoeficacia, la toma de decisiones, la libertad de movimiento, el acceso a recursos económicos, y del manejo de las consecuencias negativas y/o positivas que tenga este proceso en su vida.*

Posterior a la definición se establecieron los diferentes indicadores de empoderamiento reportados de manera frecuente en investigaciones anteriores (Zimmermann, 1995; Casique, 2004; Achach, 2000; Santillan, 2004; Schuler y Hashemi, 1993; Stromsquist, 1997), los cuales son los siguientes : Toma de decisiones y control, autoestima, nivel de información en este caso sobre salud reproductiva, autoeficacia (en este caso

reproductiva), autoestima, estilos de enfrentamiento, faceta económica, faceta política del empoderamiento, roles de género y valores. Debido a que las investigaciones encontradas, no abarcaban todos los indicadores anteriormente mencionados, y a que no se tenían referentes de todos los indicadores acordes a nuestra cultura y a los objetivos de la investigación (p.ej. la autoeficacia anticonceptiva); se realizaron entrevistas semiestructuradas a doce mujeres, lo cual nos permitió tener mayor información para desarrollar o modificar algunas partes del inventario (como la toma de decisiones o la autonomía física que estuvo basada en instrumentos utilizados por Achach, 2000 y Cacique, 2003) que se utilizaría en una segunda etapa de la investigación, además de obtener datos cualitativos valiosos para esta investigación, que nos permitieron conocer con profundidad ciertos aspectos, como que la mujer sigue teniendo un mayor poder de decisión en áreas que competen al hogar y a los hijos y poca injerencia en aspectos relacionados con el dinero, y los referentes a su conducta reproductiva, por ejemplo, tres de las doce mujeres, es decir un 25% de ellas se habían interrumpido un embarazo.

Cabe mencionar que se hicieron algunas modificaciones a los indicadores que se habían manejado en un principio; por ejemplo, el indicador de autonomía física (libertad de movimiento) estaba incluido en el indicador de toma de decisiones, sin embargo debido a su relevancia tanto teórica como práctica se decidió incluirlo como un indicador, asimismo se trató de indagar sobre los estilos de enfrentamiento que las mujeres utilizaban pero los resultados no fueron muy claros en esta parte exploratoria, aunque se incluyeron reactivos que evaluaban los distintos estilos de afrontamiento en el instrumento. Por último, los indicadores de valores y roles de género se cambiaron en la segunda parte de la investigación por los indicadores estereotipos de género y las actitudes de género, por considerarse más adecuados y de fácil medición a través de los instrumentos desarrollados por Rocha (2004). En cuanto a esta primera parte se cumplió con los objetivos planteados, puesto que se obtuvo como producto final, el instrumento que se utilizó en esta primera parte, además de realizarse una aportación relevante debido a la escasa investigación en nuestro país sobre el empoderamiento y en particular, en el ámbito reproductivo, además de incluirse diversos indicadores del empoderamiento.

En cuanto a la primera hipótesis planteada en la segunda parte de la investigación (relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo) podemos afirmar que se acepta la hipótesis alterna, ya que si existe relación entre estas variables. Este resultado está apoyado por las investigaciones de Kishor (1995, en Al Riyami et al, 2004), Becker (1997, en Kabeer, 2001) y en nuestro país por Cacique (2003), quienes encontraron que el empoderamiento se asocia significativamente de forma positiva con el uso de anticonceptivos. Sin embargo, la relación entre los indicadores del empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo se presenta de distinta forma en las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado que las que no tienen una actividad laboral, estas diferencias en las correlaciones pudieran deberse a varias razones entre ellas a que las mujeres que trabajan parecen tener un papel más activo en los procesos de toma de decisiones, a que el trabajo fuera del hogar expone a las mujeres a nuevas ideas y actitudes acerca de su papel dentro del hogar, así como a la obtención de un ingreso propio lo que en conjunto propicia que las mujeres cambien o se adapten de acuerdo al contexto en el que viven.

A continuación se describen a detalle, las relaciones entre los diferentes indicadores del empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo:

- ♂ Toma de decisiones: Para las mujeres que trabajan tanto la toma de decisiones familiares como reproductivas están relacionadas con un menor tiempo de espera entre cada examen de Papanicolau, lo que nos indicaría que este poder de decisión está impactando de forma positiva la salud de las mujeres, además entre mayor poder de decisión en cuestiones reproductivas tienen esperanzas de tener un mayor número de hijos en un futuro, lo que tal vez nos indique que el empoderamiento no solo se puede ver reflejado en el uso de anticonceptivos sino en la decisión de tener más hijos. Cabe mencionar que las mujeres que no trabajan de forma remunerada, no presentan relación entre la toma de decisiones (tanto familiares como reproductivas) y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo. Estos resultados contradicen lo encontrado por Casique (2003), quien menciona que este indicador influye en la posibilidad de usar algún método anticonceptivo, ya que tal vez se necesite un instrumento más sensible a la medición, ya que no se determina quién

tiene la última palabra en la toma de decisiones. Podemos señalar, que este indicador es relevante solo para las mujeres que trabajan.

- ♂ Autonomía física (libertad de movimiento): Para las mujeres que trabajan, la libertad de movimiento no esta asociada con el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, lo que coincide con los hallazgos de Morgan et al. (2002, en Moursund y Kravdal, 2003) quienes no encontraron ningún efecto de la libertad de movimiento en el uso de anticonceptivos entre algunos grupos de mujeres del Sur de Asia, esto podría deberse a que las mujeres además la asociación entre estas dos variables esta dada de forma indirecta, ya que la libertad de movimiento esta relacionada de forma positiva con la autoeficacia anticonceptiva y la toma de decisiones reproductivas. En cambio, para las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado, a mayor libertad de movimiento mayor utilización de métodos anticonceptivos masculinos, por lo que este indicador toma mayor relevancia para las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado ya que este indicador es producto de las transformaciones en la vida diaria y no significa un cambio en las creencias de las mujeres (Casique, 2004).
- ♂ Control: En las mujeres que trabajan, a mayor control hay un menor número de hijos y en las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado a mayor control, utilizan más métodos anticonceptivos y desean tener menos hijos en un futuro, sin embargo a mayor control, los hombres utilizan menos métodos anticonceptivos. Estos resultados, tal vez nos expresen el control de las mujeres sobre su propio cuerpo, y también nos indican que posiblemente las mujeres están tomando toda la responsabilidad en los aspectos reproductivos ya que obtiene algún beneficio de ello como darles una mejor vida a los hijos que tienen ya que “la situación está muy difícil” y que los hombres se sienten muy cómodos con esta situación, ya que el control no siempre conlleva felices resultados y en algunas ocasiones la gente evita este, como es el caso de los hombres que dejen toda la responsabilidad a la mujer (Bandura, 1997). Este es uno de los indicadores de empoderamiento que más relaciones tuvieron con el comportamiento reproductivo, sobretodo en las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado, además hasta ahora no se han encontrado investigaciones que vinculen estas variables.

- ♂ Autoeficacia: En todas las mujeres de nuestra muestra, a mayor autoeficacia, hay una mayor utilización de métodos anticonceptivos, lo que coincide con lo encontrado por Levinson (1982, en Wang, 2003) y Heinrich (1993, en Wang, 2003) quienes mencionan que la autoeficacia anticonceptiva contribuye significativamente al uso de anticonceptivos. Además en las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado, la autoeficacia anticonceptiva esta relacionada con un menor tiempo de espera entre cada examen de Papanicolau y en las mujeres que no trabajan, la autoeficacia esta relacionada con un número menor de hijos. Estos resultados nos indican que la creencia de ser capaces en este caso utilizando un anticonceptivo, además de estar relacionados con su utilización, se extienden a otros aspectos como el examen de Papanicolau, además nos señalan a la autoeficacia como uno de los indicadores del empoderamiento más relevantes.
- ♂ Nivel de información: Tanto en las mujeres que trabajan como en las que no trabajan de forma remunerada, el nivel de información sobre métodos anticonceptivos esta relacionado con el número de métodos utilizados en general y por las mujeres, además en las mujeres que no trabajan a mayor nivel de información sobre métodos anticonceptivos, menor número de embarazos no planeados. Sin embargo, para las mujeres que trabajan el nivel de información sobre lugares en donde se provee información y el nivel de información sobre ITS, no presenta relación significativa con la conducta reproductiva, aunque para las mujeres sin actividad laboral, a mayor nivel de información sobre ITS hay una mayor utilización de métodos anticonceptivos en general y masculinos.
- ♂ Estereotipos de género y actitudes hacia los roles de género: Acorde con Russo (1976, en MacCorquodale, 1984) que encontró que los roles tradicionales que enfatizan el matrimonio y la maternidad como centrales en la vida de la mujer podrían decrementar el uso de anticonceptivos, en esta investigación se encontró que en las mujeres que trabajan a mayor estereotipamiento de género, mayor número de hijos y en las mujeres que no trabajan a mayor estereotipamiento de género y actitudes favorables hacia los roles tradicionales de género, menor uso de anticonceptivos en general y femeninos; lo que posiblemente nos indica que en las mujeres que participaron en este estudio, sigue persistiendo en parte una concepción

tradicional del papel de la mujer en la familia, en la cual la maternidad sigue siendo un referente en la construcción de la identidad femenina y un eje organizador de su vida (Sánchez, 2003; Najera et al., 1998), además si la mujer se desempeña en otros ámbitos diferentes a la maternidad, corre el riesgo de ser rechazada, ya que no esta actuando de acuerdo a las expectativas (Rivera y Díaz-Loving, 2002). Además, coincidiendo con Hansson (1979 en MacCorquodale, 1984) que encontró que las mujeres con actitudes hacia el rol de género no tradicionales tienen más probabilidades de ser usuarias de anticonceptivos, en esta investigación, las mujeres que trabajan muestran una correlación negativa entre las actitudes hacia la equidad y el número de hijos y en las mujeres que no trabajan una correlación positiva entre la actitud hacia el empoderamiento y el uso de anticonceptivos en general y femeninos, lo que nos indicaría que en las mujeres de esta muestra coexisten a la par de la concepción tradicional, una concepción moderna/urbana del rol de la mujer en la familia, más igualitaria, en el cual la utilización de métodos anticonceptivos no es mal visto y está acorde con el discurso de la “familia pequeña”, sin embargo la coexistencia de estas concepciones puede generar conflictos en la mujer y en su relación de pareja (Sánchez, 2003).

- ♂ Autoestima: En cuanto a las mujeres que trabajan a mayor estima que tengan de su cuerpo, pensaban tener menos hijos y entre más satisfechas estén con sus vidas tienen menos hijos, un número menor de embarazos y esperan menos tiempo entre cada examen de Papanicolau, lo que tal vez nos indique que su fuente de satisfacción y estima no solo son sus hijos. En las mujeres que no trabajan, no existe relación entre la autoestima y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, tal vez por que estas mujeres al no tener una actividad fuera del hogar depositan su autoestima en otros y no en sus capacidades. Cabe señalar, que este es un buen indicador de comportamiento reproductivo para las mujeres que trabajan.
- ♂ Estilos de enfrentamiento: En cuanto a las mujeres que trabajan, el enfrentamiento orientado al problema esta relacionado con una edad menor de utilización del primer anticonceptivo. En las mujeres que no cuentan con un trabajo remunerado, el soporte social esta relacionado con un mayor número de embarazos no planeados y

el enfrentamiento dirigido a la emoción positiva esta relacionado con esperar un mayor número de hijos en un futuro.

- ♂ Participación del hombre en los quehaceres domésticos: En cuanto a las mujeres que trabajan este indicador se relaciona con una mayor utilización de métodos anticonceptivos y una expectativa de menos hijos en un futuro y en las mujeres que no trabajan no existe relación entre este indicador y el comportamiento reproductivo.
- ♂ Faceta política: En cuanto a las mujeres que trabajan no se presentan relaciones entre la faceta política y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, pero esta relación tal vez se está dando de forma indirecta ya que si está relacionada con la autoeficacia anticonceptiva, y en cuanto a las mujeres que no trabajan, se relaciona con el número de métodos utilizados en general. Estos resultados nos indican que la concientización de las mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos, tal vez impacte su utilización. Es un indicador relevante para las mujeres que no tienen un trabajo remunerado.
- ♂ Faceta económica: Este indicador solo se obtuvo en las mujeres que tienen un trabajo remunerado, y el ingreso que tienen las mujeres está relacionado de forma positiva con los métodos anticonceptivos utilizados por los hombres, lo que está respaldado por los estudios de Casique (2004), quién encontró que la autonomía en el uso de anticonceptivos está relacionado con el ingreso obtenido por la mujer, Blumberg (1991, en Welti y Rodríguez, 1999), quién encontró que la proporción del ingreso controlado por la mujer tiene un efecto en la fecundidad. Esto tal vez nos indique que la contribución de la mujer en los gastos del hogar influye en el dominio de sus decisiones reproductivas (Roldán, 1998 en Welti y Rodríguez, 1999)

Recapitulando, todas las mujeres que participaron en la investigación muestran relaciones entre el control, la autoeficacia, el nivel de información sobre métodos, los estereotipos de género y los estilos de enfrentamiento con el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, sin embargo la relación entre algunos indicadores de empoderamiento (como la libertad de movimiento, la actitud hacia los roles tradicionales, la actitud hacia el empoderamiento, la

el componente político) y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo solo se presenta en las mujeres que no tienen actividad laboral, mientras que otros indicadores (como la toma de decisiones, la actitud hacia la equidad, la autoestima, la participación del hombre en las quehaceres domésticos y la faceta económica) solo presentan relación con el comportamiento reproductivo-anticonceptivo en las mujeres que tienen un trabajo remunerado.

Al parecer las mujeres que trabajan, muestran un patrón diferente en las relaciones entre los diferentes indicadores del empoderamiento a las mujeres que no tienen una actividad laboral. Por ejemplo, las mujeres que trabajan muestran correlaciones entre la autonomía y la toma de decisiones (tanto familiares como reproductivas), ó entre la toma de decisiones familiares y las actitudes hacia el empoderamiento, que las mujeres que no trabajan no presentan. Esto nos podría indicar que el empleo está reduciendo su dependencia del hombre, dotando a la mujer de fuentes alternativas de identidad social (diferentes al de ama de casa y madre) y de herramientas para negociar posiciones de igualdad, pero que además esta transformando las actitudes de las mujeres hacia los roles de género, permitiendo que las mujeres tengan un mayor poder de decisión, es decir la actividad laboral está repercutiendo de alguna forma en el empoderamiento femenino, lo que impacta a su vez su comportamiento reproductivo-anticonceptivo reduciendo y espaciando los nacimientos (Dixon-Mueller, 1978 en Mahmud y Johnson, 1994; Welti y Rodríguez, 1999)

Respecto a la segunda hipótesis planteada (si existen diferencias en el empoderamiento en las mujeres que cuentan o no con un trabajo remunerado), se acepta ya que si se encontraron diferencias en la toma de decisiones familiares, en la participación del hombre en las tareas del hogar, en el conocimiento sobre ITS y los lugares en donde se provea de información sobre métodos anticonceptivos, siendo en todos los casos las medias mayores para las que trabajan. Estos resultados nos indica que la dependencia económica que tienen las mujeres hacia sus esposos, y su restricción al ámbito del hogar, restringen en forma considerable los tipos de decisiones en que las mujeres pueden tener injerencia, limitando su poder de decisión al ámbito del hogar y los hijos (Rivera y Díaz-Loving, 2000) el trabajo de la mujer, le da un mayor poder de decisión, le brinda herramientas para negociar

posiciones de igualdad, facilitando que el hombre intervenga en áreas en donde anteriormente no lo hacía, compartiendo responsabilidades con las mujeres, aunque si bien en estos resultados también, pueden influir otros factores como un mayor nivel educativo de los hombres. Estos resultados están respaldados por lo anteriormente encontrado por Casique (2004) quién menciona que las mujeres que trabajan parecen tener un papel más activo en los procesos de toma de decisiones en el hogar como el uso del ingreso familiar, asignación de tareas ó planificación familiar además los resultados en la toma de decisiones de ese estudio coinciden con el presente ya que en ambos la media es la toma de decisiones compartida (ambos) , sin embargo no se observo como se esperaba que las mujeres que trabajan tuvieran una mayor autonomía que las que no cuentan con un trabajo remunerado.

En cuanto a la tercera hipótesis (si existen diferencias en el comportamiento reproductivo en las mujeres con o sin trabajo remunerado) esta se acepta, pues existen diferencias en el número de métodos anticonceptivos masculinos, siendo la media mayor para las mujeres que trabajan, sin embargo la media en los dos casos es menor a 1, lo que nos indica que su utilización es muy baja, coincidiendo esto con los resultados de Bonino (2001) quién encontró que el uso de métodos anticonceptivos era escaso en América Latina.

En cuanto a la cuarta hipótesis (si existe relación entre el nivel socioeconómico, el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo) se acepta la hipótesis alterna, pues si existe relación entre estas variables en las mujeres que trabajan a mayor nivel socioeconómico hay un mayor conocimiento de los lugares en donde les provean información sobre métodos anticonceptivos y de sus derechos sexuales y reproductivos, mayor colaboración de la pareja en las tareas del hogar, un menor estereotipamiento de género, una mayor utilización de métodos anticonceptivos por parte de sus parejas y un menor número de hijos (esto último en relación con su comportamiento reproductivo-anticonceptivo). En las mujeres que no trabajan un mayor nivel socioeconómico se relaciona con un menor estereotipamiento de género, actitudes desfavorables hacia los roles tradicionales de género, actitudes favorables hacia la equidad de género y el empoderamiento, un mayor conocimiento sobre ITS, mayor número de métodos

anticonceptivos utilizados en general y femeninos (esto último en relación con su comportamiento reproductivo-anticonceptivo). Estos resultados respaldan lo obtenido por Zakia (1998) quién encontró que un alto nivel socioeconómico estaba asociado con el empoderamiento de las mujeres y por Becker (1997, en Kabeer, 2001) quién encontró que el uso de anticonceptivos estaba relacionado con el número de posesiones y por diversos autores que han encontrado una correlación negativa entre el nivel educativo de las mujeres y la fertilidad de las parejas y positiva con el uso de anticonceptivos (Dixon-Mueller, 1993; Mahmud y Johnston, 1994; Sánchez, 2003). Estos resultados nos indican que en las condiciones económicas y educativas de las mujeres influyen tanto en el empoderamiento como en el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, ya que las mujeres al acceder a la educación, retrasan el matrimonio, e ingresan al campo laboral, lo cual les da un ingreso propio, además estas condiciones posibilitan que las mujeres separen el sexo de la procreación y de esta forma tener un mayor control sobre su capacidad reproductiva (Sánchez, 2003).

Conclusiones

El presente trabajo aporta nuevos y valiosos datos, en el rubro del empoderamiento, ya que la investigación en México ha sido escasa, de hecho solo existe una investigación que vincule empoderamiento y uso de anticonceptivos (Casique, 2004), además es de vital importancia, explicar la conducta reproductiva, no solo a través de las variables demográficas como se había hecho anteriormente, sino de otras variables que reflejen la ideología de las mujeres, como en este caso serían, los estereotipos de género y las actitudes hacia el rol de género, que están estrechamente vinculadas al comportamiento reproductivo.

Podemos concluir, que esta investigación, además de aportar una definición de empoderamiento que trato de incluir diversos aspectos tanto psicológicos, ideológicos, económicos y políticos, y un instrumento que se construyo en algunos casos basado en instrumentos anteriores y a partir de lo obtenido en entrevistas semiestructuradas; confirma que si existe una relación entre el comportamiento reproductivo y los distintos indicadores

del empoderamiento, aunque esta relación es compleja ya que intervienen otros factores como la actividad laboral de la mujer, creando un panorama distinto para las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado que las no lo tienen en relación con su comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Aunado a lo anterior, si existen diferencias en el empoderamiento entre las mujeres con o sin trabajo remunerado, aunque debemos aclarar que el trabajo no empodera a las mujeres en sí mismo, pero favorece ciertos procesos como la toma de decisiones y el control, además de modificar su ideología, reflejado en este caso por las actitudes hacia el género y los estereotipos favoreciendo la equidad y el empoderamiento de la mujer, para que las mujeres a su vez tengan un mayor control sobre su cuerpo reflejado a través del número de hijos y la utilización de anticonceptivos. También se encontraron diferencias en el comportamiento reproductivo entre las mujeres con o sin trabajo remunerado, en específico en la utilización de métodos anticonceptivos masculinos. Asimismo se encontró relación entre el nivel socioeconómico (compuesto por el ingreso, el nivel educativo de la mujer y de sus familiares), algunos indicadores del empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo, lo que nos permitió visualizar que los factores económicos y educativos están impactando el empoderamiento y a su vez el comportamiento reproductivo-anticonceptivo.

Por último, debemos recalcar que el empoderamiento es un proceso, en constante evolución, que tiene diversas manifestaciones tanto ideológicas, psicológicas, económicas y políticas en las personas. Además tanto el empoderamiento como el comportamiento reproductivo y anticonceptivo son constructos sumamente complejos en los que intervienen numerosas variables como el empleo, la educación, y el nivel socioeconómico, además de otras variables psicológicas e ideológicas.

Alcances y limitaciones

Dentro de los alcances de este estudio, podemos mencionar los siguientes:

- a) Esta investigación sienta las bases, para que se siga haciendo investigación sobre empoderamiento, y que se extienda a otras poblaciones, que no fue posible abordar en ella, como son las mujeres que no han sido madres o las madres solteras ó incluso a otras poblaciones discriminadas.
- b) Los resultados de esta investigación nos permite dar propuestas para que algunas instituciones de nuestro país como la Secretaría de Salud, lleven a cabo distintas intervenciones y evalúen las ya existentes, para mejorar la salud reproductiva de las mujeres habitantes del Distrito Federal, como son las siguientes: 1) Crear campañas y talleres con el objetivo de mejorar la salud reproductiva de las mujeres que tengan como uno de sus ejes principales el empoderamiento, pero cuya población objetivo no solo sean las mujeres sino también los hombres, o de ser posibles las parejas, utilizando técnicas y estrategias que les permitan incrementar su nivel de información sobre los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, y su autoeficacia en el uso pero que además los sensibilicen sobre los roles sexuales y la forma como estos impactan nuestra vida diaria y nuestro ejercicio de la sexualidad, ya que los hombres deben tomar la responsabilidad completa sobre su conducta sexual y sus consecuencias como el cuidado de los hijos y del hogar. 2) Dentro de las campañas y talleres antes mencionados se le debe dar un mayor énfasis a la utilización de los métodos anticonceptivos masculinos, como son la vasectomía y el condón, pero teniendo como objetivo sensibilizar tanto a hombres como mujeres en su uso, resaltando los beneficios de ellos y desmitificando su uso, ya que según resultados de este estudio su uso es escaso. 3) Otra de las formas de introducir el empoderamiento en las intervenciones que se realicen podría ser a través de un modelo de empoderamiento para voluntarias de salud comunitaria lo cual se realizo en Nepal (Shrestha, 2003), en el cual las mujeres serían entrenadas para dar asesorías sobre salud sexual y reproductiva a otras mujeres de su comunidad, con lo cual se promovería la capacidad política y de organización de las mujeres, que según datos de este estudio la participación de las mujeres en

alguna organización es casi nula. 4) Las intervenciones que se realicen podrían ser diferentes para las mujeres con o sin trabajo remunerado, ya que de acuerdo a nuestros resultados tanto en el comportamiento reproductivo y el empoderamiento, se comportan de forma diferente. Además tanto en las mujeres que trabajan como en las amas de casa es necesario promover la utilización de métodos anticonceptivos actuales como el condón femenino, los implantes o los parches, ya que no los utilizan a pesar de que los conocen; asimismo, no solo es necesario promover el examen de papanicolaou entre las mujeres, sino también poner énfasis en la regularidad del estudio ya que aproximadamente un 30 % de las mujeres no lo hacen con regularidad.

- c) Además de estas intervenciones, es necesario que se fomenten las intervenciones en educación sexual en adolescentes y jóvenes, pero integrando de manera importante la perspectiva de género, ya que sería una de las formas de mejorar la salud sexual y reproductiva de las próximas generaciones, además de proporcionarles a las jóvenes herramientas para apropiarse de su cuerpo y de su sexualidad como una forma de empoderamiento.
- d) Esta investigación deja algunas cuestiones pendientes, para posteriores investigaciones, como los factores que influyen en la escasa de utilización de los métodos anticonceptivos masculinos ó la misma relación de empoderamiento y comportamiento reproductivo-anticonceptivo pero visto ahora desde la pareja, es decir tomando en cuenta no solo la perspectiva de la mujer sino también del hombre.

Sin embargo, esta investigación también tuvo algunas limitaciones:

- a) El empoderamiento es un constructo muy amplio que abarca aspectos psicológicos, económicos y políticos, por lo que esta investigación se enfocó más en un nivel individual, por lo que en futuras investigaciones se tratará de abarcar a profundidad el empoderamiento a nivel comunitario.
- b) Dentro del constructo de empoderamiento y en relación con la conducta reproductiva, no se profundizó en el derecho al placer sexual de las mujeres como

un elemento del empoderamiento de las mujeres, por lo que se propone que en futuras investigaciones se integre este tema.

- c) El instrumento que se desarrollo todavía no esta terminado, y requiere algunas modificaciones como es el caso del componente económico del empoderamiento, que solo fue obtenido en las mujeres que trabajan, por lo que es necesario desarrollar otros reactivos que nos permitan tener información en todos los casos.
- d) En esta investigación el empoderamiento incluyo muchos indicadores, y en su medición algunos indicadores no tenían muchos indicadores, aunque sus confiabilidades fueron superiores a .60 en todos los casos.
- e) El tamaño de la muestra fue pequeño, por lo que no fue posible realizar una regresión lineal que nos permitieran saber si el empoderamiento predice el comportamiento reproductivo.

REFERENCIAS

- Achach, R. (2000). *Empoderamiento, Actitud y Nivel de información en mujeres*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Al Riyami, A., Afifi, M. & Mabry, R. (2004). Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on Contraceptive Use. *Reproductive Health Matters*, 12 (23), 144-155.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. USA: W.H. Freeman.
- Batliwala, S. (1994). The meaning of Women's Empowerment: New concepts from Action. En G. Sen, A. Germain y L. Chen (Ed). *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (pp. 127-139). USA: Harvard Series on Population and International Health.
- Becker, J., Crivelli, K.A. & Gronseth, L.D. (2004). Individual Empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology*, 32 (3), 327-342.
- Bonino, M. (2001). Iglesia, Maternidad y Proyectos Personales en Mujeres de Sectores Populares de América Latina: Una reflexión desde las voces de las propias involucradas. *Conciencia Latinoamericana*, Vol. XII No.2, 2-17.
- Burin, M. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.
- Cabañas, M. T. y Fregoso, M. P. (1995). *Análisis desde la perspectiva de género de las tesis realizadas sobre el rol de la maternidad*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Casique, I. (2003). Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México. *Género y Salud en Cifras*, 1 (3), 13-18.
- Casique, I. (2004) *Poder de decisión y autonomía de la mujer mexicana. Análisis de algunos condicionantes*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Chadiha, L., Adams, P., Biegel, D., Auslander, W. & Gutierrez L. (2004). Empowering African Americans womens informal caregivers: A literature synthesis and practice strategies. *Social Work*, 49 (1), 97-108.
- Chambers B.K., & Rew L. (2003). Safer sexual decision making in adolescent women: perspectives from the conflict theory of decision-making. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 129-143.
- Charmes, J., & Wieringa, S. (2003). Measuring women's empowerment: an assessment of the Gender-related Development Index and the Gender Empowerment Measure. *Journal of Human Development*, 4 (3), 419-435.
- Consejo Nacional de Población (2004). Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo 5. Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva. México: Consejo Nacional de Población.
- Díaz-Loving, R., Pick de Weiss, S., y Andrade Palos, P. (1988). Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en adolescentes, *La Psicología Social en México*, 328-335.

- Díaz-Loving, R., Pick de Weiss, S., y Andrade Palos, P. (1988). Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes, *La Psicología Social en México*, 2, 336-342.
- Díaz-Loving, R., y Maldonado, B. (1999). *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. México: Miguel Ángel Porrúa
- Dixon-Mueller R. & Germain A. (2000). Reproductive Health and the Demographic Imagination. En H. Presser y G. Sen (Ed.), *Women's Empowerment and Demographic Process: Moving beyond Cairo* (pp. 69-94). Gran Bretaña: Oxford University.
- Enciclopedia Barsa (1980) Tomo IV
- García B., y de Oliveira O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- Hernández B., Vázquez A., y Pérez E. (1999) Glosario de términos. Manuscrito no publicado.
- IMIFAP (2004). *Salud y empoderamiento para las mujeres del medio rural y sus familias: Programa de educación integral para la salud y el desarrollo comunitario*. Extraído el 5 de febrero del 2005 desde <http://www.imifap.org.mx/español/resumenes/resumenes13.pdf>
- Kabeer, N. (2001). Resources, Agency, Achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. En *Discussing Women's Empowerment* (pp. 17-57). Estocolmo: Sida Studies.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., William, L., y Zárate, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Prentice Hall.
- Kritz, M., Makinwa, P., & Gurak, D. (2000). The role of Gender Context in Shaping Reproductive Behaviour in Nigeria. En H. Presser y G. Sen (Ed.), *Women's Empowerment and Demographic Process: Moving beyond Cairo* (pp. 239- 259). Gran Bretaña: Oxford University.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* .Madrid: Horas y Horas.
- Lamas, M. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género"". En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (327-366). México: PUEG- Porrúa.
- León, M. (1997). El empoderamiento en la teoría y la práctica del feminismo. En M. León (Comp.). *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 1-26). Colombia: Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.
- López, C. (1999). *Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- MacCorquodale, P. (1984). Gender Roles and Premarital Contraception. *Journal of Marriage and the Family*. February, 57-63.
- Mahmud, S., & Johnston, A. (1994). Women's Status, Empowerment and Reproductive Outcomes. En G. Sen, A. Germain y L. Chen (Ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (pp.151-161) USA: Harvard Series on Population and International Health.
- Matud, M., Rodríguez, C., Marrero, R., y Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. España: Biblioteca Nueva

- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Argentina: Paidós.
- Moursund, A. & Kravdal, O. (2003). Individual and community effects of women's education and autonomy on contraceptive use in India. *Population Studies*, 57 (3), 285-301.
- Mruk, C. (1999). *Autoestima: Investigación, teoría y práctica*. España: Desclee de Broker.
- Najera, A.G., López, M.B., Evangelista, A., Zurita, U., Ortiz, I., y Aparicio, B. (1998). Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. En J.G. Figueroa (Comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 275-305). México: El Colegio de México.
- Palma, Y., Figueroa, J., y Cervantes, A. (1990) Dinámica de uso de métodos anticonceptivos en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 7 (1), 51-81.
- Pineda, I. (1997). *Encaminándose hacia el empoderamiento*. Ponencia presentada en el Seminario Latinoamericana "Estudios e Investigación sobre Mujer y Género en América Latina y el Caribe del 29 al 31 de enero, 1997, Managua, Nicaragua".
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/ Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 121-143.
- Riger, S. (1997). ¿Qué está mal con el empoderamiento?. En M. León (Comp.). *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 55- 71). Colombia: Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.
- Rivera y Díaz-Loving (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rivero, A. (2003). *Significación del rol de género de mujeres indígenas mazatecas de la comunidad San Jerónimo Tecoaatl, Oaxaca*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rocha, T. (2004). *Socialización, cultura e identidad de género: El impacto de la diferenciación entre los sexos*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rowlands, J. (1997) Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras, un modelo para el desarrollo. En M. León (Comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 213-245). Colombia: Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.
- Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio: Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: UAM-PUEG.
- Sánchez, A., Espinosa, S., Ezcurdia, C., Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México, *Debate Feminista*, 15 (29), 55-85.
- Santillán, D., Schuler, S.R., Tu Anh, H., Hung Minh, T., Thu Trang, Q., Minh Duc, N. (2004). Developing indicators to assess women's empowerment in Vietnam, *Development in Practice*, 14(4), 534-549.
- Sanz, F. (1990) *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairos.
- Schuler, S.R. (1997). Los derechos de las mujeres son derechos humanos: La agenda internacional del empoderamiento. En M. León (Comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 29- 54). Colombia: Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.

- Shrestha, S. (2003). A Conceptual Model for Empowerment of the Female Community Health Volunteers in Nepal. *Education for Health*, 16 (3), 318-327.
- Skinner E.A (1992). Perceived Control: Motivation, Coping and Development. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-Efficacy: Trought Control of Action* (pp. 91-10). USA: Taylor & Francis.
- Statham, A. & Rhodes, K. (2001) Gender and self-esteem. En T. Owens, S. Stryker y N. Goodman (Ed.), *Extending Self-Esteem: Theory and Research* (pp. 255-283) USA: Cambridge University Press.
- Stein, J. (1997). *Empowerment and Women's Health*. London : Zed Books.
- Stromsquist, N. (1997). La búsqueda del empoderamiento: en que puede contribuir el campo de la educación. En M. León (Comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 75-98). Colombia: Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.
- Szasz, I. (1998) Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista*, 9 (18).
- Venegas, P. (2005). El empoderamiento de las mujeres: una estrategia para la mejora de su salud reproductiva. *Género y salud en cifras*, 3(1), 25-30.
- Villagran, G. (1993) *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso de condón*: Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de México.
- Wang, R. (2003). Factors associated with adolescent pregnancy: a simple of taiwanese female adolescents. *Public Health Nursing*, 20 (1), 33-41.
- Welti, C. y Rodríguez, B. (1999) Trabajo extradoméstico femenino y comportamiento reproductivo. En B. García (Comp.), *Mujeres, Género y Población* (pp. 317-362). México: El Colegio de México.
- Zakia, S. (1998). Decision making, use of contraception and fertility in Bangladesh: a path análisis. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 18 (7), 27-54.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal Of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.
- Zimmerman, M.A & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment, *American Journal of Community Psychology*, 16 (5), 725-750.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Folio : _____

Parte I. La información que usted nos proporcione será manejada de forma confidencial. No hay respuestas buenas ni malas, conteste de la forma más honesta. De antemano, muchas gracias por su participación.

Edad : _____

¿Cuánto tiempo tiene con su actual pareja? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

Si usted trabaja ¿Cuánto tiempo lleva trabajando? _____

Si usted trabaja ¿Cuánto gana? _____

¿Cuál es su último grado de estudios terminado?

- () primaria completa () secundaria completa () preparatoria o carrera técnica trunca
() preparatoria o carrera técnica completa () carrera profesional completa
() carrera profesional trunca () estudios de posgrado

¿Cuál es el último grado de estudios terminado de su pareja?

- () no sabe leer ni escribir () primaria completa () secundaria completa
() preparatoria o carrera técnica trunca () preparatoria o carrera técnica completa
() carrera profesional completa () carrera profesional trunca () estudios de posgrado

¿Cuál es el último grado de estudios de su madre?

- () no sabe leer ni escribir () primaria completa () secundaria completa
() preparatoria o carrera técnica trunca () preparatoria o carrera técnica completa
() carrera profesional completa () carrera profesional trunca () estudios de posgrado

¿Cuál es el último grado de estudios de su padre?

- () no sabe leer ni escribir () primaria completa () secundaria completa
() preparatoria o carrera técnica trunca () preparatoria o carrera técnica completa
() carrera profesional completa () carrera profesional trunca () estudios de posgrado

El ingreso mensual de su familia, o de las personas que sustentan su hogar actualmente es:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| () menos de 1400 pesos | () entre 9800 y 11200 pesos |
| () entre 1400 y 2800 pesos | () entre 11200 y 12600 pesos |
| () entre 2800 y 4200 pesos | () entre 12600 y 14000 pesos |
| () entre 4200 y 5600 pesos | () entre 14000 y 15400 pesos |
| () entre 5600 y 7000 pesos | () entre 15400 y 16800 pesos |
| () entre 7000 y 8400 pesos | () entre 16800 y 18400 pesos |
| () entre 8400 y 9800 pesos | () más de 18400 pesos |

¿Pertenece a algún grupo u organización (p.ej de la iglesia, la escuela de tus hijos)?

() Sí () No

Si tu respuesta es sí ¿Qué tipo de organización es? _____

¿Qué haces dentro de esta organización? _____

Del dinero que gana ¿Cuánto dinero es para usted y cuánto para los gastos de su casa?

A continuación se presentan una serie de preguntas, marque con una cruz la opción que mejor refleje lo que pasa, no hay respuestas buenas ni malas.

¿Quién decide si usted trabaja?

() Yo () Mi pareja () Ambos

Si usted trabaja ¿Quién decide en que horarios podría laborar?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide cómo se gasta el dinero que ingresa al hogar?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide cómo se deben resolver los problemas?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide cuándo tener relaciones sexuales?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide cómo educar a los hijos?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide que ropa debe usar?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién establece las reglas?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide si utilizaran o no métodos anticonceptivos ?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide que método utilizaran?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide quién lo utilizara?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decide cuantos hijos tener ?

() Yo () Mi pareja () Ambos

¿Quién decidió cada cuando tener hijos?

() Yo () Mi pareja () Ambos

Marque con una cruz la opción que mejor refleje lo que pasa (sólo marque una opción), no hay respuestas buenas ni malas.

La mayor parte de las veces (solo marque una opción), usted al :

	Pide permiso	Avisa	No pide permiso	No va sin él	Va con él
Ir de compras					
Visitar a sus parientes					
Visitar alguna amistad					
Salir sola de día					
Salir sola de noche					
Salir con los hijos					
Participar en actividades sociales					
Si quiere ir a alguna fiesta					

A continuación encontraras una series de preguntas acerca del control que tienes en ciertos aspectos, entre más grande este el cuadro más control tienes en este aspecto, marca una sola opción según te describa.

¿Qué tanto control tiene sobre su cuerpo?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tanto control tiene sobre el dinero que gana?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tanto control tiene sobre sus actividades?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tanto control tiene sobre su hogar?	<input type="checkbox"/>				

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre acciones que tomas cuando tienes problemas, señala la frecuencia con la que ocurren utilizando la siguiente escala de respuesta:

Cuando usted tiene problemas:

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Analiza el problema y busca una solución.					
Lo enfrenta de manera directa					
Trata de que no le afecten emocionalmente					
Se apoya en alguien cercano a usted					
Busca otras actividades para distraerse					

Marque una sola opción, según considere conveniente:

¿Qué tan satisfecha se siente con su vida?

() Nada satisfecha () Poco satisfecha () Satisfecha () Muy satisfecha

¿Qué tan satisfecha se siente con lo que ha hecho hasta ahora?

() Nada satisfecha () Poco satisfecha () Satisfecha () Muy satisfecha

Sí los conoce ¿podría mencionar alguno?

La información que usted nos proporcione será manejada de forma confidencial. No hay respuestas buenas ni malas, conteste de la forma más honesta

¿Ha utilizado algún método anticonceptivo? () Sí () No

¿Cuál fue la primera vez que utilizó un método anticonceptivo?

¿Qué acciones ó métodos anticonceptivos ha utilizado?	¿Por qué motivo los utilizó?	¿A que edad los utilizó?	¿Por cuánto tiempo los utilizó?

Marque una sola opción

¿Si ha utilizado métodos anticonceptivos ¿ Lo ha hecho bajo supervisión médica?
 () Sí () No

¿Cuántos hijos tiene? _____ Edades de sus hijos: _____

¿Ha tenido embarazos que no han llegado a término? () Si () No

¿Ha tenido algún embarazo sin haberlo planeado? () Sí () No

Si su respuesta fue sí ¿Cuántos embarazos no han sido planeados? _____

¿Piensa usted tener más hijos? () Sí () No ¿Cuántos?_____

¿Cuántos hijos pensaba tener?_____

Con respecto a usted:

¿Sabe que es el estudio del papanicolau? () Sí () No

¿Se ha realizado el estudio del papanicolau? () Sí () No

¿Cada cuándo se realiza su estudio de papanicolau? _____

¿Se realiza este estudio con regularidad? () Sí () No

A continuación se presenta una serie de afirmaciones, marca con una cruz X en el espacio que mejor refleje lo que piensas.

	Totalmente Capaz	Medianamente capaz	Nada capaz
¿Qué tan capaz consideras que eres para colocarle un condón a tu pareja?	()	()	()

¿Qué tan capaz te sientes para tomar pastillas anticonceptivas?	()	()	()
---	-----	-----	-----

Usted considera ¿Qué utiliza o utilizó estos métodos correctamente? () Sí () No

INSTRUCCIONES PARTE III

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre los hombres y las mujeres, por favor marca una cruz X en el espacio que mejor refleje tu opinión sobre estas frases. *Por favor responde en función de lo que tú piensas.*

A MÍ	Me gusta muchísimo	Me gusta	Me da igual	Me disgusta	Me disgusta muchísimo
1. Que la mujer se encargue del cuidado y alimentación de los hijos	<input type="radio"/>				
2. Que el hombre sea la parte fuerte de una relación de pareja	<input type="radio"/>				
3. Que la mujer sea dueña de su tiempo	<input type="radio"/>				
4. Que la mujer se dedique a las tareas domésticas y permanezca en el hogar	<input type="radio"/>				
5. Que el hombre conviva y juegue con los hijos	<input type="radio"/>				
6. Que la mujer tenga igual libertad que el hombre	<input type="radio"/>				
7. Que sea la mujer la que se encargue de hacer la comida	<input type="radio"/>				
8. Que la mujer se supere personal y profesionalmente	<input type="radio"/>				
9. Que el hombre exprese sus emociones igual que una mujer	<input type="radio"/>				
10. Que el hombre participe en el cuidado de los hijos	<input type="radio"/>				
11. Que la mujer se desarrolle fuera del ámbito hogareño	<input type="radio"/>				
12. Que la mujer tenga oportunidades laborales similares a	<input type="radio"/>				

los hombres

A MÍ	Me gusta muchísimo	Me gusta	Me da igual	Me disgusta	Me disgusta muchísimo
13. Que el hombre se encargue del cuidado de los hijos	<input type="radio"/>				
14. Que el hombre tenga siempre la última palabra	<input type="radio"/>				
15. Que la mujer sea autosuficiente	<input type="radio"/>				
16. Que la mujer participe en la toma de decisiones	<input type="radio"/>				
17. Que los hombres y las mujeres desempeñen las mismas tareas	<input type="radio"/>				
18. Que el hombre sea dominante	<input type="radio"/>				
19. Que la mujer decida sobre su propio cuerpo	<input type="radio"/>				
20. Que el hombre establezca las reglas del hogar	<input type="radio"/>				

INSTRUCCIONES IV

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre los hombres y las mujeres, por favor marque una cruz (X) en el espacio que mejor refleje su opinión sobre estas frases.

Por favor responda en función de lo que usted realmente CREE.

YO CREO QUE	Total Acuerdo	Acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Total Desacuerdo
1. El eje de una familia es indudablemente el padre					
2. Emocionalmente la mujer posee mayor fortaleza que un hombre					

YO CREO QUE	Total Acuerdo	Acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Total Desacuerdo
3.Ser hombre es mejor que ser mujer					
4.Un hogar funciona mejor si es el padre quien establece las reglas					
5.El hombre es más racional que una mujer					
6.Una madre es más cariñosa que un padre					
7.La relación ideal entre marido y esposa es aquella en la que el hombre ayuda con el soporte económico y la mujer satisface sus necesidades domésticas y emocionales					
8.Un hombre es más agresivo que una mujer					
9.Un hombre es más inteligente que una mujer					
10.Una mujer es mas intuitiva que un hombre					
11.Los hombres son superiores a las mujeres					
12.Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y a su marido					
13.Un hombre es más seguro de sí mismo que una mujer					
14.Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, es el hombre quien tiene que hacerse responsable del sostén de la familia					
15.La mujer debe llegar virgen al matrimonio					
16.La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico					
17.Un hombres es menos sensible que una mujer					
18.Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia					
19.La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos					
20.Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre					